

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Elizabeth José Campos

O PÚBLICO E O PRIVADO NA GESTÃO EM SAÚDE:
um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no
município do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro
2013

Elizabeth José Campos

O PÚBLICO E O PRIVADO NA GESTÃO EM SAÚDE:
um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no
município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, do Programa de Pós Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Francini Lube Guizardi.

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

C198p

Campos, Elizabeth José

O público e o privado na gestão em saúde: um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro / Elizabeth José Campos. - Rio de Janeiro, 2013.

112 f.

Orientador: Francini Lube Guizardi

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

1. Gestão em Saúde. 2. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde Nacionais. 3. Organização Social. 4. Modernização do setor público. I. Guizardi, Francini Lube. II. Título.

CDD 362.1

Elizabeth José Campos

O PÚBLICO E O PRIVADO NA GESTÃO EM SAÚDE:

um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do
Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 20/09/2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ialê Falleiros Braga (FIOCRUZ / EPSJV)

Profa. Dra. Maria Inês Souza Bravo (UERJ)

Profa. Dra. Mônica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado (FIOCRUZ / EPSJV)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por cada passo e por esta grande conquista na minha vida

À minha orientadora Prof^a Dr^a Francini Lube Guizardi, pela ajuda, compreensão, incentivo, segurança e dedicação e um notável saber que compuseram uma orientação digna de todo o meu respeito e agradecimento.

Agradeço a minha mãe (in memória), minha filha pelo constante incentivo e permanente compreensão.

Aos Mestres do programa que muito contribuíram com seus saberes teóricos para realizar este estudo.

A todos os colegas da turma de Mestrado- 2011, pelas alegrias de convívio com todos e pela certeza que tal convívio resultou em fortes amizades,

Agradeço aos meus amigos pelo importante e indispensável apoio.

RESUMO

No final da década de 90, em um cenário global de crises econômicas, a reforma do Estado entrou nas agendas governamentais. A introdução do modelo gerencial no setor público faz parte deste contexto da reforma administrativa, em que emerge a proposta da nova gestão pública, pautada pelo discurso ideológico de que o setor privado possui o modelo ideal de gestão, capaz de garantir a qualidade e a eficiência. A Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, seguindo este caminho de flexibilização da gestão pública, adotou um novo modelo jurídico-institucional para a gestão dos equipamentos públicos de saúde, baseado em Organizações Sociais. Este processo encontra-se vinculado ao novo modelo assistencial proposto para o setor saúde no município, a saúde presente, que incorpora a relação contratual com as OS para a execução dos serviços de saúde, bem como os repasses de recursos públicos. A reflexão deste estudo teve como foco compreender como os mecanismos e processos gerenciais incorporados na gestão da saúde do município, baseados na introdução de mecanismos de mercado e na adoção de ferramentas de gestão privada, se estruturam para atender as demandas da população por necessidades em saúde. O objetivo geral da pesquisa foi analisar os mecanismos e processos de gerenciamento local das equipes de saúde da família no território norte da CAP 5.2/SMS/PCRJ. Para tanto a pesquisa teve como fonte principal os documentos oficiais de gestão público/privado, bem como as atas de reunião do Conselho Distrital de Saúde, o que evidenciou a inexistência da atuação do controle público local na fiscalização e no processo de contratualização da gestão público/privado, contrariando o que está previsto no Sistema Único de Saúde. Observamos, ainda, que o estabelecimento de formas de prestação de serviços encontram-se condicionadas a determinados dispositivos, conectados a lógica da produção e da regulação. Este cenário nos revela uma tensão entre o acesso e a garantia do direito à saúde e o fortalecimento do papel regulatório na organização da atenção, diante da insuficiência concreta da oferta de serviços em atender as demanda da população. Este é um dos elementos percebidos como entrave no que diz respeito às demandas por saúde no contexto estudado. Por fim, os resultados indicaram que a nova gestão pública no setor saúde na Cidade do Rio de Janeiro não se desenvolveu a partir de mobilização da sociedade civil, nem como forma de legitimar reivindicações sobre as necessidades em saúde da população, e sim como um projeto de governo, desvinculado do controle e da participação social.

Palavras chaves: Reforma do Estado. Organizações Sociais. Nova Gestão pública. Demandas em Saúde.

ABSTRACT

At the end of the 90s, in a scenario of global economic crisis, the reform of the state entered on government agendas. The introduction of model management in the public sector is part of this context of administrative reform, which emerges in the proposed new public management, guided by ideological discourse that the private sector has the ideal model of management, able to ensure quality and efficiency. The Municipal Secretary of Health of the city of Rio de Janeiro, following this path of public administration flexibility, adopted a new legal- institutional model for the management of public health facilities, based on Social Organizations. This process is linked to the proposed new model of care for the health sector in the county, the present health that incorporates the contractual relationship with the OS for the implementation of health services, as well as the transfers of public resources. The reflection of this study focused on understanding the mechanisms and management processes embedded in the health management of the municipality, based on the introduction of market mechanisms and the adoption of private management tools are structured to meet the demands of the population for health needs. The objective of the research was to analyze the mechanisms and processes of local management of family health teams in the territory north of the CAP 5.2/SMS/PCRJ. For both research had as its primary source documents management official public / private as well as the minutes of the meeting of the District Health Council , which highlighted the lack of performance of local public control and supervision in the contracting process of public management / private, contrary to what is provided for in the National Health System we also observed that the establishment of forms of service delivery are conditioned to certain devices , connected to the logic of production and regulation. This scenario reveals a tension between access and guarantee the right to health and strengthening the regulatory role in the organization of care, given the inadequacy of the offer concrete services to meet the demand of the population. This is one of the elements perceived as an obstacle regarding the demands for health in the context studied. Finally, the results indicated that the new public management in the health sector in the city of Rio de Janeiro has not developed from mobilization of civil society, not as a way of legitimizing claims about the health needs of the population, but as a project government, unbound control and social participation.

