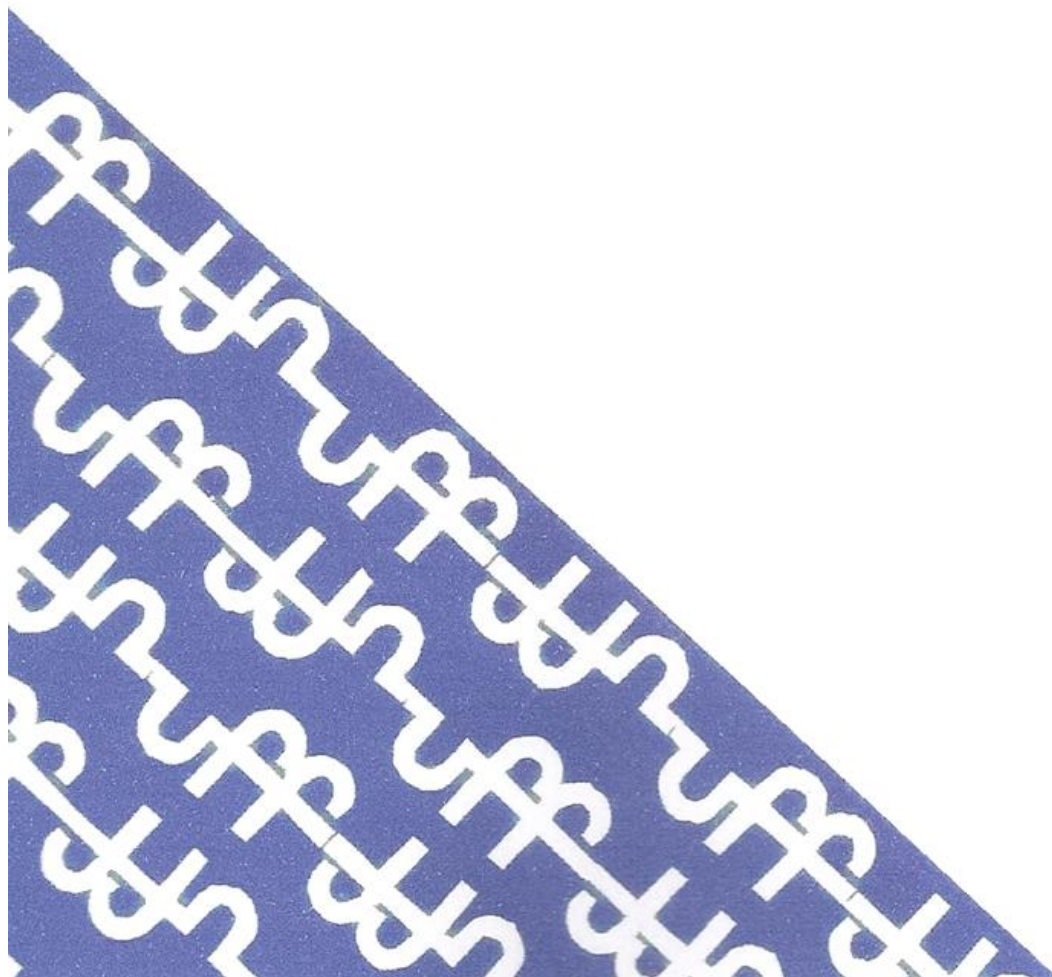


**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

Débora Holanda Leite Menezes

Os modelos de gestão da Política de Saúde no Rio de Janeiro: um
estudo do comparativo no cenário contemporâneo



**NITERÓI, RJ
Maio de 2019**

DEBORA HOLANDA LEITE MENEZES

**Os modelos de gestão da Política de Saúde no Rio de Janeiro:
um estudo do comparativo no cenário contemporâneo**

Tese apresentada à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Política Social. Orientadora: Prof^ª Dr^ª Janete Luzia Leite.

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M541m Menezes, Débora Holanda Leite
Os modelos de gestão da Política de Saúde no Rio de Janeiro: um estudo do comparativo no cenário contemporâneo / Débora Holanda Leite Menezes ; JANETE LUZIA LEITE, orientadora. Niterói, 2019.
193 f. : il.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2019.d.09493194736>

1. POLITICA SOCIAL. 2. SAUDE. 3. MODELOS DE GESTÃO. 4. Produção intelectual. I. LEITE, JANETE LUZIA, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD -

DEBORA HOLANDA LEITE MENEZES

**Os modelos de gestão da Política de Saúde no Rio de Janeiro:
um estudo do comparativo no cenário contemporâneo**

Tese apresentada à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Política Social.

Aprovada em 23/07/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Janete Luzia Leite
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense

Assim eu vejo a vida

A vida tem duas faces:
Positiva e negativa
O passado foi duro
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria
Que eu possa dignificar
Minha condição de mulher,
Aceitar suas limitações
E me fazer pedra de segurança
dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições
lutas e pedras
como lições de vida
e delas me sirvo
Aprendi a viver.

(Cora Coralina)

DEDICATÓRIA

Na jornada da vida Deus nos concede muitos presentes em forma de pessoas. Pessoas especiais, que nos animam, suportam, encorajam, ensinam. Pessoas queridas que sempre estão conosco, seja em que momento for. Ao terminar a elaboração desta tese, não poderia deixar de tecer alguns agradecimentos especiais.

Aos meus pais, Jorge Carlos e Maria do Carmo, que estão sempre ao meu lado, fortalecendo meu conhecimento e me dando sabedoria.

A meu companheiro, Carlos Roberto, que abriu mão de vários momentos para poder compartilhar o sucesso da minha carreira.

Aos meus filhos, João Pedro e Maria Clara, que me dispensaram momentos e compartilharam alegrias e parceria ao longo deste processo de doutoramento. Aos meus pequenos, sempre que eram privados da convivência falavam: “*Mãe, quando você vai acabar essa tese?*”. e momentos tinham curiosidade de saber o que eu tanto escrevia no computador, e perguntavam: “*É sobre o quê?*”. De tanto ouvirem “*saúde pública*” como resposta, já estavam convencidos em dizer que “*a saúde realmente é algo importante*”.

Ao meu irmão, Bruno Jorge, que sempre esteve do meu lado ao longo desta trajetória intelectual.

AGRADECIMENTOS

Agradecer, segundo a definição, significa *mostrar ou manifestar gratidão, render graças ou reconhecer*. Estas noções representam exatamente as linhas que escreverei a seguir: o reconhecimento e a gratidão pelo carinho, pela força e pela confiança de pessoas sem as quais esse trabalho não teria sido possível.

Nunca e nem de tão perto pude sentir a compreensão e solidariedade de tantas pessoas como neste período de elaboração da tese. À todas elas, o meu muito obrigado! Mesmo me esforçando, sei que esquecerei alguém. Acho bom, significa que a lista é muito extensa.

À professora, orientadora e amiga Janete Luzia Leite, pelo frequente incentivo nos momentos de desespero e pelos "puxões de orelha", que me faz crescer e tornar-me mais forte.

Às professoras, Rita de Cássia Cavalcanti e Mônica de Castro Maia Senna, que sempre estiveram presentes ao longo da minha caminhada, desde o Mestrado e hoje ainda se disponibilizam a contribuir com o meu processo de formação.

À professora Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, que no momento de tristeza e esgotamento, esteve disponível para me acolher e fortalecer nessa caminhada.

À Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi pela disponibilidade em participar da minha banca de doutorado, e pelas convivências oportunas, através de leituras que surgiram ao longo do processo de doutoramento.

A Maria de Fátima Lobato Tavares, pela convivência e amizade construída ao longo dos últimos anos, que potencializou minha formação ao mesmo tempo que me acolheu na ENSP.

A cidade de Mendes, em especial aos usuários do Serviço de Saúde Mental, que são a resistência aos estigmas presentes na sociedade, que me ensinaram que na vida nada é fácil, mas que nunca podemos desistir. Temos sempre que ter expectativas e acreditar.

Aos meus amigos de trabalho, que são auxílio e parceria, em especial Sandra Helena Andrade e Paulo Christódio, ao meu lado nestes últimos anos, e aqueles que participaram deste processo indiretamente, através de palavras de incentivos e estímulos.

Aos alunos da Unirio, da Fiocruz, da Faculdade Governador Ozanam Coelho (FAGOC), e da Faculdade São Gabriel da Palha (FASG), que me permitiram aprender e crescer na docência, ao mesmo tempo que trouxeram relatos das suas vivências nestes modelos de gestão.

Aos docentes da Unirio, da UFRJ, da UFF e da Fiocruz, que passaram pela minha trajetória acadêmica contribuindo com a minha formação docente e intelectual. Em especial ao Prof. Dr. Rodrigo Castelo Branco e a Profª Dra. Giselle Silva, que contribuíram com a parceria na Unirio.

Às Profª Dras. Luciene Burlandy e Luci Pinheiro, da UFF, que me subsidiaram nas reflexões acerca do debate sobre avaliação das políticas sociais.

Ao Prof. Dr. Willer Marcondes, da Fiocruz, que me incentivou em todos os momentos no desenvolvimento desta pesquisa.

À Profa. Dra. Yolanda Guerra, ao Prof. Dr. Carlos Montaña e ao Prof. Dr. José Paulo Netto, que me possibilitaram, através de disciplinas na UFRJ, a construção de uma reflexão crítica.

Aos colegas de turma de Doutorado que transitaram e compartilharam conhecimento ao longo do processo. Em especial, Marco Aurélio, Sandra, Carla e Josélia. E às amigas de mestrado Hellen e Thayslaine.

Aos alunos e amigos, Cristiane Medeiros, Paulo Patrocínio, Dra. Tatiana Fonseca e demais que não conseguirei lembrar os nomes, mas que de alguma forma participaram deste processo.

Ao amigo Maurício Caetano, que oportunizou espaços de trocas e parcerias no âmbito da atuação profissional e na docência. Ao mesmo tempo, sempre tinha uma palavra de incentivo nos momentos de esgotamento.

RESUMO

Estudar a política de saúde, em particular os modelos de gestão, nos aproxima das transformações sociais e históricas vividas pelo Brasil, em particular no Rio de Janeiro, que são decorrentes dos efeitos deletérios dos direcionamentos internacionais e rebatem diretamente na sociedade contemporânea e nas políticas sociais. Posto isso, o estudo sobre os modelos de gestão nos permite compreender como sua dinâmica reflete na operacionalização e na condução da política social, e o que gera a desconstrução das concepções de direito social e de saúde como política pública de responsabilidade do Estado. Entendemos que é essencial apurar e analisar como esses modelos têm sido direcionados por orientação dos organismos internacionais em resposta à crise estrutural do capital vivida a partir da década de 1970, se opondo de maneira contraditória às conquistas democráticas postas no Brasil, principalmente aquela deflagrada pela Constituição Federal de 1988. Desta maneira, esta Tese possui como objetivo realizar um estudo comparativo dos modelos de gestão na política de saúde pública, tendo como *locus* o estado do Rio de Janeiro, uma vez que este tem se tornado um laboratório para experiência de unidades de gestão própria, Fundação Saúde, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e Organizações Sociais da Saúde. Diante dessa proposta, a metodologia do trabalho tomou por base o método dialético da teoria marxista, posto que permite compreender criticamente a contraditoriedade e os fenômenos para além da aparência. O percurso adotado incluiu a leitura dos referenciais teóricos sobre o tema, o mapeamento das instituições e os modelos de gestão, bem como a realização de visitas em algumas unidades de saúde, elencadas ao longo da pesquisa a fim de compreender a dinâmica dos modelos. Por fim, procedemos à análise comparativa a partir dos valores basilares do SUS e dos modelos de gestão atualmente implementados nas instituições. Concluímos que a substituição e a implantação dos modelos de gestão na condução da política de saúde não é simplesmente uma adoção do modelo gerencial no SUS em resposta à burocracia, e sim mais uma estratégia do capital para mercantilizar a política pública e reproduzir a desconstrução das concepções de direitos sociais. A partir desta apropriação, afirmamos a relevância da participação da sociedade civil no monitoramento da organização e funcionalidade do fundo público, a fim de que se possam superar os desafios postos pela lógica mercantil no âmbito das políticas sociais, que fragilizam os direitos sociais dos usuários e dos trabalhadores desta política pública.

Palavras-Chave: Política Social, Modelos de Gestão, Saúde Pública.

ABSTRACT

To study healthcare policies, in particular healthcare management models, is a way of getting closer of the social and historical transformations that have happened in Brazil, specially in Rio de Janeiro, and that are a consequence of international directions that have an impact on contemporary society and its social policies. That being said, understanding how the dynamics of healthcare management models works allows us to identify how that is reflected on both the planning and action of social policies, and what causes a deconstruction of the concepts of social rights and access to health as public policies that are the State's responsibility. It is our understanding of how essential it is to investigate and analyze how these models have been orientated by international organisms as a response to the capital's structural crisis that started in the 1970's, as contradictory opposition to the democratic wins lived by Brazil, specially the ones that started with the Federal Constitution of 1988. This thesis objective is to be a comparative study of healthcare management models in the public healthcare system, having as its *locus* the state of Rio de Janeiro, a place which has become a laboratory of self-manage healthcare units, Fundação Saúde, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares and Organizações Sociais da Saúde. This work's methodology has on its foundations the dialectic method of Marxist theory, that allows to critically understand the contradictions and phenomenons beyond appearance. The research comprehends the reading of theoretical references on the subject, mapping the institutions and its management models and visiting some healthcare units (that are listed on the thesis) so the management models could be understood. Finally, there is a comparative analysis of the Brazilian Healthcare System (SUS) core values versus the management models implemented by the institutions. We conclude that the replacement and implementation of the management models on how health policies are conducted are not only an adoption of a new management model as a response to bureaucracy, but yet another capital strategy to mercantile public policies and reproduce new conceptions of social rights. As of this appropriation, we affirm the relevance of civil society taking a role on monitoring both the organization and public funding, so the challenges imposed by the mercantile logic can be overcome on the field of social policies that fragilize the social rights of the users and workers of said public policies.

Key words: Social policies, management models, healthcare.

LISTA DE SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AP	Área Programática
ASSETANS	Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS
BM	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. José Amorim
CER	Coordenadoria de Emergência Regional
CEP	Centro de Estudos e Pesquisas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIEDS	Centro Integrado de Estudos e Programa de Desenvolvimento Sustentável
CIT	Comissão Intergestora Tripartite

CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COQUALI	Comissão de Qualificação de Organizações Sociais
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSE	Centro de Saúde Escola
CUn	Conselho Universitário
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAPS	Departamento Administrativo do Serviço Público
DIAB	Instituto Diva Alves do Brasil
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SIC	Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão
Fenasaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FESP	Fundação Estadual do Serviço Público
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOTEC	Fundação de Apoio a Fiocruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FS	Fundação Saúde

IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada a Saúde
Interfarma	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IECAC	Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione
IETAP	Instituto Estadual de Doenças de Tórax Ary Parreiras
GAB	Gabinete de Atenção Básica
HE	Hospital Estadual
HEAN	Hospital Estadual Anchieta
HECC	Hospital Estadual Carlos Chagas
HESM	Hospital Estadual Santa Maria
Hemorio	Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti
HU	Hospital Universitário
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
LACEN	Laboratório Central Noel Nutëls
MARE	Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
MPGO	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NQEG	Núcleo de Qualidade e Excelência em Gestão do Rio de Janeiro

OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PADI	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB	Partido Social Democrata Brasileiro
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PLC	Projeto de Lei Complementar
PPP	Parcerias Público-Privadas
PET	Programa Estadual de Transplante
PT	Partido dos Trabalhadores
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SAMU	Serviços de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online

SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC	Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SGTES	Secretaria Gestão da educação e do trabalho em saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SMDSC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SPDM	Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEIAS	Território Integrado de Atenção a Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNB	Universidade Nacional de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia de gestão, planejamento, organização e controle	87
Quadro 2 – Distribuição das unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro	92
	93
	94
Quadro 3 – Unidades hospitalares e maternidades	100
	101
Quadro 4 – Das organizações sociais da saúde distribuídas por área programática	101
	102
	103
Quadro 5 – Unidades: CER	104
Quadro 6 – Convênios firmados com a prefeitura do Rio de Janeiro	105
Quadro 7 – Fundações Estaduais	107
Quadro 8 Unidades de Saúde – Fundação Saúde	110
Quadro 9 – filiais Ebserh na região nordeste	115
Quadro 10 – Refuncionalização dos princípios do SUS	135
	136
Quadro 11 – Comparação OS e OSCIP	156
Quadro 12– OSS e Fundação	157
Quadro 13 – OSS e Ebserh	158
Quadro 14 – Ebserh e Fundação	158
Quadro 15 – Quadro comparativo dos modelos de gestão	161
	162
Quadro 16 – Quadro comparativo OSS, Fundação e Ebserh	166

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Organograma da Fundação Saúde 2019	108
FIGURA 2 – Esquema das propostas da Ebserh	117
FIGURA 3 – Área de atuação das OSS – IABAS	124

LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO 1 – Expansão de Cobertura Potencial da População ESF 2003 – 2013 – Rio de Janeiro	160
--	-----

LISTA DE TABELA

TABELA 1 – Número de Contratos e Termos Aditivos na Saúde Estadual 90
de 2012 – 2018

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 1 – A crise estrutural do capital e os rebatimentos nas políticas sociais	31
1.1 Lutas, crises e superação: o Estado capitalista frente às demandas da classe trabalhadora	32
1.2 Políticas sociais: estratégias de controle e bem-estar	35
1.3 A política social no cenário de crise estrutural do capital	38
CAPÍTULO 2 - Política de saúde brasileira: breve estudo dos anos 80 até a agenda atual	46
2.1 – Década de 1980: lutas e conquistas na política de saúde	48
2.2 – Década de 1990: a ofensiva neoliberal	53
2.3 – A política de saúde do governo PT	61
2.4 - Da esquerda para direita: o governo Temer	76
2.5 - Governo Bolsonaro: novas questões e suposições na agenda atual	82
CAPÍTULO 3 – A Parceria Público-Privada (PPP): os novos modelos de gestão na política de saúde brasileira	84
3.1 Organização Sociais da Saúde (OSS)	88
3.1.1 - Mapeamento das Unidades Estaduais e Municipais do Rio de Janeiro com Organizações Sociais da Saúde	92
3.2. Fundação Pública de Direito Privado na Saúde	105
3.3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)	111
3.3.1. Estrutura Administrativa da Ebserh	116

3.4 - Breve panorama dos modelos de gestão no cenário contemporâneo no Rio de Janeiro	118
3.4.1 - Panorama das Organizações Sociais no Rio de Janeiro (estado e município)	119
3.4.1.1 Breve análise do Panorama das Organizações Sociais da Saúde	125
3.4.2 - Panorama da Fundação Saúde	128
3.4.3 – Panorama da Ebserh no Rio de Janeiro	131
CAPÍTULO 4 – A relação comparativa dos modelos de gestão a partir da experiência no Rio de Janeiro	134
4.1 – Burocracia	142
4.2 – Elementos da contratualização	148
4.2.1 – Contrato de gestão	148
4.2.2 – Controle e participação social	153
4.2.3 – Flexibilização da burocracia	154
4.3. Panorama comparativo dos modelos de gestão	155
4.3.1 – OSS e OSCIP	156
4.3.2 – OSS e Fundação	157
4.3.3 – OSS e Ebserh	158
4.3.4 – Fundação e Ebserh	158
4.3.5 - Comparação Geral OSS, Fundação e Ebserh	159
CONSIDERAÇÕES FINAIS	168

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS 175

ANEXOS 188

INTRODUÇÃO

Escrever uma Tese de Doutorado é fazer com que os aprendizados da vida acadêmica tomem forma e se consolidem. O que, inicialmente, era uma produção individual, hoje se firma a partir de ações coletivas, materializadas em um tema. O seu desenvolvimento é um processo de escrita solitária e demorado, que exige esforço na busca por fundamentos teóricos ao passo que identifique dados que sustentem e subsidiem o debate.

De fato, nesse processo se inclui o ritmo intenso impresso pelas agências de fomento à pesquisa, exigindo produtividade como se a pesquisa fosse um produto na esteira da fábrica, reproduzindo claramente a lógica perversa da gestão de resultados, desumanizando o pesquisador. Rotina do mundo do trabalho sendo implantada no universo da academia. Posto isso, entende-se que o desafio dos prazos deve ser superado, a partir de uma organização do discente e do orientador no processo de produção científica.

Debruçar-se sobre uma produção científica reforça a necessidade de reconhecer a importância daquele debate para academia, ao mesmo tempo em que se compreende como ele é desafiador. Contudo, na maioria das vezes, a escolha do objeto se aproxima das nossas aspirações, inquietações e curiosidades sobre o tema ou até mesmo o nosso envolvimento direto e indireto com o que se pretende pesquisar.

A Tese de Doutorado aqui apresentada reflete minha aproximação e envolvimento com a política de saúde ao longo dos últimos 15 anos, que iniciou com a minha inserção no primeiro campo de estágio em Serviço Social no Hospital Municipal Salgado Filho, no Méier, onde presenciei em vários momentos as dificuldades e limitações dos profissionais de saúde para operacionalizar a política de saúde. Naquele momento, as instituições de saúde já apresentavam fragilidades e dificuldades com o sucateamento, que só estava começando. Muitas das questões vivenciadas nesta instituição repetiram-se ao longo destes anos, em distintas instituições nas quais estive inserida. Todas elas muniram-me com uma vasta experiência que subsidiaria meu estudo de campo para o Mestrado e o Doutorado.

Nos últimos 30 anos, na mídia falada e escrita, são recorrentes os problemas de sucateamento das instituições de saúde, a falta de acesso dos usuários às unidades hospitalares, os profissionais com distintas dificuldades de realizar sua prática comprometida com a lógica de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), além dos escândalos envolvendo fraudes e corrupções, fatos estes que desconstroem a prestação de

uma assistência à saúde comprometida com o que preveem as Leis 8.080/1990 e 8.0142/1990.

Foi no caminhar acadêmico que, no Mestrado, retomei a aproximação do debate da saúde, optando por escolher os Hospitais Universitários (HU) como campo de estudo, justamente por reconhecer que seriam instituições privilegiadas, uma vez que contemplam duas políticas sociais importantes: saúde e educação, tendo um compromisso com o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência.

No mestrado, quando estudei *A prática do Serviço Social nos Hospitais Universitários*, pude acompanhar as mudanças que aconteciam nos Hospitais Universitários, as quais rebatiam diretamente no funcionamento, na dinâmica institucional, na condição dos trabalhadores e da própria prática profissional do Serviço Social, que deveria estar baseada no tripé dos hospitais universitários.

Assim, identifiquei que as mudanças presentes naquele contexto institucional estavam em consonância com as alterações correntes na conjuntura política, econômica e social do país, as quais reforçavam a necessidade de modernização da gestão destes hospitais, cotidianamente alvo de crises cíclicas.

Contudo, na fase final da minha Dissertação, surgiu na conjuntura brasileira a proposta de implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) para os Hospitais Universitários e, frente a isso, começou a inquietar minha vontade de estudar e aproximar do debate. A partir desse momento, com a adoção da Ebserh, mudava a dinâmica institucional dos Hospitais Universitários no que se refere a gerência e operacionalização destas unidades.

O aparecimento da Ebserh acompanhou as mudanças que estavam acontecendo nas unidades da saúde desde da década 1990, em particular naquelas de responsabilidade do Estado e do Município, alterando a gestão desta política pública para adoção de modelos gerenciais, mudanças essas decorrentes das orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM), justificadas pela necessidade de redução dos gastos com políticas sociais para o pagamento da dívida pública.

Foi diante dessas alterações conjunturais evidenciadas na política de saúde que resolvi me debruçar sobre a adoção dos modelos de gestão (no caso em tela, o modelo gerencial), que começaram a operacionalizar a política de saúde, principalmente a partir dos últimos 12 anos, e que se expandem gradativamente para o conjunto das políticas sociais.

O texto que se desdobra a seguir constitui-se no resultado de um estudo cujo objeto são os modelos de gestão implementados na política de saúde brasileira, e destina-se a

aprofundar e conhecê-los a partir de uma análise comparativa de como esses modelos se estabelecem nas instituições públicas do estado do Rio de Janeiro.

Isso acontece em decorrência das alterações vividas no Estado brasileiro, que nos últimos anos tem se desresponsabilizado da condução das políticas sociais, utilizando constantemente o argumento de que é necessário um ajuste econômico no campo das políticas sociais devido à existência da dívida pública. Na saúde, é notória esta mudança no que se refere a responsabilização do Estado, principalmente pela associação cada vez mais frequente com o mercado e pela adoção de vários modelos de gestão da política, além da Ebserh, da Organização Social (OS) e da Fundação Saúde (FS).

É a partir da necessidade de dar um debate diferenciado sobre a política de saúde no Brasil que o presente estudo intitula-se *Os modelos de gestão da Política de Saúde no Rio de Janeiro: um estudo do comparativo no cenário contemporâneo*.

Sabe-se que a adoção dos modelos gerenciais no Brasil, no âmbito da política pública, tem ganhado agenda e espaço nos debates sobre o funcionamento das políticas sociais, haja vista que o argumento dos gestores e dos representantes do capital é de que o Estado não consegue suprir as reais necessidades da população. Contudo, essa crítica reforça a importância de adequar a máquina pública de acordo com o interesse do mercado, e tem sido esse o caminho que o Estado tem construído.

Frente a isso, algumas questões se colocam na tentativa de compreender como tem ocorrido a adoção dos modelos de gestão gerenciais na agenda contemporânea das políticas sociais, posto que essas mudanças acompanham a proposta de Reforma do Estado da lavra completa do ex-Ministro Bresser Pereira (1995-1998), que teve como propósito migrar da administração pública burocrática para administração pública gerencial, com foco na eficácia.

Porém, a Reforma Administrativa gerencial de 1995, é de essencial para importância para mudar a dinâmica de funcionamento do Estado, que em consequente adotará a adoção das parcerias público-privadas, as quais são inspiradas na *New Public Management* ou Nova Gestão Pública. Essa nova relação de parceria público-privada tem aberto espaço para a entrada das Organizações Sociais, Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, as quais tem potencializado a construção de um trabalho baseado em contratos de gestão, que definem objetivos, metas e resultados, que permite a entrada do mercado no âmbito das políticas sociais, escamoteando a mercantilização do Estado, reforçando a ideia de parceiros, na perspectiva de consolidação

dos direitos sociais, sob o argumento da necessidade da superação da burocracia e da crise do Estado.

É nesse caminhar que o desenvolvimento da pesquisa se tornou desafiador, até porque o levantamento realizado sobre o tema não identificou em nenhum momento uma relação comparativa, e tampouco trazia para o debate a análise dos três modelos, o que reforçava a dificuldade de pesquisar os modelos de gestão que atualmente configuram a saúde no Brasil.

A escolha pelo Rio de Janeiro se dá pelas particularidades existentes neste estado no que concerne à história das políticas públicas no Brasil, sendo o palco de lutas organizadas dos trabalhadores desde o início do século XX, no que se refere a concretude da Política de Saúde. Além disso, na agenda contemporânea, o Rio de Janeiro, tem sido utilizado como uma espécie de "laboratório" para a implementação de um *mix* público-privado.

A pesquisa se funda na análise dos modelos gerenciais hoje prevalentes na saúde pública brasileira, ao mesmo tempo em que se dispõe a estabelecer uma relação comparativa entre estes modelos, o que possibilita identificar similitudes e divergências.

Frente a isso, a hipótese que defendemos é que a atual modernização da organização do Estado na condução das políticas públicas implica em um processo de desconstrução do direito universal à saúde por meio da introdução de modelos de gestão baseado na Parceria Público-Privado.

O caminho metodológico da pesquisa funda-se na revisão crítica dos documentos oficiais (Leis, Decretos, Medidas Provisórias, Normas e Projetos de Lei) do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que direcionam o funcionamento da política de saúde, principalmente a partir do final dos anos 80 e início dos anos 90, objetivando compreender como tais documentações têm ao longo da história, refletido na dinâmica do SUS. Nos últimos 12 anos, a incorporação da PPP tem acontecido de maneira gradual, com distintas roupagens, que prioriza a lógica gerencial e a busca pela eficiência, efetividade e eficácia no funcionamento da política de saúde.

Foram analisadas leis federais, municipais e estaduais que normatizam e operacionalizam as OS, FS e Ebserh, assim como os contratos de gestão, termos aditivos, termos de referência, termos de rescisão, planos de trabalho e editais de contratação.

Nos editais nos debruçamos prioritariamente sobre os elementos que direcionam a candidatura da OS, os quais devem atender a uma série de pré-requisitos para poderem concorrer.

No que tange aos contratos de gestão, dedicamo-nos à dinâmica administrativa de seu objeto, vigência e compromissos entre contratante e contratado.

No que trata do termo aditivo, a pesquisa buscou mapear a existência deste nas relações contratuais, uma vez que este instrumento tem sido protagonista nas relações contratuais de manutenção dos serviços de saúde tanto no estado quanto no município do Rio de Janeiro. Outra preocupação foi identificar se os termos aditivos apresentavam alterações na dinâmica dos contratos ou se restringiam-se apenas a ajustes financeiros.

Outro instrumento buscado foi o termo de rescisão, apesar de este aparecer em números bem inferiores, quando comparado com os contratos e termos aditivos. Neste instrumento priorizamos apenas examinar se rescisão já estava sobreposta com a entrada de um novo contrato.

Para compreender como o modelo de gestão gerencial da política de saúde está sendo operacionalizado, foi necessária a construção de um caminho metodológico que contou com três momentos: o primeiro baseado no levantamento documental sobre os modelos de gestão, como já explicitado. Procedemos ao levantamento de fontes primárias e hemerográficas, dada a preocupação de se aproximar dos modelos de gestão existentes no Rio de Janeiro. Objetivamos identificar como as instituições de saúde são conduzidas atualmente e, a partir disso, apreender como estas instituições funcionam no cotidiano da política pública.

Este levantamento utilizou as seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS, Medline, Portal CAPES e Publimed. Nas buscas realizadas, as palavras-chave foram: modelo de gestão na política de saúde no Brasil; Política de Saúde; Organização Social na Saúde, Fundação Saúde; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

No segundo momento foram realizadas visitas institucionais em algumas unidades com modelos de gestão distintos, visando identificar as diferenciações nas rotinas institucionais; e em terceiro, realizamos a compilação e análise dos dados coletados ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Estas unidades foram escolhidas aleatoriamente - Hospital Pedro II (Santa Cruz), Hospital Estadual Albert Schweitzer (Realengo), Hospital Estadual Carlos Chagas (Marechal Hermes), Centro de Atenção Psicossocial Carlos Augusto Magal – CAPS (Jacaré), Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Estas visitas nos permitiram observar, compreender e entender, na fala de alguns usuários e profissionais de saúde, as mudanças ocorridas nas rotinas institucionais destas unidades de saúde.

No terceiro momento, trata da compilação dos dados da Tese, referentes a parceria público-privada, que foram levantados em portais virtuais da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que irão subsidiar na identificação de categorias, as quais serão aprofundadas na análise.

Já no quarto momento, realizo a análise dos dados quantitativa e qualitativa. No estudo quantitativo identificamos o mapeamento das unidades de saúde, que adotaram os modelos de gestão, assim como o número de contratos, termo aditivo, termo de referência e editais. Enquanto, na análise qualitativa nos apropriamos dos documentos que subsidiam as contratações e consolidam a construção da parceria público-privada. Justamente porque só a partir da apropriação destes documentos torna-se possível compreender como tem acontecido a operacionalização e a dinâmica que tem sido consolidada no âmbito das políticas sociais. Permite-se assim, fundamentar uma análise sobre como as políticas sociais brasileiras, que se desenharam baseadas em modelos europeus e americanos, principalmente, quando na maioria das vezes, as estratégias adotadas tentam responder aos organismos internacionais e não as reais da população brasileira. O que se percebe então é que os modelos de gestão na política de saúde brasileira, em particular do Rio de Janeiro, são colocadas como estratégia de “salvação” ou até mesmo “modernização”, para a máquina pública, até porque são recorrentes na mídia falada e escrita, que o Estado não tem dado conta da funcionalidade da política pública. Diante de tais questões reforçou-se a necessidade de ultrapassar a dinâmica do real para entender a complexidade de questões que envolvem a condução da saúde carioca e fluminense, para isso, tornou-se essencial compreender, quais os instrumentos, e os modelos gerenciais, que o Estado tem utilizado para efetivar a construção da parceria público-privada, e como tem se dado a mercantilização desta política pública.

E por fim, nos consolidamos os resultados do estudo comparativo, que aponta que através da adoção de modelos gerenciais, o Estado estaria alcançando novos patamares no âmbito da política de saúde, por meio da modernização gerencial, que favorecia a consolidação do mercado, enquanto para a população equivaleria a um retrocesso no campo do direito. Todavia, visualizamos que este desenho dado pela lógica gerencial e pela construção da parceria público-privada, pode ser algo que atingirá tão logo outras políticas sociais.

O desenvolvimento desta Tese está estruturado em quatro capítulos.

O Capítulo 1 apresenta os reflexos da crise estrutural do capitalismo, estabelecendo seus rebatimentos e efeitos deletérios no desenvolvimento das políticas sociais, notadamente aqueles que incidem sobre a desresponsabilização do Estado. Também aborda brevemente a configuração das políticas sociais, entendendo a importância da luta de classe na sua conformação e a sua relação com o Estado capitalista.

O Capítulo 2 conta com a exposição de um debate panorâmico da política de saúde no Brasil nas últimas quatro décadas, quando ocorrem intensas mudanças que alteram a concepção de saúde, de direitos, participação social, controle social, e de gestão da máquina pública.

A década de 1980, representou um divisor de águas para a política de saúde, pois com avanços constitucionais o campo da saúde incorporou a universalidade do acesso, a ideia de responsabilidade do Estado na condução da política pública, e os valores da Reforma Sanitária, que se consubstanciaram no SUS. Paradoxalmente, por maiores que tenham sido os avanços, o mercado nunca deixou de acompanhar o movimento da política de saúde, reforçando a ideia de que os serviços de saúde podem ser comprados no mercado, conforme , incorporando a lógica “*cidadão consumidor*” (MOTA, 2000).

O Capítulo 3 é destinado ao exame e análise dos modelos e dos contratos de gestão em saúde existentes no Rio de Janeiro, tanto na esfera estadual (unidades vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde), municipal (Secretaria Municipal de Saúde) e federal (Hospitais Universitários), dissertando conceitualmente sobre cada um em particular, e sua distribuição no estado do Rio de Janeiro. A escolha dos HU se deu pela adoção do já aludido modelo da Ebserh na quase totalidade das universidades federais do estado.

Apresenta brevemente as OS que estão operacionalizando a política de saúde no Rio de Janeiro, assim como os objetivos, missão e metas destas OS. Aborda ainda a dinâmica gerencial posta pela FS e Ebserh, que estão dando o tom e conduzindo o caminhar da política de saúde fluminense.

O Capítulo 4 destina-se a realizar a relação comparativa dos três modelos de gestão elencados nesta Tese (Organização Social, Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) presentes no Rio de Janeiro. São analisadas as similitudes e as divergências dos modelos gerenciais incorporados nas unidades municipais, estaduais e federais (hospitais universitários), e como a adoção desta lógica gerencial interfere na desconstrução de direitos sociais consolidados na Constituição Federal de 1988.

Nas considerações finais, analisamos todos os objetivos iniciais, cotejando o resultado da análise documental e da relação comparativa dos modelos gerenciais da

política de saúde, via Organizações Sociais da Saúde, Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que tem acontecido na saúde, em especial na cidade e no estado do Rio de Janeiro, bem como refletimos sobre alguns elementos teóricos discutidos ao longo da Tese. Registramos, também, algumas reflexões e conclusões que emergiram, no desenvolvimento da pesquisa, sobre os modelos de gestão da política de saúde. Entendendo, que a entrada dos modelos gerenciais tem sido consolidada baseado em uma relação de parceria público-privada que camuflam a mercantilização das políticas sociais e o retrocesso dos direitos sociais.

CAPÍTULO 1

A CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E OS REBATIMENTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Nos últimos 40 anos o mundo capitalista tem engendrado mudanças substanciais para garantir a lógica dos superlucros. Estas impactam nitidamente nos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ideológicos da sociedade. Portanto, para a compreensão das políticas sociais e do movimento de gerenciamento implantado pelo Estado ao longo dos anos 90 se evidencia a necessidade de compreender, dialeticamente, as contradições postas no cenário de organização e crise do capital.

Contradições emergentes dos conflitos, que denotam a correlação de forças entre as duas classes mantenedoras da sociedade capitalista: os representantes do capital e os que sobrevivem do trabalho, cuja dinâmica aponta para captação do Estado a favor de uma dessas classes, favorecendo o processo de expansão e dominação do capital e exponenciando a "questão social". Fato crucial para as políticas sociais, uma vez que aqui elas são compreendidas como a resultante do movimento dinâmico dessa relação antagônica entre as classes evidenciadas. Ou nas palavras de Behring; Boschetti (2007), as primeiras iniciativas das políticas sociais *“se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo, com a Revolução Industrial, das lutas de classes e do desenvolvimento da intervenção estatal”*. É neste contexto que o Estado, como instância de poder em busca do controle da ordem, responde às lutas sociais através de políticas sociais, regulando as relações sociais e de trabalho.

Para Mandel (1982) é a fase do capitalismo maduro, pois o Estado assume a sua condição de burguês e assume novas funções (SALVADOR, 2018, p.55): cria as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante, reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente por meio do exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário; integrar as classes dominadas, garantindo que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante em consequência, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas.

Neste terreno que se estabelece a generalização das políticas sociais acontece no pós segunda guerra quando o capitalismo chega ao seu ápice de amadurecimento. As políticas sociais são estruturadas na constituição de um Estado provedor de proteção social e por isso conhecido como *Welfare State*. Todavia devemos salientar que a experiência desse modelo de Estado não é uníssona em toda Europa. Países como França e Alemanha produziram o seu próprio modelo de *Etat Providence* ou de Estado Social.

Entretanto, a partir do final dos anos 1960 o modo de produção fordista-keynesiano entra em estagnação, o que desencadeia uma crise econômica que revela um esgotamento do modelo de intervenção estatal. Quando assim, se faz necessário no meados da década de 70 a construção de novas estratégias para a garantia da super acumulação do capital, as quais aliadas a Revolução Tecnológica, ao fenômeno da globalização e o processo de mundialização do capital, refletiram na reformulação nos padrões de produção e no modelo de proteção social, as quais refletiram nos ideias neoliberais e na proposta de acumulação flexível.

A assunção dos ideias neoliberais pelo Estado capitalista reflete na sua capacidade de gerenciamento da máquina pública principalmente no que concerne à gestão das políticas sociais, sendo o Estado neoliberal baseado a mera “execução” de ações mínimas, fragmentadas e focalizadas na atenção às necessidades sociais denunciadas pelos movimentos populares e pela classe trabalhadora.

Assim, as bases de fundamentação deste capítulo estão em compreender de maneira sucinta como a crise estrutural do capital tem rebatido: no Estado, nas políticas sociais e na classe trabalhadora, reconhecendo como as mudanças econômicas, políticas e sociais, que têm ocorrido no mundo reflete nos países subdesenvolvidos. Elencando para isso, as respostas do Estado capitalista as demandas da classe trabalhadora, as lutas sociais e a entrada da ofensiva neoliberal nas políticas sociais no contexto contemporâneo.

1.1 - Lutas, crises e superação: o Estado capitalista frente às demandas da classe trabalhadora

Para uma melhor compreensão desse debate optamos por primeiro iniciar com apresentação do Estado capitalista, como instância política e econômica do monopólio - “é obrigado não só a assegurar a continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de

previdência e segurança social) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio” (NETTO, 2001, p.27).

Ou seja, o Estado realiza as suas intervenções baseadas em uma perspectiva funcional ao capital. Quando resgatamos o período pós-Revolução Industrial, em que o Estado começa a realizar as suas primeiras intervenções nas relações existentes, utilizando-se assim da coerção para fortalecer o desenvolvimento do capital.

O Estado capitalista tem a sua direção dada pelo capital, historicamente estabelecida no processo de Revolução Burguesa em busca da manutenção da dominação e do controle da ordem social, em prol da expansão do capital.

A burguesia, por sua vez, como representante do capital, utiliza-se do aparato do Estado para a execução de ações de fortalecimento de sua dominação, deslocando o problema da desigualdade e da exploração para o âmbito do Estado, colocando sobre ele a responsabilidade do enfrentamento da "questão social" sem ferir o princípio fundamental do capital – a lei de acumulação capitalista.

A burguesia coloca obstáculos cada vez maiores à dispersão da população, dos meios de produção e da propriedade, centralizou meios de produção e concentrou a propriedade em algumas poucas mãos. A consequência disto foi a centralização política. Províncias independentes, províncias com interesses, leis, governos e sistema de impostos separados foram aglomeradas em um bloco, em uma nação com um governo, um código de leis, um interesse nacional de classe, uma fronteira e uma tarifa alfandegária. (MARX; ENGELS, 2008, p. 17).

Historicamente a burguesia exerce um protagonismo revolucionário a favor do capital. É notório, nesse processo, que as necessidades humanas são meros veículos para a realização do valor, não se constituindo em critério ou prioridade para a produção e acumulação de riqueza.

Ao passo que a burguesia se desenvolve fortalecendo a sua rede de poder, o proletariado se constitui como uma classe “que vive somente enquanto encontra trabalho, e que só encontra trabalho enquanto o seu labor aumenta o capital” (*Ibid.*, p 20).

A competição entre os representantes do capital monta e remonta estratégias de acumulação que atingem diretamente a classe trabalhadora na sua condição de existência, o que gera a necessidade de mobilização e organização desta classe na tentativa de buscar a conquistas por direitos sociais.

Essa luta evidencia as contradições no processo de construção e distribuição da riqueza socialmente produzida, expresso na desigualdade social. Esta será questionada no

cerne na luta de classes¹ protagonizada pelo movimento operário, que a princípio tem como bandeira as necessidades na rotina da jornada de trabalho, e em seguida alcança a sua compreensão como classe, explorada no processo de produção capitalista.

A efervescência dessa luta de classes fomenta o movimento dos trabalhadores, que em defesa dos seus direitos, denuncia as desigualdades produzidas no cerne da sociedade capitalista.

As intervenções do Estado sobre a "questão social" não se deram uniformemente, mas de maneira particular em cada país e em momentos históricos diferenciados.

No contexto do Estado europeu liberal do século XIX colocaram-se os *direitos civis orientados para a garantia da propriedade privada* (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 63).

A mudança deste Estado liberal vai ocorrer somente no final do século XIX e início do século XX, devido às lutas de classes e organização da classe trabalhadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). O Estado capitalista passa a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada e sistematizada com caráter obrigatoriedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2007), o que demarcou a emergência das políticas sociais.

A iniciativa de Otto Von Bismarck, na Alemanha, no final do século XIX, propõe a introdução de um seguro social compulsório contra enfermidades, acidentes de trabalho, velhice e invalidez restrito apenas aos trabalhadores alemães, se constituindo a mais emblemática experiência de intervenção estatal da época, despertando grande atenção dos demais países europeus. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A legislação do seguro social inaugurada por Bismarck, nos anos 1880, indicava, implicitamente, o reconhecimento das autoridades públicas de que a pobreza no capitalismo era produto do próprio desenvolvimento predatório desse sistema que, para ser preservado exigia que o Estado protegesse o trabalhador contra a perda de renda advinda de doenças, acidentes, envelhecimento, mortes prematuras dentre outras contingências sociais. Era preciso, conforme Polanyi (1980) – em sua arguta análise sobre a expansão do liberalismo econômico no século XIX – proteger o capitalismo do próprio capitalismo, fazendo uso da intervenção estatal. (PEREIRA, 2011: 60)

A iniciativa alemã é a expressão concreta de que as demandas da classe trabalhadora foram atendidas pelo Estado, através de leis, que estabeleciam melhorias tímidas e parciais nas condições de vida dos trabalhadores, sem afetar o cerne do processo de acumulação de

¹ A Revolução de 1848 é o marco dessa luta. Netto (2001), afirma que o proletariado passa da condição de classe em si para classe para si, o que representa o entendimento de pertencimento a uma classe, alcançando, por conseguinte, a consciência de classe.

capital. Nesse sentido, iniciativas como a bismarckiana podem ser entendidas como protoformas das políticas sociais ou, nas palavras de Pereira (2011), a pré-história da política social.

1.2. Políticas sociais: estratégias de controle e bem-estar

As políticas sociais se desenvolvem de forma diferenciada em cada país, devido aos processos históricos e de formação da força da classe trabalhadora. Berhing; Boschetti (2007) denotam que no período entre guerras elas se generalizam e no pós Segunda Guerra elas se expandem. No primeiro período é marcado pelo processo de monopolização do capital em um movimento que frustra o objetivo liberal de indivíduo empreendedor, o que resulta na perda da credibilidade dos pressupostos do liberalismo colocando em xeque a sua legitimidade culminante na crise de 1929, que deu início a um momento de recessão que favoreceu o desenvolvimento keynesianismo como estratégia, que funda um Estado de Regulação ou Estado Social, dando o início ao segundo período, o de expansão das políticas sociais.

Então, apenas após a Segunda Guerra Mundial as políticas sociais se expandiram, com o Estado buscando uma nova forma de controle da economia. A intervenção do Estado se deu sob forte influência do liberalismo heterodoxo de John Maynard Keynes, que tinha como bandeiras de defesa desde dos anos de 30, o pleno emprego e maior igualdade social.

Todavia, coadunamos com BEHRING; BOSCHETTI (2007), entendendo que as políticas sociais serviram para amortecer a crise, ao mesmo tempo, que instituíram um pacto social entre capitalistas e trabalhadores.

Assim, o Estado interventor e regulador na economia, apresentou variações nas suas formas pelos países europeus, sendo reconhecido como Welfare State. Enquanto, nos Estados Unidos a política intervencionista adotada pelo Estado foi chamada de New Deal.

Essa concepção de Estado interventor acompanhou o ciclo de crescimento econômico, que durou aproximadamente 30 anos, sendo reconhecido como os “anos gloriosos”. Entendendo o que o seu surgimento está associado, ou melhor, relacionado aos interesses do capital e demanda da classe trabalhadora, por direitos sociais. Pode-se ser tratado assim, como um fenômeno datado para garantir as forças capitalistas o retorno ao lucro, após a grande crise.