Keywords: State Reform. Social Organizations. New Public Management. Health Claims.

SIGLAS

AMQ	Avaliação da Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária em Saúde
AVS	Agente de Vigilância Sanitária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APO	Administração por Objetivos e Resultados
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAP	Coordenadoria área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CA	Conselho de Administração
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CEP	Código Endereçamento Postal
CF	Constituição Federal
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DOTS	Dose Diretamente Supervisionada
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAT	Grupo Técnico de Apoio
GIL	Gerenciador de Informações Locais
GM	Gabinete Ministerial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde
MS	Ministério da Saúde

MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OEA	Organização dos Estados Americanos
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
RH	Recursos Humanos
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SES	Secretaria Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TI	Tecnologia Informacional
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UC	Unidades Contábil Avançada

QUADROS

Quadro 01	Mecanismo de Controle nas diferentes modalidades jurídico Administrativa	55
Quadro 02	Variáveis Operacionais	63
Quadro 03	Categorias Operacionais para análise das demandas em saúde	65
Quadro 04	Organização das Unidades de AB na cidade do RJ	71
Quadro 05	Indicadores da parte variável 02 do Contrato de Gestão	73
Quadro 06	Indicadores da Parte Variável 03 do Contrato de Gestão	78
Quadro 07	Informações para Gerar o BPA – por área/equipe	80
Quadro 08	Representação Popular X Demanda em Saúde	92
Quadro 09	XI Conferencia Municipal de Saúde da Cidade do RJ, diretrizes temáticas	95
Quadro 10	Estrutura da análise dos dados	97
Quadro 11	Análise das demandas por saúde nos espaços instituídos de participação social	99

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA	12
2.1 RELEVÂNCIA DO TEMA E PROPOSTA DE PESQUISA	12
2.2 REFLEXÕES SOBRE A CONFIGURAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO QUE MARCA A ATUAL GESTÃO ESTATAL NO CAMPO DA SAÚDE	15
2.3 OS CAMINHOS DA GESTÃO PÚBLICA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	17
2.4 DILEMAS E CONTRADIÇÕES ENTRE A GESTÃO PRIVADA NO SETOR SAÚDE E O DESAFIO DE AVANÇAR A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 A REFORMA DO ESTADO E A NOVA GESTÃO PÚBLICA: TRANSFORMAÇÕES NAS RELAÇÕES PRODUTIVAS CONTEMPORÂNEAS E SUAS REPERCUSSÕES NO PAPEL DO ESTADO.....	27
3.2 A FORMAÇÃO NEOLIBERAL DO ESTADO BRASILEIRO E A GESTÃO PÚBLICA	33
3.3 TEORIAS E MODELOS DE GESTÃO QUE FUNDAMENTAM OS PROCESSOS DE REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO.....	36
3.4 A FORMAÇÃO SOCIAL BRASILEIRA E A LUTA POR UMA INSTITUCIONALIDADE DEMOCRÁTICA.....	40
3.5 A CONTRARREFORMAS DO ESTADO NA ATUALIDADE: A CONSOLIDAÇÃO DA PARCERIA PÚBLICO/PRIVADO	48
3.6 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE	50
4 METODOLOGIA	59
4.1 PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
4.2 REFERENCIAIS ANALÍTICOS DO ESTUDO	65
4.2.1 Direito à saúde e espaço público	65
4.2.2 Demandas e a participação em saúde	67
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5.1 O PROCESSO DE GERENCIAMENTO E A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE NO TERRITÓRIO.....	70
5.2 OFERTAS DE AÇÕES DE SAÚDE	75
5.3 SATISFAÇÕES DO USUÁRIO	83
5.4 ANÁLISE POR DEMANDAS POR SAÚDE	88
5.5 ANÁLISES POR DEMANDAS POR SAÚDE	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	106

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta por quatro capítulos. O primeiro é dedicado à exposição da relevância do tema e da proposta da pesquisa. No segundo capítulo apresento o referencial teórico que norteou o estudo, discutindo o projeto neoliberal e a contrarreforma do Estado Brasileiro. A partir dessa reflexão, descrevo e caracterizo a institucionalidade das Organizações Sociais em seu campo jurídico-operacional. É desenvolvido, em seguida, um diálogo com diversos autores sobre o processo histórico de participação da população na formulação e fiscalização das políticas sociais. No terceiro capítulo são apresentados os percursos metodológicos do estudo, que teve como base a pesquisa documental. No quarto capítulo são apresentados os resultados, por meio das categorias operacionais criadas com o levantamento dos dados, finalizando com as considerações finais do estudo.