Posto isso, pode-se dizer que,

[...] não houve ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o Estado social capitalista do século XX. Houve, sim, uma mudança profunda na perspectiva do Estado, que abandonou seus princípios liberais e incorporou orientações social-democratas num contexto socioeconômico e da luta de classes, assumindo um caráter mais social, com investimentos em políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 63).

De acordo com Pereira (2011), três marcos são importantes na orientação do Estado de Bem Estar Social, os quais foram: o receituário keynesiano, baseado no pleno emprego; os postulados do relatório de Beveridge sobre a Seguridade Social de 1942, e a formulação do conceito de cidadania de T. H. Marshall, que inclui os direitos civis, políticos e sociais.

Ou seja, nas palavras de Behring (2009, p. 91)

- a) *estabelecimento políticas keynesianas com vista a gerar o pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal;*
- b) *instituição de serviços e políticas sociais com vistas a demanda e ampliar o mercado de consumo; e*
- c) *um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho.*

Foi no contexto das ideias de Keynes que a defesa da intervenção estatal se torna vista como uma maneira de reativar a produção por meio de medidas econômicas estatais, as quais poderiam garantir o pleno emprego, alcançando o equilíbrio entre demanda e capacidade de produção.

[...] Segundo Keynes, cabe ao Estado, a partir de uma visão de conjunto, o papel de estabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos e inversões reais que atuem em períodos de depressão com estímulo da economia. A política Keynesiana, portanto, a partir da ação do Estado, de elevar a demanda global, antes de evitar a crise, vai amortecê-la através de alguns mecanismos, que seriam indispensáveis pela burguesia liberal *stricto sensu* (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 86)

O Estado desempenhava o papel fundamental de estimular a economia em momentos de crise e recessão econômica, e a sua intervenção seria feita através das seguintes medidas: 1) intervenção na economia, por meio de programas emergenciais de obras públicas, com vistas a atingir o pleno emprego; 2) controle do sistema financeiro, libertando a política monetária das restrições do padrão ouro e desvalorizando o dólar para aumentar as exportações; 3) regulamentação do incremento a produção industrial; 4) controle da Bolsa de Valores e subscrição das sociedades anônimas; 5) criação de um sistema de Seguridade Social que abarcava a aposentadoria para os trabalhadores, o seguro desemprego e a transferência de renda a famílias pobres com filhos dependentes; 6) criação

de um salário mínimo nacional; 7) decretação da liberdade sindical e das convenções coletivas do trabalho; 8) programa de apoio a obtenção da casa própria; e 9) controle dos preços e da produção na agricultura dentre outras (PIERSON *apud* PEREIRA, 2011, p. 46).

Dessa forma, a emergência do Welfare State, reflete justamente a superação da ótica securitária, incorporando uma concepção ampla de Seguridade Social, com o plano Beveridge² na Inglaterra" (MARSHALL, 1967 *apud* BEHRING, 2007, p. 93). Inaugura-se assim, o reconhecimento da cidadania social (PEREIRA, 2011).

No entanto, o período caracterizado pela produção em massa, consumo em massa e crescimento do consumo, políticas sociais de caráter universal e de direitos trabalhistas ampliados levou contingentes da classe trabalhadora e da classe média a um patamar de consumo e acesso antes inexistente, o que, para Meszáros (2002), não pôde ser mantido indefinidamente.

Era previsível que o esgotamento das medidas remediadoras keynesianas se estagnariam com o tempo, e outro processo de crise se desenrolaria, o que ocorreu a partir 1970.

Os primeiros sinais foram:

[...] as dívidas públicas e privadas crescem perigosamente....A explosão da juventude em 1968, em todo mundo, e a primeira grande recessão – catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973 -1974 – foram sinais contundentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à política social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital, onde nunca se realizou efetivamente (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 103)

Harvey (2005), na sua obra *O novo Imperialismo*, sinaliza que a crise do modo de regulação fordista revelou- se, sobretudo, no momento em que as corporações econômicas verificaram a existência de capacidade excedente inutilizável em condições de aprofundamento da competição, obrigando- as a *racionalizar, reestruturar e intensificar o controle do trabalho*. Isto denota o enfraquecimento do padrão rígido (*Ibid.*) do modo fordista de produção. Somado às ideias político-econômicas keynesianas, revela a necessidade de reorganizar a gestão e o consumo da força de trabalho e de *reconfigurar o Estado*, reduzindo os investimentos sociais em nome da garantia do processo de acumulação.

² O Plano Beveridge foi formulado na Inglaterra e apresenta críticas ao modelo bismarckiano, vigente até então, e propõe a instituição do *Welfare State*. No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condição de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente de impostos fiscais e a gestão pública estatal. (BOSCHETTI, 2009).

Observa-se que neste cenário ocorreu a busca por um novo padrão de garantia de grandes lucros, em um processo de mundialização da economia e valorização dos grandes blocos do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2007):

- com o aprofundamento do capital financeiro com foco nos serviços;
- construção de uma cultura individualista padronizada pela comunicação e tecnologia, estabelecendo novos valores sociais;
- a introdução de uma reestruturação a partir da polivalência do trabalho, tendo como viés o modelo toyotista; estabelecendo de um Estado economicamente estável a partir da intervenção na economia com a redução nos gastos sociais e estabilização fiscal; e
- construção de um novo perfil de política social que não se baseia na resposta a sociedade e nas suas necessidades sociais, mas sim ao mercado e no seu propósito de valorização do consumo.

Dessa maneira, temos como estratégia para sair da crise, a expansão do capitalismo financeiro por meio da mundialização da economia, que fortalece os grupos industriais transnacionais por meio do processo de fusão e aquisição de empresas em um contexto desregulamentação e liberalização da economia.

1.3 – A política social no cenário de crise estrutural do capital

A história revela profundas mudanças globais promovidas pelo capitalismo que, em busca de superlucros, construiu novas formas de gerenciar o Estado, a produção e tratar a “questão social”. Uma delas foi a adesão ao modelo de bem-estar social, que chega ao seu desfecho com mais uma crise cíclica do processo de superacumulação.

Mészáros (2009) entende as crises do capitalismo como crises cujas implicações afetam o sistema do capital global “em todas suas dimensões fundamentais, questionando sua viabilidade como sistema reprodutivo social no todo” (MÉSZÁROS, 2009), o que difere das crises cíclicas, as quais ocorrem em um determinado período. Em outras palavras, as transformações societárias protagonizadas pelo capital nas últimas décadas do século passado fundamentam uma crise estrutural do capital, exigindo um esforço para sua superação que mexe diretamente com os fundamentos da sociedade.

Dessa maneira, esta crise não pode ser solucionada no foco que a gera sem que haja uma mudança da estrutura que a criou.

Nas palavras de Netto (2012, p. 415-16)

Foram as profundas transformações societárias emergentes desde a década de 1970 que redesenharam amplamente o perfil do capitalismo contemporâneo — está claro que, planetarizado, esse capitalismo apresenta traços novos e processos inéditos. Estas transformações estão vinculadas às formidáveis mudanças que ocorreram no chamado “mundo do trabalho” e que chegaram a produzir as equivocadas teses do “fim da sociedade do trabalho” e do “desaparecimento” do proletariado como classe, mudanças que certamente se conectam aos impactos causados nos circuitos produtivos pela revolução científica e técnica em curso desde meados do século XX (potenciada em seus desdobramentos, por exemplo, pela “revolução informacional” e pelos avanços da microeletrônica, da biologia, da física e da química). Mas são transformações que desbordam amplamente os circuitos produtivos: elas envolvem a totalidade social, configurando a sociedade tardo-burguesa que emerge da restauração do capital operada desde fins dos anos 1970.

A severidade da crise estrutural se baseia principalmente em afetar a totalidade “de um complexo social em todas as relações com suas partes constituintes ou subcomplexos, como também a outros complexos aos quais é articulada” (MÉSZÁROS, 2009, p. 797). Ou seja, a crise estrutural tem a possibilidade de “pôr em risco a sobrevivência contínua da estrutura global” (MÉSZÁROS, 2009, p. 798). Nesse momento, compreendemos que o sistema do capital possui limites que podem ser relativos ou absolutos. Os limites relativos são os que o capital redefine para que possa seguir adiante sob diferentes circunstâncias para manter a extração do trabalho excedente. No que concerne aos limites absolutos, são aqueles que, inevitavelmente, põem “em ação a própria estrutura causal do capitalismo” (*Id. Op. cit.*), implicando na sua crise estrutural e, por conseguinte, no risco da sua própria sobrevivência como modo de reprodução

Contudo, pode-se dizer que a atual fase do capitalismo “ameaça privar o sistema do capital em geral de sua *raison d’être* histórica” (*Ibid.*, p.104). O ponto central para entender a crise estrutural é que ela “reside dentro e emana das três dimensões internas” do capital, as quais são: **produção, consumo e circulação/distribuição/realização**. Em suma, a crise estrutural pressupõe a alteração na totalidade desse compósito do capital em todas as suas dimensões, visto que cada uma delas possui seus limites absolutos e estes interagem entre si.

A crise estrutural do capital é destrutiva e desumana, e afeta as dimensões das relações sociais. Neste contexto contraditório do sistema capitalista, que identificamos que quanto mais se trabalha, mas se intensifica a situação de miséria do trabalhador.

Assim, as transformações que perpassam os processos sociais de produção e reprodução social ocorreram de maneira progressiva, requisitando que o capital encontrasse alternativas para a crise que o ameaça na segunda metade da década de 1970, mais

precisamente quando explodiu a primeira recessão generalizada da economia capitalista internacional desde a Segunda Guerra Mundial (MANDEL, 1985).

Esse foi um período de intensas transformações no modo de produção e reprodução social, que se estende até a atualidade, e metamorfoseia as relações no mundo do trabalho (HOBSBAWM, 1995; OLIVEIRA, 1996; ANTUNES, 1998; HARVEY, 1998).

Tais transformações não só se apresentam no mundo do trabalho no capitalismo contemporâneo, mas também refletem nas condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, posto que desproletarizam o trabalho industrial fabril e ampliam expressivamente o assalariamento no setor de serviços. Generaliza-se a subproletarização do trabalho nas formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, doméstico e informal. Há, ainda, uma significativa heterogeneização do trabalho, expresso pela crescente incorporação do contingente feminino no mundo operário, e ainda pela incorporação do trabalho infantil e pela presença significativa de força de mão-de-obra migrante, acompanhado de formas contemporâneas de degradação do trabalho, além da desespecialização ou desqualificação do operário industrial e da criação dos trabalhadores multifuncionais (ANTUNES, 1998, 1999).

A heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora teve por resultado a expansão, sem precedentes na era moderna, do desemprego estrutural, que atinge o mundo em escala global. Tal resultado repercute no movimento dos trabalhadores, diminuindo taxas de sindicalização, bem como aumenta a burocratização e institucionalização das entidades representativas de classe. (ANTUNES, 1998, 1999).

Devemos considerar que no contexto de esgotamento do padrão fordista/keynesiano, emergem o toyotismo e o padrão de acumulação flexível, dos quais são características a divisão global do mercado e do trabalho, o desemprego estrutural, o capital volátil, o fechamento de unidades de produção, a hegemonia financeira e a revolução tecnológica (HARVEY, 1998) como uma tentativa do capital de recuperar seu ciclo de produção e repor seu projeto de dominação societal.

Outro aspecto importante é que a acumulação flexível³ tem como componente central a flexibilização da produção (precarização do trabalho em tempo parcial, temporário e subcontrato), o que gera a mais exploração.

³ Segundo Harvey (2011, p. 140), a acumulação flexível “se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional”.

Esta estratégia produz uma reestruturação radical do mercado de trabalho, alterando a relação incluído/excluídos, introduzindo novas modalidades de contratação, gerando uma estratificação ainda maior no chamado mundo do trabalho.

No que tange a produção, a flexibilização e a intensificação do trabalho são implementadas, notadamente com a adoção do modelo toyotista e suas variantes. Este estabelece a quebra da especialização extrema do trabalhador, exigindo-lhe uma polifuncionalidade ou polivalência, o que significa que cada operário da fábrica deve ser capaz de realizar – e efetivamente deve realizar – diferentes tarefas no processo de produção.

Todo esse conjunto de transformações formata o processo de reestruturação produtiva, que acentua os padrões de exploração do trabalhador e a construção de uma sociedade tardo-burguesa, que mina a classe operária “tradicional” e constitui uma oligarquia financeira global (NETTO, 1996).

Estas mudanças na esfera do trabalho traduziram-se em perdas de direitos trabalhistas, e a subordinação cada vez maior do trabalhador à lógica perversa do mercado, o que reforça a alienação⁴.

Em consonância com as mudanças na esfera do trabalho, o Estado torna-se objeto de reformulação para adequar-se à lógica do capital globalizado por meio de um abrangente processo de reformas (BEHRING & BOSCHETTI, 2007). A partir destas reformas, oriundas da ideologia neoliberal difunde-se a ideia de que o bem-estar social pertence ao foro privado dos indivíduos e seus grupos sociais, transferindo as respostas às manifestações da “questão social” da esfera do Estado para a do mercado e a sociedade civil.

Os reflexos destas transformações são o reforço da desigualdade social, o aumento do desemprego estrutural, o capital volátil, a hegemonia financeira e a revolução tecnológica, que passa a atingir todos os tipos de trabalhadores do mundo em uma escala crescente e sem limites. Assim, os parâmetros do desemprego agravam-se com a crise estrutural do capital, ocasionando o aumento de outros problemas sociais e econômicos, como a pobreza, a violência, a redução do padrão de vida dos trabalhadores, a flexibilização do trabalho e, com ela, a intensificação da precarização da força de trabalho.

⁴ Cabe explicitar que há quatro tipos de alienação em Marx (INFRANCA & VEDDA, 2012), que são: *alienação do trabalhador em relação ao objeto; a auto alienação na atividade produtiva; a alienação em relação a vida genérica e alienação do homem pelo homem.*

Neste cenário, de crise do capital, novas mediações são postas, para sanar a crise, principalmente a partir dos anos 70. Assim,

[...] iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, [...] (ANTUNES, 2007, p. 31).

Segundo a análise de Behring (2010), com a crescente mundialização do capital e a financeirização de todas as suas modalidades, parte do trabalho necessário para suprir os meios de subsistência do trabalhador também está sendo extraído pela tributação crescente da esfera do consumo, compondo o “fundo público” que na atualidade serve como grande indutor dos processos de concentração e centralização do capital.

Ou seja, a efetiva mundialização é acionada pelos grandes grupos industriais e transnacionais articulados ao mundo das finanças. Um mundo internacionalizado requer um Estado dócil aos influxos neoliberais e, ao mesmo tempo, forte para traduzir essas demandas em políticas nacionais (PETRAS, 2002).

A ampliação e o fortalecimento do Estado na era neoliberal cumpre um papel fundamental na ofensiva do capital financeiro e ao trabalho do imperialismo nos países dependentes (CASTELO, 2017).

Os Estados Nacionais assumem uma intervenção política de apoio efetivo às orientações do neoliberalismo, favorecendo o triunfo do mercado, desregulamentando direitos sociais, privatizando o bem público, focalizando e descentralizando as investidas sociais. Assim, estabelece-se um gigantesco processo de reformas destinadas à supressão ou redução de direitos e garantias sociais, tão caros ao movimento da classe trabalhadora.

As conquistas sociais são transformadas em impeditivos e empecilhos para o desenvolvimento e a liquidez financeira do Estado, sendo considerados como a principal causa de sua crise fiscal. Assim,

[...] o Estado burguês, mantendo o seu caráter de classe, experimenta um considerável redimensionamento. A mudança mais imediata é a diminuição da sua ação reguladora, especialmente o encolhimento de suas “funções legitimadoras” (O’Connor): quando o grande capital rompe o “pacto” que suportava o Welfare State, começa a ocorrer a retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais — programa tatcherista que corporifica a estratégia do grande capital de “redução do Estado”, num processo de “ajuste” que visa diminuir o ônus do capital no esquema geral da reprodução da força de trabalho. Entretanto, aquela redução, bem definida nas palavras de ordem que já assinei e na sua prática — “flexibilização”, “desregulamentação” e “privatização” —, decorre do próprio movimento da “globalização”. De uma parte, a magnitude das atividades planetárias das corporações monopolistas extrapola largamente os controles estatais, fundados na circunscrição nacional do Estado; de outra, dada a articulação privada daquelas atividades, torna-se limitada

a intervenção estatal no nível macroeconômico. É evidente que o tardo-capitalismo não liquidou com o Estado nacional, mas é também claro que vem operando no sentido de erodir a sua soberania — porém, cumpre assinalar a diferencialidade dessa erosão, que atinge diversamente Estados centrais e Estados periféricos (ou mais débeis). (NETTO, 2012, p. 422)

Dessa maneira, a desqualificação do Estado representa um pontapé para reforçar a privatismo da ideologia neoliberal (NETTO, 2012), que fundamenta um o modelo de um Estado Mínimo para o social e máximo para o capital. Evidencia-se a partir disso, um desmonte do sistema público de proteção social como uma resposta construída pelo capital globalizado no enfrentamento de sua crise de acumulação.

A combinação acumulação flexível, financeirização da riqueza, mais reformas estatais no âmbito social produz desemprego, aumenta a exploração do uso da força de trabalho e corrói o sistema de Seguridade Social.

No que concerne à reforma do Estado, tivemos o seguinte cenário no território brasileiro: cortes nos gastos sociais são justificados pela crise fiscal do Estado – gerando uma deterioração dos serviços públicos, sendo alguns desses serviços assumidos pela iniciativa privada, como proposta para resolver os problemas. A tendência geral da reforma do Estado é a redução de direitos, baseando-se no argumento de crise fiscal, e transformando, assim, as políticas sociais em ações pontuais, seletivas e compensatórias, atendendo aos maiores efeitos da crise. O trinômio do ideário neoliberal para o campo das políticas sociais é *privatização, focalização e descentralização*; o que tende a alterar as responsabilidades do Estado, transferindo-as para o campo privado ou para o setor público não estatal.

Outra questão a ser considerada sobre a reforma do Estado trata das propostas encaminhadas pelos organismos internacionais, no sentido de racionalizar os gastos na área social, e fortalecer o setor privado na oferta de bens e serviços coletivos (CORREIA, 2007), assim como estimular a quebra do caráter universal das políticas públicas da área social.

De acordo com Behring (2008, p. 248),

Do ponto de vista da lógica do capitalismo contemporâneo, a configuração de padrões universalistas redistributivas de proteção social vê-se fortemente tensionada: pelas estratégias de extração de superlucros, com a flexibilização das relações de trabalho, onde se incluem as tendências de contração dos encargos sociais e previdenciários, vistos como custos ou gastos dispendiosos; pela supercapitalização com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública onde incluem saúde, educação e previdência; e, especialmente pelo desprezo burguês para com o pacto social dos anos de crescimento, agora no contexto da estagnação, configurando um ambiente ideológico individualista, consumista e hedonista ao extremo.

Assim, pode-se dizer que o neoliberalismo tem como traço o fortalecimento da iniciativa privada; a redução do valor da força de trabalho e do tempo necessário de a produção de bens; o incentivo a liberdade do mercado; e a redução da intervenção do Estado, em contraposição ao processo de redemocratização (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Portanto, trata-se de uma redefinição das funções do Estado, sob o argumento de resolver a crise estrutural do capital, tendo por finalidade a retomada do crescimento econômico. Ao analisar as particularidades da formação histórico-social do Brasil, constata-se que o neoliberalismo feriu os princípios constitucionais de democratização, além de distanciar as ações estatais do campo social, através da redução dos investimentos na Seguridade Social.

A reforma do Estado encontra na mercantilização dos direitos sociais suas fontes de lucratividade para o grande capital, porque os serviços sociais, antes de responsabilidade do Estado, são agora transferidos para a iniciativa privada. Com o processo de privatização, as instituições privadas passam a participar ativamente da gestão das políticas sociais públicas. Em suma: as políticas sociais são atingidas por um processo destrutivo de direitos sociais, tornando-se fragmentadas, focalizadas, reduzidas, entrelaçando-se à a precarização dos serviços sociais.

As propostas de retirada do Estado se espalharam ainda pelas áreas sociais, como: saúde e educação (SOARES, 2003). A lógica privada dominou esses setores do ponto de vista das políticas e das práticas governistas. Os resultados são verificáveis não pelo excesso do Estado, mas pela privatização interna. Isto porque o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços sociais (LAURELL, 1995). As estratégias priorizadas pelos governos neoliberais estão vinculadas à redução da ação estatal: privatização do funcionamento e da produção dos serviços; corte dos gastos sociais; eliminação de programas e benefícios, canalizando gastos para grupos carentes; e descentralização em nível local.

Apesar de reconhecermos as questões já expostas, cabe considerar que enquanto durar este sistema, as formas de trabalho serão oprimidas e alienadas, controlando a relação capital e trabalho. Tal realidade é evidente com a produção destrutiva do capital, pois enquanto há o desenvolvimento das forças produtivas e o aumento da produtividade, milhões de pessoas morrem de fome e caem nas fileiras do exército de reserva. Essa é uma tendência em todo o globo, onde o trabalho é regido pelo capital, o que gera a

intensificação da subordinação das necessidades humanas às necessidades de acumulação do capital.

As mudanças e xeque refletem no trabalho e nas políticas sociais, posto que as conquistas e ganhos do passado keynesiano foram retirados, ou melhor, substituídos pela lógica perversa de focalização e seletividade das políticas sociais.

Sem falar ainda que os efeitos deletérios da crise estrutural rebatem visceralmente na cultura, quando visualizamos a reorganização da sociedade baseada em padrões cada vez mais individualista, que afetam a ideia de luta coletiva, e a própria configuração dos movimentos sociais, observando assim mais mobilização do que movimentos sociais de fato. Com isso, nota-se que as lutas sociais são fragilizadas.

É em tempos pós-moderno que a “questão social” é tratada como problema individual, tendo que ser tratada e resolvida pelo próprio indivíduo no âmbito da vida privada, obrigando este a se enquadrar no padrão de consumo.

Assim, caminhamos para refletir os efeitos dessa crise estrutural no Brasil, por meio do resgate da trajetória da política da saúde e dos rebatimentos do movimento do capital sobre ela desde o início do século passado.

CAPÍTULO 2

POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: BREVE ESTUDO DOS ANOS 80 ATÉ A AGENDA ATUAL

A história da construção de uma política de saúde, no Brasil, tem registros no final do século XIX e começo do século XX. Nessa época, os atendimentos à saúde eram realizados em instituições filantrópicas ou por práticas isoladas de profissionais liberais. No início da década de 1920, o território brasileiro vivia um processo de industrialização, e as ações de saúde, nesse contexto, foram alteradas, pois a preocupação era manter o trabalhador com capacidade de produzir, o que se manteve até o final da ditadura instaurada em 1964, quando se iniciou um processo de conquistas democráticas que ampliaram o campo da política de saúde.

É reconhecido que o período que antecede a década de 1930, foi marcado por relações colonialistas e por um modelo de economia baseado nas relações fundiárias, que trazia como tom a relação de exploração e subordinação evidentes nas relações escravistas (MAZZEO, 2006).

No período da Revolução de 1930, constata-se uma nova fase, a qual pode ser reconhecida como de ascensão do capitalismo industrial no país, exigindo medidas de controle da classe trabalhadora para que o país se adequasse aos padrões de inserção na economia internacional.

Assim, não se pode deixar de lado que a Revolução de 1930 representa um marco no desenvolvimento do capitalismo no Brasil, no que se refere a continuidade do processo modernizador.

Observa-se que, acompanhando este contexto, era cada vez mais evidente o interesse de adequação do Brasil à economia internacional. Algumas ações e medidas foram postas para a classe trabalhadora, dentre as quais tivemos a implementação dos seguros sociais, leis trabalhistas e programas de atenção ao trabalhador e a sua família, que reforçavam a ideia de uma parceria da classe trabalhadora com o capital no processo do desenvolvimento industrial.

Assim, ao objetivar o avanço do processo de industrialização, viu-se neste momento um interesse crescente dos governantes em configurar políticas sociais que respondessem

às necessidades da população, até porque a grande preocupação estava em consolidar o desenvolvimento econômico, político e social.

Enfim, observa-se que os primeiros ensaios foram com a Lei Eloy Chaves, em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), cujo foco era o modelo de seguro social bismarckiano, pois trazia a preocupação prioritária com o trabalhador de carteira assinada. Seguido a isso, há a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que traziam traços similares às CAP, pois suas frações eram por profissão.

A partir da década de 1950, há um redimensionamento da economia mundial, posto pelo pós-guerra e pelo domínio e hegemonia imperialista estadunidense. Ou seja, no Brasil neste contexto o modelo de estado bem-estar social não foi instalado, até porque vivia-se um período de Vargas, acompanhado de uma economia desenvolvimentista.

Contudo, essa lógica desenvolvimentista manteve-se logo após o golpe 60, quando se instalou a ditadura militar. Menezes (2017) considera que o golpe de 1964, tem particularidades na história brasileira, pois se tratou de uma solução política pela via dos mecanismos repressivos. Destaca-se que na vigência da ditadura militar, ocorreu as derrotas das forças democráticas; a questão social passa a intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência; a política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, tendo por finalidade aumentar a regulação do Estado, amortecer as tensões sociais e manter a ordem e sua legitimidade, servindo como mecanismo de acumulação do capital.

Todavia, a partir do final dos anos 70, no Brasil vivia-se um período constituinte, organização popular, o povo consegue alterar a cena e reforçar a necessidade de uma nova organização política, econômica e social, que teve afirmação na Constituição Federal e por conseguinte, em distintos movimentos sociais, que começaram a alterar o cenário brasileiro no âmbito das políticas sociais, em particular na de saúde, posto que neste momento a saúde ganha um tônus de direito social.

O estudo desta Tese privilegiou a política de saúde, a partir da década de 70, haja vista que representa no contexto brasileiro um período de organizações dos movimentos sociais, em busca da consolidação dos direitos sociais, assim como acompanha um movimento de transição democrática. Além disso, nos aproximamos da conjuntura de 1990, compreendendo que algumas mudanças significativas no âmbito da política social aconteceram, se opondo aos avanços da década anterior, e fomentando a incorporação dos ideais neoliberais, em resposta as orientações de organismos internacionais.

É a partir do exame da política de saúde que nos aproximamos do debate sobre os modelos de gestão no SUS, compreendendo as mudanças ocorridas na trajetória desta política, decorrentes dos fatores econômicos, políticos e sociais.

2.1. Década de 1980: lutas e conquista na política de saúde

Para debatermos sobre o início da década de 80, devemos nos reportar ao fato de que, para alguns, esta década ficou conhecida como “perdida”⁵, do ponto de vista econômico, mesmo sendo um período de lutas democráticas. Neste período, havia dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na distribuição de renda, não só no território nacional, mas em toda a América Latina.

O Brasil, ao viver um endividamento econômico, optou por algumas estratégias, como cortar gastos públicos e vender títulos do Tesouro a juros atraentes, que acarretaram, no Brasil, “crise dos serviços sociais público, num contexto de aumento das demandas, em contraposição a expansão dos direitos; desemprego, informalidade da economia, e favorecimento da produção para exportação em detrimento das necessidades internas.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p 139).

Concomitantemente, a política de saúde vigente, no início da década de 1980, se moldava ao modelo médico assistencial privatista, com atendimento da população previdenciária. Esse modelo de política de saúde excluía a parcela da população que não possuía vínculo previdenciário e a população rural. Porém, muito beneficiou o setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médico-curativa) e o setor privado internacional (produtor de insumos de saúde).

No período entre o final da década de 1970 e início da década de 1980, começaram a surgir propostas, por parte da sociedade civil, dos profissionais de saúde, que fortaleciam os recursos para o setor público de saúde e revertiam o modelo privilegiador do setor

⁵ O período entre 1980 e 1984 marcou o início de uma crise econômica no país, devido aos seus desajustes macroeconômicos que geravam taxas insuportáveis de inflação o que de fato impedia o sucesso de qualquer plano de crescimento econômico. A década 1980 foi considerada perdida, porque não houve um expressivo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Além disso, houve um aumento do déficit público devido ao crescimento da dívida externa ocasionada pela elevação das taxas internacionais de juros. Na década de 80, podemos citar a escalada inflacionária que chegou ao final de 1989 perto do que podemos considerar como hiperinflação. Contudo, a década de 1980 não foi de todo ruim para o país, na medida em que as pressões sobre o governo militar foram tantas e insuportáveis, em face da crise que se instalou, no Brasil, que, em 1985, iniciava-se a Nova República, com a eleição de um presidente civil pelo voto direto que seria a porta de entrada para a retomada da democracia. Pelo menos no campo cívico, o país teve um grande avanço nos anos 1980.

privado, além de defenderem melhorias na política de saúde. De acordo com Bravo (2006), o processo de democratização contou, então, com a participação de novos sujeitos sociais: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades categoria, ultrapassaram os interesses corporativos em prol da coletividade (como os interesses vinculados à melhoria da saúde e dos serviços públicos), a sociedade civil, usuários, familiares e sindicatos profissionais. A presença destes novos sujeitos refletiu na consolidação de um movimento organizado em prol de uma nova dinâmica sanitária, reconhecido como Movimento Sanitário. Este movimento aconteceu acompanhado de uma conjuntura pré-Constituinte. Sendo o ponto de partida do Movimento Sanitário a crítica ao sistema de saúde brasileiro que, na época, já era considerado falido, devido ao modelo de concepção e gerenciamento (MATOS, 2003).

O Movimento Sanitário tinha, no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)⁶, um veículo de difusão e ampliação do debate sobre os conceitos de saúde e democracia, o que levou à construção de propostas embasadas na universalização, à concepção de saúde articulada à ideia de direito social e dever do Estado, à reestruturação da saúde baseada em um sistema unificado⁷, à descentralização político-administrativa (esferas federal, estadual e municipal), ao financiamento e à democratização com consolidação de mecanismos de gestão, como os Conselhos de Saúde⁸.

Após esse período, de organização do Movimento Sanitário, as Ações Integradas de Saúde (AIS) passaram a integrar diversas políticas sociais, conseguindo alcançar melhorias nos indicadores da realidade brasileira. Com a implementação das AIS, foi necessária a constituição de um Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), representando

⁶ Segundo Fleury (1997, p.26), o CEBES “representou a possibilidade de estrutura institucional para o triedro que caracterizou o movimento de reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que se evidencia as relações entre saúde e estrutura social, a ampliação da consciência sanitária, onde a Revista Saúde em Debate permanece sendo um veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política”.

⁷ Tem como estratégia o Sistema Único de Saúde (SUS), articulado ao movimento popular.

⁸ Conselho de Saúde “é entendido como um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade dos segmentos da sociedade nele representados. Dessa maneira, torna-se um espaço contraditório. Os conselhos, durante o processo de descentralização da política pública de saúde, efetivaram-se por se tornar uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais” (CORREIA, 2006, p.127). O interesse público ocorre com o controle social na formulação e gestão das políticas de saúde por meio de mecanismos como os Conselhos Municipais de Saúde. O projeto de Reforma propõe uma relação diferenciada entre Estado e sociedade civil, incentivando novos atores e novos sujeitos sociais na definição da política setorial, mediante mecanismos como conselhos (não governam, mas estabelecem parâmetros de interesses públicos para o governo, exigindo a transparência no uso dos recursos e a democratização das informações) e conferências.

uma estratégia de reforma administrativa da Previdência Social para descentralização financeira, transferindo a responsabilidade da gestão da saúde para secretarias municipais e estaduais de saúde.

Segundo Netto (1996), neste contexto da década de 80, destacam-se dois projetos societários antagônicos: *democracia restritiva* (que diminui os direitos sociais e políticos) e *democracia de massas* (com ampla participação social). Esses dois projetos repercutem no campo das políticas de saúde, no Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, cuja base é preocupação com a democratização de acesso, universalidade, descentralização, integralidade e equidade das ações (BRAVO, 1996); e no modelo de Reforma Privatista, que tem por pilar o Estado Mínimo – suas premissas são parcerias e privatização, e refilantropização (BRAVO, 1999).

O projeto de Reforma Sanitária propunha a democratização da saúde, objetivando que esta seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas, com acesso de qualidade; que a saúde fosse incorporada pela concepção de Seguridade Social e não mais pelo modelo de seguro social das décadas anteriores, sendo responsabilidade do Estado assegurar os meios de acesso aos serviços, reorientando o sistema de saúde brasileiro e implementando o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para além destas propostas, o projeto de Reforma Sanitária propunha uma relação diferenciada do Estado com a sociedade civil, que amadurece através do incentivo à presença de novos sujeitos sociais em Conselhos e Conferências, contribuindo na definição de uma política setorial.

Ao analisarmos o modelo de política de saúde durante a década de 1980, localizamos que os pontos centrais do período foram a politização da política de saúde, a mudança na norma constitucional e a alteração das práticas institucionais, mesmo perante uma realidade marcada por retrocessos econômicos, que atenuavam os investimentos nos serviços sociais.

A saúde, no Brasil, teve como acontecimento mais importante a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde⁹, na qual foram debatidos vários temas. Destaca-se como central “a extensão das ações de saúde através de serviços básicos”.

⁹ Realizou-se, em março de 1986, em Brasília, com os temas *A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania e Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Financiamento setorial*. Cabe ainda esclarecer que, antes da Conferência, ocorreram pré-conferências, em todo o território nacional, embasadas no temário

A VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas [...]. Representou inegavelmente um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade civil [...]. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2006, p.98).

Além disso, é na ocasião da VIII Conferência que foram lançadas as bases de reforma sanitária e do SUDS, que representou uma iniciativa federal na saúde, e caminhou para a descentralização e a unificação institucional. Além disso, definiu as competências para as três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

A afirmação jurídica da saúde ocorre durante o processo da Constituinte¹⁰ e com a promulgação da Carta Magna, em 1988. Neste ponto, a saúde passa a ser tida como direito da população e dever do Estado, como determinado no art. 196, no título da Ordem Social; a saúde se insere no tripé da Seguridade Social¹¹, em conjunto com a Assistência Social e a Previdência Social.

Os principais temas aprovados, na nova Constituição, relacionados à Saúde são o direito universal a ela e o dever do Estado como seu provedor; as ações e os serviços de saúde se tornaram de relevância pública, cabendo ao Estado sua regulamentação, fiscalização e controle; a constituição do SUS, a participação do setor privado em caráter complementar, preferencialmente, por intermédio das entidades filantrópicas.

As características do SUS são: o Sistema deve atender a todos, independentemente de contribuição, observando a *integralidade* (as ações de saúde não devem atender os indivíduos de maneira isolada), deve ser *descentralizado* (cada esfera responsável pela gestão do serviço), *racional* (deve ser estruturado com ações e serviços de acordo com a necessidade da população); e deve ser *democrático* (garantindo a participação de todos).

Segundo Bravo (2006), o texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende, em sua maioria, grande parte das

pré-estabelecido. Os debates que ocorreram na Conferência baseavam-se nas discussões apresentadas por fóruns específicos, tais como Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; Medicina Preventiva, Saúde Pública (BRAVO, 2006). Destaca-se, ainda, a extrema importância da participação da sociedade civil, por meio de sindicatos, partidos políticos, moradores, associações de profissionais e parlamento.

¹⁰ O processo constituinte foi levado a efeito, no período de 1987/1988, representando um salto constitucional.

¹¹ A Seguridade Social, na definição presente na Constituição Federal, de 1988, é entendida pelo conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltados a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social, incluindo, também, a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro desemprego. (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

reivindicações do movimento sanitário, prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar, mas não altera a situação da indústria farmacêutica, pois existe somente uma alusão, no sistema de saúde, a fiscalizar sua produção.

Para além do texto constitucional, ocorreram conquistas jurídico-institucionais, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS - Leis nº 8.080/1990, que dispõe sobre a promoção, prevenção e recuperação da saúde, estabelecendo que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social; e nº 8.142/1990, que trata da participação no controle social); os avanços jurídicos apresentavam alguns traços regressivos¹² e progressistas, que se materializam em valores como a universalidade.

Devemos considerar, ainda sobre a Lei 8.080/1990, que ela estabeleceu, também, a forma de repasse dos recursos financeiros a serem transferidos para os Estados e Municípios, baseando-se nos seguintes critérios: perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados, o que foi alterado com as Normas Operacionais Básicas (NOB nº 01/91; nº 01/93 e nº 01/96), que tratam do funcionamento e operacionalização do SUS e que são de competência do Ministério da Saúde, (POLIGNANO, 2001).

Ao analisar a política de saúde desse período, verifica-se que houve avanços “*no âmbito jurídico; na politização da saúde e no campo prático institucional*” (TEIXEIRA, 1989), mas é preciso considerar as limitações de sua efetivação, no campo prático da política.

O real SUS está longe do SUS constitucional. Há uma enorme diferença entre a proposta do movimento de reforma sanitária e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos segmentos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. ‘A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou’. (BRAVO, 2007, p.106-107).

Essa década foi marcada pelo processo de mobilização das classes sociais para reverter o quadro privatizante, por via da consolidação de propostas para uma política pública de saúde universal, por meio da politização da saúde; porém, também, marcou a transição para a adoção das políticas neoliberais que, desde década de 1970, já vinham moldando o cenário internacional.

¹² Problemas enfrentados com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência em nível secundário e terciário (POLIGNANO, 2001), e setores que têm interesse em integrar o modelo vigente, devido aos baixos valores pagos pelos procedimentos médicos executados, o que dificulta a viabilização da proposta de hierarquização dos serviços.

2.2. Década de 1990: a ofensiva neoliberal

Ao adentrar a década de 1990, do ponto de vista econômico, tem-se um país sofrendo com a inflação e com a entrada dos ideais neoliberais nas políticas sociais. Diante deste cenário, o Brasil tem uma situação social grave, decorrente dos indicadores políticos e econômicos.

De acordo com Cruz (1997, p.118-119), podemos identificar os elementos políticos e econômicos principais para a crise:

[...] 1) transferências pesadas de recursos reais ao exterior para o serviço da dívida/reações defensivas generalizadas de grupos sociais empenhados em preservar suas participações respectivas na renda nacional; 2) relaxamento dos mecanismos autoritários de controle político/ampliação da capacidade organizativa e do poder de barganha de setores populares/dificuldades crescentes de imposição autocrática de respostas prontas ao problema de como distribuir as perdas que pesam sobre o conjunto da sociedade; 3) intensificação de pressões cruzadas sobre o orçamento do governo, tanto pelo lado da receita quanto pelo gasto público/ crise fiscal/recurso sistemático a emissões inflacionárias como meio para financiar despesas correntes e administrar conflitos; 4) impacto desigual da inflação sobre a renda dos diferentes grupos/exacerbação do conflito distributivo/pressões redobradas sobre o Estado.

Neste período, deu-se, no Brasil, de maneira retardatária, o ajuste neoliberal, no meio da tentativa tardia de construção de um Estado de Bem-Estar Social, para atender a parcela da população em situação de pobreza, excluída dos benefícios do desenvolvimento passado (SOARES, 2002).

Devemos considerar que as razões para esse tipo de proposta neoliberal chegaram de forma tardia, acompanhadas por dois condicionantes: de um lado, devido ao agravamento da crise econômica em 1989-90, e, do outro, o esgotamento do Estado desenvolvimentista brasileiro (CRUZ, 1997).

Segundo Behring (2008), o Brasil, na década de 1990, entrou em um período de uma nova ofensiva burguesa, adaptando-se às exigências do capital. O ambiente político, econômico e cultural foi reforçado pelo Consenso de Washington.¹³ que, para Soares (2001, p.19),

¹³ “Esse processo de ajuste global na economia mundial caracteriza-se por um rearranjo da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais, feito sobre a égide de uma doutrina neoliberal, cosmopolita, gestada na capital política do mundo capitalista” (SOARES, 2001, p.19). Concretizou-se, em novembro de 1989, na cidade de Washington, a partir da reunião de funcionários do governo estadunidense, especialistas em assuntos latino-americanos e representantes de organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI); Banco Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e economistas liberais, que visavam realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, em países da América Latina. No Consenso de Washington, foram definidas as diretrizes da política macroeconômica, que iriam inspirar as reformas, definidas como neoliberais, as quais foram

“[...] consiste em um conjunto abrangente de regras de condicionalidade aplicadas, de forma cada vez mais padronizada, aos diversos países e regiões do mundo, para obter apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais”.

No Brasil, o neoliberalismo foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou após o desfecho da eleição em 1989, a vitória do Presidente Fernando Collor de Mello, que tinha por proposta derrotar a inflação que atingia o país, orientado por medidas neoliberais, conduzido por uma política monetarista, desde o final da gestão do Presidente José Sarney, que o antecederia.

As ações de intervenção ministradas pelo governo Collor foram as chamadas *reformas estruturais*, que fundiam a contrarreforma neoliberal. Na gestão Collor, não houve nenhuma ação expressiva que suprisse o endividamento do país para com as agências internacionais; ao contrário, as estratégias adotadas apontavam para a desarticulação progressiva do padrão econômico, assim como a fragilização do serviço público.

De acordo com Rizzotto (2000), em 1990, o modelo de gestão tinha por ênfase as reformas econômicas, a privatização das empresas estatais e as políticas sociais focalizadas.

A gestão Collor impactou negativamente no sistema de proteção social – forte redução de gasto social federal; desarticulação das redes de serviços sociais; fortalecimento do estilo patrimonialista e clientelista na administração da política pública.

De acordo com Soares (2001), as propostas de retirada do Estado se espalharam pelas áreas sociais, como saúde e educação, nas quais a superioridade do setor privado foi apregoada. A lógica privada dominou esses setores, do ponto de vista das políticas e práticas governistas. Os resultados são verificáveis não pelo excesso do Estado, mas pela privatização interna. Isto começa acontecer justamente em resposta a uma necessidade organização do Estado, para responder as conjunturas internacionais. Com isso os ideias neoliberais são fortalecidos, se opondo radicalmente à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços sociais (LAURELL, 1995).

As estratégias priorizadas pelos governos neoliberais estão vinculadas à redução da ação estatal, em especial:

- *privatização do funcionamento e da produção dos serviços;*
- *corte dos gastos sociais;*
- *eliminação de programas e benefícios, canalizando gastos, para grupos carentes;*

implementadas, em grande parte, nos países periféricos, como o Brasil. As diretrizes formuladas consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas (desequilibradas pela inflação), na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial. (RIZZOTO, 2009).

- *descentralização em nível local.*

Destacam-se três objetivos neoliberais: remercantilização dos bens sociais; redução do gasto social público; e supressão da noção de direitos sociais (LAURELL, 1995).

Assim, “*as funções do Estado consistem em garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando os atendimentos para o setor privado dos que podem ter acesso no mercado.*” (BRAVO, 2001, p.200)

O redimensionamento do Estado, conduzido pela política de ajuste neoliberal¹⁴ (SOARES, 2001), atinge os avanços constitucionais de 1988, a partir da redução dos investimentos nas políticas públicas, destacando-se a da saúde que, na década de 1980, fora marcada por uma perspectiva de reforma sanitária.

Há uma trajetória muito perceptível de mudanças jurídicas e institucionais, marcadamente influenciadas pelos pressupostos da reforma sanitária, que passaram a impressão de que [o] projeto político-sanitário deu a tônica das políticas de saúde nos anos 80. Ao contrário, de forma sutil, pouco perceptível [...] direta ou indiretamente decorrente das políticas públicas praticadas no período, consolidou-se o projeto neoliberal. (MENDES, 1993, p.34).

Soares (2001, p.248), ao analisar o governo Collor, no que tange à política de saúde, considera que as propostas implementadas se distanciam da concepção inscrita na Constituição Federal, representando um enorme retrocesso na realidade brasileira.

A nosso ver, aquilo que vem sendo chamado de SUS, do início do governo Collor para cá, não apenas se distancia da concepção inscrita na Constituição, no âmbito da Seguridade Social, como significa em termos concretos enorme retrocesso quando comparado ao processo de implementação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) no período 1986/88.

A política de saúde, na década de 1990, expressou tensões entre a pauta da Reforma Sanitária e a agenda neoliberal. As conquistas importantes foram as mudanças político-institucionais; a unificação de um comando único da política nacional de saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, em contraste com a histórica trajetória fragmentada; e a construção de um arcabouço em que se fundamenta o SUS, representando a lógica federativa. Além disso, a inclusão de diretrizes de participação social para efetivar o controle social das políticas públicas.

Devemos considerar que é nos anos 1990 que, em face das necessidades de mundialização do capital¹⁵ gerenciada pelos organismos internacionais, deu-se início a um

¹⁴ O modelo da política de ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica; faz parte de uma redefinição global no campo político-institucional e das relações sociais (SOARES, 2002).

¹⁵ Segundo Chesnais (1996), o processo de mundialização é uma fase específica do processo de internacionalização do capital que tem como característica o movimento conjunto da acumulação ininterrupta

processo de Reforma do Estado brasileiro. A privatização foi o elemento articulador dessas estratégias, que atendem ao objetivo econômico de abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar a acumulação e a mercantilizar o bem-estar social.

Na gestão Collor evita-se as organizações de segmentos sociais que pudessem pôr em questão a ordem, na tentativa de dar respostas às expressões da “questão social”; posto que as ações desenvolvidas pautavam-se pelo clientelismo, não havendo nenhuma prioridade em materializar o conceito de Seguridade Social, presente na Constituição.

Além disso, podemos dizer que essa conjuntura teve impacto nos movimentos sociais, que se consagraram na década de 1980. Destacando-se como movimento significativo para a conjuntura os “caras pintadas” composto, majoritariamente, pelos estudantes. Os efeitos desta mobilização refletiu para Collor em perda de apoio dos sindicatos, dos movimentos sociais e da grande elite, que refletiu depois o seu *impeachment*, em 1992, justamente por conta de medidas impopulares e do envolvimento com esquemas de corrupção.