2 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

2.1. Relevância do tema e proposta de pesquisa

Este documento apresenta a dissertação de mestrado intitulada “O Público e o Privado na gestão em saúde: Um estudo sobre o gerenciamento local das equipes de saúde da família no Município do Rio de Janeiro”, que integra a linha de pesquisa Políticas Públicas, Planejamento e Gestão da Saúde e da Educação. O objetivo da pesquisa foi analisar os mecanismos e processos de gerenciamento local das equipes de saúde da família no território norte da CAP 5.2/SMS/PCRJ.

As questões que motivaram o estudo decorrem de minha experiência profissional como membro integrante do Grupo de Apoio Técnico (GAT) do Município do Rio de Janeiro, que tinha como objetivo promover a implantação e supervisão das equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) de Campo Grande e Guaratiba, zona oeste da cidade. A atuação no GAT me proporcionou a oportunidade de vivenciar e querer desvendar as tensões que envolvem o gerenciamento das equipes de PSF, na intencionalidade de garantir o acesso justo em saúde e a construção do processo saúde/doença na perspectiva da saúde comunitária.

Nesta experiência de trabalho discutimos com as equipes da saúde da família o projeto de acolhimento, agendamento, cadastramento, mapeamento e o diagnóstico local, utilizando o instrumento de Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ). Trata-se de um instrumento de gestão elaborado pelo Ministério da Saúde, que integra um conjunto de ações contempladas no componente III de avaliação e monitoramento do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família-PROESF. Este instrumento gerencial foi desenvolvido em cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), e inserido no contexto da atenção básica em âmbito municipal. Ele utiliza a metodologia de avaliação quantitativa, baseada em padrões de qualidade, e está organizado em 05 instrumentos de auto avaliação dirigidos a atores específicos: 1) gestor municipal de saúde, 2) coordenação, 3) unidade, 4) equipes e profissionais de nível superior da saúde da família.

A aplicação do AMQ pela supervisão realizada no âmbito do GAT permitiu-me verificar que os processos gerenciais que conformam a atual política de saúde do município encontram-se sistematizados em normas e procedimentos que sofrem a influência dos movimentos de redefinição do papel Estado e de interesses do capital. Tal confluência vem trazendo uma perversa omissão no trato real das questões saúde-doença no contexto da saúde comunitária, valorizando práticas em saúde baseadas no modelo biomédico.

Lembro-me, em especial, das reuniões de equipes de que participei, discutindo as questões referenciadas nos livros de número quatro e cinco da Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ) que tratam da participação comunitária, controle social e vigilância à saúde. Quando a discussão tinha por foco as questões sobre um determinado padrão, relacionado à abordagem da participação comunitária, as repostas provocavam discussões entre os membros das equipes, que por muitas vezes por consenso respondiam "sim", sendo que a resposta não refletia o cotidiano vivido pelas equipes em suas áreas adstritas.

Acompanhar a questão social no âmbito das necessidades da comunidade levou-me a refletir sobre a prática gerencial utilizada, com ênfase no problema individual que prioriza os serviços clínicos prestados diretamente ao usuário individualizado. Este modo de gerenciar é focado no controle sobre o profissional de saúde das equipes de determinada área, e não trabalha com o fato de que as particularidades do território estão presentes nas fortes contradições, conflitos, resistência e solidariedade que constituem o modo de ser e uma subjetividade social própria do local e de seus moradores.

É a partir dessa lógica que percebi os dilemas da gestão local, frente a um cenário mundializado, que flexibiliza os direitos sociais. Tais aspectos são potencializados na medida em que é preconizada a adoção de processos gerenciais desenvolvidos pelo setor privado, postulados como recurso para alcançar um padrão de excelência no setor público, o que confere primazia aos interesses do capital, em detrimento do objetivo de geração de igualdade social. Este contexto traz à tona para a gestão impasses na consideração de que a população pode exercer de fato um papel ativo para pensar e repensar as questões da saúde local.

Portanto é neste contexto que o debate sobre processo de gerenciamento local das equipes de saúde da família ganha relevância pelo seu aspecto de mediação entre as demandas de saúde das comunidades e as respostas organizadas pelo modelo de saúde vigente na esfera municipal.

Nesta direção, Góis aponta que a saúde comunitária propõe uma alternativa crítica aos serviços tradicionais e envolve todas as atividades realizadas na e com a comunidade em nome da saúde dos seus moradores (GOIS, 2008, p.103). O autor ainda assinala que o profissional de saúde deve estar envolvido diretamente com a comunidade e com a forma de planejamento e distribuição dos serviços de saúde, partindo da compreensão que o lugar físico e social é a fonte para entender e organizar as ações e serviços necessários.

Tal perspectiva significa reconhecer que a desigualdade e a diversidade social têm sido aspectos centrais para entender diferenças marcantes na qualidade de vida e nas condições de saúde da população brasileira. Desta forma o território em saúde é pensado não apenas como um espaço delimitado geograficamente, mas sim como um local onde as pessoas vivem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura, o que traz a necessidade de articulação entre vários sujeitos coletivos para conformar uma rede de saúde acessível e resolutiva.

O interesse em eleger como objeto deste estudo a análise do gerenciamento local das equipes da saúde da família do território norte da CAP 5.2, zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, se deve ao desejo de melhor compreender as contradições decorrentes de uma dissociação observada entre as necessidades de assistência da população e a produção de informações e ações por instrumentos avaliativos, que deveriam embasar o planejamento local, mas que se revelam focalizados em certos procedimentos e escolhas de prioridades.