Em seguida, com a entrada do seu vice-presidente, Itamar Franco, Presidente que não avança muito na concretização de ações que defendessem valores constitucionais, foram mantidos alguns traços anteriores e foi implantado um programa de estabilização, protagonizado pelo Plano *real*, promovido em junho/1994, poucos meses antes da eleição presidencial. A moeda veio como uma esperança de alcançar a estabilização. Para alguns autores, como Fiori (1997), o Plano Real integra uma família de planos de estabilização discutidos no Consenso de Washington, patrocinados pelas instituições internacionais. O Plano Real foi concebido para viabilizar, no país, a sustentação e a permanência do programa de estabilização proposto pelo FMI e as reformas apresentadas pelo Banco Mundial.

Ao findar o governo de Itamar Franco em 1995, foi eleito Fernando Henrique Cardoso (FHC), que tinha sido Ministro da Fazenda no governo anterior e teve significativa representatividade com o Plano Real, sendo eleito como Presidente do Brasil. A sua condução política foi manter a mesma lógica de redução de direitos da gestão anterior, porém, realizou-a de maneira mais ofensiva, modificando, substancialmente, a estrutura do Estado, por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995), proposta elaborada pelo então

do capital e das políticas de liberalização econômica, de privatização, desregulamentação e desmantelamento das conquistas sociais e democráticas.

Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). No referido documento, foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

A proposta do Ministro Bresser-Pereira, através do MARE, estabelecia a reforma do Estado como uma estratégia adotada para que este se desviasse de suas funções básicas, ampliando a intervenção do setor privado. O Plano Diretor da Reforma do Estado (aprovado em setembro de 1995) defendia a bandeira de que a administração pública burocrática deveria ser superada, por considerar que há um esgotamento da estratégia estatizante, em prol de um modelo gerencial que tem como características a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. Ao adotar o modelo gerencial, o Estado deixa de ser o responsável direto pelas políticas sociais para se tornar promotor e regulador, transferindo tais responsabilidades para o âmbito privado. No Plano Diretor, é proposta a criação de uma esfera pública não estatal, que exerceria funções públicas.

Os cortes nos gastos sociais são justificados pela Crise Fiscal do Estado, gerando uma deterioração dos serviços públicos - alguns serviços passam a ser assumidos pela iniciativa privada, como forma de resolver os problemas. A tendência geral da Reforma do Estado é a redução de direitos, baseando-se no argumento de crise fiscal, transformando, assim, as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, atendendo aos maiores efeitos da crise. O trinômio do ideário neoliberal para o campo das políticas sociais é *privatização, focalização e descentralização*; o que tende a alterar as responsabilidades da federação, transferindo-as para o campo privado ou para o setor público não estatal.

Este processo de transferência é caracterizado por Bresser como *publicização*. Cabe esclarecer que este processo de reforma transfere para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, como educação, saúde, cultura e pesquisas científicas, favorecendo, assim, a lógica do lucro.

Outra questão a ser considerada sobre a Reforma do Estado trata das propostas encaminhadas pelos organismos internacionais, no sentido de racionalizar os gastos, na área social, e fortalecer o setor privado, na oferta de bens e serviços coletivos (CORREIA, 2007), assim como estimular a quebra do caráter universal de algumas políticas públicas da área social, que seriam mais vulneráveis.

De acordo com Behring (2008, p.248),

Do ponto de vista da lógica do capitalismo contemporâneo, a configuração de padrões universalistas redistributivos de proteção social vê-se fortemente tensionada: pelas estratégias de extração de superlucros, com a flexibilização das

relações de trabalho, onde se incluem as tendências de contração dos encargos sociais e previdenciários, vistos como custos ou gastos dispendiosos; pela supercapitalização com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública onde incluem saúde, educação e previdência; e, especialmente pelo desprezo burguês para com o pacto social dos anos de crescimento, agora no contexto da estagnação, configurando um ambiente ideológico individualista, consumista e hedonista ao extremo.

A efetivação das propostas de Bresser-Pereira para a Saúde, articuladas com o Banco Mundial, segue a lógica das reformas, podendo ser recuperadas, entre outros exemplos: a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo, por meio de diversas ações, à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação do próprio Ministério da Saúde e, ainda, a criação de programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), dirigidos às populações vulneráveis, o que não proporcionou melhorias na saúde, como a promoção e a recuperação (RIZZOTTO, 2000, p.217). Para tratarmos da interferência do Banco Mundial na política de saúde do Brasil¹⁶, devemos considerar que é a partir da gestão de FHC que se expande o volume de empréstimos junto ao Banco.

As propostas por parte do Banco Mundial para a Saúde brasileira delimitam as funções do Estado, com a alegação de que a realidade fiscal colide com as propostas constitucionais de 1988.

O BM considera as propostas constitucionais como idealistas, sugerindo que houvesse o rompimento com a universalidade, por entender que as despesas se chocam com a realidade fiscal, além de privilegiar o modelo assistencial centrado na atenção básica, mantendo, nestes serviços, o caráter universal, enquanto os serviços de alta complexidade, de modo geral, deveriam ser deslocados para o setor privado, devido à lucratividade. Defende a privatização e a terceirização, considerando que o serviço, na rede privada, é mais eficiente e de melhor qualidade; reduzindo as despesas públicas.

Retomando as ideias de Bresser-Pereira, as propostas de Reforma do Estado para o setor Saúde, assim como para outras áreas sociais, são instituídas pela Lei nº 9.637, de 1998, que deu origem às Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1998b). De acordo com o documento do MARE, específico sobre o assunto, temos a seguinte definição das OS:

Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica.

¹⁶ Para aprofundamento sobre as incursões do Banco Mundial no Brasil, ver Chesnais (1996).

Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (BRASIL, 1998b, p. 13).

As OS, na sua essência, apresentam claramente a proposta de privatização do público, cabendo ao Estado continuar fomentando as atividades publicizadas e exercer sobre elas o controle estratégico, demandando resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas, sendo o contrato de gestão uma forma de regular as OS (BRASIL, 1998b).

As propostas das OS que trazem uma aparência vantajosa, mas, na verdade, deterioram o setor público, no Brasil, a exemplo de uma maior flexibilização na contratação de pessoal (sem realização de concurso e fora dos parâmetros do Estatuto do Servidor Público); processo de realização de compras mais fácil e menos corrupto; e estabelecimento de metas, pela via do contrato de gestão. A forma de gestão das OS se harmoniza totalmente com a Lei da Responsabilidade Fiscal, de 2000, que reduziu a possibilidade de expansão do quadro de pessoal, tanto na administração direta quanto na indireta no serviço público, em todas as esferas do poder público, conforme Junqueira (2007).

A adoção deste um novo modelo gerencial incluiu, ainda, uma reforma gerencial na Saúde, consubstanciado na Norma Operacional Básica (NOB), de 6 de novembro de 1996, inspirada no modelo inglês: descentralizar a administração e o controle dos gastos; transformar os hospitais em unidades públicas não estatais; criar um sistema de entrada e triagem na rede de saúde; e criar hospitais e ambulatórios especializados (JUNQUEIRA, 2007).

Além disso, deve-se pontuar que a NOB-SUS 01/96, acompanhada de leis estaduais e municipais, propõe mudanças estruturais, funcionais, de financiamento e de relações trabalhistas do SUS, acompanhando as propostas de reforma do Estado, que vinham se moldando no cenário brasileiro.

No que se refere às mudanças estruturais, temos a criação de dois subsistemas:

1. Subsistema de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família – atenção à saúde simplificada – dirigida aos “pobres”.
2. Subsistema de Atenção Hospitalar – centra-se nas internações e procedimentos de alta complexidade.

Essa estruturação teve por estratégia reduzir o acesso aos serviços de alta complexidade, através do atendimento simplificado; entretanto, isso não ocorreu, pois as

propostas não conseguiram atender adequadamente aos problemas primários de saúde, porque, no Brasil, a rede de atenção primária de saúde nunca foi prioridade política, assim como as propostas de saúde nunca privilegiaram a promoção e a prevenção, mantendo sempre traços curativos.

Baseando-nos em Junqueira (2007), podemos dizer que os dois mandatos do governo FHC estimularam que os subsistemas estivessem a cargo das entidades privadas financiadas pelo Estado.

A política assistencial de saúde brasileira, nessa gestão, mesmo com a implantação de programas de atenção básica, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), que mantêm um caráter emergencial, curativo e de recuperação da saúde, não fortaleceu os eixos de promoção e prevenção da saúde.

No segundo subsistema do governo FHC, podemos dizer que culminou na transferência das ações de alta complexidade para OS, desresponsabilizando o Estado, da função imediata da execução de tais procedimentos.

Ao examinarmos esse panorama da política de saúde, podemos afirmar que, mesmo com o SUS sendo universal em todos os níveis de atenção, as instituições de saúde passam por um sucateamento (falta de recursos humanos e materiais para realização dos atendimentos) que tende a “empurrar” os usuários que possuem condições para adquirirem o serviço ofertado pela iniciativa privada, no mercado, ficando à mercê da saúde pública somente os “desprovidos”. A intervenção do Estado, neste momento, constitui-se em garantir o mínimo a quem não pode comprar o serviço privado, ficando o acesso pela via do mercado restrito ao “*cidadão-consumidor*.”¹⁷ (MOTA, 2000).

Dessa maneira, as reformas do Estado têm apresentado caráter focalizado, a ampliação da privatização, o estímulo ao seguro privado, a descentralização dos serviços no nível local, a eliminação da vinculação da fonte com relação ao financiamento.

Esta contrarreforma que tem acontecido na “contra-mão” do assegurado, legalmente tem deformado as políticas sociais garantidas, rebaixando-as a programas focais, assistenciais e seletivos, dirigidos aos grupos de maior pobreza, esvaziando seu caráter universal. Ao tempo que tem aberto ao mercado para o fortalecimento de serviços coletivos acessíveis de acordo com o poder de compra de cada indivíduo, esvaziando o caráter público destes. (CORREIA, 2007, p.18).

Ao analisarmos a década de 1990, podemos afirmar que os cortes sociais foram efetivados por meio de privatizações, desresponsabilização do Estado e mercantilização do

¹⁷ Isso ocorre porque, de acordo com Mota (2000), o fundamento deixa de ser cidadania de direitos e passa a ser cidadania de consumo, reproduzindo-se, assim, a desigualdade de mercado.

público, o que atingiu diretamente valores constitucionais, operando um verdadeiro *desmonte da nação*. Isto se deu em torno dos planos neoliberais iniciados na gestão Collor, que se aprofundaram no governo FHC; e é no final da gestão deste Presidente, que o povo brasileiro, vislumbrando uma mudança política econômica e social, elege um ex-sindicalista: após duas tentativas anteriores sem êxito, Luiz Inácio Lula da Silva é eleito, e traz consigo a expectativa de mudança.

2.3. A política de saúde do governo PT

A eleição, em 2002, de Luiz Inácio Lula da Silva, representou um marco político, na história brasileira, pois foi a primeira vez que um representante da classe operária, com forte experiência de organização política (BRAZ, 2004; LEITE, 2010), foi eleito presidente da República, demonstrando uma reação da população ao projeto neoliberal da década de 1990.

No primeiro governo Lula da Silva (2003-2006), no que se refere às características desta gestão, podemos dizer que delimitaram as possibilidades de consolidação de um sistema de proteção social baseado no conceito de Seguridade Social. O governo manteve a política de ajuste macroeconômica dos governos anteriores, tornando as políticas sociais mais vulneráveis, em face das limitações dos gastos públicos, evidenciando-se seu caráter contencionista. Dessa maneira, por mais opositorista que Lula da Silva tenha sido, durante o governo FHC, na sua gestão, ele assumiu a prática neoliberal. A política econômica do governo Lula tinha como prioridade a estabilização do superávit primário, a manutenção das taxas de juros elevadas e outras medidas que limitavam as possibilidades de crescimento e desenvolvimento, em longo prazo, com a redistribuição de renda (MACHADO, 2007).

Ao pôr em prática essas orientações econômicas, observaram-se impactos nas políticas sociais, continuando com políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da concepção de Seguridade Social (universal). As políticas sociais, na primeira gestão do governo Lula da Silva, estavam estruturadas em três eixos, de acordo com Marques e Mendes (2005), citados por Bravo (2007, p. 134): “Primeiro Programa Fome Zero – concentrado no Programa Bolsa Família; segundo Contrarreforma da Previdência Social; e terceiro refere-se ao trato da equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.”

No primeiro mandato de Lula da Silva, teve destaque o Programa Fome Zero que, em seguida, foi substituído pelo programa de transferência de renda direta, chamado

Programa Bolsa Família, que representou a união de quatro programas federais anteriores¹⁸. Os chamados programas de transferência de renda se expandiram, em vários países latino-americanos, a partir da década de 1990, mesmo apresentando um *caráter assistencialista, populista* e até mesmo *eleitoreiro*.

No campo da Saúde, verifica-se, na primeira gestão de Lula da Silva, que existem elementos de continuidade, no que tange ao modelo econômico, e de mudança, nas propostas, mesmo que teóricos, de aproximação com o referencial da Reforma Sanitária Brasileira, que teria sido abandonada na década de 1990, que podem contribuir para compreender o cenário da política pública de saúde.

A expectativa de que o governo Lula da Silva fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária não se concretizou, pois manteve a polarização entre os dois projetos de saúde, apesar de ter explicitado uma agenda política da Reforma Sanitária.

Para Paim (2008), o início do governo Lula da Silva foi visto com reservas por parte de segmentos do movimento sanitário, apesar de ter uma equipe estruturada com representantes da Reforma Sanitária. De acordo com Bravo (2006), alguns aspectos de inovação do governo Lula da Silva podem ter sido caracterizados pela escolha de profissionais comprometidos com a luta da Reforma Sanitária, para ocupar escalões do Ministério, assim como as alterações na estrutura organizativa.

A escolha dos seus três primeiros gestores do Ministério da Saúde, com formação médica (Humberto Costa, Saraiva Felipe e José Agenor Alves da Silva) representou o envolvimento destes profissionais com a trajetória técnico-política da Saúde e o compromisso de alguns com o Partido dos Trabalhadores (PT). A gestão do ministro Costa foi a mais duradoura (período de 2003 a maio/2006) e deu a forma inicial da política de saúde (alterações na sua estrutura), que foi seguida por seus substitutos. Outra expectativa de efetivação de mudança ocorre, em 2007, com a escolha de José Gomes Temporão, um nome envolvido no movimento sanitário, que poderia alterar de maneira satisfatória as propostas desenvolvidas pela política de saúde; porém, as expectativas não foram atingidas.

As primeiras mudanças na Saúde ocorrem, em 2003, com a criação de quatro novas secretarias a propósito das quais destacam-se alguns pontos: *Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)* (as ações desta Secretaria são direcionadas ao apoio ao desenvolvimento e à provisão de insumos estratégicos para a Saúde e para o fomento de pesquisas para esta relevantes, assim como a produção de insumos); *Secretaria*

¹⁸ Bolsa Escola, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Auxílio-Gás e Auxílio Alimentação.

Gestão da educação e do trabalho em saúde (SGTES) (Questão central: formação de recursos humanos e regulação do trabalho em Saúde); *Secretaria de Atenção a Saúde (SAS)*, e a *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)*, pois representavam áreas de lacunas da ação federal.

A primeira Secretaria vivenciou, nos seus primeiros anos, problemas com relação à instabilidade gerencial, relacionados às trocas constantes de seus representantes ou gestores; mas, no primeiro mandato do presidente, registraram-se ações de fomento à pesquisa importantes para o campo da Saúde; no que se tratou da produção de insumos estratégicos para a área, operou como apoio, pois existem entidades federais que possuem autonomia administrativa, como a Fundação Oswaldo Cruz, ligada ao Ministério da Saúde.

A segunda Secretaria se destacou pelos esforços de formar duas subáreas. A primeira subárea tratou da formação profissional (recursos humanos), cabendo esclarecer que já haviam ocorrido iniciativas anteriores, que não se ampliaram ou prosperaram, devido à dificuldade de articulação com gestores locais, universidades e setores do próprio Ministério da Saúde; e a segunda subárea ocupou-se da regulação do trabalho em Saúde, com ênfase nas estratégias voltadas para a desprecarização das relações trabalhistas. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde buscava

[...] enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS, que é um grande problema de estrangulamento do sistema. Ressalta-se, entretanto, que uma das medidas fundamentais para a questão dos recursos humanos refere-se à Norma Operacional Básica (NOB) de Recursos Humanos e esta ainda não foi implementada, apesar de aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, desde 2002. (BRAVO, 2006, p.103).

A Secretaria de Atenção a Saúde visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar (BRAVO, 2006). Além disso, teve por objetivos: participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica especializadas, proporcionando o compromisso com valores do SUS.

Já a Secretaria de Gestão Participativa tem por função o fortalecimento do controle social, por meio da organização de Conferências, canais de comunicação entre as diferentes instâncias de governo. De acordo com Paim (2008), o governo contemplou uma gestão participativa, com a criação de uma Secretaria específica e nomeando Sergio Arouca¹⁹ como Secretário (que, após alguns meses, faleceu). Porém, devemos considerar que isso não representa, de fato, participação na gestão ou um processo de mobilização para tal, mas sim apenas os primeiros passos de uma iniciativa.

¹⁹ Líder de toda a geração de sanitaristas e ex-Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

É ainda na primeira gestão de Lula da Silva, que ocorreu a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em dezembro de 2003, que contou com a participação do Ministro da Saúde, nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, e a escolha de representantes da Central Única dos Trabalhadores (CUT), para assumir a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2006), com o intuito de garantir atendimento das demandas e dos direitos dos trabalhadores do SUS, assim como a participação social; entretanto, isso não representava garantias de comprometimento da CUT com as causas dos trabalhadores, pois, anteriormente, isso não havia ocorrido, durante a Reforma da Previdência, podendo, ao contrário, ocorrer a aliança da CUT com a gestão da política e com interesses do capital.

Na visão de Paim (2008), a 12ª CNS foi um evento do governo Lula, vista como uma oportunidade de retomada dos ideais da Reforma Sanitária; e havia sido uma proposta de Sergio Arouca, no período de transição do governo, apesar de ele não ter participado na sua realização (por ter morrido); e – um terceiro elemento – por contar com militantes históricos, como Eduardo Jorge, Ana Maria Costa e Sarah Escorel; e também, por ter como tema central a saúde como direito da população e dever do Estado. Mas devemos considerar que, na sua realização, houve problemas com relação às propostas sugeridas na sua pauta.

Na análise de Paim (2008), a 12ª CNS representou avanços, em relação às três últimas Conferências, pois foram retomadas as referências da Reforma Sanitária, até então esquecidas. Entre os eixos temáticos, destacam-se: *direito à saúde, à Seguridade; a intersectorialidade das ações de saúde; as três esferas do governo e a construção do SUS; a organização da atenção em saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e saúde; o financiamento da saúde; comunicação e informação em saúde*. Contudo, podemos considerar que não trouxe de fato nada de novo para dar conta da efetivação de ações.

Ainda segundo Paim (2008), alguns desdobramentos são relevantes: a valorização da intersectorialidade, que caracteriza uma concepção ampla de promoção da saúde; as proposições terminam destacando valores da Reforma Sanitária, reforçando princípios e diretrizes do SUS, de garantia universal, integral e equitativa do direito à saúde, como também a articulação intersectorial, nas três esferas do governo.

Outra expressão relevante da 12ª CNS refere-se ao eixo temático do *Controle social e gestão participativa*, porque se reitera que o controle social representa tanto diretrizes da Reforma Sanitária quanto inovação garantida pela Constituição Federal, de 1988,

ampliando a cidadania, apesar de se reconhecer a existência de dificuldades sobre a representação destes espaços de participação que, muitas vezes, são cooptados pelos próprios gestores de saúde.

O eixo da Ciência e Tecnologia, também, estava na pauta da 12ª CNS, e a intenção era recuperar a questão científica e tecnológica da Reforma Sanitária brasileira, contemplando a produção de conhecimento científico e tecnológico orientada para a melhoria das condições de vida da população. Este eixo apresentou pontos problemáticos, no que trata da incorporação de segmentos com fins lucrativos na produção de pesquisas científicas. Assim, podemos citar como exemplo problemático a criação de Comitês de Ética em Pesquisa, que normatizam protocolos de condutas éticas, mas, ao mesmo tempo, dificultam o processo de realização de pesquisas científicas, devido aos protocolos burocratizados.

De acordo com Bravo (2006), a 12ª CNS teve como objetivos definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas pelo sistema de saúde. A Conferência foi importante, na elaboração de um documento que discutisse elementos das Conferências Estaduais e Municipais. Apesar do debate da Conferência trazer elementos importantes, originários da Reforma Sanitária, não avançou no fortalecimento desta, devido a dificuldades de pactuação e do desenvolvimento de valores primados pela Reforma Sanitária e pelo SUS.

Na realização da 12ª CNS, havia a esperança de que fosse um marco na Saúde, semelhante à 8ª CNS, mas isso não ocorreu. A 12ª Conferência não ampliou o número de participantes e não avançou nas propostas da Reforma Sanitária, como mencionado anteriormente. Na análise da Bravo (2006), a Conferência poderia ter avançado com relação à concepção de Seguridade Social, pois, na mesma data, acontecia a Conferência Nacional de Assistência Social – algumas propostas coletivas foram feitas para fortalecer a Seguridade Social, mas não foram aceitas pelas comissões organizadoras das duas Conferências. Outra questão apresentada pela autora refere-se às fragilidades na condução das plenárias, o que refletiu em não se conseguir aprovar o relatório final, ainda no tempo/espaço da Conferência, tendo como alternativa o envio do relatório para os delegados, a fim de que estes votassem individualmente. Vários foram os efeitos negativos desta condução; um deles foi a falta de participação no processo de votação das propostas, assim como a não influência de setores do governo nas deliberações da Conferência na elaboração das diretrizes a serem seguidas na política de saúde.

A política de saúde, no governo Lula, também, apresentou elementos de continuidade do governo FHC, como a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

A agenda principal do Ministério da Saúde, no governo Lula, desenhou-se da seguinte forma (Cf. MACHADO, 2007):

1. Prioridade: Farmácia Popular²⁰ e Brasil Sorridente²¹,
2. Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), e a gestão dos Hospitais Federais localizados no Rio de Janeiro²²,
3. Política de Institucionalidade: Programa Saúde da Família (PSF - priorizada na gestão anterior).

Em uma análise prévia da Agenda da Saúde, verificamos que algumas prioridades são problemáticas. Um exemplo é a Farmácia Popular, pois, ao invés de desenvolver ações que aumentassem o acesso dos cidadãos aos medicamentos, por intermédio do SUS, estimulou a compra, no mercado, a baixos preços, o que atinge diretamente as propostas constitucionais de universalidade e integralidade da atenção, que deveriam incluir o acesso aos medicamentos gratuitamente. Outro problema a ser tratado refere-se à qualidade dos remédios genéricos fornecidos a baixo custo e a falta de alguns medicamentos, que, se comprados no mercado farmacêutico, têm alto custo.

Outro problema, relacionado ao anterior, foi a ampliação da rede de farmácia popular, que não rompe com a mercantilização ao mesmo tempo em que a reitera. Dessa forma, a agilização da expansão das farmácias populares teve como estratégia o envolvimento de farmácias privadas conveniadas com o governo, para a venda de medicamentos a baixos custos.

Outra prioridade que tinha como enfoque a expansão refere-se ao SAMU que, através da ampliação do serviço em todo o território nacional, determinada pelo Ministro Humberto Costa, deveria melhorar a qualidade dos atendimentos de emergência e urgência médica, em todo o país. Porém, isso não representou o aumento da rede de serviços para

²⁰ Representou uma estratégia para o aumento do acesso a medicamentos a baixos preços, para famílias e pessoas que possuíam subsídio do governo.

²¹ A proposta do *Brasil Sorridente* visava consolidar o fortalecimento da saúde bucal, no âmbito do SUS.

²² Isso ocorreu por causa da “crise do atendimento”, em 2005, decorrente da precarização dos serviços prestados por essas unidades de saúde, que frequentemente ocasionava intensos conflitos entre a equipe do Ministro da Saúde Humberto Costa e Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. E, por fim, o Ministério da Saúde retomou o poder de gestão dessas unidades, que, anteriormente, eram vinculadas ao governo federal.

absorver estas demandas emergenciais, sendo necessário pensá-la em conjunto com uma política de regionalização e organização dos serviços de saúde.

Além disso, era prioridade a melhoria dos atendimentos dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, o que gerou impasses entre as instâncias federal e municipais, culminando na “refederalização”²³ de quatro hospitais: Servidores do Estado, Cardiologia de Laranjeiras, Traumato-Ortopedia, e de Ipanema. Essa preocupação com melhoria dos atendimentos passou a ocorrer devido aos problemas (precarização do atendimento, das condições estruturais e de recursos humanos) apresentados por essas unidades, enquanto sob gestão municipal.

Na política de saúde do governo Lula, é nítido que as propostas de atenção básica defendidas pela Reforma Sanitária – que priorizam um modelo universalizante, integrando ações de caráter coletivo, as ações de assistência médica, democráticas e participativas – ficaram longe de ser consolidadas, posto que foi mantido um caráter focalizado, direcionado para os aspectos individuais da Assistência.

Com relação à intervenção federal na Saúde, mudanças foram sugeridas, com a elaboração de um Plano Nacional de Saúde²⁴, lançado em 2004, na gestão ministerial de Humberto Costa. Podemos dizer que o PNS foi visto pelo governo como uma forma de instrumentalizar as três esferas de direção do SUS, pactuando diretrizes e prioridades de gestão. Dessa forma, podemos considerar que algumas prioridades, como ampliação da rede de farmácias populares, ocorreram, mas, como discutido anteriormente, as prioridades apresentam problemas com relação aos seus direcionamentos.

No âmbito do financiamento, persistiram graves problemas, no que se refere ao montante de recursos para a Saúde, pois a disponibilidade dos recursos permaneceu baixa, exemplificada pelos conflitos com a área econômica do governo e pelas dificuldades de efetivação da Emenda Constitucional nº 29²⁵, que definiu recursos para as três esferas.

²³ Processo de transferência da responsabilidade municipal para a federal, pois essas unidades tinham sido municipalizadas, ao longo da trajetória da política de saúde, no final do período FHC.

²⁴ Para maior aprofundamento, ver Plano Nacional de Saúde (2004).

²⁵ A *Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. O Artigo 198, da Constituição Federal, prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por Lei Complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional. A EC 29 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentou, a partir da Constituição de 1988 (como o não cumprimento dos 30% do orçamento da Seguridade Social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária, como forma de diminuir essa instabilidade.*

Outras intervenções do governo Lula da Silva foram as aprovações dos Pactos pela Saúde²⁶, importantes para o SUS, pois possibilitaram discutir a sua organização, nas três esferas de governo, aproximando os diferentes níveis de gestão para a consolidação de uma política pública de saúde, universal.

Deve-se lembrar ainda que durante a gestão Lula da Silva foi o desfinanciamento articulado ao gasto social, que acabou por determinar a manutenção de políticas focais, de precarização e terceirização dos recursos humanos (BRAVO, 2006).

Para a autora, alguns problemas têm sido vivenciados no financiamento do SUS:

⇒ Utilização dos recursos da Seguridade Social para garantir o superávit primário;

⇒ Ampliação do conteúdo das ações de serviços de saúde – gastos com saneamento e segurança alimentar.

Outro problema que deve ser mencionado tem relação com o comprometimento do governo em desvincular os recursos da Saúde e da Educação, o que atinge princípios legais da Constituição Federal de 1988 (BRAVO, 2006), defendendo políticas focais, não havendo enfrentamento de questões como *universalidade, financiamento efetivo, política nacional de recursos humanos e política nacional de medicamentos*.

Ao analisarmos a política de saúde, durante a gestão do governo Lula, devemos expor que as alterações do sistema não deram conta das demandas da população. Ao lado disso, a preocupação era manter condições favoráveis aos interesses privatistas. Tais mudanças e inovações tecnológicas, introduzidas na Saúde, visavam ser legitimadas pela eficiência e eficácia, encobrindo as tensões existentes entre um projeto privatista e o projeto histórico da Reforma Sanitária.

Em 2007, novas propostas são colocadas na pauta da Saúde, com a nomeação de José Gomes Temporão: temas polêmicos foram debatidos, como a legalização do aborto, considerado problema de saúde pública; as restrições à publicidade de bebidas alcoólicas; a necessidade de fiscalizar as farmácias; a adoção de um novo modelo jurídico-institucional

²⁶ Trata-se de um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, discutir a organização e o funcionamento do SUS. Seu objetivo principal é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado (BRASIL, 2009). Os pactos são os seguintes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; Pacto de Gestão do SUS; Responsabilidades das três esferas de gestão e Estratégia de consolidação do SUS.

para o funcionamento da rede pública hospitalar, e a criação das Fundações Estatais²⁷ (BRAVO, 2007).

Naquele momento, iniciava-se uma nova etapa da contrarreforma de lavra do governo Lula da Silva, ao enviar o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado ao Congresso Nacional, em 13 de julho de 2007. O referido projeto propõe regulamentar o inciso XIX, do art. 37, da Constituição Federal, de 1988, etapa final para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público (REZENDE, 2008).

O Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que trata das Fundações Estatais de Direito Privado, foi apresentado ao Congresso Nacional pelo Poder Executivo, com objetivo de regulamentar a Emenda Constitucional nº 19, de 1998. Esta Emenda trata do processo de contrarreforma do Estado brasileiro, encaminhada pelo Ministro Bresser-Pereira, na gestão de FHC, que transferiu para o setor público não estatal as atividades que não fossem exclusivas do poder público.

Junqueira (2007) considera que o documento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) apresenta, no seu âmbito jurídico, aspectos da história brasileira, como o conceito de fundação relacionado com a filantropia de pessoas físicas e jurídicas, que a utilizam para transmitir os seus ideais.

As referências às fundações remontam à década de 1940, no Brasil, sendo, então, definidas como pessoa jurídica oriunda do direito privado. Na ditadura militar, o Decreto-lei nº 200/1967 definiu que as fundações instauradas, pelo poder público, como pessoas jurídicas de direito privado seriam regidas pelo Código Civil; ao longo do período ditatorial, o decreto foi alterado subtraindo as fundações do rol das entidades de administração pública. Em 1984, as fundações podiam ser de direito público e privado, conforme as autarquias. Já em 1986, as fundações foram integradas à administração indireta e, em 1987, foram excluídas das normas de fiscalização e tiveram seu caráter privado mantido; na mesma época, debates foram travados, no âmbito jurídico, no que se refere às concepções dos privatistas e dos publicistas.

²⁷ O debate sobre as Fundações Estatais está mais avançado; de acordo com Bravo (2007, p. 138), na Saúde, isso se iniciou “*com a crise da saúde no Rio de Janeiro e teve impulso com a criação e elaboração, pela equipe de trabalho constituída pelos Ministérios do Planejamento e Saúde com a participação de professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/ FIOCRUZ), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Sunfeld Advocacia de São Paulo, do documento que foi apresentado, inicialmente no Congresso da ABRASCO, em 2006, com título Gestão em Saúde: novos modelos de gestão para os Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde e posteriormente, teve revisão no título para Fundações Estatais. Nos dias atuais, há uma articulação entre os Estados da Bahia, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Sergipe para adoção deste modelo bem como para os Hospitais Federais do Rio de Janeiro.*”

Ao analisarmos a proposta do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de 2007, podemos considerar que, de acordo com Granemann (2008), o modelo adotado para as fundações tem pretensões abrangentes, quanto à proposta de Bresser-Pereira, pois atingiria outras áreas das políticas sociais, como Educação, Assistência Social, Ciência e Tecnologia e outras.

O Poder Público poderá instituir fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade, em áreas como a educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do servidor público, para os efeitos do art. 40, §§ 14 e 15 da Constituição. (BRASIL, MPOG, 2007, p. 9).

As fundações propõem um novo modelo de gestão para o SUS, privatizado pelo sistema, dando autonomia à iniciativa privada, com relação a gastos, contratação de profissionais, empregos, salários, sem qualquer tipo de controle social; porém, verifica-se que tais propostas representam um retrocesso político e no controle público do SUS, pois distancia o controle e a organização das propostas do espaço público, cabendo a esfera privada o poder de decisão.

No Projeto de Lei Complementar sobre fundações, está definido que elas podem efetivar contratos com outros agentes do mercado, inclusive com aplicações financeiras. Apesar de posicionamentos opostos às fundações – da Conferência Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, dos sindicatos de trabalhadores da saúde –, a estratégia de implementação vem sendo aprovada no âmbito dos Estados, como aconteceu em Pernambuco e no Rio de Janeiro²⁸, que vêm implementando o modelo de Fundações Estatais de Direito Público, no âmbito da prestação de serviços na Saúde.

Os movimentos sociais têm reagido a esta proposição. Em 2007, o Conselho Nacional de Saúde se posicionou contrário na reunião do mês de junho. Neste ano foram realizadas Conferências Estaduais em todos os Estados brasileiros e a 13ª Conferência Nacional de Saúde, maior evento envolvendo a participação social no país. Em todas essas Conferências a proposta de criação das Fundações de Direito Privado foi rejeitada. (BRAVO, 2007, 139).

De acordo com Granemann (2008), algumas definições permitem conclusões acerca desse projeto de fundações:

²⁸ No Estado do Rio de Janeiro, a Saúde já é objeto Lei regulamentadora. A Lei nº 5.164, de dezembro de 2007, autorizou 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. A citada Lei definiu que as 24 unidades hospitalares e institutos integrariam a estrutura de três fundações gestonárias do serviço público de saúde. (BRAVO, 2007).

- ⇒ É um projeto de contrarreforma do Estado brasileiro no campo das políticas sociais; as quais viabilizam direitos sociais instaurados na Constituição Federal de 1988;
- ⇒ Além das políticas sociais, atingem também as ações da política de cultura e conhecimento, bases importantes para o cultivo da soberania;
- ⇒ É uma continuidade das políticas privatizantes que se desenvolveram no Brasil, desde a década de 90, com os presidentes Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e, também, Luiz Inácio Lula da Silva.

O processo de contrarreforma permite que a iniciativa privada assuma responsabilidades do cotidiano, transformando dimensões da vida social em negócios. Dessa forma, responsabilidades estatais são entregues ao mercado pelo viés da privatização, que tem no projeto de Fundações a consolidação e a afirmação de um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital.

Assim, podemos considerar que a Fundação Estatal de Direito Privado tem, no seu conteúdo, a defesa das privatizações dos serviços sociais, das políticas sociais e dos direitos dos trabalhadores. Para Granemann (2008), as fundações estatais têm por materialidade as Parcerias Público-Privadas (PPP), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Organizações Sociais (OS) e as Fundações de Apoio.

As críticas ao projeto das fundações podem ser resumidas em quatro aspectos a saber: aspectos jurídicos; a questão do vínculo de trabalho e a seguridade social; o controle público do sistema de saúde; e a adoção de modelos de saúde: fundações. (JUNQUEIRA, 2007, p.78).

No que trata dos aspectos jurídicos, o Projeto de Lei Complementar (PLC) retoma atos editados em períodos anteriores, durante a ditadura militar e nas propostas de reforma do Estado, da gestão FHC, pois permite a maior participação do segmento privado na gestão e na organização do sistema público.

Além disso, sobre as condições dos trabalhadores, verifica-se a fragilização dos contratos de trabalho, com conseqüente perda de direitos: nos termos do PLC nº 92/2007, cada fundação terá seu quadro de pessoal próprio, e gestará os planos de carreira, empregos e salários, o que poderá ocasionar uma fragmentação da força de trabalho na luta por melhores condições de vida e de trabalho. Admite, pois, que cada uma dessas instituições

[...] como ente autônomo, tenha seu próprio plano carreira e salários. Além da segmentação da base sindical e da fragilização da organização dos trabalhadores, para os gestores é também um problema administrar pessoal cujos salários são diferenciados para a mesma função. (JUNQUEIRA, 2007, p.83).

Os prejuízos das fundações para os trabalhadores se refletem na forma de contratação da força de trabalho, pelo viés do regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e das formas de ingresso por concurso público, mas isso não garantirá a estabilidade no trabalho. Dessa forma, os contratos ampliam as obrigações dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, reduzem os seus direitos.

Outro ponto se refere às remunerações da força de trabalho, que serão subordinadas aos contratos de gestão que cada fundação estatal definirá com o próprio Estado (GRANEMANN, 2008). Em troca da perda da estabilidade, coloca-se a possibilidade do aumento salarial para os trabalhadores empregados nas fundações estatais, seguindo a lógica do mundo concorrencial, o que atingirá o conjunto dos trabalhadores do serviço público.

Acrescenta-se, ainda, com relação às fundações estatais, que estas ganham, pela forma jurídica, o direito de não contribuir com a formação do fundo público estatal (GRANEMANN, 2008). Diante disso, constata-se que as fundações representam um processo de privatização e de transferência de fundos públicos para a iniciativa privada, mediante a contratação de serviços, desobrigando-as de contribuir com a formação de fundo público, ou seja, gozará de imunidade tributária.

Depreende-se, também, que há limitações na participação do controle social, pois as fundações se estruturam da seguinte maneira: *conselho curador* (ou de administração) – órgão de direção superior, controle e fiscalização das fundações, composto por colegiado, com representação do governo em caráter majoritário; *direção técnica* – responsável pela gestão técnica, financeira, patrimonial e assistencial da fundação; *conselho fiscal* – responsável pela gestão financeira e econômica; e *conselho consultivo social*²⁹, que contempla a representação da sociedade civil.

Assim, em uma breve análise, constata-se que as fundações não levam em conta a luta dos trabalhadores da Saúde por plano de cargos e salários; não obedecem às proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ocorrida em 2006; e fragilizam a organização dos trabalhadores que passa a ocorrer de maneira fragmentada.

Devemos, ainda, apontar que, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, quatro meses após a apresentação do Projeto de Lei Complementar

²⁹ O conselho consultivo social, de acordo com Granemann (2008), subordina-se ao conselho curador de instâncias administrativas, que tem, em sua estrutura, majoritariamente, representantes do governo, o que acaba por manipular o jogo democrático, destacando que as representações da sociedade civil, de usuários e trabalhadores são limitadas.

sobre Fundações Estatais de Direito Privado, os Conselhos de Saúde retomaram, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, posição contrária à proposta, posicionamento já apresentado, anteriormente, em 15 de junho de 2007, pelo próprio Conselho Nacional de Saúde. No entanto, o Ministério da Saúde reafirmou sua posição de dar continuidade a tal projeto de lei.

Dessa maneira, podemos considerar que a segunda gestão do governo Lula manteve traços dos seus antecessores, devido à existência de um tensionamento para adoção do modelo privatista de saúde. Verificamos que os princípios do SUS não são propriamente negados; eles são readequados, de acordo com a direção da contrarreforma (SOARES, 2008).

Por fim, no encerramento da gestão Lula da Silva, em 31 de dezembro de 2010, é assinada a Medida Provisória nº 520, que vem efetivar a proposta das fundações, através da criação de uma Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares S.A. (EBSERH), que atingiu diretamente os Hospitais Universitários³⁰. Nos termos da MPv 520/2010, a EBSERH tem personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, está vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Essa medida provisória representa um impacto nas propostas constitucionais de 1988 e defende a adoção das propostas de reforma do Estado iniciadas no governo FHC, que permanecem nos dias atuais.

Devemos considerar, ainda, que a EBSERH tem sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e pode manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação, estando autorizada a criar subsidiárias de âmbito regional para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social. Ademais, tem seu capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralmente sob a propriedade da União.

O Art. 3º, da Medida Provisória nº520, de 2010, define a finalidade dessa Empresa:

Art. 3º. A EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, assim como a prestação, às instituições federais de ensino ou instituições congêneres, de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. (BRASIL, 2010a).

As seis competências da Empresa são definidas no Art. 4º e, delas, destacamos as três primeiras:

³⁰ Em consequência do Decreto nº 7.082 de janeiro de 2010, foi instaurado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitário Federais, cujas maiores metas são: Reestruturar o quadro de pessoal dos hospitais universitários federais; melhorar o financiamento, a gestão e a estrutura física dessas instituições; e recuperar e modernizar seu parque tecnológico.

Art. 4º Compete à EBSEH:

I – administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS;

II – prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

III – apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação da residência média multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS.

A criação da empresa se aproxima das propostas das fundações, atingindo as unidades de saúde brasileiras – tão relevantes para o atendimento da população, ao garantir-lhe o acesso de maneira universal – e rompendo com direitos sociais instaurados.

Seguindo essa condução, o governo do PT, representado na figura de Dilma Rousseff, manteve a lógica de manutenção dos governos anteriores do presidente Luís Inácio Lula da Silva.

De acordo com Menezes e Leite (2016, p. 129)

No governo Dilma Rousseff, a implementação das Fundações, bem como a EBSEH, corre celeremente, a partir do Projeto de Lei (PL) nº 1.749, de 5 de julho de 2011 (hoje Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011), que autoriza o poder executivo a criar a EBSEH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos (BRASIL, 2011).

Contudo, no que se refere a política de saúde foi marcada por:

[...] continuidades em algumas áreas – atenção básica, vigilâncias – e pela adoção de programas específicos como marcos de governo, sem que problemas estruturais do sistema fossem adequadamente enfrentados. Durante o primeiro Governo Dilma, houve dois Ministros no cargo, com trajetórias na saúde pública e vinculados ao PT. Adotaram-se como marcos governamentais a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – outro componente da rede de urgências – e o Programa Mais Médicos (Machado, Lima e Baptista, 2017, p. S154 –S155).

Sobre o governo Dilma, destaca-se que o Programa Mais Médico, que selecionou médicos formados no exterior (brasileiros ou estrangeiros) sem a necessidade de validação de diplomas, com destaque para os médicos cubanos, cuja lotação foi feita mediante intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Além disso, o programa previa a expansão de vagas de graduação e residência médica; mudanças curriculares; e provimento de médicos em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais, porém isso não se efetivou adequadamente.

Ao contrário, a adoção do programa e a incorporação de médicos, refletiu negativamente nos conselhos profissionais. Apesar de se reconhecer avanços no que se refere a oferta de acesso aos serviços de saúde, principalmente em territórios vulneráveis.

No primeiro governo questões-chave para o setor, como o financiamento e a regulação do setor privado, não foram enfrentadas de forma adequada.

Nos anos de governo Dilma Rousseff, temos, algumas polêmicas que se destacam,:

- **Final de 2014**

1) *a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, inclusive na prestação de serviços, o que foi amplamente criticado pelos defensores do SUS (MP nº 656, de 7 de outubro de 2014 – prevê a abertura de serviços de saúde para o capital estrangeiro. Já se transformou em Lei nº 13097, de 19 de janeiro de 2015);*

2) *Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 451, de 22 de dezembro de 2014 – a medida enterra de vez a ideia de um sistema único de saúde, seccionando seus usuários. Os trabalhadores com vínculos formais ficarão reféns dos planos privados, que passam a ter um mercado cativo para seus serviços, e aos trabalhadores sem vínculo formal resta um sistema público cada vez mais sucateado e com menos financiamento.*

- **2015**

Intensificação da crise política, novos acontecimentos repercutiram negativamente sobre a saúde. Dentre estas tivemos a nomeação de um novo ministro da saúde e assim como a nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, conhecido por posições contrárias à luta antimanicomial. Além disso, ano de 2015 ficou marcado também pela identificação do início da epidemia de Zika vírus e sua associação com microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês (na infecção contraída pela gestante), configurando-se como uma nova emergência em saúde pública.

- **2016**

A política de saúde mergulhou em uma fase de indefinição e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu impeachment pelo Senado Federal em agosto de 2016.

Em resumo podemos dizer que: que tivemos um período marcado por incertezas e escândalos, atos e protestos contra o governo. Além do deslanchar da operação Lava Jato, conduzida pelo Juiz Sérgio Moro. Essa operação envolveu políticos de alto escalão do poder, tanto do Partido dos Trabalhadores (PT), quanto do Partido Social Democrata

Brasileiro (PSDB), o que de certa forma repercutiu negativamente na condução da política pública.

Nesse contexto, destaca-se o lançamento de propostas que fragilizaram ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceriam os mercados em saúde. Em síntese, o período de 2011 a 2016, marcado por instabilidade política, sinalizou percalços e riscos de retrocessos para as políticas sociais e de saúde, cujos rumos são incertos.

A política de saúde, em 2016, mergulhou em uma fase de indefinição e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu impeachment pelo Senado Federal em agosto de 2016. Nesse contexto, destaca-se o lançamento de propostas que fragilizaram ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceriam os mercados em saúde.

2.4. Da esquerda para direita: governo Temer

O *ilegítimo* governo Temer, nada trouxe de novo, a não ser a continuidade da aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, reforçados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde que serão abordados a seguir (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018).

Ao analisarmos o Governo Temer pode se perceber o aprofundamento das contrarreformas e a aceleração do desmonte das políticas públicas e universais, no que tangencia também a política de saúde.

Para os autores Bravo, Pelaez & Pinheiro (2018, p, 14),

O atual governo dá continuidade ao discurso de seus antecessores, mas com maior intensidade, conforme já salientado. Desse modo, tem-se propagado um discurso sobre a crise na saúde e na sociedade em geral, consistindo em um discurso ideológico, algo que podemos chamar de uma “[...] cultura política da crise [...]” (MOTA, 1995), forjada já desde os anos 1990, que tenta fazer com que acreditemos que as propostas de ajustes e de retiradas de direitos são inevitáveis nesse contexto e que as perdas serão compartilhadas por todos. Na realidade, contudo, não é isso que ocorre, pois é a classe trabalhadora que está pagando o preço desta crise.

Frente a isso, o Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988, sendo preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias. Discurso falacioso,

que reforça a lógica da necessidade de reforçar a adoção de novos modelos de gestão da máquina pública.

Nada, surpreendente este tipo de fala vindo do ministro, posto que como se sabe a sua campanha para deputado federal teve seu financiamento ancorada nos recursos de planos de saúde privado. O que de certa forma, direcionou a proposta de governo, que defende Planos de Saúde Populares, reforçada através da edição da Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016 (BRASIL, 2016b), que institui um grupo de trabalho para discutir o projeto de *Plano de Saúde Acessível*.