Nos dias atuais há uma preocupação crescente com o desenvolvimento de instrumentos gerenciais que possibilitem uma gestão eficiente no setor saúde. A experiência no GAT permitiu-me identificar a presença do antiburocratismo na gestão em saúde, um fenômeno que passa a fazer parte da administração pública e das organizações da sociedade civil face às exigências das agências e órgãos financiadores internacionais para a transferência de recursos, sendo postulado como forma de elevar a capacidade governamental de gerir políticas públicas.

Este movimento tem ressaltado a importância da adoção de instrumentos de gestão com capacidade de monitoramento e avaliação dos programas prioritários do governo, baseados em indicadores qualitativos e quantitativos, com vistas à superação da informalidade burocrática que historicamente caracterizou a administração pública, segundo esta perspectiva.

Outro pressuposto deste estudo é a necessidade de entender as fundamentações e atuais encaminhamentos do arcabouço legal da gestão público/privado, como perspectiva de contribuir, desta forma, para elaboração de estratégias para o enfrentamento das demandas locais.

Estas questões apontaram a necessidade de formar elementos críticos do atual processo de gerenciamento, que tem à frente as organizações sociais (OS) na gestão em saúde e na organização do espaço local. Para lidar com os desafios e demandas postos por esse novo arranjo da gestão pública, que está ancorado na parceria público/privado, entendemos que as instituições públicas necessitam desenvolver e aperfeiçoar mecanismos para a interpretação da realidade local, com abertura de espaços de participação para o planejamento de estratégias de ação, tendo como objetivo central a qualidade dos serviços ofertados.

Este interesse de pesquisa torna-se particularmente relevante frente à contratação do Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde – IABAS, uma Organização Social de direito privado, para gerir os serviços de saúde no território da CAP 5.2.

2.2 - Reflexões sobre a configuração público/privado que marca a atual Gestão Estatal no campo da saúde

A parceria entre Estado e Organizações Sociais tem uma trajetória política que teve seu início com a reforma do Estado elaborada por Bresser Pereira, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, coordenado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), em novembro de 1995. O plano em questão foi diretamente influenciado pelas recomendações do Consenso de Washington (1990)¹ para os países latino-americanos, as quais

¹ **Consenso de Washington** é um conjunto de medidas - que se compõe de dez regras básicas - formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington D.C., como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990.

enfaticavam a flexibilização dos mercados nacional e internacional, das relações de trabalho, da produção, do investimento financeiro, e o afastamento do Estado das suas responsabilidades sociais e da regulação social entre capital e trabalho.

A partir deste marco houve uma redefinição entre os limites do público e do privado e a administração pública brasileira passou a incorporar a perspectiva de um Estado gerencial, em que, segundo Bresser Pereira:

A esfera pública não estatal não se situa no campo das representações de interesses da sociedade e sim como uma forma de propriedade estratégica no capitalismo contemporâneo, que é regido pelo mercado e pela vontade individual, invocando o princípio da liberdade associada ao da propriedade. (PEREIRA, 1996, p.41)

É neste cenário de redirecionamento do papel do Estado, de condução das políticas sociais de acordo com a nova ordem econômica mundial e com o ajuste neoliberal na década de 90, que se assistem as inovações dos modelos assistenciais no setor saúde. No Brasil, o governo de Fernando Collor de Melo, eleito em 1989, trouxe ao contexto político nacional a orientação neoliberal, vigente na política internacional, sob a orientação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento.

Nos Estados Unidos ganha destaque o movimento denominado New Labor ou Terceira via, que se apresenta como uma tentativa de humanizar o capitalismo, através do "protagonismo da sociedade civil", que garantiria a economia de mercado com justiça social. Busca-se com ele alterar as relações Estado/Sociedade, de modo a viabilizar uma agenda de reformas e a ampliação da esfera pública não estatal, ou seja, uma “nova divisão de responsabilidades entre o Estado e o setor privado” (LIMA 2004). Conforme Giddens:

Os neoliberais querem encolher o Estado; os sociais-democratas, historicamente têm sido ávidos por expandi-lo. A Terceira Via afirma que o que é necessário é reconstruí-lo - ir além daqueles que dizem que o governo é inimigo e daqueles da esquerda que dizem que o governo é a resposta. (GIDDENS, 2001, p.9)

É neste contexto de emergência de novas relações e configurações societárias que intensifica e aprofunda no campo da saúde dois fenômenos: um associado à proposta de competição administrativa - Managed Competition - nos EUA (LIMA, 2010); e o outro relacionado à organização da grande empresa médica corporativa, ou da indústria hospitalar de

quando passou a ser "receitado" para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades.

alta capitalização (LAURELL,1994). Desta maneira o capital financeiro se insere no setor saúde, fazendo com que a competição e a flexibilização sejam afirmadas como mecanismos principais e mais eficientes para concretizar a universalização dos direitos. Desde então o Estado tende a reproduzir esta nova ordem econômica, na qual é o mercado que vai regular o desempenho do setor saúde com suas novas formas gerenciais.