Segundo Bravo, Pelaez & Pinheiro (2018, p. 14),

O resultado das discussões realizadas por esse grupo se encontra sistematizado no ofício nº 60 da Secretaria de Atenção à Saúde, encaminhado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 18 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a), para avaliação e manifestação com relação à sua viabilidade técnica. Neste ofício, encontra-se expresso a principal motivação utilizada pelo Ministério da Saúde para a defesa desse projeto: a redução de cerca de 1,5 milhões de pessoas que deixaram de fazer usos de planos privados de saúde em 2016, devido à recessão econômica e à elevada taxa de desemprego.

As propostas para o Plano de Saúde Acessível, conforme ofício 60/ GSQ SAS (p.3, 2017):

Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.

Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.

Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

Perante o exposto, são evidentes as controvérsias e as possíveis críticas teve-se a do Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017, apresentou uma Moção de Repúdio à proposta, enfatizando que representaria um retrocesso, assim como restrições de

cobertura, o que fere o princípio da integralidade da assistência; evidencia-se também a diminuição da competência regulatória da ANS.

Outra oposição foi da Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSETANS), que em assembleia realizada em 05 de setembro de 2017, ao analisar as características da proposta, destacaram que estas limitam as coberturas garantidas pela Lei 9.656 (BRASIL, 1998) e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento hoje existente, que considera fatores acima de 30% restritores severos ao acesso aos serviços, pois a proposta enfatiza que o copagamento para acesso aos mesmos está previsto em 50%. Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade e jogando para o sistema público os procedimentos de alto custo (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018).

Outra questão relevante refere-se ao financiamento, uma medida drástica do governo foi o congelamento dos gastos, através da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016a), cujos impactos para a saúde são enormes.

Apesar do texto, afirmar que a Saúde da Família como estratégia prioritária e a necessidade de expansão da Atenção Básica no Brasil, o mesmo texto rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), reforçando uma nova lógica de atenção primária de saúde. Algumas restrições geram estranheza, posto que pode diferenciar o acesso a saúde, reforçando uma política focalista e restrita a populações mais vulneráveis ou agravos comuns. Sem falar, também de uma redução da carga horária de 40 horas para até 10 horas de serviço na atenção básica.

Mas, as propostas de mudança não só têm sua face na saúde, apenas refletem também na política de saúde mental, que frequentemente tem se deparado com mudanças que atingem visceralmente a Reforma Psiquiátrica. Sabe-se que a Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o atual governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as quais fortalecem a lógica das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins.

Outra questão que cabe ser mencionada faz referência a aprovação desta proposta pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em 21 de dezembro de 2017, sem que pesquisadores e representantes do controle social tivessem direito a fala e sem consulta à sociedade. O que gerou críticas, haja vista a falta de participação social na sua formulação. Sem desconsiderar que está na contramão do modelo de assistência em saúde mental que

prioriza a desinstitucionalização, reabilitação e reinserção social, conforme consubstanciada na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Então, em 11 de dezembro 2017, saiu uma nota de repúdio do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial por entender que tais propostas representam retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social. Este tipo de postura antidemocrática aparece como um Estado apartado da sociedade civil, sem diálogo, sem troca, sem comunicação e decidindo a partir de seus pares, próprio do que se denomina como a ideologia *ultraneoliberal*.

Outro setor que se manifestou também foi a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) também apresenta posição contrária, por entender que a nova política traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária.

Contudo, sabe-se que dentre as características do governo Temer algumas já eram previsíveis, tais como: articulação efetiva com o setor empresarial de saúde que pode ser observada nas propostas apresentadas pelo governo de modificação da política de saúde. Neste segmento o ato mais importante que reforça ela lógica foi a elaboração do documento de Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017.

Destaca-se que conforme, Bravo, Pelaez & Pinheiro (2018, p. 16-17):

Este documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil. O documento final foi elaborado por 80 especialistas e 30 instituições. A tese defendida pelo grupo é a de que os setores públicos e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos. A integração pressupõe mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços, através de um novo modelo de governança. Há preocupação com a participação de empresários na difusão de ideias e disputa político-ideológica, bem como com a possível apropriação de conceitos do SUS de modo a atribuir outros significados.

Assim, sobre a Coalizão Brasil cabe explicitar que surge em julho de 2014 lançado na Faculdade de Medicina da USP e que reúne parte significativa da cadeia produtiva da saúde. Avalia-se que o objetivo da criação desta articulação foi influenciar nas eleições (MATHIAS, 2016). No início primeiramente com a participação da Associação Nacional de Hospitais Privados em articulação com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), enquanto a partir de 2016 ampliam-se o número de associados, totalizando vinte e quatro, a saber: Johnson & Johnson; Qualicorp e Unimed Brasil; Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaude); Associação da Indústria Farmacêutica de

Pesquisa (Interfarma); Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (Bravo, Pelaez & Pinheiro, 2018)

Destaca-se como agenda prioritária do grupo as seguintes proposições:

- as soluções para os sistemas de saúde público e privado ou simplesmente Sistema de Saúde Brasileiro (e não mais SUS) passam por fortalecer os mecanismos de livre mercado, como as parcerias público-privadas, as OSs e um novo modelo de governança que amplie a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição das políticas de saúde.
- a governança apresenta novas modalidades de Conselho e Conferências, que consiste em Conselhos formados por especialistas e ligados ao gabinete dos prefeitos, o que consideram mais estratégicos que os Conselhos Municipais de Saúde. Nacionalmente deveria ser criado um Conselho Executivo, também formado por especialistas, com o poder de definir estratégias (MATHIAS, 2016).

Na agenda cronológica destes encaminhamentos com base na obra de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), temos:

- Junho/2016 – *Propostas foram apresentadas ao Senado Brasileiro em Seminário realizado em parceria com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Associação Médica Brasileira (AMB);*
- Agosto/2016 - *ocorreu uma audiência sobre o tema com o presidente Michel Temer.*
- 2017 – *O grupo lança o documento intitulado Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, com diagnóstico e propostas mais detalhadas.* No diagnóstico, explicita aumento da carga de doenças; falta de promoção e prevenção; alta expectativa e pouca informação do paciente; governança pouco efetiva; alocação de recursos inadequada; práticas de gestão ineficientes; baixo foco no desfecho; uso de dados e inovação limitados; problemas de sustentabilidade. Iniciativas priorizadas ressaltam: estimular mudança cultural para a promoção; fortalecer a atenção primária; ampliar acesso a medicamentos; estimular modelos inovadores de atenção; construir agenda nacional para inovação; estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico; estabelecer protocolos clínicos de referência nacional; discutir sobre os diferentes modelos de pagamentos; divulgar os dados nos sistemas público e privado; criar o prontuário eletrônico; reorganizar o sistema de redes de atenção (COALIZÃO SAÚDE

BRASIL, 2017). Outras medidas do Ministério da Saúde neste governo são as propostas de Alterações na Lei dos Planos de Saúde.

- Setembro/ 2017, o relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, Rogério Marinho (PSDB/RN), apresentou os principais pontos que pretende inserir no seu relatório, quais sejam: - Revogação da Lei dos Planos de Saúde – é nítida a intenção do relator de revogar a Lei 9656/1998 para estabelecer um novo marco legal que prejudicará os usuários dos planos e beneficiará as operadoras. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer – Segmentação de Cobertura Assistencial, na medida em que propõe que ao contratar um plano de saúde, o usuário, família ou empresa escolheria quais procedimentos quer incluir no plano, quais doenças seriam cobertas e, com isto, pagaria menos; – reajuste após 60 anos de idade, o que denota a intenção de alterar o Estatuto do Idoso, que hoje proíbe reajuste após 60 anos. Na prática, a possibilidade de aplicação de reajustes após 60 anos significará a expulsão dos idosos dos planos de saúde; - Diminuição do valor do Ressarcimento ao SUS, o que acarreta perda de recursos pelo SUS bem como, Redução do Valor de Multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde. A gravidade dos retrocessos nas mudanças anunciadas soma-se a inexplicável tramitação destas medidas em regime de urgência. No item a seguir vai-se ressaltar algumas propostas significativas vindas dos movimentos de luta e resistência na saúde.

Conforme Soares (2018; p. 27) a gestão do governo Temer mostra-se visivelmente antagônica ao projeto de Reforma Sanitária, ferindo os princípios basilares do SUS:

a universalidade do acesso à saúde: quando impõe uma restrição orçamentária por 20 anos, o governo Temer coloca em patamares jamais vistos o subfinanciamento do SUS num momento de aumento da demanda do sistema; quando abre espaço para a regulamentação de planos populares e defende abertamente a desoneração do SUS via oneração dos usuários no consumo de planos privados; ao fazê-lo, segue a risca os fundamentos dos documentos Ponte para o Futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2015) e Travessia Social (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, [2016]), como bem apontado por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018). Em verdade, tais ações engendrarão um processo de focalização da política a níveis extremos, inviabilizando, por completo, um SUS para todos - a publicidade do direito à saúde: massifica-se nos argumentos e proposições do Ministério da Saúde a ideia de que todos devem colaborar diante do colapso do financiamento do sistema. Na prática, a colaboração se daria via aquisição de um plano popular ou até mesmo a compra de um serviço de saúde numa clínica popular – como também vem sendo muito veiculado na grande mídia. Apesar da resistência do movimento sanitário, a população usuária do SUS tem se mobilizado pouco em defesa do direito público à saúde, evidenciando que o conteúdo de negação do direito e reprodução da ideia de inviabilidade do SUS, vem se colocando na ordem do dia pelos setores privados. Assim, de fato, a destruição da concepção do direito público à saúde chega ao seu ápice. - a participação social: o controle social que, nos governos anteriores, já havia sofrido duros golpes num contínuo processo de desvalorização e marginalização em relação às grandes decisões da política de saúde - como a introdução das

novas modalidades de gestão – passa a ser completamente alijado dos processos decisórios, vê-se o exemplo da aprovação da nova PNAB circunscrita à Comissão Intergestora Tripartite e sem debate com a sociedade. Concomitantemente, uma supervalorização dos espaços e grupos formados por representantes e consultores do capital privado da saúde, os denominados especialistas. Esquece-se, no entanto, de informar que são especialistas em saúde privada e mercantilização do direito à saúde.

Além disso, cabe expor, que no final do governo Temer no momento de transição tivemos também a mudança da proposta do *Programa Mais Médicos*, o que apesar das diversas críticas que o programa recebeu ao longo de sua trajetória, teve sua reformulação de maneira arbitrária e autoritária, restringindo o acesso aos serviços de saúde em todo território nacional.

Em suma o governo Temer, defende explicitamente a reforma do SUS e de sua inviabilidade nos anuncia que a desconstrução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentada por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais consideradas de cunho populista. Sem dúvida alguma que a inviabilização e/ou profunda restrição de alternativas emancipatórias – mesmo que sob os limites da cidadania burguesa – constitui-se o esteio para o aprofundamento da espoliação de bens e direitos públicos, precisamente o direito à saúde (SOARES, 2018).

2.5. Governo Bolsonaro: novas tendências e suposições na agenda atual

No governo do Bolsonaro temos várias surpresas, as quais, já eram previsíveis. A primeira seria uma nova forma de conduzir a política pública brasileira, até porque durante a campanha eleitoral no ano de 2018, já se deixa clara a preocupação com um modelo de política mais "rígido" e com maior controle do poder público. O que na verdade mascara a lógica flexível de gerenciamento.

Sem falar, que a sua campanha política teve como tema e jargão de campanha “*Brasil acima de tudo e Deus acima de todos*”. Sendo eleito pelo discurso catatônico e repressor. Os passos que interferem unilateralmente já podem ser vistos na escolha dos ministérios da Saúde e da Educação.

Frente ao ministério da Educação a escolha de Ricardo Velez Rodrigues, que traz um trato literalmente conservador, professor colombiano naturalizado brasileiro, com

formação em teologia, filósofo ensaísta. A produção defende a descentralização do sistema educacional, traço anticomunista e estudioso do liberalismo clássico.

Reforça ainda no seu debate a lógica da Escola Sem Partido, assim como enfatiza críticas severas ao marxismo e as concepções gramscianas, o que pode ser identificado na sua produção científica e bibliografia.

Porém, estamos mencionando esse debate haja vista, que algumas questões polêmicas têm sido visualizadas na mídia falada e escrita, no que se refere a autonomia das universidades, e os reflexos desta condução nos Hospitais Universitários, o que também receberia os efeitos desta condução, por estar inserido nas duas políticas públicas de educação e saúde.

Já na pasta do Ministério da Saúde, uma das quais, tem maior previsão orçamentária, Luiz Henrique Mandetta, médico de carreira, que tem todo um envolvimento político com os partidos de direita, e que tem em seu histórico a presidência da Unimed na cidade de Campo Grande em Mato Grosso, assim como uma trajetória política, como deputado federal. Sem falar, que também na sua tem em sua bagagem a função de Secretaria de Saúde em Campo Grande, onde é investigado sobre a existência de caixa dois.

Além disso, a escolha do “renomado” ministro também associação e vinculação com as Santas Casas e instituições filantrópicas, que fortaleceram sua escolha.

Mandetta tem várias críticas aos programas mais médicos do governo Dilma Rousseff, alegando que essa experiência releve uma espécie de navio negreiro de profissionais, considerando que os médicos recém-formados deveriam ser incluídos obrigatoriamente, através de serviço militar nas ações de saúde a população. Enfim, fica aqui, algumas questões para pensarmos como será condução deste governo.

Outra questão importante que apareceu em fevereiro de 2019, faz referência a nota técnica 11/2019, que traz mudanças na política nacional de saúde mental, identifica-se significativos retrocessos na política de saúde, principalmente no campo da saúde mental, posto que sinaliza se uma íntima relação com o modelo manicomial e hospitalocêntrico e que reforça a indústria farmacêutica. Sem falar, que vem acompanhada de um tônus de cura dos transtornos mentais associados a rituais, através do modelo de comunidade terapêutica.

Assim, a partir das questões aproximadas seguimos o caminhar para realizar o estudo comparativo referente aos modelos de gestão da política de saúde, neste cenário contemporâneo.

CAPÍTULO 3

A PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA: OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Ao iniciar as reflexões acerca dos novos modelos de gestão que se configuram na política de saúde brasileira na atualidade, reconhecemos automaticamente as lutas travadas desde da Reforma Sanitária Brasileira na instalação do SUS como política pública universal, o que, em contrapartida, veio acompanhada da entrada do neoliberalismo no Brasil. Não tardando assim, para que a tendência mundial de reforma gerencialista do Estado e por conseguinte a entrada da Nova gestão pública (*New Public Management*) chegasse ao Brasil.

O remodelamento do Estado começou a aparecer com as propostas de reforma estruturais do Estado, mudando a dinâmica e a sua responsabilidade.

Historicamente, o espaço público no Brasil sempre foi alvo do clientelismo e do paternalismo, que são heranças que marcam a história da formação dos processos da gestão pública até os dias atuais.

Porém, temos que reconhecer que a Reforma Sanitária representou uma conquista diferente quando se pensa a lógica das modalidades de Reforma do Estado, que traz em seu contexto a proposta gerencialista para administração pública.

Os princípios orientadores da administração pública burocrática são a profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal (BRASIL, 1995).

Entende-se que a administração pública é a execução minuciosa do Direito Público. Ela é o conjunto de órgãos instituídos para a consecução dos objetivos do governo; em sentido funcional, o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral; em sentido operacional, o desempenho perene e sistemático, legal e técnico dos serviços próprios do Estado, ou por ele assumidos em benefício da coletividade (WILSON *apud* SANTOS, 2006). A partir destes princípios Ferreira (1999) entende que gestão é o ato de gerir, administrar. Administrar é governar, reger, ordenar os fatores de produção e controlar sua eficiência e produtividade para obter em se determinados resultados.

De acordo com Meirelles (1985, p. 58), “a gestão pública é exercida através de atos. Definidos como ato de império, ato de gestão e ato de expediente”.

A Constituição da República Federativa do Brasil, no art.37, elenca os princípios que norteiam a gestão pública, com valores éticos e morais, principalmente quanto à exigência do cumprimento dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Destaca-se em particular cada princípio:

- Legalidade – baseia-se nos mandamentos da lei, deles não podendo se afastar, sob pena de invalidade do ato e responsabilização do seu autor.
- Impessoalidade – garante que qualquer atividade de gestão pública deva ser dirigida a todos os cidadãos, sem a determinação de pessoa ou discriminação de qualquer natureza.
- Moralidade – evidencia que os atos e atividades da administração pública devem obedecer aos princípios morais.
- Publicidade – torna obrigatória a divulgação dos atos, contratos e outros documentos da administração pública, para conhecimento, controle e início dos seus efeitos. O instrumento oficial é o jornal, público ou privado, destinado à publicação dos atos. Em geral, são utilizados Diários Oficiais.
- Finalidade impõe-se à administração pública a prática de atos voltados para o interesse público.
- Eficiência – Que busquem efetivar os resultados e necessidade real da população.

Autores como Chiavenato (2003), entendem, a partir de Max Weber, que a burocracia era organização por excelência, sendo o primeiro teórico a realizar uma abordagem voltada para a estrutura. Considera-se que o modelo tradicional burocrático, criado por Max Weber enfatizava o controle, a administração das atividades, processos, normas e procedimentos. Objetiva-se com isso trazer para a máquina pública o modelo moderno, que de certa maneira, tende a controlar o modelo patrimonialista contrário ao nepotismo e subjetivismo e corrupção.

Todavia, Weber, aponta que a burocracia também é associada a ineficiência e imperfeições, justamente porque internaliza e regras e apegos e a regulamentos, excesso de formalismo e de papelório. Tais questões refletem em críticas, as quais vão demandar

necessidades de mudanças, dentre essas, o reconhecimento de adequação de novos modelos, que desse um novo tom a administração pública, tal como o gerencial.

Assim como a Reforma do Aparelho do Estado teve por objetivo: “viabilizar a implementação de uma administração pública de caráter gerencial” (BRASIL, 1995), por meio da implementação de um Novo Modelo de Gestão – um modelo de governança colaborativa, orientada para resultados, ou seja, de conexão entre Estado, Mercado e Sociedade de modo a compor uma rede de governança que maximize a geração de valor público para o cidadão-cliente, opondo-se ao modelo burocrático.

Esse movimento de reforma é portador de um novo modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e sociedade, quer para atenuar disfunções operacionais daquele, quer para maximizar os resultados da ação social em geral (BRASIL, 1998).

Estes encaminhamentos se intensificaram na agenda da política pública brasileira com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (Capítulo 2) conduzido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado e elaborado sob a coordenação do ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira pretendia ser a terceira grande reforma da administração pública brasileira. Sendo a área da saúde, um espaço de inquietação no que se refere ao modelo de administração rígido, requisitando alterações no modelo de gestão desta política pública.

No estudo de Ibanez e Neto (2007), aponta que dentre os serviços que incubem os órgãos e entidades que compõe o Sistema Único de Saúde estão os serviços hospitalares, indicando são recorrentes os problemas da rede de saúde, os quais em sua maioria estão associados a organização da máquina pública, a capacidade do profissionais de gerenciar a política diante da expressiva rede de saúde.

Além disso, outro argumento utilizado, na agenda atual, refere-se a inversão destes espaços públicos, colocando que o público não se operacionaliza de maneira, eficaz e eficiente, porque precisa ser remodelado ou até mesmo redefinido. Sem falar, que também responsabiliza os profissionais ingressantes por meio de concurso público principalmente os estatutários, os quais são responsabilizados muitas vezes, pelos problemas vivenciados nas unidades de saúde.

Mas, não podemos deixar de reconhecer, que alguns estudos, baseados na experiência paulista consideram que os encaminhamentos e adoção de novos modelos de gestão refletem na modernização da máquina pública do Estado, de maneira positiva. Posto

que, consideram que não se trata de uma privatização da máquina pública, mas sim a readequação a realidade vivida mundialmente.

Outra questão relevante é a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que ora é considerada um elemento importante para o financiamento da política de saúde, ora está na agenda o embate sobre sua real necessidade, para operacionalização da política de saúde, e que na verdade só revalida o neoliberalismo.

Frente a isso, cabe explicitar os modelos de gestão que estão sendo postos como respostas a burocratização, inoperância e falta de efetividade da política pública de saúde no Brasil, em especial no Rio de Janeiro.

Sabe-se que a lógica de enxugamento do Estado, sempre esteve presente e tal transferência iniciaria com os serviços não exclusivos, como saúde, educação, cultura, para entidades privadas.

Dentre as tendências de reforma do Estado no âmbito internacional (FERLIE, 1999, *apud* IBANEZ E NETTO, 2007) caracterização se por quatro modelos de nova administração pública, conforme segue no Quadro 1 abaixo:

QUADRO 1 – Direcionamento da Nova Administração Pública

MODELO	Orientação
1) Modelo de impulso para eficiência	Incorporação e introdução de padrões de eficiência desenvolvidos no setor privado
2) Maior controle financeiro	Incorporação de sistema de custos e auditorias – quanto aos aspectos financeiros e profissionais, monitoramento do desempenho e desregulamentação do mercado de trabalho;
3) Modelo <i>downsizing</i> descentralizado	Separação entre o financiamento público e dotação do setor autônomo, mudança de gestão hierárquica para gestão de contratos, separação de serviços.
4) Modelo da busca pela excelência	Ênfase na cultura organizacional, modelo menos utilizado na administração pública.

Fonte: Elaboração Própria, 2019 partir das reflexões de FERLIE, 1999 *apud* IBANEZ e Netto (2007)

Os modelos de gestão vigentes no Brasil estão baseados nas construção de parcerias público-privadas através das: Organizações Sociais da Saúde (OSS), Fundação Saúde (FS), e Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH), que têm assumido cada vez mais a responsabilidade do Estado na gerência do serviço público, conforme apresentaremos a seguir.

Todavia, os modelos jurídico-administrativos acordados com estas inovações obedeceram a figura administração indireta (autarquias e empresas públicas), ou até mesmo, as fundações de direito privado, e de apoio a administração direta e o mais recente de Organização Social, formulado pelo Ministério de Planejamento e Reforma do Estado.

3.1 Organização Sociais da Saúde (OSS)

As Organizações Sociais, conforme já sinalizado no Capítulo 2, têm seus respaldos legais, a partir da Medida Provisória nº 1.591/97, que, dentre as providências, dispõe sobre a qualificação de entidades como as Organizações Sociais (BRASIL, 1997). Sendo regulamentada pela Lei 9.637/1998, que afirma *“trata-se pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, entidade de interesse social e de utilidade pública, podendo atuar em diversos setores, dentre os quais temos o setor saúde”*.

As Organizações Sociais apresentam ações em diversos campos das políticas sociais, porém acrescentara em sua nomenclatura na agenda atual a saúde, intitulado assim como Organização Social da Saúde, o que especifica sua ação nesta política.

Temos que considerar que apesar da regulamentação das OS no âmbito federal, através da lei acima citada, não podemos perder de vista que o aparecimento das Organizações Sociais começou acontecer na Saúde, vinculadas ao processo de descentralização, que transfere as responsabilidades da política saúde do nível federal para os níveis mais locais, destacando-se neste estudo o Rio de Janeiro, apesar de reconhecer a existência de organizações sociais em diversos estados da federação. Sendo São Paulo, uma referência na implantação deste modelo de gestão.

A transferência da responsabilidade para as Organizações Sociais da Saúde acontece no nível estadual e municipal. O processo de transferência em alguns casos quando muda o direcionamento da gestão federal ou estadual para o município chamado de municipalização da saúde (MELO, TANAKA, 2001).

Destaca-se que a instalação e a efetivação desse setor público não estatal ocorreram principalmente nas esferas estaduais e municipais, que a partir da sua autonomia de gestão definiram e instituíram suas próprias versões regulamentares (SILVA, BARBOSA & HORTALE, 2016).

Um elemento importante, é que as Organizações Sociais da Saúde são colocadas como parceiras do Estado para gerir as Unidades de Saúde, trazendo no seu modelo de gestão, características que supostamente seriam mais favoráveis a operacionalização da

política. Dentre tais características, temos: maior flexibilidade do que a administração pública direta, justificando a sua existência a partir do entendimento de que, a modernização da gestão se faz necessária, portanto, diminuir o engessamento da máquina pública, se refere ampliar a capacidade de se gerenciar a coisa pública seguindo regras contábeis e orçamentárias de empresas privadas. Assim, as OS seriam uma opção viável a gestão pública, principalmente, a aplicada a saúde.

Nesse contexto a relação entre Estado e OSS se estabeleceria por meio da efetivação de contratos de gestão, nos quais os agentes públicos devem fiscalizar o desempenho dessas atividades realizadas por essas entidades.

Coadunamos com Silva (2014, p. 52), que o contrato de gestão “define a missão, atribuições e os resultados a serem alcançados pelas OSS em atendimento ao interesse público”³¹.

No estado do Rio de Janeiro é possível constatar nos portais virtuais públicos a notificação desses contratos desde 2012, conforme pesquisa realizada para elaboração deste estudo. Esta revela elementos interessantes desses contratos. O primeiro a se destacar se refere aos editais, o segundo as particularidades dos contratos, o terceiro, o acréscimo dos termos aditivos, e com eles os termos de referência, que normatizam a operacionalização dos serviços.

Em buscas realizadas na internet no período de doutoramento, identificamos que os contratos de gestão começam aparecer nos sites da esfera estadual e municipal da cidade do Rio de Janeiro, principalmente a partir de 2012 até os dias atuais, os quais facilitaram o acesso a informações relevantes acerca destes modelos de gestão.

A qualificação das Organizações Sociais da Saúde para prestação de serviços ocorre através de editais de contratação. Esses são publicados em Diário Oficial do Estado. No edital de contratação de OSS, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social da Saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro para a gestão, objetiva-se na operacionalização e execução dos serviços de saúde nas Unidades em questão. Na publicação está prevista data de apresentação das propostas e prazo para realização de visita técnica prevista, prazo deste trâmite 15 dias.

No **edital de contratação** define se as obrigações, dentre elas destacamos a prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde, aos usuários no âmbito do

³¹ Em buscas realizadas na internet no período de doutoramento, identificamos que os contratos de gestão começam aparecer nos seguintes sítios da esfera estadual <<https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/contratos-de-gestao>> e municipal da cidade do Rio de Janeiro : <<http://www.rio.rj.gov.br/web/cvl/exibeconteudo?id=2806005#>>.

SUS, conforme previsto nos valores defendidos pela Reforma Sanitária e na Constituição Federal de 1988.

Além disso, no edital de contratação tem um termo de referência³², que sinaliza a justificativa norteadora que, [...] *a assistência aos usuários e garantida pelo SUS bem como toda linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos de forma hierarquizada e organizada* (RIO DE JANEIRO, Edital 001/2019).

O edital norteia os termos e os compromissos das Organizações Sociais com o contrato de gestão, mas na sua operacionalização identificam-se lacunas, no cotidiano das instituições.

No portal da Secretaria Estadual de Saúde/RJ foram localizados 103 contratos de gestão de 2012 a 2018. Neles podemos identificar a preocupação com a responsabilidade dos agentes do Estado e das OSS com a prestação de serviços de saúde, numa lógica de mercado.

Tabela 1 – Número de Contratos e Termos Aditivos na Saúde Estadual de 2012 – 2018

Ano	Total de Contrato de Gestão	Total de Termos de Referência	Total de Termo Aditivo	Termo de Rescisão
2012	33	6	170	2
2013	12	1	59	1
2014	9	5	32	1
2015	2	0	2	0
2016	3	5	9	0
2017	21	15	17	5
2018	23	9	3	0

Fonte: Conexão Saúde 2018 - Tabela montada pela autora a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2018)

Quando analisamos a tabela apresentada acima nota-se que os contratos de gestão fazem referência a pactuação realizada entre a Organização Social da Saúde e o Estado para a prestação e operacionalização do serviço, no que se refere a prestação de serviço. O contrato de gestão rege as regras de gestão entre parceiros e instituições.

³² São termos anexos aos editais, que direcionam as ações em saúde na ótica das Organizações Sociais da Saúde.

O **termo aditivo** representa a lógica de continuidade de acréscimo de serviços, porém torna-se algo banal na prestação de serviços, porque tudo o que o contrato não suprimir, entrará via tal documento. Na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, toda vez que se reconhece novas necessidades e outras demandas para além das que estão previstas no contrato, realiza-se termo aditivo.

O **termo de rescisão** refere-se a suspensão do contrato, em casos de descumprimento das atividades previstas no contrato de gestão ou até mesmo no termo aditivo.

Destaca-se que o reconhecimento da permissão de uso pela OSS, que caso realize benfeitorias e ou receba doação de bens, ao término do contrato não pode retirar nada sem autorização do poder público. Assim, como deve proceder inventário dos bens e móveis disponíveis nas unidades sediadas pelas OSS.

Nos contratos, há penalidades em caso de descumprimento, no que se refere a prestação de serviço, tais como advertência, multas de 5% a 10%, conforme as penalidades, em caso de descumprimento no que se refere a assistência prestada.

Além disso, o contrato de gestão prevê auditoria, contudo, não fica transparente como ocorrerá e nem quais são as responsabilidades do contratante e do contratado, tanto é que recentemente, mais um escândalo se apresentou na mídia com operação Calvário³³, que tem sido conduzida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

Na orientação do contrato está sinalizado que todas as folhas de pagamentos, certidões negativas e recolhimentos devem estar disponíveis para acesso do Poder Público, sendo vedado contrato via cooperativa, o que certa maneira, traz garantia aos trabalhadores, posto que anteriormente, a falta de recursos humanos na política de saúde, em especial era respondida através da presença de cooperativas de trabalhadores, dentro das Unidades de Saúde, que restringiam ainda mais os direitos dos trabalhadores desta política pública.

Frente a identificação dos contratos de gestão e da análise do que prevê os contratos, resolvemos mapear as unidades que estão com o modelo de gestão da saúde estadual sob responsabilidade das Organizações Sociais da Saúde.

³³ Operação Calvário, processo encaminhado pelo Ministério Público, visando o combate e a corrupção na política de saúde.

3.1.1 – Mapeamento das Unidades Estaduais do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro com Organizações Sociais da Saúde

Neste momento, para visualizar como estão as Organizações Sociais da Saúde no Estado do Rio de Janeiro, dividimos o estudo em dois momentos: o primeiro que irá apresentar as Unidades de Saúde, que hoje estão sob responsabilidade Estadual, com presença de Organizações Sociais da Saúde e as Unidades Municipais da cidade do Rio de Janeiro, que também estão sob responsabilidade das OSS, para isso foi realizado um levantamento a partir de pesquisas em sítios virtuais e através de documentos (contrato de gestão, termo aditivo, termo de referência e convênios), objetivando compreender e entender a multiplicação destes modelos cada vez mais frequente na política de saúde e como isso rebate no funcionamento e no acesso da população usuária a essa política pública.

Ao mapearmos as Unidades de Saúde referentes ao Estado identificamos que a distribuição das Organizações Sociais da Saúde tem acontecido da seguinte maneira, conforme a seguir:

Quadro 2 – Distribuição das Unidades de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2019)

Unidades de Saúde Estadual	Local	Organização Responsável	Data de Assinatura do Contrato
Hosp. São Francisco Assis na Providência Deus	Tijuca	Ass. Fraternidade Lar São Francisco Assis Prov. de Deus	27/04/2012
Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher	Mesquita	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	21/05/2012
UPA Mesquita	Mesquita	Inst. Data Rio Admin. Pública	02/07/2012
UPA Itaboraí	Itaboraí	Instít. dos Lagos Rio	26/07/2012
UPA Irajá	Irajá	Viva Comunidade	03/09/2012
UPA Queimados	Queimados	Inst. Data Rio Admin. Pública	05/09/2012
UPA Nova Iguaçu I	Nova Iguaçu	Inst. Data Rio Admin. Pública	05/09/2012
UTI HE Albert Schweitzer*	Realengo	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2012
UTI HE Getúlio Vargas*	Penha	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc.Hosp.	20/12/2012
UTI HE Carlos Chagas*	Marechal Hermes	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc. Hosp.	20/12/2012
Hosp. Est. Melchiades Calazans	Nilópolis	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	19/12/2012
UPA São Gonçalo I	São Gonçalo	Inst. dos Lagos Rio	20/12/2012
UPA São Gonçalo II	São Gonçalo	Inst. dos Lagos Rio	20/12/2012
UPA Tijuca	Tijuca	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2012
UPA Jacarepaguá	Taquara	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2012

UPA Botafogo	Botafogo	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2012
UPA Copacabana	Copacabana	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2012
UPA Bangu	Bangu	Inst. dos Lagos Rio	20/12/2012
UPA Marechal Hermes	Mal. Hermes	Inst. dos Lagos Rio	20/12/2012
UPA Realengo	Realengo	Inst. dos Lagos Rio	20/12/2012
UPA Ricardo de Albuquerque	Ricardo de Albuquerque	Inst. dos Lagos Rio	20/12/2012
UPA Niterói	Niterói	Inst. dos Lagos Rio	20/12/2012
UPA Nova Iguaçu II	N. Iguaçu II	Inst. Data Rio Admin. Pública	20/12/2012
UPA Engenho Novo	Eng. Novo	Viva Comunidade	20/12/2012
UPA Ilha do Governador	Ilha Governador	Viva Comunidade	20/12/2012
UPA Maré	Maré	Viva Comunidade	20/12/2012
UPA Penha	Penha	Viva Comunidade	20/12/2012
Obstetrícia, Neonatologia, Odontologia Especial, Ortopedia e Traumatologia, Endoscopia Digestiva e Anestesiologia Hosp. Est. Rocha Faria	Campo Grande	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc. Hosp.	27/12/2012
Hosp. Est. Alberto Torres/Centro de Trauma/Hosp. Est. Prefeito João Batista Cáfaró	São Gonçalo/ Itaboraí	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc. Hosp.	28/12/2012
Hosp. Mulher Heloneida Studart	São João de Meriti	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	28/12/2012
Hosp. Est. Transplantes, Câncer e Cirurgia Infantil	Vila Valqueire	Instituto D'or de Gestão de Saúde Pública	28/12/2012
IEC Paulo Niemeyer /HE Anchieta	Caju	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc. Hosp.	18/04/2013
UPA Caxias I	Caxias I	Inst. Data Rio Admin. Pública	16/05/2013
HE Adão Pereira Nunes	Duque de Caxias	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc. Hosp.	28/05/2013
HE Roberto Chabó	Araruama	Inst. Sócrates Guanaes	14/06/2013
UPA São Pedro da Aldeia	São Pedro da Aldeia	Instituto dos Lagos Rios	04/10/2013
HEGV (parcial)*	Penha	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc. Hosp.	04/08/2013
UPA – Caxias II	D. de Caxias	Inst. Data Rio Admin. Pública	06/11/2013
UPA – Campo Grande I	Campo Grande	Inst. Data Rio Admin. Pública	06/11/2013
UPA – Campo Grande II	Campo Grande	Inst. Data Rio Admin. Pública	06/11/2013
UPA – Santa Cruz	Santa Cruz	Inst. Data Rio Admin. Pública	06/11/2013
UPA – Magé	Magé	Inst. Data Rio Admin. Pública	05/11/2013
UPA – Campos	Campos	Instituto dos Lagos Rios	02/01/2014
HE Albert Schweitzer*	Realengo	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	26/02/2014
HE Alberto Torres/CT/HE Prefeito João Batista Caffaro	Rio de Janeiro	Associação Congregação de Santa Catarina	01/05/2014
HE Azevedo Lima	Niterói	Instituto Sócrates Guanaes	26/02/2014
HE Getúlio Vargas*	Penha	Pró-Saúde Ass. Ben. Assist. Soc. Hosp.	15/03/2014
HE Rocha Faria	Campo Grande	SPDM – Assoc. Paulista para o Desenv. Medicina	15/03/2014

UPA SEAP	Bangu	Viva Comunidade	25/04/2014
HE de Saquarema	Saquarema	Hosp. Maternidade Therezinha de Jesus	29/04/2014
UPA São Pedro da Aldeia	São Pedro da Aldeia	Cruz Vermelha Brasileira	04/10/2015
UPA Itaboraí*	Itaboraí	Pro-Saúde Associação Beneficente de Assistência	03/08/2015
UPA São Pedro da Aldeia	São Pedro da Aldeia	Cruz Vermelha Brasileira	01/06/2016
UPA Itaboraí*	Itaboraí	Cruz Vermelha Brasileira	01/06/2016
HE Adão Pereira Nunes	D. de Caxias	Instituto de Atenção Básica e Avançada a Saúde IABAS	23/11/2016
Complexo Estadual da Região dos Lagos	Unidades	Cruz Vermelha Brasileira	17/01/2017
*Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth	Saquarema		
Hospital Estadual Roberto Chabó	Araruama		
Complexo Regional da Mãe Mesquita	Mesquita	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	20/06/2017
*Maternidade e Clínica da Mãe			
UPA Irajá	Irajá	Viva Rio	05/07/2017
Complexo Estadual de Saúde	São Gonçalo	Instituto dos Lagos Rio	28/09/2017
* Hospital Estadual Alberto Torres com Centro de Trauma			
* Hospital Estadual João Batista Caffaro			
* UPA – São Gonçalo			
UPA Copacabana	Copacabana	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2017
UPA Jacarepaguá	Taquara	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2017
UPA Engenho Novo	Engenho Novo	Viva Rio	20/12/2017
UPA Maré	Complexo da Maré	Viva Rio	20/12/2017
UPA Ilha do Governador	Ilha do Governador	Viva Rio	20/12/2017
UPA Realengo*	Realengo	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	20/12/2017
UPA Ricardo de Albuquerque	Ricardo de Albuquerque	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	20/12/2017
UPA Marechal Hermes	Marechal Hermes	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	20/12/2017
UPA Bangu	Bangu	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	20/12/2017
UPA Tijuca	Tijuca	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2017
UPA Botafogo	Botafogo	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	20/12/2017
UPA Niterói	Niterói	Instituto Lagos Rio	20/12/2017
UPA São Gonçalo II	São Gonçalo	Instituto Lagos Rio	20/12/2017
UPA Penha	Penha	Viva Rio	20/12/2017
UTI do Hospital Estadual Carlos Chagas	Marechal Hermes	Instituto Lagos Rio	20/12/2017

Hospital Estadual da Criança	Vila Valqueire	Instituto D'or	26/12/2017
UPA Mesquita	Mesquita	Instituto Unir Saúde	02/01/2018
UPA Queimados	Queimados	Instituto Unir Saúde	19/01/2018
UPA Nova Iguaçu I	Nova Iguaçu	Instituto Unir Saúde	19/01/2018
UPA Nova Iguaçu II	Nova Iguaçu	Instituto Unir Saúde	19/01/2018
Hospital Estadual da Mulher Heloneide Studart	São João de Meriti	Instituto Gnosis	31/01/2018
Complexo Regional da Mulher Maternidade e Clínica da Mulher	Mesquita	Instituto Gnosis	02/04/2018
UPA Copacabana	Copacabana	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	02/04/2018
UPA Tijuca	Tijuca	Instituto Unir Tijuca	02/04/2018
UPA Botafogo	Botafogo	Cruz Vermelha Brasileira	02/04/2018
UPA Jacarepaguá	Jacarepaguá	Instituto dos Lagos Rio	02/04/2018
UPA Magé	Magé	Instituto dos Lagos Rio	01/05/2018
UPA Caxias II	Duque de Caxias	Instituto Diva Alves do Brasil (DIAB)	16/05/2018
UPA Botafogo	Botafogo	Instituto Diva Alves Brasil	02/07/2018
UPA Copacabana	Copacabana	Instituto Diva Alves Brasil	02/07/2018
UPA Jacarepaguá	Jacarepaguá	Instituto Diva Alves do Brasil (DIAB)	02/07/2018
UPA Tijuca	Tijuca	Instituto Unir Saúde	02/07/2018
Complexo Regional da Mãe de Mesquita Maternidade e Clínica da Mãe	Mesquita	Instituto Gnosis	02/07/2018
UPA Campo Grande I	Campo Grande	Instituto Unir Saúde	01/11/2018
UPA Campo Grande II	Campo Grande	Instituto Unir Saúde	01/11/2018
UPA Duque de Caxias II	Duque de Caxias	Instituto Unir Saúde	01/11/2018
UPA Santa Cruz	Santa Cruz	Instituto Unir Saúde	01/11/2018
UPA Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes	Instituto Lagos do Rio	20/12/2018

*São unidades que, ao longo dos anos de 2012-2019, sofreram alteração da Organização Social da Saúde responsável.

Fonte: Tabela montada pela autora a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2019)

Após o estudo e compilação dos dados destes quadros, que apresenta um panorama dos contratos realizados na esfera estadual com as Organizações Sociais da Saúde torna-se necessário conhecer cada Organização Social e como essas estão organizadas e disponíveis para a sociedade civil, o que será tratado ao longo deste capítulo, desta tese.

Neste sentido, iremos sinalizar quais são essas Organizações Sociais da Saúde, conforme mapeamento extraído do portal Conexão Saúde (2019), no âmbito estadual, após isso, será realizado mapeamento das OSS na cidade do Rio de Janeiro, para posteriormente expor cada OSS individualmente, até porque localizamos organizações que estão na esfera municipal e estadual simultaneamente.

No Estado atualmente, temos aproximadamente 16 Organizações Sociais da Saúde, gerindo as Unidades Estaduais. Então, abaixo segue as OSS, que desempenham seu papel nas instituições estaduais do Rio de Janeiro:

- Instituto Unir Saúde
- Instituto Lagos do Rio
- Instituto Gnosis
- Instituto Diva Alves do Brasil (DIAB)
- Cruz Vermelha Brasileira
- Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi
- Instituto D'or
- Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
- Viva Rio
- Pro-Saúde Associação Beneficente de Assistência
- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
- Instituto Sócrates Guanaes
- Associação Congregação de Santa Catarina
- Instituto Data Rio de Administração Pública
- Viva Comunidade
- Assistência Fraternidade Lar São Francisco Assis Providência de Deus

Após a exposição das Organizações Sociais no âmbito estadual, verificamos que quando nos aproximamos do município do Rio de Janeiro são comuns similitudes nos contratos de gestão e nos termos aditivos, já apresentados no âmbito estadual, assim como o acréscimo dos convênios, nestas reflexões acerca dos modelos de gestão.

No município do Rio de Janeiro, localizamos alguns documentos que são pilares para a regulamentação e efetivação das Organizações Sociais na Saúde. Segue as principais, que regulamentam e habilitam:

- Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009– Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências.
- Decreto nº 30780 de 02 de junho de 2009 – Regulamenta a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.
- Decreto nº 30916, de 29 de julho de 2009 – Altera o Decreto nº 30780, de 02 de junho de 2009 e dá outras providências.
- Decreto nº 31618 de 18 de dezembro de 2009 – Altera o Decreto nº 30780, de 02 de junho de 2009 e dá outras providências.

- Deliberação COQUALI nº 02 de 27 de julho de 2009 – Define instrução processual para qualificação de Organizações Sociais, procedimentos da Comissão de Qualificação de Organizações Sociais – COQUALI e dá outras providências.
- Decreto nº 33010 de 03 de novembro de 2010 – Dispõe sobre critérios para aplicação financeira dos saldos de recursos transferidos a Organizações Sociais, por conta de contratos de gestão firmados com a municipalidade.
- Decreto nº 32318 de 07 de junho de 2009 – Torna obrigatória a apresentação da Certidão de Regular Funcionamento das Fundações, expedida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro para contratar ou conveniar com a Prefeitura do Rio de Janeiro.
- Decreto nº 35129 de 16 de fevereiro de 2012 – Limita o percentual de gastos dos contratos de gestão com uma mesma entidade.
- Lei nº 6.220 de 3 de julho de 2017 – a Altera a Lei nº 5.026, de 2009 na forma que menciona.
- Decreto Rio nº 45631 de 23 de janeiro de 2019 – Atribui eficácia normativa e vinculante ao PARECER PG/GAB/03/2018/RAOCG e determina a não aplicação do inciso VI do art. 2º da Lei no 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e da outras providências, e dos artigos. 1º e 3º da Lei no 6.220, de 3 de julho de 2017, que altera a Lei nº 5.026, de 2009 na forma que menciona, no âmbito da Administração Pública Municipal.
- Decreto Rio nº 45632 de 24 de janeiro de 2019 - Altera o Regulamento aprovado pelo Decreto nº 30.780, de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, institui o Grupo de Trabalho Permanente de Qualificação e Desqualificação – aGTQ, e dá outras providências.
- Resolução SMS Nº 3980 de 07 de fevereiro de 2019 – Regulamenta o inciso IV do art. 2º, da Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências com redação dada pelo art. 2º, da Lei nº. 6.220, de 03 de julho de 2017 e dá outras providências.
- Anexos da Resolução SMS RIO nº 3980, de 07 de fevereiro de 2019.

Nos contratos com o município do Rio de Janeiro, no que se refere ao objeto de contrato temos semelhanças, posto que o objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações assistenciais e serviços de saúde. Contudo, um detalhe importante nos

contratos no município está no Programa de Trabalho e Cronograma de Desembolso, na Sistemática de Avaliação e Acompanhamento e no Termo de Permissão de Uso.

O programa de trabalho nada mais é do que um documento que descreve como acontecerá a operacionalização, próximo do documento do estado, nomeado de termo de referência.

O cronograma de desembolso trata-se de um documento de reembolso financeiro das atividades realizadas pela Organização Social da Saúde.

O documento referente a sistemática de avaliação descreve o caminho avaliativo no que se refere ao cumprimento de metas e produtividade.

Enquanto, o termo de uso, faz referência a concessão para utilização do bem público para prestação de serviços.

Além disso, faz referência a Lei 8.080/1990, no que se refere a operacionalização do funcionamento da Unidade, assim como faz referência a responsabilidade com o usuário ou paciente. Destaca-se a preocupação com a integração das ações com a rede territorial.

Outro destaque é para um item referente a avaliação, que será realizada pela equipe nomeado pelo gestor municipal de saúde, amparada pela Lei 5.026 de 19 de maio de 2009, que procederá avaliação trimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos.

O valor global de orçamento disponível nos contratos, que aponta para números exorbitantes, que assustam. Destaca-se em apenas um dos contratos selecionados de gestão a média de valor de 2.000.000.00 para contratos de um ano de vigência.

Ampara-se também sobre os casos de rescisão, acaso, o serviço ofertado não atenda as prerrogativas Lei 8666/93, referente a normas gerais para licitação e contratos administrativos.

Nos contratos municipais localizamos o Programa de Trabalho, que define indicadores como componente fixo, no caso de qualidade da assistência, qualidade da gestão e os indicadores de parte variável, referente a contratualização dos incentivos financeiros aos profissionais e percentagem de pacientes acolhidos.

Outro item, sistematização da avaliação que define as formas de acompanhamento dos contratos, conforme comissão técnica específica que tem sua composição da seguinte maneira:

- *1 representante da SMSDC (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil) / Assessoria/ GAB (Gabinete de Atenção Básica);*

- 2 representantes da SMSDC/ SUBHUE (*Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência*);
- 2 representantes da SMSDC/ SUBHUE/ SHPM;
- 2 representantes da SMSDC/ SUBG (*Subsecretaria de Gestão*);
- 2 representantes da S/SUBPAV (*Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde*)

Destaca-se que a responsabilidade da comissão é realizar ações de assessoria, monitoramento e avaliação dos indicadores previstos e analisar as ocorrências de serviços que ocorrerem ao longo do período de vigência do contrato. Assim como, acompanhar indicadores, e avaliar metas.

No que se refere ao acompanhamento de avaliação, alguns aspectos são básicos:

- Os organizativos (mecanismos de informação e comunicação à população e sistema de gerenciamento de informação e acesso a internet);
- Boa prática clínica baseada em protocolos e linhas de cuidado específicos da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, o que se torna preocupante, posto que são construídos verticalmente tais protocolos, sem diálogo com as reais necessidades da população. Entendendo que todos os territórios são homogêneos e ao contrário são heterogêneos e marcados por particularidades e determinantes sociais da saúde distintos;
- Atenção ao Usuário – Clareza e informação sobre os serviços e demandas do usuário;
- Articulação com os níveis de assistência – referência e contrarreferência, que no cotidiano das instituições tem sido uma questão recorrente, posto que não se têm retorno das demandas encaminhadas;
- Sistema de Informação – Atualização de CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação; SISREG – Sistema Nacional de Regulação.

Outro documento presente no contrato de gestão municipal é o **termo de permissão de uso**, que especifica a utilização dos bens materiais disponíveis na unidade de saúde, assim como manutenção.

Destaca-se também a presença de termo aditivo, objetivando a retificação do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas presente no contrato, incluído serviços novos no contrato anterior.

Após a breve exposição de como as Organizações Sociais da Saúde estão se instalando na cidade do Rio de Janeiro, iremos expor a sua distribuição por áreas programáticas, que demarcam as regiões de Saúde.

A distribuição das Organizações Sociais da Saúde na cidade do Rio de Janeiro estão localizadas: nos Hospitais, nas Maternidades, nas Unidade de Apoio a Logística, na Saúde da Família, na Coordenadoria de Emergência Regional (CER), no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e na Cegonha Carioca.

Na cidade do Rio de Janeiro, algumas unidades de saúde têm mantido contrato com as Organizações conforme, será apresentado a seguir, porém os contratos são distribuídos por Unidades Hospitalares e Maternidades; Área de Planejamento (Estratégia de Saúde da Família) e Coordenadoria de Emergência Regional (CER):

QUADRO 3 - Unidades Hospitalares e Maternidades

Unidades	Organização Social	Contratos	Termo Aditivo
Hospital da Ilha do Governador (Evandro Freire) CORE Ilha, CORE Centro	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. José Amorim – CEJAM	006/2012	026/2013 008/2014 015/2015
	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. José Amorim – CEJAM	037/2015	028/2017 029/2017
Complexo Municipal Pedro II	Biotech	01/2012	01/2014
	SPDM	02/2015	S termo aditivo
	SPDM	02/2016	03/2016 02/2018 005/2018 003/2018
Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	Biotech	001/2015	S termo aditivo
	Viva Rio	007/2015 001/2016	009/2015 001/2017 001/2018
Hospital Municipal Albert Schweitzer Hospital Estadual Rocha Faria	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	001/2016	S termo aditivo
Hospital Municipal Albert Schweitzer e CER	Cruz Vermelha	007/2016	004/2017 002/2018

Hospital Municipal Rocha Faria	IABAS	004/2016	S termo aditivo
Programa Cegonha Carioca	Centro de Estudos e Pesquisa CEP 28	003/2016	003/2016 004/2017
Maternidade Mariska Ribeiro	Centro de Estudos e Pesquisas - CEP 28	003/2012 004/2012	005/2014 021/2014 009/2015 002/2016
	Centro de Estudos e Pesquisas – CEP 28	001/2017	S termo aditivo
Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda	Instituto SAS	004/2012 03/2012	006/2014
	Instituto Gnosis	034/2015*	030/2015 053/2016 021/2017 022/2017 003/2018
Centro de Apoio e Gestão Logística e Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde	Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina	047/2014	010/2015 005/2016 010/2016 001/2018

* Neste quadro foi incluso CER no contrato da Unidade, não sendo feito contrato específico. Fonte: Quadro elaborado pela própria autora em janeiro de 2019, a partir de dados disponíveis no portal da Prefeitura do Rio de Janeiro.

No Quadro 4 abaixo, apresentamos a expansão das Organizações Sociais da Saúde no âmbito do município do Rio de Janeiro no que se refere as ações de atenção básica, que são de responsabilidade municipal e respondem ao orientações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, conforme já debatido no Capítulo 2.

QUADRO 4 – Das Organizações Sociais da Saúde distribuídas por Área Programática

Área de Planejamento	Unidade	Organização Social	Contrato de Gestão	Termo Aditivo
1.0	Estratégia de Saúde da Família	Instituto Fibra	008/2011	002/2012
		Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	021/2013	021/2014 027/2015 011/2016 035/2017 036/2017 033/2018
2.1	Estratégia de Saúde da Família	Viva Comunidade	006/2009*	002/2010 012/2010 033/2010 017/2011 018/2011 028/2012 007/2013 018/2014 022/2015

2.1	Estratégia de Saúde da Família e UPA Rocinha	Viva Rio	019/2014	017/2015 025/2015 010/2016 016/2016 009/2017 003/2018 015/2018
2.2	Estratégia de Saúde da Família	Instituto Fibra	001/2011	004/2013 003/2015 030/2015
		Instituto Gnosis	007/2015	018/2016 005/2017 022/2017 023/2017
3.1	Estratégia de Saúde da Família	Viva Comunidade	005/2009*	015/2010 016/2011 030/2012 039/2013 029/2014 024/2015
	Estratégia de Saúde da Família e TEIAS Manguinhos**	FIOTEC	002/2009*	001/2010 019/2011 037/2013 025/2015
	Estratégia de Saúde da Família e UPA Complexo do Alemão	VIVA RIO	030/2014	020/2015 028/2015 012/2015 028/2016 018/2018
	Estratégia de Saúde da Família e TEIAS Manguinhos	FIOTEC	032/2014	021/2015 030/2015 013/2016 029/2016
3.2	Estratégia de Saúde da Família	Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina	020/2010*	009/2013 1022/2012 024/2014 011/2016
			025/2015	019/2016 018/2017 019/2017
3.3	Estratégia de Saúde da Família	Viva Comunidade	004/2009*	001/2010 038/2010 014/2011 031/2012 005/2013 145/2014 176/2015 187/2016

3.3	Estratégia de Saúde da Família	VIVA RIO	146/2014	165/2015 182/2015 196/2016 201/2016 218/2017 228/2018 254/2018
4.0	Estratégia de Saúde da Família	Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (IABAS)	004/2011*	005/2013 002/2014 004/2016
			016/2015	007/2016 010/2017 011/2017 012/2017
5.1	Estratégia de Saúde da Família	IABAS	002/2011*	002/2013 027/2013
			014/2015	032/2015 013/2016 012/2017 013/2017
5.2	Estratégia de Saúde da Família	IABAS	003/2011*	003/2013 032/2013 024/2015
			007/2015	021/2015 010/2016 011/2017 012/2017 002/2018
5.3	Estratégia de Saúde da Família	Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	001/2009*	002/2010 019/2010 012/2011 020/2013 023/2015
			020/2014	007/2015 025/2015 009/2016 019/2016 022/2018

* Os contratos 001/2009, 002/2009, 004/2009, 005/2009, 006/2009, 020/2010, 002/2011, 003/2011 e 004/2011 teve termo de encerramento em um ano e no ano seguinte tem termo aditivo para ajustes financeiros, apenas o 002/2009, 002/2011 e 004/2011 não possui termo aditivo.

** Teias Manguinhos – Território Escola Manguinhos – vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, contempla ações da Clínica da Família Victor Valla, CSE Manguinhos (Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Academia Carioca da Saúde, Consultório na Rua, Programa Saúde na Escola.

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora em janeiro de 2019, a partir de dados disponíveis no portal da Prefeitura do Rio de Janeiro.

No Quadro 5 apresentamos a expansão das unidades de apoio para as unidades hospitalares, porém identificamos que são Coordenadoria de Emergência Regional (CER).

QUADRO 5 - Unidades: CER

Coordenadoria	Local	Organização Social	Contrato de Gestão	Termo Aditivo
CER	Barra	UNIR	008/2012	013/2012 018/2014 040/2014
	Leblon	Sociedade Espanhola de Beneficência	007/2012*	001/2012 029/2012 022/2013 016/2014 041/2014 011/2015
		SPDM	047/2015	025/2016 031/2017 032/2017 002/2018
	Ilha do Governador	CEJAM	006/2012	026/2013 008/2014 015/2015
		CEJAM	037/2015	028/2017 029/2017
	Centro	Instituto Gnosis	034/2015	030/2015 053/2016 021/2017 022/2017 003/2018
	Campo Grande (Rocha Faria)	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	001/2016	S termo aditivo

* Termo de Contrato encerrado, seguido de termo aditivo no ano posterior.

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora em janeiro de 2019, a partir de dados disponíveis no portal da Prefeitura do Rio de Janeiro

Outra questão relevante e que foi identificada no estudo sobre as Organizações Sociais na Saúde da cidade do Rio de Janeiro, refere-se à existência de convênios com Organizações Sociais, que são muito similares a proposta dos contratos de gestão. Todavia, os convênios destinam-se a implantação de novos serviços conforme analisado. Assim como também em alguns casos refere-se à modalidade de operacionalização e gerenciamento. Os convênios têm a finalidade de operacionalizar e implantar serviços novos no SUS.

QUADRO 6 – Convênios firmados com a Prefeitura do Rio de Janeiro

Área Serviço	Organização Social	Termo de Convênio	Termo Aditivo
CAPS AD III e Unidade de Acolhimento 3.1; 5.1 e 5.2	Viva Comunidade	059/2013	028/2014
Consultório na Rua 3.1 e 3.3			004/2016
Abordagens 1.0, 3.1, 3.2 e 3.3			048/2016 021/2017
Serviços de Residência Terapêutica área 1.0; 2.1; 2.2; 3.1;3.2; 3.3; 4.0; 5.1; 5.2 e 5.3	Centro Integrado de Estudos e Programa de Desenvolvimento Sustentável (CIEDS)	047/2015 019/2017*	S termo aditivo
Ações de Desinstitucionalização do Instituto Municipal Nise da Silveira	CIEDS	029/2016	S termo aditivo
Gerenciamento da Rede de Atenção Psicossocial na cidade do Rio de Janeiro	CIEDS	007/2016	S termo aditivo
Rede de Atenção Psicossocial do Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira	CIEDS	022/2016	S termo aditivo
Assistência a pessoas carentes com HIV/AIDS e projetos de prevenção da doença	Viva Cazuya	045/2016	S termo aditivo

*Refere-se à existência de termo de colaboração com a mesma lógica celebrada nos convênios.

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora em janeiro de 2019, a partir de dados disponíveis no portal da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Assim, a partir do mapeamento realizado, tanto no âmbito do Estado quanto do município, evidenciamos que houve uma expansão na rede serviços, contudo temos dúvidas se operacionalização e o acesso tem sido garantido.

3.2. Fundação Pública de Direito Privado na Saúde

A Fundação é entendida como entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com patrimônio próprio, autonomia gerencial, orçamentária e financeira, vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde.

A personalidade jurídica possibilita que os contratados pela fundação sejam regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Desse modo, os funcionários são classificados como celetistas e não mais como estatutários.

Essa mudança se associa a Reforma Gerencial que redefiniu o conceito de emprego público, que passou a ser característico de um funcionário próprio não estável subordinado às normas do direito privado. O servidor público tradicional, que é um estatutário, tem seu regime de trabalho estabelecido por normas gerais permanentes e impessoais, com funções, regras e remuneração habitualmente definidas por lei. Ao contrário, o celetista observa uma

relação contratual que sempre pressupõe uma liberdade de negociação de preços e condições, ou seja, ele está submetido às leis do mercado.

Foram criadas através da lei complementar nº 92/2007 para atuar em nove áreas do serviço público (serviços “não exclusivos”), dentre as quais se encontra a área da saúde.

Destaca-se que a Fundação da Saúde tem legislação específica, dentre as quais temos:

- *Lei Complementar 118/2007 - que reconhece a área da saúde como sujeita a desempenho por Fundação Pública, nos termos do artigo 37 da Constituição Federal de 1988.*
- *Lei 5164 de 17 de dezembro de 2007 – Autoriza o poder executivo a instituir a Fundação Estatal dos Institutos, Fundação Saúde dos Hospitais de Urgência e Fundação dos Hospitais Gerais.*
- *Decreto – 43214 de 28 de setembro de 2011 – Institui de fato as Fundações.*
- *Decreto 43865 de 02 de outubro de 2012 – Estabelece normas e critérios de cessão para servidores públicos civis e militares a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro, ou seja, autoriza a permanência de servidores estatutários em unidades, que o modelo de Fundação Saúde for incorporado, garantido, que a condição de cedido não implicará na mudança de regime jurídico (estatutário).*
- *Lei 6304 – de 28 de agosto de 2012 – Incorpora todas as fundações a nomenclatura única de Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro.*

As fundações operam de modo similar com as OS e as OSCIP, pois a relação que elas mantêm com o poder público é meramente contratual onde são estabelecidas metas para o seu cumprimento no contrato de gestão, ferindo a relação da saúde com os princípios do SUS.

No Rio de Janeiro, no estado, as Fundações ficaram instituídas pela lei 5.164 de 17 de dezembro de 2007:

Fica o Poder Executivo autorizado a instituir, nos termos do art. 37, inciso XIX, da Constituição Federal, três fundações públicas, com as denominações de "Fundação Estatal dos Hospitais Gerais", "Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência" e "Fundação Estatal dos Institutos de Saúde", todas fundações públicas, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de duração indeterminada e com sede e foro na Capital e competência para atuação em todo o território do Estado do Rio de Janeiro. (RIO DE JANEIRO, 2007, s/n)

As Fundações, conforme prevê a Lei Estadual, terão patrimônio e receitas próprias, gozarão de autonomia gerencial, orçamentária e financeira. A fiscalização do sistema de controle interno próprio de cada Poder e do Tribunal de Contas do Estado.

As Fundações integrarão a administração pública indireta e vincular-se-ão à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC), compondo a rede do Sistema Único de Saúde.

No ano de 2007 as Fundações Estaduais seguiram essa dinâmica, conforme lei 5.164/2007:

QUADRO 7 - Fundações Estaduais

Hospitais Gerais	Hospitais de Urgência	Unidades Hospitalares:
Hospital Regional de Barra de São João – Barra de São João Hospital Estadual Pref. João Baptista Cáffaro (Itaboraí) Hospital Regional de Araruama Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans (Nilópolis)	Hospital Estadual Getúlio Vargas Hospital Estadual Carlos Chagas Hospital Estadual Rocha Faria Hospital Estadual Pedro II Hospital Estadual Albert Schweitzer Hospital Estadual Azevedo Lima Hospital Estadual Alberto Torres Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro	Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti; Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro; Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione; Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels; Central Estadual de Transplantes; Hospital Estadual Tavares de Macedo; Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária; Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião; Instituto Estadual de Doenças Ary Parreiras (Niterói); Hospital Estadual Santa Maria; Hospital Estadual Anchieta.

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora, a partir de documentos do site da Fundação Saúde (2019)

Segundo a Lei nº 5.164/07, a transferência da gestão das unidades hospitalares se dará gradativamente, por meio de *ato do Governador*. Contudo, esse não foi necessariamente o encaminhamento das unidades de saúde acima citadas. Até porque algumas unidades foram direcionadas para um processo de municipalização, como no caso do Hospital Estadual Albert Schweitzer, Hospital Estadual Pedro II e Hospital Estadual Rocha Faria, que hoje são geridos por Organizações Sociais da Saúde e outro caso em particular como o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, que também teve seu encaminhamento para Organização Social IABAS. Contudo isso, não quer dizer que operacionalização refletiu em melhorias significativas.

Os serviços prestados pelas Fundações serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes constitucionais e legais previstas para o Sistema Único de Saúde e obedecerão

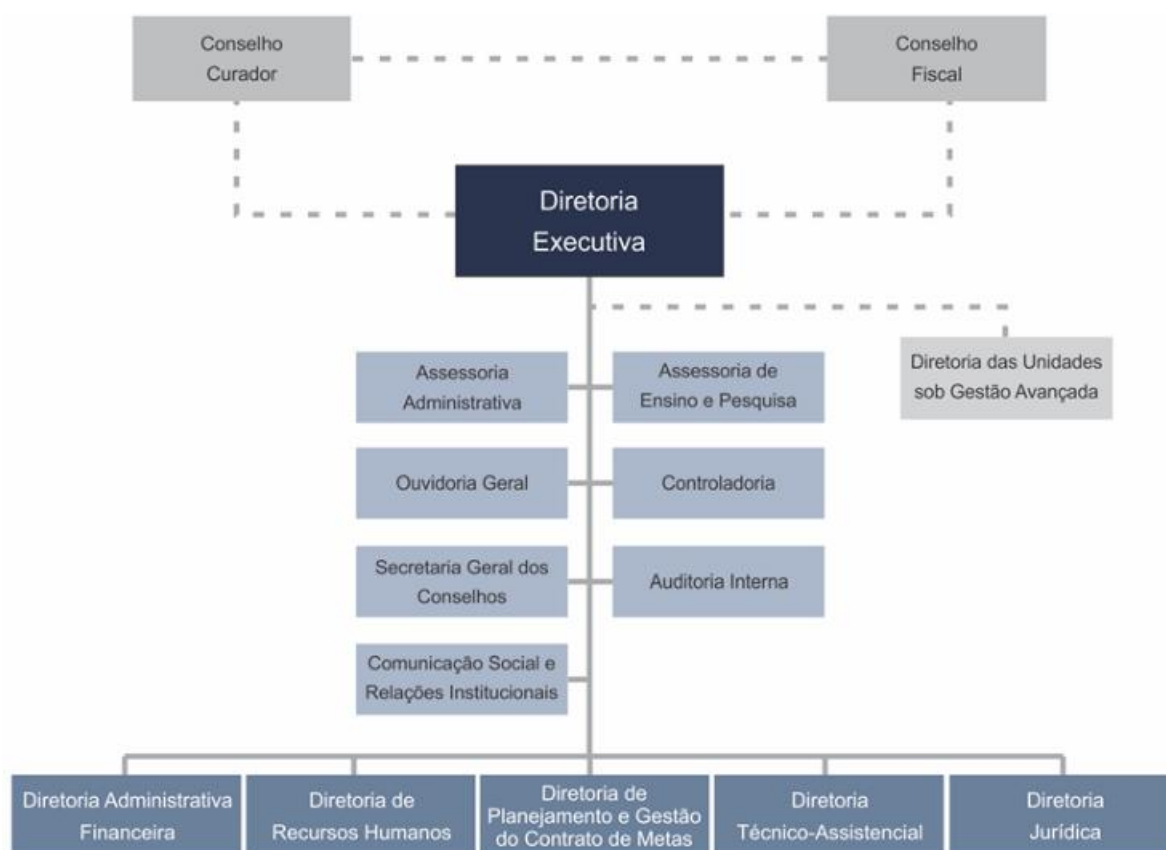
aos princípios gerais que regem a Administração Pública, como assinalados na Constituição Federal de 1988.

No que se refere ao Patrimônio da Fundação serão os bens constituídos pelos bens destinados do Poder Público, particulares ou que venham ser adquiridos com recursos de Contrato de Gestão, sejam os destinados do Estado ou de outras fontes. O contrato de gestão apresenta similitudes com os contratos realizados com as OSS, sendo a única coisa que não apareceu foi a presença de termos aditivos.

Os recursos das Fundações são provenientes aos serviços prestados, as rendas dos seus patrimônios, as doações, legados e subvenções e aos derivados de contratos.

Na estrutura da Fundação a presença de: conselho consultor, fiscal e diretoria executiva no organograma.

FIGURA 1 – ORGANOGAMA DA FUNDAÇÃO SAÚDE 2019



Fonte: Documentos próprios da EBSEH (2019)

Nos documentos localizados e nos sites da Fundação Saúde identificamos as competências de cada órgão estão distribuídas da seguinte forma:

- A Diretoria Executiva é responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional da Fundação Saúde. Compete a Diretoria: Coordenar, Supervisionar e Controlar as Unidades administradas pela Fundação. Atualmente, o diretor executivo é Carlos Adolfo Barreira Pinto Calçada, Coronel da Polícia Militar – médico. Cargo este nomeado pelo governador.
- A Diretoria Financeira é responsável pelo controle financeiro, das despesas materiais e patrimônios. Atualmente a responsável Alessandra Pereira.
- Diretoria de Recursos Humanos – Responsável pela coordenação, execução e administração da gestão de pessoas na fundação. Responsável Bruno Rebula Klein (advogado).
- Diretoria de Planejamento e Gestão de contrato de metas – Responsável pela propositura de políticas relativas área de governança, planejamento e gestão do contrato de metas. Atualmente o gestor é Albert James Abram (Médico, ortopedista da Polícia Militar).
- Diretoria Técnica Assistencial é responsável pela coordenação, supervisão e avaliação das ações em saúde. Atualmente coordenador por Alex Lima Sobreiro (médico, cirurgião).
- Conselho curador responsável pela direção, fiscalização e controle da Fundação. Assim como é responsável pela aprovação de projetos relevantes.
- Conselho Fiscal – é órgão permanente de controle interno, responsável pela fiscalização da gestão.

Na missão, só sinaliza sobre gerencia as ações em saúde em consonância com a Secretaria Estadual de Saúde, sobre a visão ser o melhor modelo de gestão das Unidades Públicas e valores temos comprometimento, eficiência, respeito, transparência e aliança. O que de fato não está muito próximo das questões vivenciadas pelas Unidades em questão, quando identificamos falta de material, dificuldade de acesso, falta de respeito com população que passa horas buscando atendimento e me preocupa as alianças sugeridas, que dão a ideia de o mercado estar mais próximo do que imaginamos.

Além disso, nas Fundações notam-se ações de planejamento estratégico anual, que define metas e prioridades, estruturadas no modelo gerencial previsto no mercado, que sinaliza as principais prerrogativas. Contudo, os planejamentos estratégicos localizado nas pesquisas apontam que nos dois últimos anos não foram elaborados.

Sobre a transparência, as Fundações apresentam as leis que respaldam a necessidade da transparência na gestão pública no que se refere a execução orçamentária da despesas da Fundação e a Lei 12.527 de 18 de dezembro de 2011, que estabelece as diretrizes para transparência nos órgãos públicos, regulamentando o direito de todo cidadão ter controle dos gastos públicos, porém só localiza-se tabelas de despesas do ano de 2015, não possuindo informações para além disso, no portal de transparência da Fundação Saúde. Sabe-se que atualmente existe um serviço conhecido por *e-SIC* (Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão) que permite a criação de um cadastro de acesso, contudo qual a parcela da população que terá acesso a esse sistema, se nem os órgãos de controle conheçam e fiscalizem o gasto com a saúde na Fundação.

Na Fundação Saúde há área de incentivo a educação permanente, no que se refere a cursos de aprimoramento que são ofertados mensalmente aos servidores da Fundação e o incentivo a publicação científica, porém muito incipiente a produção localizada.

Localiza-se ainda sobre a presença de editais de licitação, referentes a despesas com insumos e materiais, que segue a Lei 8.666/93.

A forma de ingresso na Fundação Saúde acontece via concurso público de provas e provas de títulos. Os únicos concursos realizados foram nos anos de 2011 e 2014. A entrada dos servidores da Fundação Saúde aconteceu após a saída dos profissionais que tinha ingressado através de concurso temporário pela Fundação Estadual do Serviço Público (FESP). Destaca-se ainda que consta um portal de avaliação de desempenho, que é acompanhado pelo próprio servidor.

Atualmente, as unidades que têm sido gerenciadas pela Fundação Saúde são as abaixo, conforme o quadro:

QUADRO 8 - Unidades de Saúde – Fundação Saúde³⁴

Unidade de Saúde	Local	Especialidade
Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro – CPRJ	Gamboa	Psiquiatria
Hospital Estadual Anchieta – HEAN	Caju	Clínica Médica
Hospital Estadual Carlos Chagas – HECC	Marechal Hermes	Urgência e Emergência
HEMORIO – Instituto Estadual de Hematologia Artur Siqueira Cavalcanti	Centro	Hematologia e Hemoterapia

³⁴ Fundação Saúde refere-se à uniformização das Fundações, as quais anteriormente eram distribuídas por Fundações Estaduais dos Hospitais Gerais, Hospitais de Urgência e Unidades Hospitalares.

Hospital Estadual Santa Maria – HESM	Taquara	Tisiologia
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio Castro – IECAC	Humaitá	Cardiologia
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – IEDE	Centro	Endocrinologia e Metabologia
Instituto Estadual de doenças do tórax Ary Parreira – IETAP	Barreto – Niterói	Tisiologia
PET – Programa Estadual de Transplante	Gávea	Transplante de Órgãos
LACEN – Laboratório Central Noel Nutels	Centro	Laboratório
Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária – IEDS – Curupaiti	Tanque	Dermatologia Sanitária

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora em janeiro de 2019, a partir de dados disponíveis no portal da Fundação Saúde.

3.3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares também é um novo modelo de gestão, haja vista que na mídia (escrita e falada), os Hospitais Universitários sempre foram alvos de crises cíclicas, marcada por fraudes e falta de recursos. Destaca-se que essas crises se tornam mais evidentes a partir da década de 1990, com a Lei nº 8.080, que estabeleceu no seu art. 45 a integração dos serviços dos Hospitais Universitários e de ensino ao Sistema Único de Saúde por meio de convênio.

Isso refletiu na transição dos Hospitais-Escola para o atendimento aberto a toda população, mas sabe-se que isso, não foi tão aberto e tampouco universal.

Na tentativa de redesenho dos hospitais universitários, Ministério da Educação e Cultura (MEC) junto ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), elabora a Medida Provisória nº 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

Sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde, o Estado criou uma Fundação Estatal de Direito Privado. Após a rejeição da MP n. 520 no Senado, em 2011, foi autorizada a criação da EBSERH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, por meio da Lei n.12.550 (BRASIL, 2011).

De acordo com o Decreto-lei no 200/67: empresa pública é a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito.

A empresa pública por ser caracterizada com a finalidade de exploração de atividade econômica, é a principal razão dos grupos de não aceitação à EBSEH. Tendo em vista que a saúde não pode ser vista do ponto mercadológico.

Sob o discurso da ineficiência da gestão pública e o alto custo dos hospitais federais, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, a EBSEH é apontada pelo governo como "única" solução e tem ganhado espaço e adesão junto às universidades federais.

Com a criação da EBSEH, a empresa passou a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos Hospitais Universitários Federais. (BRASIL, 2014).

Integram o quadro de pessoal da EBSEH os empregados públicos admitidos na forma do art. 10 da Lei no 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e os servidores e empregados públicos a ela cedidos (BRASIL, 2011).

Por ser uma empresa pública, o hospital manterá toda a prestação de serviços à saúde da população 100% no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e funcionará com recursos 100% públicos. Com a adesão à EBSEH, os hospitais universitários federais manterão as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A EBSEH tem sede e foro em Brasília (BRASIL, 2014).

A partir da manifestação pela adesão por parte da universidade federal à qual o hospital é vinculado, a empresa trabalha em conjunto com o hospital no dimensionamento dos serviços prestados pela unidade e da necessidade de contratação de pessoal. A partir da assinatura do contrato, é constituída a equipe de governança do Hospital formada pelo Superintendente e três gerentes (Atenção à Saúde; Administrativo e de Ensino e Pesquisa BRASIL, 2014).

O Superintendente, no caso dos Hospitais Universitários, será selecionado pelo reitor da universidade, preferencialmente do quadro permanente da instituição, obedecendo a critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão

pública na área de saúde, definidos em conjunto entre a reitoria e a empresa, nos termos do art. 6o da Lei no 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

As gerências serão ocupadas por pessoas selecionadas por um comitê composto por membros da Diretoria Executiva da EBSEH e o Superintendente selecionado para a respectiva unidade hospitalar, a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas de cada gerência. As universidades federais que não aderirem à EBSEH continuarão a ter seus hospitais universitários contemplados pelo Programa REHUF (BRASIL, 2014).

A EBSEH tem por finalidade a prestação de serviços de acordo com um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal, as quais também apoiam ao ensino, à pesquisa e à extensão, observados nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

A criação da EBSEH integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais e tem as seguintes competências:

a) administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integralmente disponibilizados ao Sistema Único de Saúde;

b) prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo;

c) apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

d) prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres;

e) prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas;

f) coordenar o processo de certificação dos Hospitais de Ensino de forma articulada com os Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2014).

A EBSEERH possui órgãos de administração e de fiscalização:

1. Diretoria Executiva
2. Conselho de Administração
3. Conselho Consultivo
4. Conselho Fiscal
5. Auditoria Interna

A estrutura organizacional da EBSEERH está disposta em um organograma, de forma hierárquica, os quais estão distribuídos os órgãos de administração, os órgãos de fiscalização e comissões para que se estabeleça o cumprimento de suas competências legais a fim de integrar o conjunto de ações estipuladas pelo Governo Federal com os Hospitais Universitários Federais. Fonte: Institucional EBSEERH (BRASIL, 2014).

Até a data de 06/08/2015, dos 50 Hospitais Universitários vinculados a 36 Universidades Federais, 30 assinaram contrato com a EBSEERH e o restante, em sua maioria, está em processo de adesão (EBSEERH, 2015).

A Universidade Federal do Maranhão foi uma das primeiras a aderir à EBSEERH, em janeiro de 2013, juntamente com os hospitais da UNB e do Triângulo Mineiro, quando também foi adotado um plano de reestruturação do hospital (UFMA, 2014).

A saber, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) designou no dia 6 de junho de 2013, por meio do Conselho Universitário (CUUn), uma comissão de estudo sobre a EBSEERH, presidida pela Vice-Reitora Professora Lúcia Pacheco. Em 2014, foram realizados diversos debates com a Comunidade Universitária para discutir a EBSEERH. No dia 29 de abril de 2015, foi realizado um plebiscito para consultar à comunidade sobre aderir ou não à EBSEERH. Houve 8.833 votantes, entre discentes, técnicos administrativos em educação e docentes, 6.168 votaram contra a EBSEERH, representando 70% dos votantes. Desde o plebiscito, não houve mais discussão acerca do assunto. No momento, compete ao Conselho Universitário da UFSC, órgão deliberativo, consultivo, a jurisdição superior da Universidade, decidir acerca da EBSEERH.

As filiais da EBSEERH estão baseadas na resolução nº 25, de 21 de março de 2013, cria filiais em cidades em que existem Universidades Federais, objetivando a gestão do Hospital Universitário.

Quadro 9 – Filiais EBSEH no Brasil:

Região	Universidade	Hospital Universitário
Norte	Universidade Federal de Amazonas	HU Getúlio Vargas
	Universidade Federal de Tocantins	Hospital de Doenças Tropicais
	Universidade Federal do Pará	Hospital João de Barros Barreto
Nordeste	Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário
	Universidade Federal de Alagoas	HU Prof. Alberto Antunes
		Universidade Federal da Bahia
	Universidade Federal do Ceará	HU Walter Cantídio
		Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Fortaleza (CE)
	Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário
	Universidade Federal da Paraíba	HU Lauro Wanderley
	Universidade Federal de Pernambuco	Hospital das Clínicas
	Universidade Federal do Vale do São Francisco	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros
		Universidade Federal do Rio Grande do Norte
	Universidade Federal do Sergipe	Hospital Universitário
		Hospital Universitário de Lagarto
	Universidade Federal de Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro
		Hospital Universitário Júlio Bandeira
	Centro Oeste	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Universidade Federal do Mato Grosso		HU Júlio Muller
Universidade de Brasília		Hospital Universitário de Brasília
Universidade Federal de Grandes Dourados		Hospital Universitário
Universidade Federal de Goiás		Hospital das Clínicas
Sudeste	Universidade Federal do Espírito Santo	HU Cassiano Antonio Moraes
	Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital Universitário
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Hospital das Clínicas
	Universidade Federal de São Carlos	Hospital Universitário
	Universidade Federal de Juiz de Fora	Hospital Universitário de Juiz de Fora
	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
	Universidade Federal Fluminense	Hospital Universitário Antônio Pedro
	Universidade Federal de Uberlândia	Hospital das Clínicas
Sul	Universidade Federal de Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria
	Universidade Federal de Pelotas	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
		Universidade Federal do Paraná
	Universidade Federal do Rio Grande	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Junior
	Universidade Federal de Santa Catarina	Hospital Universitário

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora em janeiro de 2019, a partir de dados disponíveis no portal da EBSEH

Assim, a partir do mapeamento das Unidades Universitárias filiais da EBSEH, identifica-se que houve uma expansão significativa no território nacional, desde a adoção

da medida provisória. No estado do Rio de Janeiro, que é alvo primordial da pesquisa uma das maiores universidades do país, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, tem mantido se resistente a adoção da EBSEH.

Localiza-se também nos documentos complementares o Plano de Reestruturação dos Hospitais Universitários, que recebem orientação da Proposta de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), que tem por estabelecer as ações a serem desenvolvidas nos primeiros dezoito meses de vigência do Contrato firmado entre a Ebserh e a Universidade Federal. Neste documento desdobra-se organograma vigente com um novo modelo de organograma, a regionalização da qual a unidade faz parte, o perfil assistencial e os serviços classificados; ensino e pesquisa; orçamento e finanças; infraestrutura e tecnológica; tecnologia e informação.

Além disso, localizamos dimensionamento do serviço, que apresenta as linhas de cuidado ofertadas, o desempenho de protocolos e rotinas, fluxos e encaminhamentos. Assim como também o número de leitos disponíveis.

Destaca-se também em alguns locais: metas e desempenho como orientação de algumas unidades e sistema de monitoramento e avaliação, o que não é comum em todas filiais da EBSEH.

Como ainda, identificamos também em algumas filiais pré-contrato, planos de transição e metas e termo aditivo.

3.3.1. Estrutura Administrativa da EBSEH

De acordo com a seção II, do regimento interno da EBSEH, os órgãos de administração serão “integrados por brasileiros, residentes no País, dotados de notório saber, inclusive sobre as melhores práticas de governança corporativa, experiência, idoneidade moral, reputação ilibada e capacidade técnica compatível com o cargo” (EBSEH, 2011, p. 4).

O órgão de orientação superior da EBSEH é o Conselho de Administração, “composto por nove membros” e a Diretoria Executiva, “composta pelo Presidente e até seis Diretores, todos nomeados e destituíveis, a qualquer tempo, pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Educação” (EBSEH, 2011, p. 7).

A EBSEH possui órgãos de administração e de fiscalização e está organizada a partir da seguinte estrutura de governança: Órgãos de Administração (Diretoria Executiva,

Conselho de Administração e Conselho Consultivo) e Órgãos de Fiscalização (Conselho Fiscal e Auditoria Interna).

A EBSEERH faz referência a um plano de ação que contempla a adoção de um modelo gerencial, que favorece a governança, sustentabilidade, processos e tecnologias e pessoas. Além disso, tem por visão ser referência no ensino, pesquisa e assistência comprometida com a gestão e com a parceria nas universidades.

FIGURA 2 – ESQUEMA DAS PROPOSTAS DA EBSEERH



Fonte: Portal EBSEERH (2019)

Por fim, os valores da EBSEERH são: Honestidade; Compromisso; Dedicção; Conhecimento; Coragem; Transparência; Unidade; Acolhimento; Entusiasmo e Respeito. Que se analisarmos separadamente, alguns apontam para questões subjetivas e não coletivas.

Acrescenta-se ainda como destaque na gestão pela EBSEERH políticas institucionais: ter o cidadão-usuário como foco central; possuir assistência integrada; ter a pesquisa acadêmica como diferencial; possuir gestão transparente; participativa e atuar valorizando os profissionais. Neste aspecto, visualizam-se algumas prerrogativas que retomam valores da reforma sanitária. Todavia, no âmbito de algumas unidades da EBSEERH, assim como em outros modelos de gestão contratos diferentes na unidade no caso dos Hospitais Universitários, profissionais amparados pelo regime jurídico único, profissionais contratados pelo regime de Consolidação das Leis Trabalhistas e trabalhadores

terceirizados, também no setor de serviços como: lavanderia, alimentação, limpeza e vigilância. Sem desconsiderar a existência de contratos diretos com a própria unidade que são realizados internamente como Requerimento de Pagamento Autônomo (RPA).

No que se refere a forma de acesso, identifica-se que no caso do HUAP, mantém a forma, expressa por MENEZES (2017, p.130).

As formas de acesso à Unidade podem ocorrer através dos ambulatórios, por meio de guia de referência, e na emergência. Este HU possui um serviço de emergência, mas o acesso é referenciado, mediante contato da unidade que deseja transferir com o HUAP, sendo avaliada a situação demandada. Dessa forma, a emergência referenciada favorece o enxugamento de absorção de pacientes, na unidade, garantindo o acesso a partir de critérios de clínicos. Mas, por outro lado, sabemos que isso é visto pelos profissionais de saúde como um fator favorável para melhoria da qualidade de atendimento. Entretanto, não conseguimos informações que pudessem dar conta de uma análise mais acurada acerca da relação da capacidade das instalações, número de funcionários e demandas.

Neste momento da pesquisa, manteve-se a dificuldade quanto à capacidade de instalação e dos números de leitos disponíveis.

Assim, o caminhar agora da pesquisa destina-se a apresentar particularmente as Organizações Sociais da Saúde, as suas dinâmicas de maneira sucinta, a Fundação Saúde e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, para a posteriormente realizar a análise comparativa destes modelos de gestão e sua operacionalização na agenda contemporânea.

3.4 BREVE PANORAMA DOS MODELOS DE GESTÃO NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO NO RIO DE JANEIRO

Neste sentido, destinamos agora a entender e apresentar as Organizações Sociais da Saúde (OSS), Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares, a partir de uma análise crítica sobre cada uma delas, que estão no Estado do Rio de Janeiro e na cidade do Rio de Janeiro. O desenho deste estudo acontece após o levantamento e mapeamento realizado acerca dos modelos de gestão.

Ao mapearmos as instituições de saúde, que contemplam unidades do governo Federal, unidades do Estado do Rio de Janeiro e unidades da cidade do Rio de Janeiro, identificamos um verdadeiro *mix* público-privado.

Até porque, são muitas as questões vividas na saúde pública fluminense, sabemos que o Estado do Rio de Janeiro, é um lugar privilegiado no que se refere rede de saúde, legado de ter sido capital do Brasil. Mas, nos últimos vinte anos, muitos têm sido os problemas enfrentados pela população no que se refere ao acesso aos serviços de saúde,

visualizando assim, que este acesso na maioria das vezes, tendo que acontecer via judicialização, no intuito de garantir a efetivação, o que é extremamente complexo e temeroso.

Alguns avanços merecem ser reconhecidos, no que trata aos serviços de território, que sofreram uma ampliação de ações baseadas na atenção primária, e que se tornam reconhecido pela população como conquista, porém infelizmente, isso mais se trata de uma resposta do capital aos organismos internacionais, conforme Capítulo 2.

E neste caminhar de incertezas sobre a manutenção do Sistema Único de Saúde, e de expansão de novos modelos de gestão da máquina pública, que consideramos relevantes expor o contexto e as Organizações Sociais, Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares, que estão operacionalizando a política pública de saúde.

3.4.1–Panorama das Organizações Sociais no Rio de Janeiro (estado e município)

Após o mapeamento, visualizamos que muitas são as Organizações Sociais da Saúde, que estão operacionalizando o SUS no estado fluminense, e que desempenham seu trabalho com práticas distintas, e ainda muitas das OSS localizadas no RJ estão presentes em outros estados da federação.

Atualmente, as OSS que estão prestando serviço a população nas unidades de saúde do Estado Rio de Janeiro são:

1) **Instituto Unir Saúde** – Conta em seu regimento que é uma associação no âmbito nacional, que pode ter filial em qualquer lugar do Brasil, com prazo indeterminado de duração. Apresenta quatro filiais, das quais três são no Rio de Janeiro (Nova Friburgo, Belford Roxo e Cachoeira de Macacu), e uma em Vitória – Espírito Santo. Tendo ainda a executora dos contratos de Gestão – unidade no Bairro da Gávea – Rio de Janeiro. A OSS possui Regimento Interno e Estatuto, que direcionam os encaminhamentos o seu funcionamento. O regimento interno data de 2017. No portal da OSS há *links* para acesso no que se refere a missão, os serviços prestados, compras, gestão de pessoas, transparência e contato. O acesso de certa forma é facilitado; contudo, não significa que garanta o entendimento das informações expostas, posto que não consta, no portal, auditoria ou equipe de auditores do Estado que acompanhe tais informações.

2) **Instituto Lagos Rio** – foi fundado no dia 16 de dezembro de 2005 e qualificada definitivamente em 09 de julho de 2012. É uma entidade sem fins lucrativos e tem como princípio o aperfeiçoamento e a modernização da máquina estatal. Nesta OSS estão expostos: missão, visão e valores. Esta OSS apresenta estatuto também, assim como corpo técnico, projetos, portal de transparência, notícias e fale comigo, contudo não quer dizer que as informações garantem o acesso a informações. A auditoria também aparece no sítio do instituto. A única transparência facilitada no referido sítio é a escala dos médicos, porém isso, não equivale em garantia de acesso, posto que ao contrário de certa maneira, pode culpabilizar o trabalhador caso ele não esteja na unidade, conforme escala apresentada online.

3) **Instituto Gnosis** – destina-se a prestação de serviços médicos na área programática 2.2, e algumas unidades destina-se a realização de exames de imagem. O sítio do Instituto tem o mesmo formato de outros institutos, com destaque para regimento interno e portal de transparência. Sede na Barra da Tijuca.

4) **Instituto Diva Alves do Brasil (IDAB)** – destina-se a prestação de serviços de saúde e assistência. Tem seu estatuto definido em setembro de 2018. Sede principal Alagoas. As características apresentadas são similares às de outras organizações sociais.

5) **Cruz Vermelha Brasileira** – surgiu em 1907, na agenda atual tem mantido a gestão de algumas unidades nos moldes das organizações sociais e em seu sítio é possível identificar sua expansão em todo território nacional. Além disso, mantém semelhanças no seu sítio, assim como também mantém traços de escola de formação em saúde e recebe doação para seu funcionamento.

6) **Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi** – Instituição fundada aproximadamente em meados dos anos 60, com foco prioritário o atendimento de usuários acometidos por transtornos mentais, nos últimos anos está realizando a cogestão de unidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina. No sítio, identifica-se que não possui portal de transparência e apresenta semelhança com a Cruz Vermelha, com a lógica de doação para funcionamento.

7) Instituto D'or – Traz como foco para além da assistência à saúde, ensino e pesquisa. O sítio não traz nenhuma referência quanto à forma de funcionamento. Destaca-se apenas o portal do aluno e do professor e associação com a faculdade de ciências médicas.

8) **Hospital Maternidade Therezinha de Jesus** – uma associação civil de fins beneficentes e não lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, regulada quanto à criação e funcionamento pelo Código Civil. Possui títulos de utilidade pública federal (Decreto nº 52.066/63), estadual (Decreto nº 6.307/74) e municipal (Decreto nº 1.320/60), e encontra-se registrada no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, sob o nº 065.057/66. A parceria firmada com a FCMS/JF – Suprema, em 2005, foi constituída como um convênio de cooperação mútua. Tem regimento próprio. No sítio também não se identifica *link* para acesso a portal de transparência.

9) **Viva Rio** – A Organização Social Viva Rio se caracteriza como uma empresa social que está comprometida com a liberdade, alegria, fé e responsabilidade, segundo sítio da OS. Pouco faz referência aos compromissos com o SUS. No que se refere à transparência, identifica-se que tem pastas exclusivas por órgão no caso, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. É possível identificar também que prestou serviço desde 2011 até 2017. Outra questão que marca a lógica da VIVA Rio é a lógica do voluntariado, assim como convida a sociedade civil a ser voluntária e fazer sua doação.

10) **Viva Comunidade** – OS parceira da Prefeitura e Estado do Rio de Janeiro, que conforme sítio online possui 60 clínicas da família e Centro de Atenção Psicossocial que integram a sua rede de saúde.

11) **Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência** – A Pró-Saúde se apresenta como modelo de gestão a 50 anos, reforça a lógica de colaboradores ao invés de trabalhadores. Atualmente, está disponível em 11 estados no Brasil (Acre, Amapá, Rondônia, Pará, Mato Grosso, Bahia, Alagoas, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná). Nas suas práticas, disponíveis no sítio, encontramos, além da lógica da gestão, ações sociais, educação, treinamento e capacitação e assessoria e consultoria. Identifica-se itens como filantropia e transparência nesta OSS.

12) **Associação Paulista para o Desenvolvimento Medicina (SPDM)** – Organização criada na década de 30, reforça a lógica de trabalho vinculada a gestão e educação em saúde. Além disso, possui habilidade filantrópica. Unidades vinculadas no Rio de Janeiro e São Paulo, tanto no que se refere a atenção básica como de alta complexidade.

13) **Instituto Sócrates Guanaes** – Organização Social sem fins lucrativos, de origem na Bahia, desde 2000. E que nos dias de hoje ocupa Bahia, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Paraíba, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. Disponibiliza portal de transparência.