Este cenário coloca o debate sobre a ocupação da gestão pública pelo setor privado, tendo em vista que esta ocupação desenvolve um papel claramente funcional aos interesses do capital no processo de reestruturação produtiva. Com isso, têm sido introduzidos mecanismos de mercado na administração pública, com a adoção da gestão privada para fornecimento de bens e serviços relativos a direitos sociais, o que é justificado pelo discurso de expectativa da melhoria dos serviços para os cidadãos e de aumento da eficiência e flexibilização da gestão. A inserção da gestão privada no fornecimento de bens e serviços tem como base os referidos consensos internacionais, que exigem a parceria com a comunidade na realização de ações, como modo de garantir a acessibilidade dos serviços de saúde e de promover um novo universalismo (OMS, 2000).

Assim, nesta proposta de pesquisa compreendemos que é necessário considerar a natureza do papel do Estado na regulamentação e implementação da política de saúde e também identificar o papel das classes sociais e das forças políticas que se organizam na sociedade civil na defesa de uma gestão democrática e participativa, a fim de garantir o acesso igualitário e equânime aos serviços de saúde.

2.3 Os caminhos da gestão pública na Cidade do Rio de Janeiro

Em 1999, ao assumir a gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, a cidade do Rio de Janeiro organizou seus serviços distribuindo em dez Coordenadorias de área programática (CAP), subdividas em bairros de acordo com suas particularidades e também de acordo com o Plano Diretor de Regionalização - 2001/2009 (PDR). Com base na Norma Operacional de Assistência de 2002, o Município do Rio de Janeiro está inserido na Região Metropolitana I do Estado, sendo referência para a alta complexidade do Estado do Rio de Janeiro, conforme Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ, 2012)

As CAP's funcionam de forma articulada com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde, ao qual estão subordinadas como instância descentralizada de gestão. São instâncias gerenciais caracterizadas pela autonomia administrativa e orçamentária, mas não se constituem em distritos sanitários, segundo concepção proposta na 8ª Conferencia Nacional de Saúde (1986), posto que esta enfatiza a divisão territorial na perspectiva epidemiológica, orientada para e a construção do modelo assistencial .

MENDES define os distritos sanitários como *“forma de distritalização em que o modelo assistencial passa a ser hegemonizado pelo paradigma epidemiológico e, não mais, pelo da clínica”* (1993, p.155). Nesse sentido, as CAP's não podem ser definidas como distrito sanitário, pois:

Isto requer, por sua vez, superar o enfoque do distrito sanitário enquanto modelo organizacional-gerencial de serviços de saúde passando a enfatizar o enfoque de modelo assistencial, fundamentado no saber epidemiológico e no conceito de organização social das práticas de saúde. (MENDES, 1993, p.155)

No início da gestão do atual Secretario de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro, em 2009, o município avançou na territorialização, por meio do desenho das redes regionalizadas de atenção primária em saúde. Em maio de 2009, foi lançado o programa Saúde Presente modelo assistencial de atenção básica que reestrutura os serviços de saúde da cidade, prevendo a cobertura de saúde em cada área programática. O programa tem como objetivo focar ações nos cuidados primários em saúde, através da implantação das clínicas das famílias. Este modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) é baseado na Estratégia Saúde da Família (ESF), trabalhando com a noção de território adstrito.

O Programa Saúde da Família foi criado em 1993 pelo Ministério da Saúde para atender questões emergenciais de saúde do Norte e Nordeste do Brasil, sua expansão nacional ocorreu a partir de 1995. Em 1998, um documento aponta para outra abordagem, distanciando-o de um programa focalizado em populações desfavorecidas e afirmando-o como uma estratégia de reorganização do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica, ou seja, a Saúde da Família passa a ser a porta de entrada do sistema. Segundo o Ministério da Saúde:

A estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços reorganizando a prática assistencial com bases e critérios. (BRASIL, MS. 1998, p.8)

A Estratégia Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Trabalha com território de abrangência definido, com o cadastramento e o acompanhamento da população vinculada. A ESF emerge como parte do processo de reforma do setor saúde, com a finalidade de aumentar a acessibilidade dos serviços de saúde pública e incrementar as ações de prevenção e promoção de saúde. Ela representa a tentativa de estabelecer um contraponto ao modelo assistencial historicamente hegemônico, no qual as ações curativas eram predominantes na oferta de serviços e a organização do trabalho era fundamentada na prática médica especializada, muitas vezes realizada em grandes hospitais.

A ESF se organiza por meio de equipes responsáveis por uma determinada área e a sua inovação é o deslocamento da figura do médico especialista para uma preocupação com a equipe local, de caráter generalista, voltada para a atenção integral da saúde. Um dos pontos fortes do trabalho proposto é o conhecimento da realidade local, priorizando as famílias e seus membros, visando à promoção, prevenção e recuperação, com a perspectiva de contribuir para a integralidade das ações em consonância com a visão integral do ser humano.

Mendes (1996) defende a ênfase na promoção da saúde como estratégia diferenciada da ESF em relação ao modelo tradicional, dando prioridade para a intervenção social articulada pelos serviços de saúde. Paim (1999) compreende que a ampliação do cuidado e de seus resultados por parte das equipes, tem relação direta com a utilização mais intensa de instrumentos epidemiológicos e de integração da rede de serviços.

O Saúde Presente foi implementado em um contexto nacional no qual era identificada a necessidade de expansão e qualificação da atenção primária em saúde baseada na Estratégia de Saúde da Família, o que foi expresso pela Portaria do Ministério da Saúde número 1654, de 19 de julho de 2011, que instituiu o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O programa Saúde Presente visou ademais atender as metas do Banco Mundial, que em 2010 aprovou um valor expressivo de financiamento para a cidade do Rio de Janeiro, o maior concedido pelo BIRD a uma cidade em todo mundo, tendo como meta a criação de ações inovadoras na área de saúde e educação, para a modernização da gestão da máquina pública.

Na perspectiva de desenvolvimento de ações inovadoras foram implementadas as Clínicas da Família, que representam uma estratégia na reformulação da Atenção Primária e da gestão do cuidado, tornando-se prioridade da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) na consolidação da Estratégia de Saúde da Família. O programa saúde da família, que em 2008 tinha uma cobertura de 3,5%, alcançou 27,3% em 2011 e entre 2012 e 2016, o saúde presente continuara expandindo sua cobertura, visando atender 70% da população da cidade do Rio de Janeiro. (SMS 2013)

Este modelo possui de três a nove equipes de Saúde da Família e de uma a quatro equipes de Saúde Bucal. A equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um Agente de Vigilância em Saúde (AVS). A equipe de Saúde Bucal é composta por um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal (TSB) ou um auxiliar de saúde bucal (ASB). As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de 4.000 habitantes e as clínicas da família funcionam de segunda a sexta-feira, de oito horas as vinte horas e aos sábados de oito as doze horas. Segundo a SMSDC/RJ, as Clínicas da Família proporcionam um atendimento de melhor qualidade, mais próximo ao cidadão, com aumento da resolutividade do atendimento local através da coleta diária para os principais exames laboratoriais, realização de ultrassonografia, Raios-X e eletrocardiograma (SMSDC 2012).

O novo desenho da assistência foi justificado pela Secretaria de Saúde da cidade do Rio de Janeiro como uma estratégia para promover mudanças nas estruturas e nos processos de gerenciamento público em saúde. Foram assinados a partir de então contratos de gestão entre o poder público e diversas Organizações Sociais para a gestão das unidades de saúde da família, instituindo no sistema de saúde local a possibilidade de instituições privadas administrarem serviços públicos.

Aprovada no Congresso Nacional em quinze de maio de 1998, a lei 9637, art. Primeiro, e no Município do Rio de Janeiro em 2009², dispôs sobre a qualificação de entidades

² A adoção do modelo de gestão dos equipamentos público pelas OS, pode ser explicada a partir da elaboração em 2009 do Plano Municipal de Saúde para a cidade do Rio de Janeiro- período 2010-2013, em uma das linhas diretivas propõe a modernização da gestão e a melhoria da infra-estrutura da rede municipal de saúde, visando a otimização dos gastos públicos na área de saúde, assim o emprego das Organizações Sociais, amparada pela Lei Municipal, atendera as novas unidades de Estratégia Saúde da Família e ao Hospital Ronaldo Gazola.

como Organização Social. A referida lei qualifica como Organizações Sociais as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino e à pesquisa, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção do meio ambiental, à cultura e à saúde. É neste sentido que se inscreve o modelo de administração gerencial nos setores do Estado, em especial na saúde, cujo instrumento básico é o contrato de gestão baseado nos resultados.

As Organizações Sociais (OS) posteriormente aprofundaram esta lógica na gestão das políticas públicas de saúde, tornando-se parceiras do Estado na produção de serviços, com a justificativa de obtenção da melhor relação entre oferta e demanda. Desta forma, as Organizações Sociais configuram-se como entidades gestoras, de caráter privado, mas sem finalidade de lucro, vinculando-se à secretaria de saúde, e operam sobre o controle do poder público mediante um contrato de resultados (contrato de gestão). Lima (1996) define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO) ou administração sistêmica por objetivos e resultados.

As OS podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo de licitação, cabendo ao órgão público responsável nomear comissão de avaliação, que deve gerar relatórios contendo comparativo específico de metas propostas com resultados alcançados. As organizações sociais possuem um conselho de administração, que não tem uma definição paritária para seus membros, não há instrumentos normativos legais que garantam o controle da sociedade sobre as ações e serviços de saúde que oferece.

No caso da CAP 5.2 foi contratado o Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde – IABAS, uma Organização Social com autonomia administrativa e financeira, que tem por objetivo fornecer apoio técnico-operacional ao desenvolvimento de projetos na área de saúde. O instituto passou a atuar diretamente no gerenciamento das unidades do território, em parceria com a CAP 5.2, por meio da administração de projetos e da prestação de serviços, por intermédio de convênios e contratos de gestão.

Com este arranjo implementado na gestão pública do setor saúde, a cidade do Rio de Janeiro tem traçado um caminho em contramão ao previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), que regulamentou o Sistema Único de Saúde. Nela é garantido ao setor público recorrer de forma complementar aos serviços privados de saúde, quando seus serviços forem insuficientes e não de forma substitutiva. A gestão das unidades de saúde por OS também

contradiz a Lei 8.142/90, que prevê o controle social na gestão do SUS, através dos Conselhos e Conferências de Saúde. Nesse sentido, várias indagações têm-nos preocupado em relação à temática. Quais são os desafios contemporâneos para alcançar uma institucionalidade democrática na gestão das equipes da saúde da família na cidade do Rio de Janeiro? Quais são os principais processos e instrumentos utilizados pelas OS na gestão local, e qual tem sido sua capacidade de viabilizar, ou não, uma institucionalidade democrática na rede de serviços de saúde? Quais têm sido os avanços e entraves deste processo de territorialização? Como têm sido encaminhados e quais são as respostas dadas aos problemas da população?