14) **Associação Congregação de Santa Catarina** – Instituição que iniciou as atividades como instituição filantrópica na saúde, assistência social e educação. Atualmente reconhecida como organização social, que apresenta portal de transparência, mas em seu sítio reforça que o superávit conquistado pelo trabalho se destina às obras sociais.

15) **Instituto Data Rio Administração Pública** – A instituição trata-se uma unidade habilitada como sem fins lucrativos, de direito privado, desde 2005. Os objetivos apresentam valores do Sistema Único de Saúde. Apresenta também portal de transparência.

16) **Associação Fraternidade Lar São Francisco Assis na Providência de Deus** – Reconhecida como instituição cristã, sem fins lucrativos, dedicada a acolher e às ações, englobando a lógica de gestão das unidades de saúde. Sua sede é localizada em Jaci, SP. Porém, sua atuação se estende pelos Estados de Goiás, Paraná, Ceará, Pará, Rio de Janeiro e São Paulo. Apresenta também a lógica de doação e inclui item de transparência.

Após a breve apresentação das Organizações Sociais da Saúde, que estão disponibilizando serviços de saúde na esfera estadual do Rio de Janeiro, ora como instituições filantrópicas, ora como instituições de direito privado e ora como instituições cristãs.

Contudo, isso resume a presença das Organizações Sociais no estado do Rio de Janeiro, porém no município do Rio de Janeiro tem mantido a mesma lógica. Posto que também se encontra disponível distintos contratos de gestão com Organizações Sociais da Saúde, conforme será apresentado a seguir.

Dentre as Organizações Sociais que celebram contrato de gestão e convênios para além das que já foram apresentadas na esfera do estado identificamos algumas novas, as quais serão apresentadas a seguir:

1) Centro de Estudos e Pesquisas Dr. José Amorim – CEJAM - O Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM, pessoa jurídica de direito privado, é uma entidade sem fins lucrativos, regida por estatuto próprio, legislação pertinente e sem qualquer vinculação política ou religiosa. Foi criado em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Centro de Referência da Saúde da Mulher, Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI, para dar apoio ao Hospital Pérola Byington. Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde. Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade” é uma Organização Social (OSS) que atua nas áreas de Saúde, Educação e Responsabilidade Social. Parceira do Poder Público, por meio de contratos de gestão e convênios, é reconhecida por sua experiência na gestão de serviços de saúde.

2) Biotech – Organização Social, que esteve gerindo várias unidades de saúde, nos primeiros anos que as Organizações começaram a gerenciar a operacionalização do SUS. Contudo, no ano 2015, 2016 e 2017, esteve nos noticiários de fraude e atualmente não tem mais sítio da Organização Social disponível para acesso.

3) Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) - Fundado em 2008, o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) é uma entidade privada, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social de Saúde habilitado a atuar na administração de projetos e prestação de serviços na área da saúde por intermédio de convênios e contratos. O instituto é certificado pela Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (Coquali) em diferentes estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Maranhão, além de municípios como São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória, Mogi das Cruzes, Uberaba, Franca e Mauá, entre outros. Atualmente, conta com mais de nove mil colaboradores no Rio de Janeiro, São Paulo e Mato Grosso do Sul.

No Rio de Janeiro, o IABAS desenvolve parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde para gestão de três Áreas Programáticas de Estratégia de Saúde da Família; de três Unidades de Pronto Atendimento (UPA); de cinco áreas de atuação do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) nos hospitais Miguel Couto, Salgado Filho,

Lourenço Jorge, Pedro II e Francisco da Silva Teles. Além de administrar o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, em parceria com a Secretaria de Estado De Saúde. Identificasse no sítio da Organização Social também links para transparência, código de ética e pesquisa de satisfação e as unidades que recebem cobertura das Organizações Sociais, conforme será exposto:

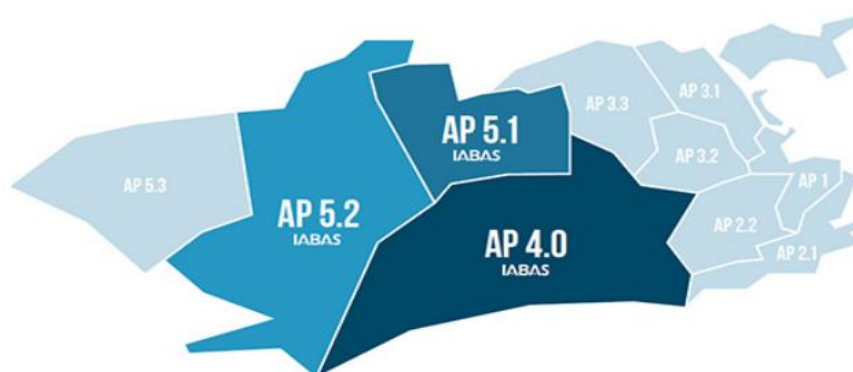


FIGURA 3 – ÁREA DE ATUAÇÃO DAS OSS - IABAS

Destaca-se ainda que nas unidades de saúde do IABAS aparece no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes com contrato de gestão por tal OSS. Porém ela não se apresenta nos contratos de gestão do Estado do Rio de Janeiro.

4) **Centro de Estudos e Pesquisa CEP 28** – Destaca-se por ações na área de saúde, cultura, esportes e emprego/renda. O serviço é criado com uma Associação sem fins lucrativos, vinculada a Santa Casa de Misericórdia. No início o trabalho vincula-se a pesquisas e a suas respectivas publicações. Em 2010, é qualificada como Organização Social da Saúde no município do Rio de Janeiro. Apresenta link também para transparência.

5) **Instituto Sistema de Assistência Social e Saúde (SAS)** – A Organização Social em questão disponibilizou serviços no Rio de Janeiro e em São Paulo. Não foi localizado o sítio da referida Organização Social. Sendo localizado, apenas escândalos e corrupções referentes a OS, que supostamente alterou de nome para Rede de Promoção a Saúde.

6) **Instituto Fibra** – Mais uma Organização Social, que não tem seu sítio disponível no momento. Posto que esteve envolvida em escândalos em Mato Grosso, conforme buscas realizadas durante a pesquisa.

7)FIOTECH – Fundação de Apoio a Fiocruz – Nesta não se tem muitas referências sobre o trabalho realizado, destacando se a vinculação com a Fiocruz e as atividades de pesquisas. Não se tem nenhum item de transparência sobre as unidades vinculadas a Fiotech.

8) **Instituto UNIR de Saúde – IUS** é uma Organização Social sem fins lucrativos, criada por um grupo de médicos e profissionais de saúde com autonomia administrativa e financeira, visando principalmente a otimização dos recursos, humanização do atendimento e conseqüente satisfação do usuário.

9) **Centro Integrado de Estudos e Programa de Desenvolvimento Sustentável (CIEDS)** – Não possui muitas informações referentes as ações em saúde e não possui transparência no seu sítio.

10) **Hospital Espanhol** – Apresenta-se como Sociedade Beneficente e o sítio não tem nada sobre transparência. Ao contrário explicita o trabalho do Hospital e de seguros saúde.

11) **Viva Cazuzá** – Apresenta-se como Organização Social que recebe recursos do município e por meio de doações. Não apresenta item de transparência.

Após essa exposição consideramos que se faz necessário uma breve análise da alguns elementos referentes as organizações sociais da saúde, que estão gerenciando a política de saúde no estado e na cidade do Rio de Janeiro.

3.4.1.1 – Breve Análise do Panorama das Organizações Sociais da Saúde

Assim, depois da exposição podemos evidenciar que muitas OSS sempre estão presentes na mídia falada e escrita com problemas associadas a apropriação indevida do dinheiro público. Isso nos mostra fragilidades destes modelos de gestão, posto que antes a questão da saúde era apenas má gestão, o que refletiu na abertura para a necessidade das privatizações internas do serviço público, hoje o que vem posto na agenda é corrupção e fraudes na máquina pública, diante disso suscita a questão, qual é o real problema da saúde no Brasil.

Na mídia durante o período de doutoramento, identificamos algumas reportagens, que tratam de investigações sobre a utilização do dinheiro público.

Em reportagem de janeiro de 2018 faz-se referência à Cruz Vermelha, que tem conduzido algumas unidades de saúde no Rio de Janeiro. Tal organização tem contratos no valor de R\$ 605 milhões para a gestão de unidades. Algumas são:

- Hospital Municipal Albert Schweitzer, na Zona Oeste;
- Hospital Estadual dos Lagos, em Saquarema;
- Hospital Estadual Roberto Chabo, em Araruama;
- UPA de Botafogo;
- UPA de Engenho de Dentro;
- UPA de Magalhães Bastos;
- UPA de Itaboraí;
- UPA de São Pedro da Aldeia.

Sinalizamos que, nos contratos, ainda está explícito o seu valor total, parcela total e parcela mensal que, se comparados com valores de financiamento do SUS, evidenciam tarifas exorbitantes (não localizamos documentos atualizados referentes aos valores da Tabela SUS), contudo neste momento a pesquisa não se destina aos financiamentos e análise destas fontes.

Após apresentação das Organizações Sociais da Saúde, que estão em diversos locais do Brasil, mas neste momento nossa pretensão é focalizar no Rio de Janeiro, identificamos que são diversas as Organizações Sociais da Saúde que gerenciam as ações de saúde. Contudo, algumas questões nos assustam dentre aprofundaremos ao longo do texto.

Dentre os quais temos: o conceito de saúde vinculado a beneficência e sem fins lucrativos, que está explícito nos trabalhos realizados por algumas OSS, o que traz na sua essência semelhança com as primeiras ações de saúde, antes da década de 20, quando o trabalho e a assistência em saúde eram prestados pelas Santas Casa de Misericórdia. Destaca-se assim a dissociação da lógica do direito, que se apresenta principalmente no que se refere a imagem do beneficente. Salienta-se ainda que algumas OSS têm seu financiamento também vinculado a doações.

Outra questão se refere a transparência, que algumas OSS apresentam links para transparência, mas o que se visualiza é que o controle público e da sociedade civil não acontece, posto que no município se tem supostamente uma equipe para este controle, enquanto no Estado o controle acontece pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério Público. Todavia, a sociedade civil, fica a margem no acompanhamento destes repasses. Identificando-se com frequência contratos de gestão com

previsão de 24 meses, que prevê uma margem orçamentária para planejamento, mas que na sua operacionalidade nunca dão conta das necessidades planejadas, sendo necessário acréscimos de termo aditivo, as vezes no mesmo ano do contrato, para ajustes de recursos e repasses.

No que trata do controle da sociedade civil aos repasses, não se identifica nenhuma espécie de conselho consultivo dentro das unidades, contando apenas com conselhos distritais de saúde nas áreas de planejamento, mas com pouca participação da sociedade civil. No mapeamento e estudos sobre as OSS não localizamos nenhum item de acesso exclusivo da população via cartão do SUS, para facilitar o acompanhamento acerca dos serviços prestados.

Outra questão, que não foi objeto de estudo, mas vale sinalizar são os valores dos contratos de gestão, que se comparados com os repasses anteriores, tende ser bem, maior de que quando o serviço era prestado diretamente pelo Estado.

No âmbito do Estado visualiza o Termo de Referência (Capítulo 4) que explicita a forma que irá funcionar as instituições, com a entrada da gestão via OSS, porém no município não identificamos.

No desenvolvimento da pesquisa uma questão inquietante que apareceu refere-se à condição deste trabalhador. Que não se tem nenhuma OSS, um núcleo de saúde do trabalhador ou debates acerca do processo de trabalho. Apesar de reconhecermos que algumas questões têm angustiado estes trabalhadores das Organizações Sociais, quando visualizamos nos territórios do Rio de Janeiro, violência, problemas associados a insumos e materiais, atrasos salariais e demissões, que estão também presente nos documentos (ANEXOS I), que traz alguns relatos de alunos, os quais conheci ao ministrar uma disciplina no Programa de Pós-Graduação Lato Sensu sobre Saúde Pública, na zona oeste do Rio de Janeiro, os quais estão vinculados a contratos de OSS.

Neste modelo de gestão, localizamos metas e produtividade presentes em alguns sítios das OSS apresentadas, contudo, não são presentes indicadores em todas as OSS. Sendo a maioria dos indicadores pontuais e vinculados aos fluxos da rotina institucional.

Outro aspecto importante refere-se à produção científica que se apresenta em algumas OSS vinculadas a pesquisa, mas os estudos apresentados são incipientes e não dão conta da realidade social vivida pelas instituições.

Na gestão das OSS destaca-se que a maioria das organizações apresentam missões, valores e compromissos, contudo sempre associados a lógica da solidariedade e da responsabilidade da sociedade civil. Além disso, algumas OSS apresentam estatuto próprio

que responsabiliza os atores na sua operacionalização e código de ética, todavia, visualiza-se um descumprimento com tais valores.

Entretanto, existem controvérsias no que se refere às OSS, posto que os que são contrários a esse modelo sustenta que esse é o caminho para a desresponsabilidade do Estado na operacionalização da máquina pública, visto que estariam atendendo aos interesses do capital, oposto ao que foi defendido pelo SUS que, é de dever do Estado a manutenção e condução da máquina pública. Enquanto os defensores das OSS apostam que a diminuição da ação estatal na gestão, permitiram contratos mais competitivos, que fortaleceriam a gestão do Estado nas políticas públicas. Mas, este não é nosso interesse aqui, por isso consideramos que este debate pode ser realizado em outro momento.

Além disso, outro argumento utilizado para a instalação das OSS refere-se a Lei Complementar nº 101, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), sancionada com objetivo de atingir o equilíbrio das contas públicas ao limitar gastos. Uma das medidas postas nesta lei foi estipular um percentual máximo a ser gasto da receita corrente líquida da União, Estados e Municípios, colocando um limite nas despesas de gastos com a folha de pagamento (BRASIL, 2000).

Acompanhado a isso, temos a expansão dos serviços de saúde, principalmente no que se refere a atenção primária, e principalmente a expansão das OSS, pois a forma de gestão público-privada, tornou-se possível contratar pessoal sem os limites, postos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Sendo assim, alguns municípios expandiram o acesso e a rede de atenção básica, dentre estes a cidade do Rio de Janeiro, é um dos exemplos se compararmos o número de unidade de saúde de atenção primária e a área de cobertura em saúde (pegar a rede no Rio de Janeiro).

Porém, nos questionamos que, mesmo com a LRF, que tinha por objetivo atingir o equilíbrio fiscal dos gastos públicos, será possível atingir tal meta com as OSS se compararmos com os gastos da administração pública direta? Enfim, questões que possivelmente ainda não teremos respostas, mas inquietações que nos mostram a necessidade talvez de mais controle fiscal da máquina pública, assim como transparência de tais recursos.

3.4.2 – Panorama da Fundação Saúde

Nas unidades estaduais temos a Fundação Saúde prestando assistência à saúde. Após o estudo e as pesquisas realizadas sobre a Fundação Saúde algumas prerrogativas são

visualizadas tais como o controle das Unidades associadas ao modelo gerencial e a perspectiva de excelência de qualidade. O que é notado na mídia falada nas notícias localizadas sobre a Fundação Saúde. O financiamento neste caso é direto.

Destaca-se nas Unidades gerenciadas pela Fundação Saúde, o compromisso com a excelência através da conquista de premiações em suas práticas.

Segundo portal da Fundação Saúde:

Dos 38 diplomas e troféus dados as melhores organizações públicas nas três esferas de governo, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) foi contemplada em 11 categorias, num total de 12 conquistas pelo governo. O “VIII Seminário de Boas Práticas e Solenidade de Reconhecimento de Nível de Gestão” foi organizado pelo Núcleo de Qualidade e Excelência em Gestão do Rio de Janeiro (NQEG), em parceria com o Programa Qualidade Rio (PQR), e aconteceu nesta quarta-feira (05/12), no auditório da Caixa Econômica Federal, no Centro.

As unidades contempladas foram:

<p style="text-align: center;">Medalha Ouro e Certificado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">- Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro <li style="text-align: center;">- Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – Hemorio
<p style="text-align: center;">Diploma – Categoria Ouro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">- Instituto Estadual de Doenças de Tórax Ary Parreiras – IETAP
<p style="text-align: center;">Diploma – Categoria Prata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">- Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IECAC <li style="text-align: center;">- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – IEDE <li style="text-align: center;">- Laboratório Central Noel Nutels – LACEN
<p style="text-align: center;">Diploma – Categoria Bronze</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">- Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) <li style="text-align: center;">- Hospital Estadual Anchieta – HEAN <li style="text-align: center;">- Hospital Estadual Carlos Chagas – HECC <li style="text-align: center;">- Hospital Estadual Santa Maria – HESM <li style="text-align: center;">- Programa Estadual de Transplante – PET

Ou seja, as premiações refletem a lógica gerencial explícita de um modelo marcado pela proximidade com o mercado.

Outro elemento identificado no percorrer da pesquisa refere-se aos contratos realizados e sua similitude com os contratos anteriores das OSS apresentados. Contudo, um dos itens diferentes refere-se aos servidores públicos que ali atuar, terá a opção de receber os benefícios da Fundação.

No que se refere ao acompanhamento de avaliação, alguns aspectos são básicos:

- Os organizativos (mecanismos de informação e comunicação à população e sistema de gerenciamento de informação e acesso a internet);
- Boa prática clínica baseada em protocolos e linhas de cuidado específicos da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, o que se torna preocupante, posto que são construídos verticalmente tais protocolos, sem diálogo com as reais necessidades da população. Entendendo que todos os territórios são homogêneos e ao contrário são heterogêneos e marcados por particularidades e determinantes sociais da saúde distintos;
- Atenção ao Usuário – Clareza e informação sobre os serviços e demandas do usuário;
- Articulação com os níveis de assistência – referência e contrarreferência, que no cotidiano das instituições tem sido uma questão recorrente, posto que não se tem retorno das demandas encaminhadas;
- Sistema de Informação – Atualização de CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação; SISREG – Sistema Nacional de Regulação.

Ao analisar brevemente a Fundação Saúde do Estado Rio de Janeiro, a prerrogativa gerencial está posta, mas, se pode notar mecanismos de avaliação, articulação, controle e informatização.

Em visitas institucionais realizadas em algumas unidades e em abordagens realizadas com amigos e pessoas, que hoje atuam em unidades vinculadas a Fundação Saúde, uma das críticas é que as Unidades hoje gerenciadas pela Fundação se engessaram

no que era negativo do público, posto que são frequentes os problemas decorrentes da falta de insumos e materiais.

Outro aspecto importante, é que os funcionários da Fundação Saúde desde o ingresso, já tinha em seus contratos de trabalho e nos editais do concurso conquistas referente ao tão sonhado plano de cargos, que não se operacionalizaram até os dias de hoje, sendo o primeiro concurso realizado já tem aproximadamente 10 anos.

3.4.3 - Panorama da EBSEERH no Rio de Janeiro

A EBSEERH presente no estado Rio de Janeiro atualmente conta com dois Hospitais que são conduzidas pela Empresa, dentre os quais temos: o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e Hospital Universitário Gaffrée Guinle (HUGG), que passaram a ser gerenciados pela EBSEERH após adotarem o Plano de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF).

Diante disso, nos aproximamos destas duas unidades em particular e identificamos que no contexto atual no HUAP, o desenvolvimento de ações de ensino e pesquisa, baseia-se ao programa de residência médica, conforme podemos evidenciar em buscas realizadas no portal da EBSEERH. Apesar, de termos conhecimento da existência da residência multiprofissional. Porém, temos que considerar que a residência não é, *a priori*, o único pilar dos hospitais universitários que devem realizar ensino, pesquisa e assistência.

Destaca-se ainda, em comparação com a pesquisa de Menezes (2017), que os hospitais universitários neste momento ainda não tinham a lógica da gerência como se apresenta na agenda atual, haja vista que, antes da entrada da EBSEERH, a autonomia das ações estava vinculada à Universidade. Porém, nesse momento da pesquisa, a estrutura gerencial e de governança, já está posta no desenvolvimento destas Unidades.

A EBSEERH também traz a existência de uma missão, visão e valores que só apresentam aproximação com SUS, quando apontam para a participação do usuário.

No que trata da missão do HUAP, associado a EBSEERH, destaca-se: Gerar, transformar e difundir o conhecimento, prestando serviços de saúde com excelência, de forma digna, crítica e hierarquizada, o que não articula nenhum valor com o SUS, só estiver vinculado ao nível de assistência em saúde.

Sobre a visão temos: Ser reconhecido como um centro de excelência nacional e internacionalmente, por sua capacidade técnica, seu valor humano e sua gestão

administrativa transparente, formando profissionais de valor, capacitando e treinando seu pessoal técnico e gerindo recursos de forma eficiente e eficaz, a fim de atender à população com qualidade e desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão dentro dos conceitos da Universidade. Reconhece-se a qualidade como forma de prerrogativa gerencial.

No que trata das informações de transparência referentes ao governo federal não conseguimos localizar o número de servidores que hoje, atuam no HU, no caso em questão HUAP e HUGG.

Entre os HU que estariam sob responsabilidade da EBSEH, identificamos que o acesso é uma questão que se diferencia entre as duas unidades, pois em um o acesso é referenciado e outro pode acontecer via demanda emergencial (MENEZES, 2017).

Destaca-se no HUGG que os assuntos relacionados a ensino e pesquisa existe uma ampliação do debate, posto que não restrinja em seu portal apenas a residência médica, apresenta lógica de educação continuada, através de eventos e jornadas internadas que contemplam uma atuação interdisciplinar. Assim, como mestrado, preceptoria e Espec.-SUS que trata:

O Espec.-SUS foi instituído por meio da Portaria Interministerial no 09, de 13 de agosto de 2014, Ministério da Educação -- MEC, Ministério da Saúde -- MS e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação -- MCTI e apresenta como objetivo geral contribuir com desenvolvimento científico e tecnológico e formação profissional em saúde, em consonância com as políticas de Educação, de Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação. Os objetivos específicos do Programa são: implementar um modelo de gestão de pesquisas clínicas para hospitais universitários federais que assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com as Boas Práticas Clínicas; e estimular, no âmbito dos hospitais universitários federais, a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde.(EBSEH, 2019, s/n).

Identifica-se ainda no desenvolvimento do trabalho, que a transparência, licitações e compras estão disponíveis para consulta pública. Destacando-se como canal de comunicação a ouvidoria.

No que se refere aos valores, missão, visão do HUGG temos semelhanças com HUAP, que reproduz traços subjetivos e projeções modernas.

Missão: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle tem como missão ser um hospital onde são praticadas assistência complexa e hierarquizada com excelência, ensino para formação e qualificação de recursos humanos para a valorização da vida e produção de conhecimento de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão. A prática da Missão Institucional deve ser feita com austeridade na gestão do patrimônio público por meio da racionalização de recursos e da otimização dos resultados. Valores: Conduta ética;♣ Humanismo;♣ Responsabilidade Social;♣ Pioneirismo;♣ Inovação;♣ Competência Pessoal;♣ Compromisso Institucional e♣ Busca perene pela Qualidade. (EBSEH, 2016, p. 4).

Nos estudos realizados, o incremento da tecnologia tem se feito presente nestas unidades, através de vários sistemas de tecnologia dentro os quais temos: SEI (conjunto de módulos que promove a eficiência administrativa); aplicativo de gestão dos hospitais universitários (AGHU – apoiar e padronizar práticas administrativas) sig.ebserh (Sistema integrado de gestão de informações para suporte na tomada de decisão); e 3EC (Escola EBSEH de Educação Corporativa – ambiente de ensino a distância).

Após a exposição dos modelos de gestão, que tem se apresentado na saúde brasileira, seguiremos as reflexões na tentativa de analisar criticamente estes modelos realizando um estudo comparativo sobre os pontos de similitudes e os de distanciamento.

CAPÍTULO 4

A RELAÇÃO COMPARATIVA DOS MODELOS DE GESTÃO: A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NO RIO DE JANEIRO

A contrarreforma é uma proposta de reação conservadora, notoriamente regressiva, que colide com as estratégias de natureza social-democrata exposta na Constituição Federal de 1988, principalmente aquelas relacionadas a Seguridade Social, que sofre com as reformas estruturais que são aplicadas a partir do governo Collor. Essa proposta de contrarreforma do Estado instituída a partir dos anos 1990 no Brasil traz o fortalecimento da do modelo gerencial como estratégia de modernização e com a alegação que o Sistema Único de Saúde não estaria dando conta de problemas vinculados a fraude, a corrupção e a falta de governança, resultando na desvalorização da gestão pública tradicional, na qual o Estado provedor direto é responsável pela gerência da máquina pública, sem mediadores sendo o único a conduzir e controlar as instituições públicas.

Frente a isso, nota-se que algumas políticas sociais se tornam alvo desta mudança, dentre as quais a política de saúde, que passar a sofrer com a privatização e com a descentralização, diferente da defendida pela Reforma Sanitária, colocando assim em xeque a ideia de uma descentralização baseada na desresponsabilização do Estado. Após isso, ganha espaço na agenda da política saúde, a necessidade de uma nova lógica de gestão, baseada no fortalecimento da parceria público-privado, como estratégia de o Estado, não arcar com o ônus de todo o financiamento e com a responsabilidade de operacionalizar o Sistema Único de Saúde, de maneira tão solitária.

Nesse sentido, a proposta implementada a partir da contrarreforma é que este Estado adote o modelo gerencial na política de saúde, visando dar mais agilidade a burocracia e flexibilizar o sistema. Contudo isso, por sua vez, ainda deixa lacunas, colocando-se assim a partir da contrarreforma, a implementação em consonância da parceria público-privada.

Assim, a entrada da parceria público-privada acontece com a entrada dos novos modelos de gestão via OSS, Fundações públicas de direito privada e EBSERH compatibilizando a gestão pública com outros padrões modernos, que estabelecem uma nova direção, que reforça no âmbito do espaço público a lógica público-privada.

Isso posto torna-se evidente tais questões, quando refletimos sobre o SUS histórico defendido pela Reforma Sanitária e o SUS materializado, que está presente nas reflexões de Soares (2012, p.97-98), conforme o quadro abaixo:

Quadro – 10 – Refuncionalização dos Princípios do SUS

Princípios Diretrizes Organizativos	SUS Histórico	SUS Materializado
Universalidade	Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. *	Acesso focalizado nos mais pobre, que enfrentam em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando grande número de demandas não contempladas pelo sistema.
Equidade	Todos têm direito ao atendimento de acordo com as diversidades e suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença.	Focalização precarizada do atendimento no segmento populacional mais pobre, sob a justificativa de que são mais “vulnerabilizados”. Fere-se, desta forma, o princípio da igualdade, da Universalidade e da própria equidade.
Integralidade	“Conjunto articulado contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.”**	Atenção Básica, média e alta complexidade precarizadas, focalizadas na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do PACS,*** da ESF **** e dos atendimentos emergenciais com fragmentação do sistema quebra da referência e contrarreferência.
Descentralização	Descentralização político administrativa, com direção única em cada nível de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços.*****	Descentralização com desresponsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento; Centralização do Planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados, com PACS e o PSF.
Participação da Comunidade	Direito de participação de todos os segmentos envolvidos com sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências, de caráter paritário e deliberativo.	As instâncias de controle social vêm sendo continuamente desvalorizada e burocratizadas. As importantes decisões sobre a política têm passado ao largo dos conselhos e conferências, centralizando-se nos gabinetes de gestores no poder legislativo, quase sempre ignorando completamente as deliberações daqueles.

Financiamento	“Financiamento solidário entre as três esferas de governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços”. *****	Subfinanciamento e maior responsabilização do nível municipal
Gestão	Gestão pública, com controle público e orientado pelos princípios e diretrizes políticas.	Gestão através de organizações sociais ou fundações estaduais de direito privado, sem controle social e orientada pelos princípios do mercado.

* Lei n. 8.080/1990, art. 7

**Lei n. 8.080/90, art. 7º, § II

*** Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

****Estratégia de Saúde da Família ou simplesmente Saúde da Família

***** Lei 8.080/90, art. 7§ IX

*****Rezende, 2008, p.31

Fonte: Pesquisa contrarreforma na política de saúde (2008) realizada por SOARES (2011)

O quadro acima aponta as formas de materialização do SUS. Nos últimos 30 anos, identificamos a notória proposta neoliberal de focalização da política de saúde em padrões que o conduz para uma falência sistêmica que consequentemente justificará a introdução de novos modelos de gerenciamento do sistema. Haja vista, que a adoção dos modelos gerenciais na política de saúde são fruto de pactuações com organismos internacionais, até porque alguns governos e conjunturas políticas, econômicas e sociais tem reforçado a necessidade de se modernizar o SUS.

Contudo, a adoção das ideais de modernização, são apresentadas no percurso, que a política de saúde brasileira assume, quando identifica-se **o Pacto pela Saúde, o Programa Mais Saúde³⁵** e o **Projeto das Fundações Estatais de direito privado**, que apresentam os interesses antagônicos presentes no SUS, haja vista, que se coloca a lógica gerencial como respostas aos problemas vividos pelo SUS.

No Pacto pela Saúde, temos a nítida afirmação de que se é necessária modernização, quando se identifica em um dos pactos o de gestão. O que insere no debate a necessidade das discussões e a construção de uma estrutura organizativa do SUS, que deixem claras competências e atribuições dos entes federativos e das instituições na assistência prestada.

O Pacto apresenta o cumprimento de metas sanitárias que refletiu em mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde,

³⁵ O Programa Mais Médicos trouxe polêmicas e desgaste para o governo ao propor a contratação de médicos formados no exterior (brasileiros ou estrangeiros) sem a necessidade de validação de diplomas, com destaque para os médicos cubanos, cuja lotação foi feita mediante intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

que se articulam em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2005).

Enquanto, o Programa Mais Saúde incorpora a lógica de ampliação dos serviços de saúde, contudo isso, não equivaleu em garantia de acesso de maneira universal e com equidade, até porque a expansão não foi em todo território nacional e veio acompanhada de déficit de profissionais, que foi contemplado pelo Programa Mais Médicos, que não significou qualidade deste acesso, até porque um os profissionais inseridos no programa eram de outros países e pouco conheciam sobre a realidade brasileira, ao mesmo tempo, que não incentivou a valorização dos próprios médicos brasileiros.

Outro programa importante, neste contexto, foi o Programa de Aceleração do Crescimento na Saúde (PAC SAÚDE), que está associado ao PAC, que promoveu a retomada de obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética no país, contribuindo para o desenvolvimento sustentável. O PAC Saúde deixa evidente o reconhecimento da saúde enquanto direito, em contrapartida é alvo do investimento público e privado. Isto aponta para o campo da saúde como espaço estratégico, que responde as prerrogativas da classe trabalhadora, mas também o de lucratividade do capital (SOARES, 2012).

Ora posto, observa-se que a evolução da saúde irá mostrar um modelo de desenvolvimento que estimula com frequência financiamento da indústria nacional, expansão da saúde suplementar, e da parceria público-privada (PPP), características importantes do PAC.

Coadunamos com Soares (2012, p. 99), que o PPPs, *“constituem-se uma estratégia mundial de maximização do capital implementada por diversos Estados, em meio às tendências de supercapitalização”*.

Assim, alguns elementos são importantes para pensarmos os efeitos e os direcionamentos da política de saúde. Primeiramente, quando retomamos a 2007, localizamos que no Relatório do Banco Mundial sobre o SUS, intitulado “Brasil: governança no Sistema de Saúde Brasileiro”, que fortalece a qualidade do financiamento e da gestão desta política.

Que conforme orientação do Banco Mundial, governança é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos econômicos e sociais tendo em vista o desenvolvimento (World Bank, 1992).

Em um dos estudos realizados pelo Banco Mundial sobre Brasil em 2007, que muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estariam ligados a “falhas de governança

– a ausência de incentivos e responsabilização que garantiriam a prestação dos serviços com custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população” (World Bank, 2007, p.03). Tratando que são recorrentes os problemas justamente com a gestão do Sistema Único de Saúde, sendo assim necessário “*reatualizar*” e “*modernizar*” essa gestão (SOARES, 2012).

Para tal relatório sugere as propostas da Fundação e o Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde, ambos encaminhando para traços da racionalidade da contrarreforma.

Em uma perspectiva pragmática, os documentos oficiais da Reforma do Aparelho de Estado definem governança como a capacidade do Estado implementar de forma eficiente políticas públicas. Seria, portanto, um pré-requisito institucional para o bom desempenho dos governos e também para aceder ao crédito dos organismos financeiros internacionais. Nesse sentido, a “crise de governança”, a qual atravessava o Estado brasileiro, tornava-se uma importante justificativa para a Reforma Gerencial (SILVA, 2014, p.42)

Assim, para iniciarmos as reflexões comparativas, temos que reconhecer conforme BARBOZA (2009), que desde 1988 aos anos 1990, o debate da ideia de Reforma do Estado, era sempre associada a ideia de reforma do aparelho do Estado ou simplesmente reforma administrativa. Contudo, é a burocracia e lógica engessada da operacionalização da máquina pública que suscita e coloca na agenda a necessidade de modernizá-la. Segundo Barboza (2009, p. 8),

Falo, portanto, do Estado que opera tanto a partir da Administração Pública propriamente dita, mas também através do mercado – de Administração Privada – de tal modo que é este conjunto que possibilita – ou que possibilitaria – de fato esse movimento no sentido de novos direitos. Sendo assim, a Administração Pública é um dos espaços a serem modernizados e é apenas mais um terreno que necessita aprimorar-se para dar conta do SUS.

O retrato desse desmonte do SUS se espalha na institucionalização da lógica privada que está legitimada pela racionalidade empresarial e seus instrumentos administrativo-gerenciais, como contratualização de metas, formalizados por leis e decretos (SOARES, 2012).

Um dos reflexos dessa lógica, expressa nos novos modelos gerenciais, se revela na manutenção do princípio da universalidade que se configura em grande desafio a ser alcançado embora esteja constitucionalmente posto e reafirmado na Lei 8.080/90. A assistência à saúde é produzida de maneira focalizada e restritiva, para grupos e classes sociais, que não conseguem comprar o serviço de saúde no âmbito do mercado.

consequentemente, o que se é que essa forma de operacionalizar o SUS, tem ferido de morte alguns princípios dentre os quais temos:

- **Descentralização**

A descentralização tem sido alvo também de fragilidade, justamente porque reforça a desresponsabilização do Estado, principalmente da União, Estados e Municípios na operacionalização do SUS. Até porque em um primeiro momento a descentralização era para potencializar a autonomia dos entes federativos na gestão do SUS. Contudo, o que tem constatado na agenda atual é o favorecimento da construção das parcerias público privada nas políticas sociais.

Vale expor que a descentralização representa um modelo organizacional do SUS, que difere explicitamente do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que tinha por característica uma tendência estadualista, passando para a municipalização, com essa configuração de uma lógica descentralizada (UGÁ, 1997). A descentralização baseia-se na ideia de uma cooperação financeira entre os entes federativos.

A descentralização da política de saúde foi associada a municipalização. Com as pressões exercidas na IX Conferência Nacional de Saúde para implantar o processo de descentralização, como saída do governo Collor e com a extinção do INAMPS em abril de 1993, foi possível iniciar o processo de descentralização na saúde. O Ministério da Saúde passa a ter amplos poderes para a descentralização das ações de saúde e administração dos recursos orçamentários e financeiros, patrimoniais e humanos alocados (GERSCHMAN, 2004 *apud* MENDES, *et. ali* 2011, p. 336)

Em suma, podemos dizer que neste contexto a descentralização se consolidava na relação com os entes federativos, baseados no sistema de cooperação, e não a um processo de desresponsabilização do Estado.

A cooperação se reafirma na Lei 8.042/1990, que estabelece as transferências conforme as áreas de cobertura nos serviços de saúde. Isso, nada mais foi do que forma de institucionalizar a descentralização, sendo reafirmada pelas Normas Operacional Básica 01/91 e posteriormente pelas novas Normas sequenciais 01/93, 01/96. Todavia, UGA (1991), considera que a Norma Operacional, em especial de 1991, distorceu o real processo de descentralização, até porque neste período a conjuntura tinha por representação política Fernando Collor, que em nada favoreceu a implantação do SUS da forma que tinha sido projetada. Até porque esta norma considera toda operacionalização mera prestação de serviço por entes federativos.

Contudo, a Norma Operacional de 1993, traz novas reflexões principalmente no que se refere a autonomia da gestão, ao repasse financeiro e a operacionalização da política, com a lógica cooperativa sendo resgatada.

A NOB/93 regulamento a sistemática de transferência de recursos aos estados e município. Com a edição desta NOB estados e municípios puderam definir a própria condição de gestão do SUS, com base na capacidade técnica e cooperativa. Essa NOB estabeleceu responsabilidades para a gestão local (Mendes, et ali, 2011, p.336).

Em suma, os municípios com isso tiveram maior governabilidade sobre os recursos para condução da gestão do SUS. As NOBs reduziram as incertezas com relação aos repasses e transferência de recursos, que passaram acontecer via fundo a fundo de acordo com as condições do município.

Já a Norma Operacional de 1996, consolida e avança no aprofundamento da gestão no SUS, fortalecendo apenas duas modalidades de gestão: municípios gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema e, para os estados a Gestão Avançada do Sistema e a Gestão Plena o Sistema. Essa NOB definiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de gestão para as três esferas de governo.

[...] A PPI permite monitorar e avaliar as atividades assistenciais ambulatoriais e hospitalares, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e do controle e erradicação das doenças apontando para um novo modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde e na atenção básica (UGA, 2005). Através do PPI ampliou-se as possibilidades de assistência nos níveis de maior complexidade. A PPI incentivou gestores a pactuar acordos no que diz respeito ao acesso a procedimentos assistenciais, estimulando a reorganização e hierarquização do sistema de serviços de saúde, sob a coordenação do estado e também possibilitou o fortalecimento das comissões intergestoras bipartites (CIBs) com instâncias de pactuações entre gestores (COTRIM, 2006 *apud* MENDES, et.ali. 2011, p. 337)

Não se pode deixar de considerar, que a NOB/96 inovou no processo de descentralização do SUS, reconhecendo que a maior novidade para os municípios foi a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB), se subdividindo em PAB variável (programas e ações específicas) e PAB fixo (procedimentos da atenção básica).

Contudo, vale sinalizar que o movimento da descentralização de certa maneira aconteceu no SUS, mesmo que incompleto, pois de fato a descentralização da política aconteceu com a municipalização da atenção básica, entretanto não ocorreu a descentralização da provisão nem da gestão dos serviços hospitalares (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Destaca-se ainda que em 2001, teve-se também a Norma Operacional de Assistência a Saúde, que regulamente a hierarquização e o processo de regionalização de assistência a saúde.

Diante disso, consideramos que algumas conduções adotadas na gestão da política de saúde na cena contemporânea são reflexo da conjuntura política que reforça a autonomia de gestão baseadas nas Normas Operacionais, porém o detalhamento destas normas não são prerrogativas da pesquisa. Elucidando apenas o que reflete a descentralização do SUS.

Outro aspecto importante, que tem sido alvo desta desresponsabilização do Estado é a integralidade, é algo que sempre está nas projeções a serem alcançadas nas ações de saúde, até porque no cotidiano das Unidades de saúde, as práticas reforçam ações pragmáticas, focalizadas e emergências. E ainda com os novos modelos de gestão cada unidade torna-se responsável pela prestação da assistência à saúde. Preconizando a cura da doença e não a compreensão acerca dos motivos que determinaram a patologia. Dentro dos modelos de gestão isso torna-se nítido no estudo de campo, quando em Hospitais, a alta hospitalar e apenas uma prerrogativa para a liberação do leito, e não necessariamente a recuperação da saúde.

- **Participação social**

Dentre os valores do SUS, prevista na Lei 8.142/90 a participação da comunidade é algo que comprometido com os modelos de gestão, posto que a participação tem sido restrita aos gestores, com pouco envolvimento da sociedade civil, sem contribuição na construção das ações de controle social.

A participação nestes modelos de gestão no que se refere a OSS está vinculada ao Conselho de Administração da própria OSS, na Fundação ainda é muito incipiente e na EBSEH vincula-se ao conselho consultivo.

Neste contexto, considera-se que a participação não deve se ater apenas ao controle dos resultados, mas sim ao financiamento e controle dos recursos públicos, sendo conduzido e reforçado nos conselhos de saúde, que tem extrema relevância no direcionamento e no controle da política de saúde.

- **Gestão**

A gestão é uma questão relevante, quando se pensa os princípios e valores defendidos pelo SUS, haja vista, que esse sistema tem sofrido transformações significativas desde os primeiros ensaios sobre a Reforma Sanitária, isso porque desde do momento em que a Saúde, se inclui no tripé da Seguridade Social, essa se legitimou enquanto direito social de responsabilidade do Estado.

Contudo, os ideais neoliberais, reforçam a lógica de políticas focalizadas e privatistas. Essas lógicas são colocadas na agenda dos gestores, com a prerrogativa de operacionalização da Saúde, é a inclusão dos modelos de gestão, como uma forma de responder e enxugar a máquina pública. Responder, *a priori*, com a inclusão da lógica gerencial e reduzir os gastos com a área social, tendo como uma das questões o pagamento da dívida pública.

- **Equidade e Universalidade**

O princípio da equidade tem comprometido a universalidade. Isso porque, agora todo acesso depende da inclusão em sistemas, o que oculta a transparência para a população. Porque não necessariamente se sabe quem está na sua frente, da mesma forma que se cria critérios de elegibilidade. Nos últimos meses, se lançou um portal de transparência para a fila do SIREG, mas isso, não quer dizer que a população tem utilizado deste recurso para controle público.

O portal de transparência do Sistema de Regulação (SIREG), surgiu após recorrentes casos de fraudes na fila do próprio SISREG, seja para marcação de consulta, exame e procedimentos de alta complexidade, que nos últimos 8 meses, virou motivo de “meme”³⁶ falar com a Márcia do Crivella³⁷ para agilizar o atendimento.

Nesse tipo de situação, quando entendemos que a equidade está sendo comprometida, aponta que não só esse princípio do SUS está sendo fragilizado, mas também a universalidade do acesso, haja vista, que o acesso não acontece de maneira universal, conforme previsto na Constituição Federal.

Reconhece que as relações burocráticas estabelecidas nas instituições geram a corrupção e o famoso jeitinho brasileiro, na máquina pública.

4.1 - Burocracia

Por isso, tentamos trazer brevemente algumas reflexões sobre a burocracia a partir de Hegel e Weber, com base na perspectiva da teoria social crítica vinculada a tradição marxista, até porque isso sempre está presente nos ensaios e reflexões como uma limitação do âmbito público.

³⁶ Termo utilizado nas redes virtuais.

³⁷ Notícia exposta na mídia escrita e falada de uma assessora do gabinete do prefeito, que agilizava os atendimentos se falassem com ela. Segundo portal: <https://epoca.globo.com/quem-marcia-faz-tudo-do-prefeito-crivella-22878815>

Hegel e Weber consideram a burocracia como um componente da materialidade do Estado, que é uma instituição no capitalismo capaz de atender o interesse de camadas dominantes. Assim, a burocracia, conforme Souza Filho (2011) é responsável por viabilizar, manter e conservar os interesses da classe dominante, de outro lado, que atende os interesses da classe dominada, na perspectiva de manter a ordem da propriedade privada.

Ou seja, o filósofo Hegel (1997) considerar que o governo é o espaço em que se expressa a luta entre os interesses particulares e o interesse geral. Em suma: O interesse geral do Estado deve sempre ser garantido frente aos interesses particulares (SOUZA FILHO, 2011).

Dessa maneira, podemos considerar que a burocracia é um instrumento do Estado para garantir o interesse geral em detrimento dos particulares, contudo ao nos apropriamos das reflexões de Marx a burocracia se contrapõe enquanto sociedade civil do Estado ao Estado da sociedade civil, as corporações. Em suma entendemos que por mais que seja o interesse geral, reconhecemos a existência de interesses particulares.

Todavia, outro elemento importante para caracterizar a burocracia, que sempre se torna alvo de crítica, é que essa também expressa as contradições da sociedade de classe, que exige a existência do Estado como estrutura de dominação política.

Resumindo Souza Filho (2011, p. 41),

[...] a burocracia responde a uma organização social que supõe a existência de dominados e dominantes, social e economicamente falando, ou seja, uma sociedade que não comporta a radicalização e o aprofundamento dos direitos. Eis então, os limites da organização burocrática.

Apesar desta breve exposição conceitual sobre a burocracia se faz necessário também elencar as concepções weberiana (1999), que entende que toda administração é dominação. Ou seja,

[...] dominação para Weber significa “a probabilidade encontrar obediência para ordens específicas (ou todas) dentro de um determinado grupo de pessoas”. Nesses termos, Max Weber define burocracia como sendo a forma de dominação legítima de caráter racional, a dominação legal (SOUZA FILHO, 2011, p. 43)

A partir de uma perspectiva marxista, a concepção de dominação exposta por Weber não desaparece com a extinção do Estado, posto que a extinção da dominação de uma classe sobre a outra. Dessa forma, a dominação exercida pelo quadro administrativo pode perpetuar numa sociedade sem classes (SOUZA FILHO, 2011).

A distinção entre Marx e Weber baseia-se na concepção de que a dominação para Marx, não está associada ao caráter de obediência, mas sim pelo caráter político e econômico de classe que ela possui. Apesar de Weber concorda com Marx que a opressão econômica é mais opressiva que a dominação como mecanismo de obediência.

Assim a burocracia é uma estrutura administrativa racional de dominação. Segundo Weber, o capitalismo ao mesmo tempo que exige uma administração burocrática, oferece condições para a sua existência. Resumindo: O capitalismo necessita da administração contínua, rigorosa e intensa, posto que necessita destas estruturas burocráticas para o fortalecimento da sua manutenção (SOUZA FILHO, 2011).

Contudo, destaca-se também as concepções de Lênin e Gramsci sobre a burocracia e a dominação. Para Lênin uma das distinções seria entre burocracia e quadro técnico. Para Souza Filho (2011, p. 45),

Lênin, dessa forma, distingue, na organização burocrática, a questão do conhecimento e especialização da questão do controle da produção e da distribuição e do registro do trabalho e dos produtos. Ou seja, a dominação da burocracia em seu sentido estrito está vinculada a forma de controle e registro estabelecidos por ela. Essa dimensão deve ser superada e o controle e registro devem ser realizados pelos trabalhadores. Esse é um passo importante para a extinção da dominação, mas é apenas um elemento restrito dela.