Para responder a estas indagações desenvolvemos essa pesquisa, que visou analisar o gerenciamento local das equipes de saúde da família do território norte da CAP 5.2, questão que tem como pano de fundo os dilemas postos pela conjuntura atual para o processo de participação social na gestão da saúde no Município do Rio de Janeiro.

Esta temática ganha relevância quando consideramos o fato de que a implantação do Sistema Único de Saúde aconteceu em contraponto com forças sociais e políticas conservadoras. De um lado podemos situar as forças políticas que visam diminuir o Estado de suas responsabilidades com a saúde da população e, de outro lado, as forças sociais que procuravam garantir, na prática, as idéias do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a respeito de um Sistema Único de Saúde, universal, equiname e participativo.

Com base na trajetória profissional vivida no GAT, percebo que o principal dilema das equipes da saúde da família é o predomínio de práticas tradicionais de abordagem individual. Para enfrentar esta complexa tarefa de transformação das práticas de saúde é preciso compreender as contradições entre o processo gerencial atual e a realidade local, assegurando o fortalecimento da gestão participativa democrática. Nessa direção, é importante a ampliação das ações das equipes da Estratégia Saúde da Família para além da saúde curativa e compartimentada, com a introdução da singularidade do território na construção de ações e mudanças.

2.4 Dilemas e contradições entre a gestão privada no setor saúde e o desafio de avançar a participação democrática

A participação popular e a territorialidade vêm inovando o desenho das políticas públicas, principalmente no setor saúde, com bases legais, implicando na ordenação dos serviços por níveis de complexidade. Como bem salienta Cohn,

O poder local é sinônimo de força social, organizado como forma de participação popular. Desta forma não se tem apenas a possibilidade de democratizar as decisões, mas a oportunidade concreta de fazer com que as necessidades da população local sejam atendidas. (COHN, 1993, p. 90)

Diversos autores analisam o território e sua apropriação pelo Sistema Único de Saúde. Mendes (1993) considera que se desenvolveram duas correntes: uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica, burocrática; e outra que entende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde há tencionamentos entre os sujeitos sociais postos na arena política (MENDES, 1993, p.166). De acordo com Santos (2001), é fundamental o estudo deste espaço-território, em sua utilização ao longo da história, com seus sistemas de ações, seus fixos e fluxos.

O autor assinala que as redes de atenção à saúde ofertadas por sistemas privados e/ou por sistemas públicos organizados com base na competição gerenciada (*managed competition*) em geral prescindem de base territorial, ao contrário de sistemas públicos articulados pela cooperação gerenciada, que exigem a definição da relação espaço/população para se desenvolverem com equidade (MENDES, 2007, p. 16). Para o autor é preciso caminhar em dois sentidos. Tanto pensar o território como um processo, cujo eixo dinamizador é a democratização da vida social, como desenvolver uma forma gerencial dos serviços de saúde que se oponha à lógica gerencial baseada em procedimentos e metas e contenha elementos que gerem a acessibilidade universal, o que implica na construção de território sanitário.

Há consenso na literatura sobre participação popular de que a possibilidade da sociedade civil intervir na gestão pública representa um novo padrão de interação entre governo e sociedade civil no Brasil. A gestão participativa é um espaço de intermediação, que requer novos mecanismos decisórios, que tenham a capacidade de incorporação de uma grande pluralidade de atores e diferentes interesses. Em relação ao Estado participativo, Bravo

(2001) diz que sua concepção é muito recente e problematiza sua viabilidade quando se tem uma conjuntura que desmobiliza a participação popular, com ampla defesa de um Estado mínimo, como preconizado no projeto neoliberal. Partindo do pressuposto que a democracia é um processo que devemos conceber como em permanente construção, Coutinho (2003) assinala que a democracia no Brasil somente irá realizar-se se as grandes massas de excluídos forem incorporadas ao processo social como autênticos protagonistas.

O tema da gestão participativa vem acompanhando o debate político no SUS, compondo a agenda de políticas públicas como a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, que afirma que "*a participação social não pode estar restrita às instâncias formalizadas. Ela deve ser valorizada e incentivada nos serviços do SUS*" (MS 2003) de forma que as instâncias governamentais procurem modificar a forma de gestão pública, inserindo diversos segmentos sociais no processo de tomada de decisão sobre as políticas públicas.

A partir da década de 90 no Brasil, governos neoliberais passaram a utilizar a participação comunitária em outra direção, como bandeira político-ideológica na formulação jurídico-legal de políticas sociais, de modo que dividir responsabilidades com a população passou a ser visto como aprofundamento da democracia. Segundo Lima:

Os anos 80 foram pautados por uma crescente articulação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) com o objetivo de coordenar e supervisionar as políticas macroeconômicas dos países membros, principalmente daqueles que recorrem ao Fundo, mas também como forma de submeter o financiamento de projetos na área social a novas condicionalidades. (LIMA, 2010, p.66)

Para o consultor do BID, Bernard Kliksberg³ "as complexidades sociais e econômicas mundiais e a estabilização da democracia social, como forma de enfrentar a gravíssima questão social são desafios postos para os gestores públicos que precisam enfrentar e superar as demandas existentes" (KLIKSBERG, 1997, p.58).