Enquanto, que a relação comando e obediência tratado por Weber, como dominação para Gramsci não está apenas vinculado a uma dominação política, mas sim a ideia de um comando que se tem um fim a alcançar (SOUZA FILHO, 2011).

Porém, quando pensamos sobre como se expressa a racionalidade burocrática reconhecemos que se refere a seguinte estrutura,

a) Princípios e competências fixas, mediante regras, leis ou regulamentos administrativos; b) princípio de hierarquia de cargos e da sequência e instâncias, isto é de um sistema fixamente regulamentado de mando e subordinação das autoridades, com fiscalização das inferiores pelas superiores; c) baseada em documentos; pressupõe em regra uma intensa instrução da matéria; e) requisição do emprego pela força de trabalho do funcionário quando o cargo está plenamente desenvolvido, independente da carga horária fixada; f) realização da administração dos funcionários de acordo com regras gerais, mais ou menos fixas e mais ou menos abrangentes, que podem ser aprendidas (WEBER, 1999b, p 198- 200)

Porém, enquanto funcionários a burocracia se expressa da seguinte forma:

a) são livres e obedecem as obrigações objetivas; b) são nomeados por uma hierarquia rigorosa; c) tem competências funcionais fixas; d) são contratados formalmente, através de seleção, segundo a qualificação profissional, avaliado mediante prova certificada através de diplomas; e) são remunerados com salários

dinheiro; exercem cargo como profissão única e principal; g) tem perspectiva de uma carreira; h) trabalham em separação absoluta dos meios administrativos e sem apropriação do cargo; i) estão submetidos a um sistema rigoroso e homogêneo de disciplina e controle do serviço (WEBER, 1999, p.144)

Dessa maneira, Souza Filho (2011, p. 63), que são essas características tanto estruturais quanto do quadro administrativo, fazem da burocracia uma administração com características de racionalidade, que respondem e estão crescendo, a partir do desenvolvimento da economia monetária capitalista.

Contudo, coadunamos com Souza Filho (2011, p.65) que a burocracia pode ser,

[...] um instrumento para a finalidade da administração pública, voltada para ampliação e aprofundamento de direitos está, principalmente, vinculada, diretamente, à sua função contraditória como aparelho do Estado. No entanto, é na sua particularidade enquanto ordem administrativa que encontramos os elementos concretos de sua potencialidade, no sentido de operar interesses das classes dominadas.

Mas, temos que reconhecer que as reflexões sobre a burocracia são contraditórias, porque ora o controle da burocracia se faz necessário, posto que conforme Marx, a existência de interesses particulares se sobrepõem aos interesses públicos. Até porque a burocracia passa a ser necessária para garantir a estrutura de dominação na sociedade. Entende-se que controlar a burocracia não quer dizer superá-la.

Contudo, temos que superar a visão da superficial da burocracia e reconhecê-la a superação desta, só irá ocorrer através da democratização efetiva da administração.

Dessa forma, concordamos com Souza Filho (2011, p. 76),

[...] que a estratégia central deve ser a de fortalecer a estrutura burocrática do Estado para além dos centros estratégicos, buscando aproveitar o caráter racional da burocracia, por um lado, como forma de ampliar os espaços para propostas efetivas, eficientes, e eficazes, comprometidas com os dominados, que viabilizem melhorias imediatas nas condições de vida da população e, por outro lado, como mecanismo para contribuir com a formação de um quadro administrativo que tenha condições de se colocar a serviço da classe trabalhadora.

Posto isso, simultaneamente, deve-se fomentar e aprofundar mecanismos de democratização, que possibilite um maior controle social e público como forma de propiciar transparência, fragilizando a direção hegemônica e proporcionando condições para o fortalecimento de ações contra-hegemônicas (SOUZA FILHO, 2011, p. 77).

Dessa maneira, entendemos que a simples superação da burocracia, da forma que se coloca no discurso dos gestores, pode na verdade pode equivaler em retrocesso no campo dos direitos.

Infelizmente, os argumentos utilizados para a superação da burocracia no passado, presente e futuro são decorrentes das associações com fraudes e desvios de verbas públicas

nas instituições de saúde do país, considerando assim, que a burocracia weberiana não está dando conta dessa dominação e disciplina dentro das instituições públicas.

Ao partir dessas premissas precisamos pensarmos, que a superação da burocracia tem sido colocado com um resposta a suposta rigidez do Estado: Tal necessidade se justificava pela inadequação da administração pública burocrática, até então dominante, aos diversos elementos do contexto político, econômico e social, entre os quais se destacam (Secchi, 2009; Ormond e Loffler, 1999 apud Silva, 2014, p. 23):

□ *as limitações fiscais ao crescimento do setor público em um ambiente de aumento da cobrança por parte dos cidadãos por melhores serviços;*

□ *a disponibilidade de novos conhecimentos organizacionais e tecnologias de informação;*

□ *a interdependência entre países mais acelerada e de dinâmica imprevisível;*

□ *a mudança no perfil sócio-demográfico, especialmente com o envelhecimento das populações; e*

□ *a pressão crescente de grupos empresariais e da indústria a fim de promover um setor público mais direcionado aos negócios, aos investimentos e ao fornecimento eficiente de serviços.*

A necessidade da flexibilização está posta, na ideia de que existe uma defasagem natural entre a sociedade e a administração pública. Segundo Silva (2011, p. 23) “*as regras são fundamentais para o controle e a transparência, mas tornam lentos os processos e ao serem aplicadas a todos os setores indistintamente, não levam em conta as urgências diferentes nos tempos de execução*”.

Assim, um dos modelos organizativos, que tem sido colocado em resposta a burocracia, nos países principalmente que instituíram a reformas administrativas tem sido denominado gerencialismo (SILVA, 2014). O gerencialismo baseia-se no Governo Empreendedor³⁸ e a *New Public Management*³⁹(NGP). Isso, chega no Brasil a partir de 1995.

A NGP seria um espaço de diálogo profissional sobre novas ferramentas gerenciais e formatos organizacionais para a administração e prestação de serviços públicos em que participariam a comunidade científica e os agentes públicos (Barzelay, 1992, 2001, apud

³⁸ “Governo Empreendedor” foi um movimento, nos Estados Unidos, de incorporação dos métodos de gestão das empresas privadas à administração pública e sistematizados por David Osborne e Ted Gaebler (1995).

³⁹ o programa da *New Public Management* trata-se de um conjunto de argumentos e estratégias administrativas propostas para a gestão pública nos Estados Unidos e Reino Unido, difundido para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

Silva, 2014). Destaca-se que não há um padrão, mas sim diversos modelos em função das adaptações ao contexto social, econômico e político que se desenvolveram em cada país.

Assim, coadunamos com Silva (2014, p. 26) e destacamos que as ideias centrais da NGP englobam reformas estruturais e novas práticas gerenciais (Abrucio, 1996; Barzelay, 2001; Bresser Pereira, 1998), quais sejam:

- orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente;*
- ênfase no controle dos resultados por meio de contratos de gestão ao invés de controle dos procedimentos;*
- contratação externa: o setor público adquire no setor privado um bem ou serviço que tradicionalmente produzia internamente;*
- maior autonomia das agências governamentais e, no seu interior, nos vários setores, horizontalizando a estrutura hierárquica;*
- descentralização política, na perspectiva de que quanto mais próximo do cidadão estiver o poder de decisão em relação às políticas públicas, melhor será a qualidade da prestação do serviço e maior será o grau de accountability;*
- flexibilização das regras que regem a burocracia pública, principalmente o Direito Administrativo;*
- fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras de Estado, e valorização do seu trabalho técnico e político;*
- separação das funções do Estado de formulação/financiamento e implementação de políticas públicas;*
- transferência dos serviços sociais e científicos competitivos para o terceiro setor (devolution); e*
- transparência nos procedimentos e aumento da participação social.*

Contudo, a modernização da esfera pública, tem sido colocada com a lógica de melhoria para a população, até porque, questiona a inadequação e a rigidez do modelo da Administração Pública direta e autárquica. Contudo, o que temos visto é a apropriação indevida da rigidez, em prol de *uma modernização privatista*, que favorece o mercado em detrimento do público.

Isso é, o que tem interferido diretamente na desresponsabilidade do Estado na condução direta da política o que de fato difere as reais propostas do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, entendemos que as estratégias modernizantes estão presentes na operacionalização do SUS, através dos modelos de gestão configurados nas relações público-privadas, que são decorrentes da Reforma Gerencial do Estado, e que se estruturam em respostas a falta de governança, engessamento da máquina pública através da prestação da assistência baseada na relação de contratualização, na pactuação de contratos de gestão, na relação do controle social e participação social e na flexibilização da burocracia.

4.2) Elementos da Contratualização

Entende-se que a contratualização é uma estratégia operacional (WHO, 2006; FIGUERAS *et ali*, 2005). Ela, não necessariamente está associada a uma estratégia de estatização (SILVA, 2014), haja vista que, pode ser entendida como:

Um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, baseada na autonomia e responsabilidade das partes e sustentado num sistema de informação que permita um planejamento e uma avaliação eficazes, considerando como objeto do contrato metas de produção, acessibilidade, qualidade e eficiência (Escoval, 2012 apud SILVA, 2014, p. 44)

Ou seja, a contratualização trata-se de uma forma de dimensionar uma pactuação entre os interessados, deixando de maneira clara as responsabilidades. O seu objetivo *“seria regular o comportamento do agente na direção dos resultados visados e evitar que os mesmos busquem maximizar seus interesses próprios da forma que lhes aprouver”*. (SILVA, 2014, p. 45).

Na contratualização identificamos pactuações, que precisam ser explicitadas para facilitar a compreensão da dinâmica posta na operacionalização do SUS, dentre as quais iremos identificar: o contrato de gestão, controle social e a reestruturação da burocracia.

4.2.1 – Contrato de Gestão

Assim, os modelos de gestão têm sua autonomia para condução dos recursos públicos, tendo como instrumento o contrato de gestão.

O contrato de gestão trata-se de uma forma de relacionamento entre o Estado e as entidades público privadas, baseada na autonomia, no controle de resultados e na

participação efetivada sociedade civil na definição e controle das políticas sociais (GONÇALVES, 2001, p. 60).

Além disso, é um instrumento gerencial originado da Administração por Objetivos (APO). A APO foi formulada por Peter Drucker, quando este buscou deslocar a ênfase organizacional dos meios para os fins (JUNIOR, 2004).

Para Junior (2004, p. 46 - 47), a partir das interpretações de Caravantes (1983), a APO, seria:

a) um método de planejamento, compreendido como um processo (que não se esgota na elaboração do plano) sistêmico (abrange a organização em todos os seus subsistemas), interativo (pressupõe avanços e recuos), voltado para o futuro (sem a pretensão de predizê-lo ou controlá-lo), que visa racionalizar o processo de decisão mediante a seleção de alternativas de um curso de ação e da conseqüente alocação de recursos, além de coordenar e integrar de maneira eficaz as diferentes atividades que são realizadas tendo em vista alcançar os propósitos desejados;

b) um método de avaliação, que sistematicamente compara o planejado com o executado,

c) baseado em fatores quantitativos — quantificando, na medida do possível o que se quer avaliar —,

d) pelo qual superiores e subordinados elegem áreas prioritárias, de modo que a participação gera maior motivação e envolvimento e propicia a apreensão por todos, de conhecimentos substantivos resultantes da vivência e da experiência,

e) estabelecem resultados a serem alcançados (objetivos) — ou seja, respondem a três perguntas centrais, o que nós queremos, quando queremos e em que quantidade queremos —,

f) dimensionam as respectivas contribuições (metas) que cada unidade e cada indivíduo na organização deve realizar

g) e procedem ao acompanhamento sistemático de desempenho, aqui compreendido como um hábito que deve ser desenvolvido na organização e que em várias de suas dimensões subentende um processo de negociação entre os diferentes atores organizacionais quanto ao que fazer e como avaliar.

A partir disso, conseguimos visualizar, que os encaminhamentos acima expostos estão presentes no desenvolvimento dos modelos de gestão em xeque, na política de saúde

contemporânea, ao mesmo tempo, que nos remota aos Cadernos do Ministério de Reforma do Aparelho do Estado, que aponta o contrato como instrumento central para a gestão.

De acordo com BRASIL, MARE (1998, p. 36-37) a destinação deste "instrumento chave" no relacionamento entre os ministérios e as entidades contratadas seria, principalmente:

- clarificar o foco da instituição, interna e externamente;
- proporcionar uma base para a comparação entre o atual desempenho da instituição e o desempenho desejado;
- definir níveis de responsabilidade e de responsabilização; e
- possibilitar o controle social, por resultados e por comparação com outras instituições.

Assim, podemos entender que o contrato de gestão é um instrumento dinâmico e flexível, passível de adaptação ou modificação quando mudanças da realidade ou dos objetivos demandassem tais providências.

Segundo Silva (2014, p.47)

Os contratos elaborados para o sistema público deveriam associar de forma objetiva a qualidade da atenção, a satisfação do usuário, os serviços ofertados por cada unidade regulada; e introduzir incentivos ao bom desempenho organizacional. Seu objetivo seria o de estimular o compromisso com o resultado do trabalho e desenvolver na instituição a cultura da prestação de contas e da utilização de indicadores como instrumento gerencial. Além disso, estabeleceriam uma relação formal voluntária entre o ente regulador/financiador (principal) e o ente prestador de serviços (agente); promoveriam uma solução cooperativa entre os entes com vantagens para os dois lados e avançariam de uma relação hierárquica tradicional para a pactuação bilateral (Mendes, 2002). Contratar resultados seria também uma alternativa concreta para responder às demandas crescentes de *accountability*.

Na agenda contemporânea os ajustes contratuais têm sido realizados por termos aditivos aos contratos, conforme explicitado no Capítulo 3. Os termos aditivos têm sido identificados nas Organizações Sociais, nos estudos localizamos mais termo aditivo com as OSS, do que propriamente contrato. O que não aparece nas Fundações e EBSEH.

Ou seja, o que se identifica é uma flexibilização nestas relações contratuais, até porque a fiscalização é realizada internamente, e não pela sociedade civil, se manifestando principalmente nas relações de recursos financeiros, para suprimento e manutenção de recursos.

O Ministério da Administração de Reforma do Estado (BRASIL,1998, p. 37-38), considera como partes básicas de um contrato de gestão, seriam:

- disposições estratégicas, objetivos da política pública à qual se refere, missão, objetivos estratégicos e metas institucionais com os seus respectivos planos de ação;
- indicadores de desempenho, forma de representação quantificável e também de natureza qualitativa, para mensuração do sucesso das metas propostas, tendo como base determinado padrão de excelência, adotado ou convencionado, para julgamento da adequação do nível de realização de cada meta programada, considerando o horizonte de tempo da avaliação;
- definição dos meios e condições para a execução das metas pactuadas, tais como recursos (orçamentários, patrimônio, pessoal, etc.) e níveis de autonomia e flexibilidades;
- sistemática de avaliação — trimestral ou quadrimestralmente o ministério supervisor e a instituição deverão programar reuniões de acompanhamento e avaliação, para a verificação objetiva do grau de sucesso das metas, com base nos seus indicadores; os resultados alcançados deverão ser objeto de análise pelo ministério supervisor, que norteará as correções necessárias de rumo, para possibilitar a plena eficácia do instrumento; durante esse acompanhamento, será importante a avaliação da eficácia de seus indicadores, podendo os contratantes, de comum acordo, alterá-los por meio de aditivos ao contrato, caso demonstrem ser inadequado à aferição que se pretende realizar; os relatórios parciais e finais devem ser encaminhados ao ministério supervisor para parecer técnico.

Além disso, reconhecem-se também nos Cadernos do MARE (BRASIL, 1998, p. 38) as cláusulas mínimas:

Objeto - O objeto do contrato de gestão é o pacto de resultados entre uma parte contratante, o poder público, e outra parte contratada, seja instituição estatal ou não-estatal. Esta cláusula deverá contemplar, de forma clara, o contexto institucional do setor de atuação da instituição contratada.

Objetivo - São objetivos do contrato de gestão como instrumento de implementação de políticas de gestão:

- fortalecer a supervisão e os controles ministeriais sobre os resultados das políticas públicas sob sua responsabilidade;
- melhorar o processo de gestão da instituição contratada;
- promover o controle social sobre os resultados esperados e dar-lhes publicidade.

Metas - As metas pactuadas (finais e intermediárias) devem ser enumeradas, com seus respectivos indicadores e efetividade, eficiência e eficácia.

Obrigações da contratada - O contrato de gestão deve explicitar as ações que garantam o desenvolvimento institucional contínuo da entidade contratada, relativas à orientação estratégica, à otimização de processos organizacionais e à capacitação de pessoas. Obrigações dos ministérios supervisor e intervenientes. O contrato deve apontar os meios necessários à execução do contrato de gestão a serem providos pelos ministérios supervisor e intervenientes, relativos a recursos (financeiros, pessoal, patrimônio, etc.) e à autonomia de gestão (de pessoal, logística e orçamentário-financeira).

Valor - Deve estabelecer o valor a ser alocado durante sua vigência.

Acompanhamento e avaliação de resultados - Deve dispor sobre a sistemática de acompanhamento, definida relativamente a tipos e periodicidade dos relatórios, níveis de cumprimento de metas, auditorias e orientações para revisão e correções de metas ou condições.

Suspensão - Deve dispor ainda sobre as condições para suspensão, pelo período necessário à melhor adequação ao seu objeto, caso se verifiquem mudanças substanciais no contexto, impossibilitando o alcance das metas.

Vigência e renovação - Sua vigência é de um ano, mas pode ser estendida por período a ser determinado pelas partes, mediante termo aditivo que altere cláusulas relativas às metas, obrigações das partes e plano de ação.

Publicidade e controle social - O contrato de gestão deve estabelecer a obrigatoriedade, pelo ministério supervisor, de publicação, no Diário Oficial da União e outros meios físicos e eletrônicos, do teor do próprio contrato, dos relatórios parciais e finais e dos termos aditivos.

Rescisão - Situações e condições em que a rescisão poderá ser solicitada pelas partes ou realizada a qualquer tempo, relativas ao descumprimento injustificado pela instituição de compromissos firmados, ou acordo entre as partes ou, ainda, à prática de irregularidades por parte de dirigentes da instituição. A proposta de rescisão deve ser acompanhada de justificativa.

Desqualificação e penalidades - No caso de rescisão do contrato, a instituição será desqualificada por iniciativa do ministério supervisor à Presidência da República, mediante decreto, e os seus dirigentes sujeitar-se-ão, em conjunto ou isoladamente, ao afastamento da função e ou às penalidades previstas na legislação pertinente.

A partir dos elementos apresentados, reconhecemos que a contrarreforma, dentro da política de saúde se reafirma, principalmente porque as bases destas estão presentes nos Cadernos do MARE, que sinalizam como deve ser os caminhos trilhados. Até porque todos

os contratos: seja da Organização Social, seja da Fundação e da EBSEH, seguem estes direcionamentos e essa estrutura explicitada, só altera o contratante e o contratado, que em alguns casos são o município, estado e federal. Considerando assim, que este direcionamento responde algo em nível macro da política social, que trata da redução dos gastos públicos, justificada pela necessidade do pagamento da dívida pública.

Outro aspecto importante, é que para efetivação do contrato, no caso das Organizações Sociais, é aberto edital público, para posterior consolidação do contrato, mas infelizmente não se sabe sobre a idoneidade deste processo, haja vista na nossa história o jeitinho brasileiro se faz presente.

Destaca-se ainda que dentro dos contratos identificam-se nos espaços institucionais os trabalhadores, que também recebem interferências visíveis destas relações, haja vista, que uma das preocupações são com o cumprimento de metas previstas nestes contratos.

Sem falar, ainda sobre o adoecimento do trabalhador, dentro deste contexto institucional, diante das fragilidades de seus vínculos de trabalho e das relações institucionais.

4.2.2 – Controle Social e Participação Social

Frente a isso, uma questão importante e necessária seria as reflexões acerca do controle social. Até porque como se sabe no Brasil, sempre identificamos na história que a patronagem, o clientelismo e o patrimonialismo na política de saúde, e que isso reflete na lógica do favor, para concessão de empregos e cargos políticos na condução da política pública, gerando uma certa, dependência do patrão e empregado. Tornando-se o patrimônio público como algo privado, o que por sua vez, torna-se sinônimos da corrupção da máquina pública. E ainda, envolve disputas políticas por contratos e investimentos públicos.

Entendendo assim, que a lei 8.142/90 prevê um a importância da participação da sociedade, em todos os momentos da política, seja, no planejamento, na operacionalização, e na avaliação, o que permite um redirecionamento da política pública de acordo com as reais necessidades da população. Potencializando um dimensionamento horizontalizado na política, e não um olhar verticalizado, como se observa em muitas políticas sociais, que são implementadas, sem minimamente considerar a sua real necessidade e contribuição para a sociedade.

A transparência dos recursos públicos deve ser monitorada pela participação da sociedade civil, seja através dos conselhos e das conferências da política de saúde.

Contudo, isso tem sido uma limitação nos modelos de gestão no âmbito das Organizações Sociais da Saúde, verifica-se que a participação não tem acontecido, de maneira mais expressiva, haja vista, que as informações estão disponíveis online, mas equivale pauta de conselho a escolha das OSS que irão gerenciar os serviços de saúde do território.

No que trata da Fundação Saúde e EBSEH a participação ocorre vinculada ao conselho consultivo, porém é restrito aos profissionais em sua maioria inseridos na gestão das instituições.

Entende-se que a participação da sociedade civil tem acontecido de maneira restrita, sendo um campo aberto para a participação os espaços das Ouvidorias, das unidades, que reproduzem em sua prática o acolhimento das demandas, que ora pode ser reclamação, sugestão, esclarecimento, dentre outros, mas que infelizmente não reflete em mudanças significativas, até porque o retorno para a população ocorre sempre engessado em respostas prontas pelo gestor da Unidade, sem a possibilidade de um maior diálogo. Em experiência que tive em uma unidade estadual realizamos um trabalho na Ouvidoria, baseada numa proposta de Gestão Participativa no SUS, o que refletiu na conquista do Prêmio Sérgio Arouca, porém isso tem acontecido em casos isolados.

4.2.3 – Flexibilização da burocracia

A flexibilização da burocracia é algo que está posto, na história do Brasil, no Decreto 200/1967, no período da ditadura militar, que franqueava as empresas públicas, ministérios e autarquias a contratação de pessoas alheias ao serviço público com salários mais altos. Essa iniciativa, cujo intuito seria flexibilizar e tornar mais eficiente a administração pública, possibilitou a adoção de critérios políticos na gestão de pessoal (JUNIOR, 2004).

Entretanto, consideramos que processo de flexibilização da burocracia, pode permitir (SOUZA FILHO, 2011):

- a redução dos gastos dos públicos;
- a redução do poder de burocracia permanente;
- e a administração pública propiciando setores de dominação no contexto da política social.

Assim, entendemos que tal flexibilização da burocracia pode reforçar a construção da lógica do favor e da concessão em detrimento da perspectiva de direito e de democracia.

Entretanto, aparece na adoção dos novos modelos de gestão que é *accountability*, que traz a lógica de um gerenciamento flexível, de transparência e de responsabilização, que traz o tom de uma nova gestão pública.

Nas críticas feitas a administração do governo é muito lenta, burocrática, ineficiente, pouco responsiva e improdutiva. A argumentação dos defensores do paradigma tradicional é que, apesar de eventualmente apresentar algumas falhas, o modelo tradicional tem uma grande vantagem: a de ter *accountability* perante os cidadãos.

Portanto, não basta aos defensores da nova gestão pública demonstrar que seu modelo é mais eficaz e eficiente; eles terão que demonstrar com clareza que podem assegurar *accountability* perante o cidadão (JUNIOR, 2004).

Enfim, e neste caminhar que reconhecemos que em alguns momentos os novos modelos de gestão pública, tenta reforçar a crítica a burocracia, mas não necessariamente estão conseguindo dar conta da *accountability*, permitindo a transparência aos cidadãos de maneira acessível e que permita o controle.

Assim, em uma perspectiva democrática, reconhecemos que existe uma necessidade de constituir uma administração pública, conjugada entre *accountability*, equidade e justiça social (ABRUCIO, 1997). Ao se apropriarmos disto, reconhecemos que essa perspectiva tem por intencionalidade evitar a apropriação da iniciativa privado do espaço público e a falta de responsabilidade do serviço público, na condução da política pública. Até porque, essa perspectiva traz em sua essência o reforço da universalidade e a afirmação do direito, haja vista, que isso se trata de uma afirmação das concepções democráticas.

4.3 – Panorama comparativo dos modelos gestão

Os modelos de gestão da saúde estão ganhando o tom e a cada dia mais espaço na política de saúde brasileira, porém não podemos deixar de discorrer que as questões referentes a isso, que se atualizam e reatualizam com frequência, pois são temporais e até o findar desta tese pode sofrer alteração principalmente em tempos difíceis como os atuais.

Frente a isso, consideramos em nossa análise o parâmetro temporal do período de 2007 até 2019, conforme já apresentado no Capítulo 3, até porque as mudanças neste percurso são inevitáveis.

Dá mesma forma, que entendemos que o que irá definir a discussão entre público e privado, serão os objetivos das Organizações, da Fundação e da Empresa, posto que será este objetivo que definirá se é pública ou privada.

4.3.1 – OSS e OSCIP

Para isso cabe primeiramente uma distinção fundamental entre Organizações Sociais e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, haja vista que sua operacionalidade apresenta distinções significativas.

QUADRO 11 – Comparação das OS e OSCIP

Operacionalização	Organização Social	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
Lei	Lei 9.637/1998	Lei 9.790/1999
Tipo de Patrimônio	Público e Próprio	Próprio
Instrumento contratual	Contrato de Gestão	Termo de Parceria
Gestão em cada esfera de governo	Autonomia Administrativa e Financeira das OS	Autonomia Administrativa e Financeira OSCIP
Descentralização	Descentralização dos Serviços para a Iniciativa Privada	Descentralização dos Serviços para a Iniciativa Privada
Hierarquia	Autonomia Gerencial da OS	Autonomia Gerencial da OSCIP
Financiamento	Financiamento Definido no Orçamento Público, conforme influência política dos seus dirigentes.	Financiamento Definido no Orçamento Público, conforme influência política dos seus dirigentes.
Regionalização	Inexiste, posto que é definido de acordo com a autonomia.	Inexiste, posto que é definido de acordo com a autonomia.
Universalidade	Focalizada e conduzida pela OS	Focalizada e conduzida pela OSCIP
Participação da Sociedade Civil	Inexistente	Inexistente
Representante do Poder Público	Conselho de Administração	Não há deliberação de participação

Fonte: Quadro elaborada pela autora (2019), a partir de AFONSO (2002); FRANCO (2002); REZENDE (2008) e RODRIGUES (2003).

A partir do quadro 11 nota-se que quando tomamos como base os princípios do Sistema Único de Saúde, visualizamos que gestão através de OSS e OSCIP, identifica-se que estão distantes dos valores defendidos pelo Sistema Único de Saúde, até porque encontra-se lacunas, que geram na verdade um abismo entre o Estado e a ideia de parceria público privada.

Na comparação entre as OSS e OSCIP constata-se que foram criadas para atuar no espaço social, o do Terceiro Setor ou setor público não estatal. Entre elas identificamos a existência de distinções:

1ª) OSS – teve seu processo de formulação no seio do Projeto de Reforma do Estado, enquanto as OSCIP são produtos de mobilização de um segmento da sociedade civil na luta por reconhecimento institucional (JUNIOR, 2004).

2º) E que as OSS são qualificadas para poder firmar um contrato de gestão, enquanto no caso das OSCIP a qualificação não se destina a isso para construir parcerias, mas sim para atender as necessidades da entidade.

Essa comparação entre OS e OSCIP, se faz necessário, posto que em alguns momentos e em leituras realizadas, são colocadas como algo similar, mas na verdade tem distinções, que cabem ser expressas. Posto isto, vale sinalizar que no estudo não aprofundaremos o debate das OSCIP, justamente, porque na agenda atual não estão presentes na operacionalização da política pública.

4.3.2 – OSS e Fundação

Nesta relação destaca-se o direcionamento na esfera municipal e estadual que respaldam a qualificação destas organizações na operacionalização pública, reconhecendo a funcionalidade na administração pública.

QUADRO 12 – OSS e Fundação

Operacionalização	Organização Social RJ	Fundação Saúde
Lei	Lei Ordinária 6.043/2011	Lei 5.164/2007
Tipo de Patrimônio	Público e Próprio	Público
Instrumento contratual	Contrato de Gestão	Contrato de Gestão
Gestão em cada esfera de governo	Municipal e Estadual	Estadual
Hierarquia	Autonomia Gerencial da OS	Autonomia Gerencial da Fundação

Fonte: Tabela elaborada pela autora, a partir dos documentos oficiais dos dois modelos de gestão (2019)

4.3.3 – OSS e EBSE RH

No que tangencia os dois modelos, observa-se que as OSS e EBSE RH são propostas por uma lei federal, contudo o reconhecimento legal no que se refere a OSS é o direcionamento municipal.

QUADRO 13 – OSS e EBSE RH

Operacionalização	Organização Social	EBSE RH
Lei	Lei Ordinária 6.043/2011 e Lei 9637/1998	Lei 12.550/2011
Tipo de Patrimônio	Público e Próprio	Público
Instrumento contratual	Contrato de Gestão	Contrato de Gestão
Gestão em cada esfera de governo	Municipal e Estadual	Federal
Hierarquia	Autonomia Gerencial da OS	Autonomia da EBSE RH

Fonte: Tabela elaborada pela autora, a partir dos documentos oficiais dos dois modelos de gestão (2019)

4.3.4 – Fundação e Ebserh

O que identifica-se como relevante nestas duas propostas é que ambas compõem a administração pública indireta e relação estado e federal.

QUADRO 14 – Ebserh e Fundação

Operacionalização	EBSE RH	Fundação Saúde RJ
Lei	Lei 12.550/2011	Lei 5.164/2007
Tipo de Patrimônio	Público	Público
Instrumento contratual	Contrato de Gestão	Contrato de Gestão
Gestão em cada esfera de governo	Federal	Estadual
Hierarquia	Autonomia da EBSE RH	Autonomia Gerencial da Fundação

Fonte: Tabela elaborada pela autora, a partir dos documentos oficiais dos dois modelos de gestão (2019).

4.3.5 – Comparação Geral OSS, Fundação e EBSEH

Neste momento nossa atenção se debruça em trazer reflexões sobre a relação comparativa dos três modelos de gestão, que hoje e amanhã, configurará a política de saúde fluminense.

Inicialmente, para começar as arguições, considera-se necessário sinalizar a administração pública indireta (Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e as Organizações Sociais, o que já traz um primeiro elemento para a comparação que se refere ao aparato jurídico, posto que a Fundação e Empresa tem sua base legal prevista no art. 37 da Constituição Federal de 1988.

A Fundação é um formato de entidade pública, que integra a administração indireta do Poder Público dotada de características que conferem ao gestor público uma maior capacidade executiva de gerenciamento. Sendo aplicável a obediência aos Princípios Constitucionais, favorecendo uma gestão federativa integrada. Entretanto, na EBSEH temos as mesmas prerrogativas da administração pública indireta.

Considera-se, assim, que diante dos modelos de gestão pública apresentados, uma das questões seria que as OSS trazem as concepções de gestão compartilhada, uma vez que não elas não compõem a administração pública indireta.

Ou seja, o direcionamento das OSS seria baseado em leis municipais e estaduais, que direcionam o estabelecimento dos contratos de gestão. Nestes contratos vinculados, as OSS preconizam uma administração por objetivos, resultados ante os típicos controles formais.

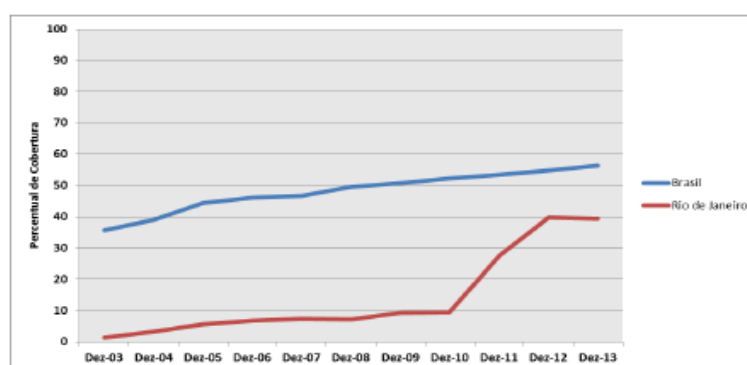
Assim, postas essas breves considerações visualizamos no desenvolvimento da pesquisa, quando nos aproximarmos do Estado e da cidade do Rio de Janeiro, uma ampliação dos serviços de saúde significativa das unidades são de assistência primária de saúde, ou seja, um padrão de assistência a saúde baseado em baixo custo, não se baseia na edificação de um serviço de expressiva qualidade, mas sim, temos uma ampliação precarizada, fragmentada e restrita ao sistema. O que não aconteceu nos outros níveis de atenção à saúde, como de média e alta complexidade, haja vista que neste contexto a prerrogativa apresentada foi apenas de modernização na infraestrutura das unidades, as quais *a posteriori* virariam de responsabilidade ora da Fundação, ora da EBSEH, apesar de existir unidades para além da atenção básica, que estão sobre gerência das OSS.

Assim, nesta agenda de adoção de modelos gerenciais tivemos um “bum” de unidades de saúde, nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, ou conhecido como

Clínica da Família, que tem um modelo de assistência barato, para territórios vulneráveis e com característica conservadoras na assistência a saúde. Na cidade do Rio de Janeiro, a área com maior número de unidades de Clínica da Família se localiza na zona oeste, conforme explicitado nos capítulos anteriores.

Em estudos recentes, de Silva (2014) é evidente esse aumento em particular na cidade do Rio de Janeiro, sendo todas as Estratégias de Saúde da Família gerenciadas por Organizações Sociais, reflexo das orientações dos organismos internacionais para a política de saúde.

GRÁFICO 1 – Expansão de Cobertura Potencial da População ESF – 2003 – 2013 – Rio de Janeiro



Fonte: Brasil, 2014 a partir do estudo de Silva (2011, p. 73)

No gráfico identificamos que o aumento significativo acontece justamente a partir de 2010, período de ampliação das parcerias público privada no Rio de Janeiro.

No estudo de Silva (2011, p. 71) identifica-se que além da ampliação das Unidades, “as reformas organizacionais aconteceram na cidade do Rio de Janeiro, acompanhadas de alteração na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde”. Essas reformas, que Silva (2011) sinaliza no âmbito municipal também são visualizadas na esfera estadual e federal, com a entrada das Fundações, e da própria EBSEH na dinâmica do SUS.

Ou seja, nesta perspectiva organizacional nota-se que algumas estratégias foram traçadas para um redirecionamento da política de saúde;

- Padronização das Unidades de Saúde, no âmbito da atenção básica, e nas Unidades de Pronto Atendimento;
- Sistema de Informação – que monitora o acesso da população aos serviços de saúde;

- Orientação e Parâmetros de direcionamento das práticas prestadas a população.
- Cumprimento de metas e resultados, definidos a partir de parâmetros entre os profissionais ou gestores.
- Modernização das instituições, reformas estruturais para posterior pactuação de contrato de gestão entre as unidades.

Assim, após a breve retomada de algumas questões no Sistema Único de Saúde de maneira mais geral, questões estas que se apresentaram ao longo percurso metodológico da tese, podemos afirmar que várias têm sido as estratégias de *modernização privatista conservadora do SUS*, nos últimos 25 anos de existência do sistema. Posto que, entendemos isso com um processo de parceria público privada.

Posto isso, neste momento encaminhamos todas as questões abordadas ao longo dessa tese para o quadro 12, que possibilita demonstrar um panorama comparativo dos novos modelos de gestão, que na verdade, não trazem elementos para o fortalecimento do SUS, mas ao contrário fortalece a relação de desresponsabilização do Estado e a importância da construção da parceria público-privada. Posto isso, entende-se que em alguns momentos o Estado tem que se (re)inventar para responder ao capital, resposta, essa que são dirigidas as necessidades e pactuações do Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, não tendo como prerrogativa, atender o interesse da classe trabalhadora.

QUADRO – 15 - Quadro comparativo dos Modelos de Gestão

Pontos de Comparação	Organizações Sociais da Saúde	Fundação Saúde	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Regulamentado e Normatizado	1998	2007	2011
Gestão	Contrato de Gestão 12/ 24 meses	Contrato de Gestão 12/24 meses	Contrato de Gestão Indeterminado
Esfera	Municipal e Estadual	Estadual	Federal
Termo Aditivo	Existente	Existente	Inexistente
Plano de Trabalho	Existente	Existente	Existente
Patrimônio	Público	Público	Público
Financiamento	Público	Público	Público
Fontes de Recursos Secundárias	Parcerias e Doações	Inexistente	Inexistente
Local de Origem	Diversas cidades e estados do Brasil	Estado do Rio de Janeiro	Brasília

Participação da Sociedade Civil	Ouvidoria das Unidades	Ouvidoria das Unidades	Ouvidoria das Unidades
Controle Social	Inexistente	Inexistente	Inexistente
Auditoria	Responsabilidade da SES e SMS do Rio de Janeiro	Responsabilidade da SES	Responsabilidade do Conselho Fiscal
Missões, Objetivos e Metas	Próprios de cada OSS	Próprios da Fundação Saúde	Próprios da EBSEH
Avaliação	Próprios de cada OSS	Próprios da Fundação Saúde	Próprios da EBSEH
Prestação de Assistência em Saúde	Existente	Existente	Existente
Ensino e Pesquisa	Inexistente	Existente*	Existente*
Extensão	Inexistente	Inexistente	Inexistente

* Com limitações

Fonte: Tabela Elaborada pela autora (2019) a partir de dados dos Portais da Prefeitura do Rio de Janeiro, Conexão Saúde e EBSEH

Assim, ao analisarmos os itens presentes no quadro consideramos que:

A **regulamentação e normatização** – em todos acontecem após a década de 90, quando temos no contexto econômico, político e social as ideais neoliberais – que reforçam a lógica da política privatista e redução dos gastos com as políticas sociais, objetivando o pagamento da dívida pública.

O **direcionamento e pactuações** todas estão baseadas na estrutura do documento administrativo, que é o contrato de gestão, que afirma direcionamentos legais, jurídicos e responsabilidade.

Os **modelos de gestão estão inseridos nas três esferas de governo**: as Organizações Sociais estão presentes na Esfera Municipal e Estadual, o que não ocorre nas Instituições Federais. Na esfera federal, identifica-se a existência de contratos os quais são realizados direto com a instituição contratante e tem caráter de prestação de serviço temporário. As Fundações são de responsabilidade exclusiva da esfera estadual e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, só estão vinculadas aos Hospitais Universitários federais, no Rio de Janeiro temos um Hospital Universitário Estadual, que mantém a gestão própria.

Sobre a **existência de termo aditivo** só localizamos nos contratos de gestão na esfera estadual e municipal, não identificamos no âmbito federal.

Todos os modelos de gestão apresentam **plano de trabalho**, estruturando com direcionamento gerencial, para comprimento, de missões, metas, objetivos e avaliação.

No que trata do **patrimônio** este sempre é público, que é utilizado através de permissão de uso.

No **financiamento** identifica-se que a fonte de recursos é exclusivamente pública para a Fundação e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, o que não ocorre nas Organizações Sociais, pois para algumas a doação e a filantropia estão presente no seu financiamento, o que não quer dizer que tais recursos sejam utilizados na política de saúde.

O **local de origem** das Organizações Sociais é difuso, pois a prestação de serviço acontece no Rio de Janeiro, o que não equivale que a organização seja do mesmo território, sendo de vários lugares do país. Já a Fundação e no próprio Estado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é Brasília.

No que equivale a **participação da sociedade civil**, localizamos que a Ouvidoria nestas instituições e no modelo de gestão seria os encaminhamentos ofertados para a população, contudo evidenciamos limitações nas respostas e nesta participação, porque as práticas são engessadas e burocráticas, O controle social externo apresenta características mais de inexistência do que de controle, porque na maioria dos casos estão centralizados nos próprios representantes das instituições.

As **auditorias** são realizadas pelas próprias contratantes (federal, estadual e município), mas não se visualiza transparência.

As **Missões, Objetivos e Metas** são de cada modelo de gestão, apresentando algumas similitudes entre eles. Assim, como a avaliação tem direcionamento próprio das contratantes e das contratadas, sem a presença de direcionamentos ou participação da sociedade civil.

Sobre **as atividades previstas** a prestação da assistência em saúde é prerrogativa de todas elas, mas algumas desempenha também atividades vinculadas ao ensino, no caso especial da Fundação Saúde e da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares. Porém, o que vemos no caso da Fundação ambição estaria nas premiações em recursos financeiros, que mais representa cumprimento de meta. Enquanto na EBSEH, baseia se nos pilares do Hospital Universitário, mas identificam-se ainda poucos avanços.

A guisa, identificamos que outros elementos são importantes neste estudo no que trata da relação comparativa para além dos expostos até aqui.

Dentre eles, um dos elementos refere-se à reorganização da administração das unidades de saúde, haja vista, que adoção do modelo gerencial traz como prerrogativa,

objetivos, resultados e metas a serem alcançadas. Que aparece explícita na atenção básica, quando se identifica cumprimento de metas em torno das ações de saúde e nos níveis secundários e terciários na rotatividade dos leitos hospitalares, que representam recebimento de recursos financeiros por internação.

Outro elemento identificado como importante nesta comparação são as formas de ingresso dos trabalhadores, nas instituições de saúde, que a partir dos estudos realizados, apontam para ingresso através de concurso apenas na Fundação Saúde e na EBSEH, o que não acontece na está previsto nas OSS, até porque não estão inclusas na administração pública indireta. Entretanto, localizamos alguns casos, que foi realizado seleção através de prova.

Na relação comparativa também evidenciamos em alguns documentos sobre as OSS, Fundação e EBSEH, pouca informação acerca da operacionalização das licitações, no caso de insumo, contando apenas nos portais de transparência os valores dos bens materiais adquiridos.

Assim, a partir das questões brevemente explicitadas ao longo dessa tese, identificamos que algumas são basais para a clareza dessa comparação conforme será exposto no quadro 16, porém iremos sinalizar os aspectos principais antecipadamente.

No quadro 16 iremos elencar a gestão própria, Organização Social, Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no que trata dos avanços, dificuldades, condicionalidades, financiamento, rebatimentos nos trabalhadores e na população.

No que aborda os avanços identificamos que os consolidados na gestão própria, não são comparáveis a dinâmica das OSS, Fundação Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, até porque a orientação de base são as prerrogativas do SUS e não a da contratada. O que se torna mais preocupante quando nos casos das OSS, até porque o contrato de gestão é direcionado pela própria, apesar de já está previsto em alguns editais as prerrogativas a serem defendidas, o que não necessariamente equivale a sua efetivação.

As dificuldades apresentadas no quadro apontam para similitudes, principalmente no que se refere as desigualdades de acesso, desarticulação da rede e a falta de recursos. Entretanto, o que difere na gestão baseada na parceria público-privada é a dependência cada vez maior do setor privado na operacionalização da política, sendo a dependência apenas financeira no que se relaciona com o Estado.

Nos condicionantes sugere-se como resultado que no âmbito da gestão própria as prerrogativas estão baseadas na estabilidade fiscal e nas políticas monetárias,

principalmente direcionadas para o pagamento da dívida pública, enquanto nos outros modelos de gestão a similitude está nos incentivos fiscais concedidos a estes modelos.

No âmbito do financiamento, o único que é direto é na gestão própria, os outros se baseia na lógica de repasse do ente federativo envolvido, seja município, estado e federal.

Os rebatimentos nos trabalhadores também é uma questão preocupante quando se pensa a perda de direitos trabalhistas e na fragilização da luta dos trabalhadores, frente a contratos distintos dentro das Unidades de Saúde.

Destaca-se também a que a mudança destes vínculos trabalhistas, reflete em alterações também no compromisso profissional destes trabalhadores, com a política de saúde, até porque essa fragilidade dos vínculos reflete em uma relação frágil com a instituição, posto que sempre se coloca no exercício profissional a continuidade ou não do trabalho.

Observa-se ainda que a lógica do controle dentro do processo de trabalho, seja através do cumprimento de metas e do controle de ponto digital, em alguns momentos torna-se adoecedor essa relação de trabalho até porque em muitos casos é marcado por assédio moral essas relações de controle.

Já os rebatimentos da população baseiam-se na lógica burocrática no que trata do acesso e a dinâmica de funcionamento, que apesar da adoção da lógica gerencial não altera isso de maneira significativa.

Outro elemento importante refere-se ao controle social e participação da sociedade civil, que na gestão própria é legitimada pelo SUS e na gestão das unidades baseadas na parceria público-privada baseia-se diretamente ao cumprimento de metas e resultados.

Quadro comparativo 16 – OSS, Fundação Saúde e EBSERH				
RELAÇÃO PÚBLICO- PRIVADA	GESTÃO PRÓPRIA	OSS	FUNDAÇÃO SAÚDE	EBSERH
Avanços	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades com direcionamento único, parâmetros de funcionamento baseados exclusivamente no Sistema Único de Saúde, nos diversos níveis de assistência à saúde. • Participação da Sociedade Civil no Controle da Política Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expansão dos serviços e do acesso às ações e serviços públicos em saúde, principalmente em nível municipal e no âmbito da atenção básica. • E manutenção e incremento de tecnologias nas unidades secundárias e terciárias de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de tecnologias em unidades existentes (nível de média e alta complexidade) • Presente exclusivamente em unidades Terciárias de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de tecnologias em unidades existentes (nível de alta complexidade) • Presente exclusivamente em Hospitais Universitários
Dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> • Fragilidades de Recursos Humanos e Financeiros, decorrente da falta de investimento nas políticas sociais. • Baixa priorização das políticas de corte universal. • Desarticulação entre as esferas de governo e setores • Desigualdades no acesso aos serviços públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento do número de unidade de saúde operacionalizadas pelas OSS, baseadas em contratos de gestão, firmados entre contratos e contratadas. • Dependência do setor privado na operacionalização do serviço de saúde; • Desarticulação entre as esferas de governo e setores; • Desigualdades no acesso aos serviços públicos; • Falta de Recursos Humanos e Materiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência do setor privado na operacionalização do serviço de saúde.; Falta de Recursos Materiais e Humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência do setor privado na operacionalização do serviço de saúde.; Fragilidades com os objetivos do Hospital Universitário; Ensino e Pesquisa
Condicionantes	<ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na estabilidade fiscal e nas políticas monetárias. • Fragmentação e Focalização das Políticas Sociais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de incentivos fiscais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de incentivos fiscais 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de incentivos fiscais.
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento direto 	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse de Recursos Financeiros dos ente federativo, para OSS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse de Recurso Financeiro Estado - Fundação 	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse de Recurso Financeiro da União para a EBSERH
Rebatimentos nos Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhador baseado no Regime Jurídico Único; • Contrato de trabalho temporário (emergenciais); • Potencial de luta e mobilização organizadas dos trabalhadores; • Direitos trabalhistas garantidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Regime de Trabalho Celetista; • Fragilidade da classe trabalhadora • Perda de direitos trabalhistas. • Gerenciamento do Processo de Trabalho (baseado em metas e resultados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regime de Trabalho Celetista • Fragilidade da classe trabalhadora • Perda de direitos trabalhistas. • Trabalhadores com distintas formas de contrato de trabalho na unidade • Gerenciamento do Processo de Trabalho (baseado em metas e resultados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regime de Trabalho Celetista • Fragilidade da classe trabalhadora • Perda de direitos trabalhistas. • Trabalhadores com distintas formas de contrato de trabalho na unidade • Gerenciamento do Processo de Trabalho (baseado em metas e resultados)
Rebatimentos na População	<ul style="list-style-type: none"> • Burocratização no Acesso; • Transparência dos Recursos Públicos; • Participação da Sociedade Civil no Controle Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Burocratização acesso baseado em pactuações conforme região de saúde e inclusão no SIREG. • Falta de Participação da Sociedade Civil no controle social 	<ul style="list-style-type: none"> • Burocratização do Acesso. • Pouca Participação da Sociedade Civil no controle social 	<ul style="list-style-type: none"> • Burocratização do Acesso. • Pouca Participação da Sociedade Civil no controle social

Fonte: Quadro elaborada pela autora, a partir de diferentes fontes de pesquisa (2019)

Dessa maneira, entendemos que os caminhos da política de saúde com adoção destes novos modelos de gestão reproduz e reforçam o interesse do capital (financeiro), apesar de reconhecermos a necessidade da máquina pública ser redirecionada para a superação de práticas engessadas, imediatista e até mesmo paternalistas tão presente na história da política pública brasileira, que tiram dela a lógica do direito e reforça a lógica burocrática e paternalista, mas não podemos deixar de considerar que a constituição desses novo caminhar tem que fortalecer a garantia do direito à saúde, e ao mesmo tempo potencializar e fortalecer o SUS, sendo de extrema relevância a construção de uma agenda que permitam uma maior protagonismos da sociedade civil, objetivando assim a manutenção dos avanços da Constituição Federal e do próprio SUS, não sejam perdidos e esquecidos com a adoção dos novos modelos de gestão tão presente no cenário contemporâneo.

Sendo assim, necessária a solidificação da participação da sociedade civil na construção de um orçamento público participativo, principalmente em nível municipal e estadual, potencializando o cidadão a influenciar e decidir sobre os gastos públicos, influenciando na construção de políticas sociais horizontalizadas, que permite o reconhecimento das reais necessidades da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensarmos em aprofundar o estudo sobre os modelos de gestão da política de saúde, muitas inquietações apareceram acerca do que iríamos encontrar, porém a certeza que tínhamos, era que, revelaríamos algo oculto aos olhos da sociedade, que precisam entrar na agenda da política de saúde brasileira. Uma questão que se colocava sempre nas minhas reflexões era se as discussões seriam em sua maioria baseadas em questionamentos e preocupações sobre a política de saúde, contudo acabamos por identificar avanços, dificuldades, condicionantes, e rebatimentos nos trabalhadores da política e na população.

Ao nos aproximarmos do campo da pesquisa, receios se apresentaram com relação ao que seria revelado. Acreditávamos que encontraríamos dados e resultados temerosos, o que realmente aconteceu como previsto.

Dessa maneira, optamos por escolher os modelos de gestão implementados na política de saúde brasileira, decifrando como eles se estabelecem nas instituições públicas tanto do estado como da cidade do Rio de Janeiro. Este caminhar, se consolidou através do mapeamento das Unidades de Saúde que adotaram os três tipos de modelos de gestão elencados ao longo da tese, a identificação de cada modelo de maneira subjetiva e particularizada e por conseguinte os efeitos deletérios de cada política, seja no que se refere aos avanços, desafios, condicionantes, financiamento, e rebatimentos na população e na classe trabalhadora.

A escolha por este caminho se deu em torno da necessidade de compreender como essa operacionalização da política pública, por mais que tem trago uma lógica gerencial e modernizadora, deixa falhas e lacunas no que se refere ao controle público.

A compreensão de como os modelos de gestão estão sendo operacionalizados na política de saúde no estado e na cidade do Rio de Janeiro, a partir de um estudo comparativo entre as diferentes formas em que eles se espraiam, revela que o movimento realizado pelo capital via Estado transformou os propósitos universalizantes da política de saúde em ações restritas ao direcionamento orçamentário definido para submeter a lógica pública a privada, trazendo sérios danos as conquistas populares e a efetivação dos direitos e conseqüentemente da cidadania dos brasileiros.

Nesse movimento identificamos a ruptura histórica dos compromissos do Estado com a pauta nos cortes financeiros, que deterioram a prestação de serviços nesta área.

Uma das questões centrais, que firma esse fato é que a reforma administrativa generalista que ocorreu no Brasil a partir dos anos 90, que inspirou o surgimento das Organizações Sociais, apunhalou a direção dada a saúde pela Reforma Sanitária. Tal fato veio acompanhado de propostas de gerenciamento no âmbito da administração pública indireta, através das Fundações e das Empresas Pública, que passaram incorporar a lógica gerencial em suas pautas.

Essa proposta foi incluída diante de questionamentos, sobre a inoperância da máquina pública, pela falta de governança, pela burocratização do aparato estatal, todas guiadas por orientações de organismos internacionais unilaterais, que há alguns anos têm direcionado algumas políticas sociais no Brasil, com a prerrogativa de que a redução de alguns gastos públicos são necessários para pagamento da dívida pública.

Nesse intuito, é desafiador, e ao mesmo tempo não identificamos nas pesquisas realizadas consenso entre qual o modelo que melhor responde as necessidades dos gestores, dos trabalhadores e da população no que se refere a operacionalização da máquina pública, pois o que se percebe em todos eles é a existência de fragilidades, as quais põem em xeque a efetivação dos valores defendidos pela Reforma Sanitária.

O que se foi visualizado ao longo deste percurso foram as alterações no cenário institucional das unidades de saúde. Uma delas é a deterioração, seja no que trata da estrutura das unidades, seja nos serviços prestados a população ou as condições de trabalho dos profissionais de saúde, que atuam nestas instituições. Tudo são reflexos da redução dos gastos públicos. Sem falar, dos escândalos recorrentes na mídia falada e escrita acerca de corrupção, fraudes e desvios de dinheiro, que estão presentes no cotidiano da sociedade brasileira.

Isso, de certa forma só reforça os argumentos utilizados para desresponsabilização do Estado na condução da política pública, principalmente na política de saúde fluminense, onde visualizamos em diversos momentos da pesquisa escândalos e corrupções associadas a política de saúde. Isso por sua vez, reforça a necessidade de novas estratégias para atender aos problemas vividos pela população e gestores, consolidando assim novas formas de governança e gerenciamento, que respondesse as necessidades econômicas ditadas pelo capital, ao mesmo tempo, que os modelos de gestão vêm como possível salvação da precarização da saúde fluminense.

Dessa maneira, identifica-se que são distintos os modelos de gestão, posto que na esfera municipal temos um *mix* público-privado, com a maciça atuação das Organizações Sociais da Saúde, na esfera estadual temos Organizações Sociais da Saúde e Fundação Saúde, enquanto na esfera federal temos nos Hospitais Universitários a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares, e nas outras unidades da federais, contratos emergências de caráter temporário.

Até porque a sensação, que sem tem com adoção dos novos modelos de gestão, é que a resistência não tem acontecido ou até mesmo não tem sido suficiente para mudar a dinâmica e o percurso da história deste sistema, que é reconhecido mundialmente com uma das melhores estruturas de sistema público de saúde do mundo, se comparou com outras realidades.

Entretanto, a imagem que visualizamos na agenda atual é de uma resistência falha na conformação na aceitação passiva das mudanças que vem sendo gestada pelo capital, principalmente pelo financeiro. Que colocam uma nova roupagem a dinâmica privatizadora da administração pública.

Posto isso, entender cada modelo e mapear o desenvolvimento no cenário fluminense foi um dos desafios postos nesta tese, primeiro porque realizar esse levantamento não foi uma tarefa fácil, justamente pela dificuldade de acesso a determinadas informações, que se tornaram no processo de investigativo estabelecido na relação pesquisador – objeto, algo similar a uma caixa preta, que escondia tudo que não poderia ser revelado.

Mas, assim foi através de buscas em sites e investigação de campo, conseguimos copilar toda a realidade carioca, no que se refere as unidades de saúde, que hoje que adotaram algum dos novos modelos gerenciais, que compõe a agenda da política pública.

Assim, neste primeiro olhar, o que nos assustou o número de unidades de saúde, que nos dias atuais estão submetidas a lógica gerencial baseada no cumprimento de metas e resultados.

Na cidade do Rio de Janeiro, as ações da atenção básica equivalem aproximadamente 90% vinculada a Organizações Sociais da Saúde, embasadas na relação do contrato de gestão, que qualifica e regulariza essa relação, porém a entrada destas OSS na atenção básica não refletiram em uma expressiva qualificação na melhoria do acesso da população, dos serviços prestados na unidade e tão pouco na condição dos trabalhadores, haja vista, que na mídia falada e escrita são recorrentes os problemas oriundos desta relação estabelecida. Sem falar, que os trâmites para a qualificação dessas organizações, por mais

que esteja disponível o acesso via editais, não isenta que possa haver a existência de fraudes, posto que muitas OSS têm mantido um certo “*patrimonialismo*” na utilização da política pública.

Além disso, identifica-se que as OSS são modelos frágeis de prestação de assistência a saúde, até porque estão operacionalizando suas ações exclusivamente no âmbito municipal e estadual, amparados pelas leis municipais e estaduais, apesar de se ter conhecimento de Lei federal que oficializa e regulamenta as OSS.

Outra questão pertinente a ser abordada, refere-se as relações contratuais estabelecidas, que reforcem objetivações e prerrogativas entre a contratada e contratante, o que não equivale, que seja garantido o interesse da sociedade civil, nas pactuações contratuais.

Esses processos contratuais iniciam com os editais, que trazem definições importantes sobre como deve ser elaborados os planos de trabalho que são fundamentais para a construção de uma linha de trabalho em saúde. Contudo, uma preocupação evidente é a relação tendenciosa dos planos de trabalho serem construídos de cima para baixo, sem uma característica horizontal, haja vista que muitas destas organizações estão localizadas em territórios, ou melhor, estados diferentes dos quais atuam. Entretanto, tais propostas de trabalho são comuns também na Ebserh, mas não evidentes na Fundação.

Destaca-se ainda a existência de termo de referência, nestes processos, que apresenta também semelhanças com alguns planos de trabalho, uma vez que se configuram após a pactuação com o contrato de gestão.

Outro instrumento contratual importante são os termos aditivos, que tem números significativos na operacionalização do SUS. Destaca-se que a presença de termo aditivo é comum no âmbito da gerência municipal e estadual.

Enquanto o número de termos de rescisão apresenta números bem inferiores, o que aponta e reforça uma desresponsabilização do Estado cada vez maior, posto que nenhum dos casos de rescisão identificados sinalizavam o retorno para o modelo de gestão própria de responsabilidade do Estado. O que também não acontece na Fundação e na Ebserh.

No caso da Fundação Saúde as localizamos apenas nas unidades vinculadas ao estado do Rio de Janeiro, amparadas por legislações estaduais. Assim, como nota-se ainda nas atividades realizadas no campo, que algumas unidades, que estão com este modelo de funcionamento, possui também alguns setores vinculados as Organizações Sociais de Saúde, principalmente Centro de Terapia Intensiva, como foi o caso, do Hospital Estadual Carlos Chagas em Marechal Hermes.

Essa realidade fragiliza a lógica de funcionamento da instituição haja vista, que um dos primeiros efeitos e a própria administração geral da Unidade, que tem de compartilhar de direcionamentos distintos, posto a forma que se pactua os contratos e as relações.

Outra questão evidenciada nos relatos e nas visitas, é que as unidades problemas nas suas rotinas institucionais no que se refere a falta de insumos, materiais e recursos humanos, podendo assim se afirmar, que as Unidades hoje gerenciadas pela Fundação Saúde, se apropriaram dos aspectos negativos vividos nas unidades públicas.

Já, na EBSEH, constata-se que a sua entrada veio acompanhada da reestruturação dos Hospitais Universitários, que modernizou as Unidades no que se refere principalmente ao incremento de tecnologias, porém com a entrada da EBSEH, uma das questões que se superou foram os contratos de trabalhos dos terceirizados, que acontecia via cooperativa, resguardando o mínimo de garantias trabalhistas, apesar de existir ainda contratos de trabalho, baseado em regime temporário.

Na pesquisa não localizamos muitas evidências de problemas vinculados a fraude e corrupção nestas unidades, neste primeiro momento, porém notamos que um dos maiores entraves nestas unidades seria a efetivação dos compromissos institucionais com ensino, pesquisa e extensão.

Dessa maneira, entendemos que isso preciso ser mais trabalhado no âmbito dos Hospitais Universitários, até a primazia por assistência de qualidade sempre foi prerrogativa destas instituições, contudo dentro do modelo gerencial, o que se identifica é a preocupação com cumprimento de metas e resultados rentáveis a instituição. Isso, não tem ocorrido apenas nos HU, mas em todas as Unidades seja com Fundação, seja OSS.

Contudo, nas Fundações ainda se identifica preocupação com reconhecimento de práticas exitosas na saúde, o que não ocorre em nenhum dos outros modelos.

Além disso, umas das questões que perpassam a tese e a própria história da política de saúde, refere-se à participação da sociedade civil, objetivando o controle social, que com a adoção deste modelo de gestão identifica-se um abismo para que seja operacionalizada, até porque observa-se em todos que a participação acontece limitada apenas na relação contratante e contratado e não exposto para as decisões coletivas, apesar de se ter o portal de transparência isso coloca a participação da sociedade na organização e na construção da política, tendo se em todos os modelos um direcionamento vertical e não horizontal nas tomadas de decisão.

Outro aspecto importante, refere-se ao trabalhador, que vive um mix de questões cotidianas, seja frente as condições de trabalho, seja diante da forma de contrato, seja pela

própria rotina institucional que exige o cumprimento de metas e resultados, reflexos estes que rebatem na sua condição de trabalho, tendendo ao adoecimento, a vivenciar situações de assédio moral, que não conseguem ser superados diante das fragilidades de se estabelecer trabalhadores organizados que lutem pela conquista e efetivação de direitos, até porque os interesses tendem a se tornar difusos e subjetivos.

O financiamento é outra questão importante nesta relação comparativa, apesar de não ter sido exclusivo deste objeto de estudo, haja vista, que se identifica que este é ocultado nesta relação até porque a transparência e a única forma que isso se torna visível a sociedade, entretanto, não tivemos tempo hábil, para comparar o financiamento direto do SUS no caso da gestão própria para os casos de repasse. Entretanto, a adoção desta lógica foi justificada também pela necessidade de dinamizar processos licitadores, contratos, que esbarravam frequentemente em trâmites burocráticos e que supostamente precisava ser revisto. Todavia, o que se visualiza é que este certo automatismo refletiu em inseguranças e medos acerca destes modelos por parte da população e por outro lado um paraíso para os gestores na efetivação e consolidação da política.

Posto isso, acreditamos que em alguns momentos o mais difícil é superar a aparência dos fenômenos, que apontam primeiro que as instituições de saúde gerenciadas diretamente pelo Estado estariam falidas, e que precisam se modificar para atender a realidade que está em constante mutação. A inoperância e a burocracia são os argumentos que sustentam a necessidade de modernização da máquina pública, porém quando passamos buscar e compreender a essência dos fenômenos, e entrelaçamos as questões apresentadas pelas instituições com os elementos da conjuntura política, econômica e social vivenciadas pelo Brasil, reconhecemos que é fato. E que isso é pequeno frente à demanda de mundialização do capital e da financeirização das políticas públicas, em particular as políticas de Seguridade Social, que ora sim ora não são alvo dos cortes sociais que justificam o pagamento da dívida pública. Em suma: esse movimento de apropriar-se da essência dos fenômenos requereu a apropriação da bibliografia que contemplasse a crítica do tempo presente.

Assim, podemos afirmar que nos últimos anos, a política social tem refletido as mudanças decorrentes das alterações e dos ajustes econômicos que tem acontecido na economia mundial, orientados principalmente pelo Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI), que reforçam a lógica dos ajustes fiscais, baseando-se no argumento de que o país precisa pagar a dívida pública.

No que trata dos modelos de gestão baseados na Fundação Saúde ou na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares, que compõe a administração pública indireta, entendemos que a lógica gerencial também está posta, principalmente baseada da operacionalização do Sistema Único de Saúde e nas unidades de nível de média e alta complexidade.

Porém, para alguns pensadores, que não cabe aqui detalhar, as reformas dentro da estrutura do Estado seriam necessárias, posto que se fazia necessário modernizar a máquina pública, uma vez que entendem que o modelo de organização do Estado na contemporaneidade não daria conta das novas necessidades do capital, sem falar que este modelo sempre recebeu críticas frequentes relacionadas a uma dinâmica burocrática, que supostamente não conta das necessidades da população e tão pouco dos gestores, que entendem a burocracia como algo engessado e retrogrado. Então, estes defensores entendem que o modelo gerencial seria um mal necessário para a modernização da máquina pública, que atenderia de certa forma aos interesses econômicos, ao mesmo tempo, que facilitariam melhorias nos serviços prestados a população.

Contudo, temos que ter cautela com a “modernização”, que de certa maneira representa o reforço da desresponsabilização do Estado na condução das políticas públicas. Obviamente, algumas políticas, dentre elas as do social, que são alvo premente de tal redução e diminuição dos gastos públicos.

Assim, entendemos que muitos são os desafios postos pela agenda contemporânea para as políticas sociais, até porque argumentos que sustentam a redução de cortes e a necessidade frequente de reformas na administração são recorrentes e postos o tempo todo na conjuntura atual, porém, o que me preocupa neste momento final e fortalecer o que está conquistado, para que não se tenham nenhum direito a menos, entendendo que os direitos que foram conquistados e estão postos na Constituição Federal, é reflexo de luta organizado dos trabalhadores.

Dessa maneira, considero que se faz necessária a ocupação e um maior monitoramento da sociedade civil da administração pública, principalmente no que se refere ao Orçamento público, para que seja possível construir ações e estratégias de resistência a realidade que estamos expostos cotidianamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. *O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente*. **Cadernos ENAP** nº 10. Brasília, ENAP, 1997

ANDREAZZI, M. F. S; BRAVO, M. I. S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo. Boitempo, 2007.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 173-206

BARBOZA, Pedro. Fundações e Modelos de Gestão In: **Debates GV Saúde**. Revistas do GV Saúde. EAESP. Primeiro Semestre de 2009. Rio de Janeiro. Número 7. pg. 8-10

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**. Desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política social no capitalismo tardio**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social – fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica do Serviço Social, v.2).

BOSCHETTI, Ivanete Salete. América Latina, Política Social e Pobreza: “novo” modelo de desenvolvimento?. In: SALVADOR, Evilásio, [et al.] (org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, p. 31 – 58, 2012.

_____. A política de Seguridade no Brasil. In: **Serviço Social. Direitos e Competências Profissionais**. Brasília, CFESS, UNB, 2009.

_____; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no período de 1999 a 2004: quem paga a conta? In: Mota, Ana Elisabete [et al]. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. Brasília: ABEPSS; São Paulo: Cortez; apoio: OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 49-72.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 31.ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. Congresso Nacional. Projeto de Lei Complementar nº 92, de 13 de julho de 2007 (Poder Executivo). Emenda Substitutiva de Plenário (do Senhor Pepe Vargas). Regulamenta o inciso XIX, do art. 37, da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Brasília, 13 jul. 2007. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/prop_detalhe.asp?id=360082>. Acesso em 08 ago.2018

_____. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF – dispõe sobre o

financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime de pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da União. Brasília, 27 jan. 2010 - Edição Extra. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em 10 out. 2013

_____. 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. Diário Oficial da União. Brasília, 27 fev. 1967 e retificado no D.O.U. de 17 jul.1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm>. Acessado em: 20.04.2016

_____, Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União de 14 de setembro de 2000. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em 15 nov. 2013.

_____, Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000. Lei de Responsabilidade Fiscal. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso: 01/02/2019.

_____. Lei nº 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília. 06 de abril de 2001. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso: 02/02/2019

_____. 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. Diário Oficial da União. publicado 24.3.1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm>. Acesso em 15 nov. 2013.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília (DF), 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.[Conversão da MPv nº 1.648-7, 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. Diário Oficial da União. Brasília, 18.5.1998; retificado no DOU 25.5.1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm>. Acesso em 08 nov.2013

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [1990a]. Dispõe sobre participação na comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de dezembro de 1990.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Mensagem de Veto]. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010 [2010a]. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 2010 – Ed. Extra. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Mpv/520.htm>. Mensagem de encaminhamento. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Exm/EMI-383-MP-MEC-MPV-520-10.htm. Prorrogação publicada no DOU de 23 de março de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Congresso/apn-012-mpv520.htm. Acesso em 15 nov. 2018

_____, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília (DF): MARE, 1998 [1998b]. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, v.2).

_____. Reforma administrativa do Sistema de Saúde. Brasília (DF): MARE, 1998. [1998a]. (Cadernos MARE de Reforma do Estado; c.13 B)

_____. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: MARE, 1995.

_____, Ministério da Saúde (MS). Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/96. Brasília, DF: MS, 1996. 34p. Diário Oficial da União. Brasília, 6 nov. 1996, Seq.1, p. 22932. Disponível em: <<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acessado em 12.04.2016

_____. _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993. Diário Oficial da União. Brasília, n. 96, p. 6.961-5, 24 maio 1993.

_____. _____. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 04 de março de 2019.

_____. _____. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (DF), 2017c. Disponível em: . http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. _____. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília (DF), 2016b. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27176258_PORTARIA_N_1482_DE_4_DE_AGOSTO_DE_2016.aspx Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. _____. Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Brasília, DF. 2007.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Ofício nº 60-GS/SAS. Assunto: Proposta de Plano de Saúde Acessível. Brasília (DF), 18 jan. 2017a. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis: relatório de consolidação das informações e contribuições ao Projeto de Plano de Saúde Acessível*. Brasília (DF), 2017. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf Acesso em: 20 fev. 2018

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRAVO, Maria Inês. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis** [Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS]. São Luís (MA), ano VII, n. 13, p.121-153, jan.-jun. 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. **In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.) Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. Brasília: ABEPSS, São Paulo: Cortez; apoio: OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 88-110.

_____. A Política de Saúde na década de 1990: projetos em disputa. *In: Superando Desafios. Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro (UERJ: HUPE), v. 4, P.29-34, 1999.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: EDITORA UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas Reflexões sobre os Governos Lula e Dilma. *In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S., PELAEZ, Elaine Junger., PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAZ, Marcelo. O Governo Lula e o Projeto ético político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXV, n. 78, p. 48-68, julho 2004.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**. Brasília [MARE], v.1, 1997.

_____. **A Reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira**. Brasília, janeiro de 1995. (Conferência ministrada nos seminários sobre a reforma constitucional, realizados com os partidos políticos).

CARAVANTES, G. R. **Administração por objetivos: uma abordagem sócio-técnica**. Porto Alegre: Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1983.

CASTELO, Rodrigo. O social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia do bem-estar. In: **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. MOTA, Ana Elizabete (org.). São Paulo: Cortez, 2012. p.46-77

_____. Supremacia rentista no Brasil neoliberal e a violência como potência econômica. **Universidade e Sociedade**, Brasília:ANDES-SN, vol.27, n.60, 2017, p.58-71.

CEOLIN, G. F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 118, p. 239-264, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a03n118.pdf> Acesso em: 15/07/2017

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde**. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G.C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio das Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 31(2):285-297, fev, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00285.pdf>>. Acessado em: 14.04.2016

CORREIA, M.V.C. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contramão da política de saúde. **Temporalis**. São Luís (MA): ABEPSS, ano 7, n. 13, p.11-38, jan.-jun. 2007.

CRUZ, Sebastião C. Velasco e. **Estado e economia em tempo de crise**. Política industrial e transição política no Brasil nos anos 80. Campinas (SP): UNICAMP, 1997.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. “Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania”. **IPEA**. Políticas sociais: acompanhamento e análise. 20 anos da Constituição Federal. N.17, Volume 1, p. 08-36, [s/d].

DURKHEIM, D. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Nacional, 1987.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FERREIRA, Junior, Walter Cintra. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde / Walter Cintra Ferreira Junior. - 2004.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R. J.; JAKUBOWSKI, E. (ed.). Purchasing to improve health systems performance. **Maidenhead: European Observatory on Health Systems and Policies Series**, Open University Press, 2005.

FIORI, José Luís. **Os Moedeiros Falsos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

- FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.
- FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Nota política: “O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde”. Brasília (DF), 5 ago. 2016. Disponível em: <http://sindsaudepr.org.br/disco/arquivos/gerencia-arquivos/Documento%20FNCPS%20Final%20Final.pdf> Acesso em: 20 fev. 2018
- FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o Futuro**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf> Acesso em: 20 fev. 2018.
- _____. **Travessia Social**. Brasília (DF), [2016]. Disponível em: <https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/TRAVESSIA%20SOCIAL%20-%20PMDB LIVRETO PNTE PARA O FUTURO.pdf> Acesso em: 20 fev. 2018.
- GONÇALVES, P. M. Contrato de gestão: instrumento fundamental na implantação do modelo gerencial na administração pública brasileira. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília: Conselho Federal de Contabilidade, n. 131, p. 57-69, set./out. 2001.
- GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês S.*et.al.* **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão para a saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius / Adufrj- SSind, 2008, p.36-39. [Disponível também em: <<http://www.adufrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/08/pol%C3%ADtica-de-sa%C3%BAde-na-atual-conjuntura.pdf>>] Acesso em 20 abril.2019
- HARVEY, D. **A Condição Pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2011.
- _____. **Novo Imperialismo**. São Paulo, Loyola, 2005.
- HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **Princípios da Filosofia do Direito**. São Paulo, Martins Fontes, 1997.
- HOSBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos**. São Paulo: Cia. Das Letras, 1995.
- IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.
- IBANEZ, N. & VECINA Neto, G. Modelos de Gestão e o SUS. **Caderno de Saúde Coletiva**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007. (1831-1840).
- JUNQUEIRA, Virginia. Organizações sociais e as fundações estatais de direito privado - duas faces da contra-reforma de estado na saúde. **Temporalis**. São Luís (MA), ano 7, n. 13, p.67-90, jan.-jun. 2007.
- JESUS, Marcos Junior Ferreira de. Contratualização de resultados, controle e aprendizagem: a experiência do HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense / Tese apresentada na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas. São Paulo, 2017.
- LARA, R. Contribuições acerca dos desafios do movimento sindical diante da crise do capital. In: LOURENÇO, Edvânia; NAVARRO, Vera (Orgs). **O avesso do trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Ed. Cortez, CEDEC, São Paulo: Cortez; CEDEC, 1995.
- LEITE, Janete Luzia. “Questão social” no Brasil e políticas sociais brasileiras. O governo Lula em pauta. **Temas e Matizes** [Revista eletrônica]. Cascavel (PR), v. 9, n. 17, p. 87-102,

1. sem. 2010. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/temasematizes>>. Acesso em: 02 abr.2017.

MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde no governo Lula – continuidades e mudanças. 2007. Montreal (CA). **International Congress of the Latin American Studies Association, 29**. Panel: Lula's Brazil: Ruptures or Continuity in Public Policy and Popular Support. LASA, September, 6, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira. LIMA, Luciana Dias. BAPTISTA, Tatiana, Wargas de Lima. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. In: **Caderno de Saúde Pública**. 2017, 33 S 143 S 161. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf> Acesso: 01/04/2019

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985. (Coleção Os Economistas)

MARTINS, Maria Inês Carsalade; Molinaro, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1667-1676, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/18.pdf> Acesso em 16 de agosto de 2014.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Vol. 1. Tomo 1. São Paulo: Nova Cultural, 1983.

_____. **O Capital: crítica da economia política**. Vol. 1. Tomo 2. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, K. e ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo. Cortez, 2008.

MATHIAS, M. Uma segunda alma para o SUS? Entidades criadas por empresários da saúde abrem caminho para um Sistema Único totalmente integrado e gerido pelo setor privado. **Revista POLI: saúde, educação e trabalho**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, ano 9, n. 48, nov./dez. 2016.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano XXIV, n. 74, p. 85-117, jul. 2003.

MAZZEO, Antonio C. **Burguesia e capitalismo no Brasil**. São Paulo: Ática, 1995.

MEDAUAR. Odete. **Direito Administrativo Moderno**. 18ª Edição. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: RT, 1985.

MENDES, Eugênio V. **Distrito Sanitário: O processo de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. V.2.

MENDES, Jussara Maria Rosa *et al.*. Gestão na saúde: da reforma sanitária as ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**. Porto Alegre: PUC-RS, v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011 Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9912/7337> Acesso: 02/02/2019.

MENEZES, Débora Holanda Leite. **A prática profissional do Serviço Social nos Hospitais Universitários**. Curitiba: Prisma, 2017.

- MENEZES, D.H. L.; LEITE, Janete. A NOVA CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: o Rio de Janeiro como laboratório. **Revista de Políticas Públicas**. Maranhão.V. 20 n° 1 (2016)
- MÉSZÁROS, Istvan. **A Montanha que Devemos Conquistar: reflexões acerca do Estado**. São Paulo: Boitempo, 2015.
- _____. **A Crise Estrutural do Capital**. São Paulo, Boitempo, 2011.
- _____. **Para Além do Capital: Rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: UNICAMP/Boitempo Editorial, maio de 2009.
- MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010 (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.5).
- MORONI, J.A. O direito à participação no Governo Lula. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, pp 248–269. Disponível em:<http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_participacao.pdf>. Acessado em: 20.04.2016
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 2000.
- NETTO, José Paulo. Crise do Capital e consequências societárias. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. N. 111 p. 413-429. jul/ set. 2012.
- _____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____. "Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil". In: **Serviço Social e Sociedade** – n° 50. São Paulo: Cortez Editora, 1996.
- NETTO, J. P. E BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. Biblioteca Básica do Serviço Social, v 1. São Paulo. Editora Cortez. Biblioteca Básica, 2007.
- OLIVEIRA, M. A. (org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1996.
- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador (BA): Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PANIAGO, M.C. S. **A Crise Estrutural do Capital, os Trabalhadores e o Serviço Social**. Artigo publicado na coletânea “Crise Contemporânea e Serviço Social”, organizada por Gilmaisa Costa, Rosa Prédes e Reivan Souza. Edufal, Maceió, 2010. Disponível em: http://www.cristinapaniago.com/yahoo_site_admin/assets/docs/A_Crise_Estrutural_os_Trabalhadores_e_o_Servi%C3%A7o_Social.185191229.pdf Acesso em: 27/07/2017
- PEREIRA, P. A. P. **Política Social temas e & questões**. São Paulo. Editora Cortez, 2011.
- PETRAS, J. **Império e políticas revolucionárias na América Latina**. São Paulo: Xamã, 2002.
- PIERSON, C. **Beyond the Welfare State?** Cambridge: Polity Press, 1991.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão. In: **Cadernos do Internato Rural – Textos de Apoio**. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente a violação de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, jul/set 2011. Disponível em: <n. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000300003>>. Acesso em: 15. nov. 2015.

REZENDE, Conceição A. P. O modelo de Saúde do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et.al.* (Org.). **Política de Saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão para a Saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius / Adufrj-SSind, 2008, p.25-35.

RIO DE JANEIRO (Estado do). **Decreto 43865 de 02 de outubro de 2012** – Estabelece normas e critérios de cessão para servidores públicos civis e militares a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro, ou seja, autoriza a permanência de servidores estatutários em unidades, que o modelo de Fundação Saúde for incorporado, garantido, que a condição de cedido não implicará na mudança de regime jurídico (estatutário). Rio de Janeiro, 2012. Disponível: http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/decreto_43_865_-_021012_.htm

Acesso: 02/02/2019

_____. **Decreto 43214 de 28 de setembro de 2011** – Institui de fato as Fundações. Rio de Janeiro, 2011. Disponível: http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/decreto_43_214_-_280911.htm Acesso: 02/02/2019

_____. **Lei nº 6.304, de 28 de agosto de 2012**. Dispõe sobre a incorporação da Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais pela Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e altera a denominação da Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência para Fundação Saúde do Estado do Rio De Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/1032872/lei-6304-12>> Acesso em: 15 nov.2018.

_____. **Lei 6.043, 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. Rio de Janeiro, Setembro de 2011. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/c8d2df9a2566fd0e83257911005f4c7a?OpenDocument>>. Acessado em: 12.04.2016

_____. **Lei nº 5.164, 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. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/leis/12194-5164.html>>. Acesso em: 18 dez. 2010.

_____. **Lei Complementar 118/2007** - que reconhece a área da saúde como sujeita a desempenho por Fundação Pública, nos termos do artigo 37 da Constituição Federal de 1988. Rio de Janeiro, 2007. Disponível: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/1dd40aed4fced2c5032564ff0062e425/4c64fa62d236a2a2832573af00583008?OpenDocument> Acesso: 02/02/2019

RIO DE JANEIRO (município) **Anexos da Resolução SMS RIO nº 3980, de 07 de fevereiro de 2019**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível: <http://prefeitura.rio/documents/73801/5ee8b1fd-3cea-4bc9-a3c8-0142eb995baa>

Acesso: 02/03/2019

_____. **Decreto nº 35129 de 16 de fevereiro de 2012** – Limita o percentual de gastos dos contratos de gestão com uma mesma entidade. Rio de Janeiro, 2012. Disponível:

http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/40963Dec%2035129_2012.pdf Acesso: 02.fev.2019

____. **Decreto nº 33010 de 03 de novembro de 2010** – Dispõe sobre critérios para aplicação financeira dos saldos de recursos transferidos a Organizações Sociais, por conta de contratos de gestão firmados com a municipalidade. Rio de Janeiro, 2010. Disponível: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2304324/DLFE-236806.pdf/Decreton3.3.0.1.0.de0.3.denovembrode2.0.1.0..pdf> Acesso: 02.fev.2019

____. **Decreto nº 31618 de 18 de dezembro de 2009** – Altera o Decreto nº 30780, de 02 de junho de 2009 e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2009/3161/31618/decreto-n-31618-2009-altera-o-decreto-n-30780-de-02-de-junho-de-2009-e-da-outras-providencias> Acesso: 02.fev.2019.

____. **Decreto nº 30916, de 29 de julho de 2009** – Altera o Decreto nº 30780, de 02 de junho de 2009 e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2009/3091/30916/decreto-n-30916-2009-altera-o-decreto-n-30780-de-02-de-junho-de-2009-e-da-outras-providencias>. Acesso: 02.fev.2019

____. **Decreto nº 32318 de 07 de junho de 2009** – Torna obrigatória a apresentação da Certidão de Regular Funcionamento das Fundações, expedida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro para contratar ou conveniar com a Prefeitura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2010/3231/32318/decreto-n-32318-2010-torna-obrigatoria-a-apresentacao-da-certidao-de-regular-funcionamento-das-fundacoes-expedida-pelo-ministerio-publico-do-estado-do-rio-de-janeiro-para-contratar-ou-conveniar-com-a-prefeitura-do-rio-de-janeiro> Acesso: 02.fev.2019

____. **Decreto nº 30780 de 02 de junho de 2009** – Regulamenta a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31547Dec%2030780_2009.pdf Acesso:02.fev.2019

____. **Decreto Rio nº 45632 de 24 de janeiro de 2019** - Altera o Regulamento aprovado pelo Decreto nº 30.780, de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, institui o Grupo de Trabalho Permanente de Qualificação e Desqualificação – aGTQ, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2019. Disponível: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/ConLegis/ato.asp?57797> Acesso: 02.fev.2019

____. **Decreto Rio nº 45631 de 23 de janeiro de 2019** – Atribui eficácia normativa e vinculante ao PARECER PG/GAB/03/2018/RAOCG e determina a não aplicação do inciso VI do art. 2º da Lei no 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e da outras providências, e dos arts. 1º e 3º da Lei no 6.220, de 3 de julho de 2017, que altera a Lei nº 5.026, de 2009 na forma que menciona, no âmbito da Administração Pública Municipal. Rio de Janeiro, 2019. Disponível: <http://prefeitura.rio/documents/73801/5e106917-3dc9-40df-abe2-7b603edb67a5> Acesso:02.fev.2019

____. **Deliberação COQUALI nº 02 de 27 de julho de 2009** – Define instrução processual para qualificação de Organizações Sociais, procedimentos da Comissão de

Qualificação de Organizações Sociais – COQUALI e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31952Delib%20COQUALI%202009.pdf
Acesso: 02.fev.2019

_____. **Edital 001/2019**. Edital para qualificação de Organização Social. Rio de Janeiro, 2019. Disponível: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTk4Mzg%2C>
Acesso: 02.fev.2019

_____. **Lei nº 6.220 de 3 de julho de 2017** – a Altera a Lei nº 5.026, de 2009 na forma que menciona. Rio de Janeiro, 2017. Disponível: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/54148Lei%206220_2017.pdf

Acesso: 02.fev.2019

_____. **Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009**– Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf

Acesso: 02.fev.2019

_____. **Resolução SMS Nº 3980 de 07 de fevereiro de 2019** – Regulamenta o inciso IV do art. 2º, da Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências com redação dada pelo art. 2º, da Lei nº. 6.220, de 03 de julho de 2017 e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2019. <http://prefeitura.rio/documents/73801/5ee8b1fd-3cea-4bc9-a3c8-0142eb995baa>Acesso: 02.fev.2019

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. Neoliberalismo e Saúde [verbetes]. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>>. Acesso em: nov. 2010.

_____. **O Banco Mundial e as políticas de Saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP), 2000.

SALVADOR. Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo. Editora Cortez, 2018.

SANO, H.; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE (Revista de Administração de Empresas)**, jul/set, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3>>. Acessado em: 21.04.2016

SANTOS, C. S. dos. **Introdução à gestão pública**. Porto Alegre: Saraiva, 2006.

SANTOS, I.S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2011, vol.16, n.6, pp. 2743-2752.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17.04.2016

ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 108, n. 106, 1998.

SILVA, V.M. 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. **Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2832>>. Acessado em: 18.04.2016.

SILVA, Ademir Alves. **A gestão da Seguridade Social brasileira: Entre a política pública e o mercado**. São Paulo. 3ª edição. Editora Cortez.2010.

SILVA, Vanessa Costa e. BARBOSA, Pedro Ribeiro, HORTALE, Virginia Alonso. **Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família**. Ciência e Saúde Coletiva 21(5)1365-1376, 2016.

SILVA, Vanessa Costa e. **Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família**. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. 2014

SOARES, Laura T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

_____. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contra reforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**, Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF> Acesso em: 12. jan. 2019.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Gestão Pública e Democracia. A burocracia em questão**. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Lúmen Júris Ltda., 2011.

TANAKA, O.; MELO, C. **Inovação e gestão: a organização social no setor saúde**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2002.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. **A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer**. Revista Argumentum. Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Coord.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p. 17-46. (Pensamento Social e Saúde).

UGÁ. Maria Alicia Dominguez. **Descentralização e democracia: o outro lado da moeda**. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, jun. Ipea. 1991

_____. **Proposta de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico**. Tese de doutoramento, UERJ. (Mimeo). 1997.

Ugá. Maria Alicia. Piola, Sérgio Francisco. Porto, Sílvia Marta, Vianna, Solon Magalhães. **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Fiocruz (8)2 417-437-2003

VEDDA, M., INFRANCA, A. **La alienación: história y actualidad**. Buenos Aires: Herramienta Ediciones, 2012, p. 9-30.

WORLD BANK. Governance and Development. Washington, 1992.

_____. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos**. Relatório N°. 36601-BR. Washington, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The International Journal of Public Health, Special theme: contracting and health services**. Bulletin of the World Health Organization, v. 84, n. 11, 2006.

WEBER, Max. (1999 a) **Economia e Sociedade**. Volume I. Brasília, UNB.

_____. (1999b) **Economia e Sociedade**. Volume II. Brasília, UNB.

ANEXOS

Relatos Anexos I

Relatos espontâneos de alunas de um Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública na Zona Oeste do Rio de Janeiro, profissionais que atuam na atenção básica do município do Rio de Janeiro.

Relato 1

Quando assumi na atenção básica, em 2010, fui contratada no Regime de CLT, para ser prestadora de serviço 40 horas semanais de segunda a sexta feira. O ingresso foi através de processo seletivo público, com avaliação teórica e comportamental. A partir do ingresso, a percepção que eu tinha era de insegurança, pois não tinha estabilidade e sobrecarga de atribuições e metas para serem cumpridas. A constante rotatividade de profissionais era um fator determinante para a dificuldade de uma assistência, com vínculo e comprometimento. No entanto, houve muito investimento em qualificação profissional e estrutura física de trabalho. Na gestão atual, o novo prefeito está planejando a assistência a atenção básica sem ser através das OS. No momento atual não sei exatamente, qual o papel das OS no processo de trabalho, pois falta clareza, o que nos leva a incerteza (**Enfermeira, Mary, janeiro/2019**).

Relato 2

Trabalho na SPDM (Sociedade Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina) atuo no Centro Municipal de Saúde – Adelino Simões na área administrativa desde 2010. No início tudo parecia muito bom, pois estávamos acostumados com cooperativas; salários atrasados; condições de trabalho precárias, falta de insumos, etc. A SPDM veio como refrigério e aparentemente como solução para a saúde pública (básica). Por esse tempo observei que melhorou a atenção aos usuários do serviço, o cuidado principalmente as gestantes e crianças com exclusividade nos atendimentos, grupos de hipertensos, diabéticos e tabagismo, mas em contrapartida os profissionais sem condições de exercer suas funções com qualidade, com vontade porém, sem apoio da empresa, quando insiste em buscar uma educação continuada, assume sua falta e vai para os congressos, cursos para reforçar seus conhecimentos. Colaboradores trabalham prestando um cuidado que não tem, sem direito de questionar atrasos salariais e melhores condições de trabalho, diariamente expostos a violência nas comunidades, agressões físicas e verbais, nos deixando desmotivados a dar continuidade a uma luta que é de todos (O resgate dos direitos). Hoje as unidades funcionam com falta até de telefone e quando precisamos falar, e quando precisamos falar utilizamos nossos telefones pessoais para não prejudicar o paciente que em muitos casos olham para essas atitudes como normal e obrigação, não reconhecem os esforços dos trabalhadores em fazer o Sistema Único de Saúde acontecer e que deveria juntar suas forças, e dar as mãos para esse resgate **(Penélope, Assistente Social Janeiro/2019)**.

Relato 3

Ao ingressar em 2006 no Programa de Saúde da Família, apesar de ter sido recebida muito bem, por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), porém não recebi nenhuma orientação de como seria o processo de trabalho, somente que minha carga horária seria de 40 horas. Em 2013, ao assumir o cargo de enfermeira em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro em Senador Camará, novamente fui bem recebida, mas novamente não recebi nenhuma formação sobre o processo de trabalho. Fui apenas avisada, que assumiria uma equipe com 8 ACS, todos com personalidade forte e que a equipe estava 2 anos sem enfermeiro e um ano sem médico. Me senti lançada dentro de um liquidificador de emoções onde eu tinha que dar conta de vários casos e pessoas que precisavam do meu olhar qualificado, mas ao mesmo tempo não recebi nenhuma orientação ou ajuda de por onde começar. Hoje em dia continuo tendo a nítida impressão de que nada mudou, continuo sem receber ajuda para o processo de trabalho. Meu trabalho só aparece para os gestores se algum processo não vai bem. Sinto me sobrecarregada e não valorizada pelos gestores de modo geral. Seja por sofrer assédio moral (falta/ atraso de pagamentos) ou violência verbal pelos usuários, ou mesmo pela violência na comunidade, que sofre com constantes tiroteios. Em momentos onde precisei de atenção por sofrer com a violência armada, precisei insistir e buscar atendimento psicológico. **(Dama de Ferro, Enfermeira, janeiro/2019)**

Relato 4

No momento de gestão das Organizações das Sociais da Saúde não contempla a saúde do trabalhador, não oferecem suporte aos profissionais que passam por situações de violência e refletindo na saúde mental (sofrimento). Percebo que os colegas necessitam de atendimento não respostas das coordenações, por sua vez deixar os gestores sem resposta. Os mesmos retornam as atividades, como se nada houvesse acontecido. Há necessidade da reflexão nos espaços coletivos, para o fortalecimento dos profissionais. **(Carol Furiosa, Assistente Social, janeiro/ 2019)**

Relato 5

Atuar nas Organizações Sociais tem sido um grande desafio. Observo que a gestão não contempla as demandas levadas pelos profissionais de forma satisfatória. Muitas vezes, não existe comprometimento com os profissionais de saúde, que por sua vez acaba reproduzindo isso com os usuários dos serviços. Dessa forma, conseqüentemente há uma desvalorização das instituições de saúde, pois os próprios gestores e profissionais não atuam com ética e o com compromisso que deveriam ter. **(Pantera Negra, Assistente Social, janeiro/2019).**