³ Bernardo Kliksberg é assessor de diversos organismos internacionais entre eles ONU, OIT, OEA, BID e UNESCO. Foi diretor do Projeto Organizações das Nações Unidas para a América Latina de Modernização do Estado e Gerencia Social e Coordenador do Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social (INDES/BID).

Vale considerar que as políticas sociais são financiadas pelo Estado e a gestão não deve ser feita apenas pela burocracia estatal de cima para baixo, mas também por setores da sociedade civil, de baixo para cima. Trata-se do desafio de produzir uma gestão democrática e participativa com criação de canais incentivadores do aumento da participação popular na tomada de decisões, pois assim a *"esfera restrita que diminui os direitos sociais e políticos cede progressivamente lugar a nova esfera pública ampliada com ampla participação social"*. (COUTINHO, 1996, p.30)

Estas reivindicações são antigas no âmbito dos países europeus e vieram dos conselhos dos movimentos operários das grandes fábricas e do movimento popular, os quais rejeitavam a lógica de Estado do capitalismo, que tem o legado histórico do corporativismo estatal. No Brasil este ideário orientou as bandeiras de luta do Movimento da Reforma Sanitária, muito das quais foram incorporadas logo depois na Constituição Federal de 1988, e na Lei 8.142/90, que assegura e regulamenta a participação popular na gestão do SUS, criando os conselhos e as conferências de saúde.

Contudo, apesar de mais de vinte anos de experiência com estes fóruns participativos, permanece a necessidade de relacionar o espaço do cotidiano do serviço de saúde com o problema da construção de formas de gestão participativas, principalmente na tomada de decisão, a fim de fortalecer a universalidade e a integralidade da assistência à saúde. Assim, frente aos pressupostos gerenciais instrumentais que caracterizam o modo como a iniciativa privada vem atuando no setor público, a pesquisa desenvolvida buscou discutir as possibilidades de ação política na gestão local.

Conforme expôs Bravo (2001), a gestão social é um campo repleto de tensões, com contradições e disputas entre projetos na relação Estados - Sociedade civil, sendo que a concepção de democracia restrita identifica-se à desresponsabilização do Estado e à designação da vida comunitária para diversas atribuições, ao contrário da concepção de democracia de massas, que pressupõe ampla e efetiva participação popular.

Neste sentido, investigar o processo de gerenciamento local das equipes da estratégia saúde da família no contexto do programa Saúde Presente consistiu em uma tentativa de fazer uma análise crítica sobre o modo de produzir serviços e práticas de saúde, em decorrência de

uma nova agenda que vem incidindo no desenho da relação público x privado na gestão das políticas de saúde na cidade do Rio de Janeiro.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A reforma do Estado e a nova gestão pública: transformações nas relações produtivas contemporâneas e suas repercussões no papel do Estado

As formas de regulação política e social praticadas pelo Estado resultam de como a sociedade civil e o Estado se articulam no curso da história, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico e de suas particularidades culturais. Gramsci parte da teoria restrita de Estado⁴ formulada por Marx/Engels (1848) e continuada por Lênin (1917), mas a reconstrói a partir de novas determinações históricas e sociais (novos desafios enfrentados no momento histórico em que viveu e nas condições objetivas da Itália): A esfera política restrita apontada por Marx “cede, progressivamente lugar a uma esfera pública ampliada, caracterizada pelo crescente protagonismo de amplas organizações de massas”. (COUTINHO, 2008, p.52-53)

Tal ampliação se dá na distinção feita por Gramsci entre as duas esferas no interior do Estado, que ele chama de “sociedade civil” e “sociedade política” Segundo o autor:

Podem - se fixar dois grandes planos superestruturais, o que pode ser chamado de sociedade civil (isto é o conjunto de organismos designados vulgarmente como privados) é o da “sociedade política ou Estados” planos que correspondem respectivamente à função de “hegemonia” que o grupo dominante exerce em toda sociedade e aquela de “domínio direto” ou de comando que se expressa no Estado e no governo jurídico. (GRAMSCI, 1975, p. 1518-1519)

Assim, na concepção de Gramsci, o “Estado ampliado” compõe-se na relação entre a sociedade política e a sociedade civil, ou seja, é formada pela hegemonia conquistada ao mesmo tempo pela coerção e pelo consenso. Se considerarmos o conceito gramsciano de hegemonia para pensar as relações sociais, pode-se dizer que o Estado se torna o disseminador da hegemonia, impondo sua ideologia, mantendo seu domínio na sociedade civil.

⁴ O Estado como organismo que exerce uma função precisa: garantindo a propriedade privada – o poder político do Estado moderno nada mais é que um comitê para gerir os negócios comuns de toda a burguesia.

Portanto é deste cenário de correlação de forças, denominado por Gramsci como “Estado ampliado”, que a classe hegemônica se serve para manter ou transformar as relações sociais, de acordo com seus interesses.

Neste cenário há uma guerra de posições (de visões sociais de mundo – luta entre interesses de classes sociais antagônicas), enfatizando a necessidade de se construir processualmente, gradualmente e lentamente espaços e conquistas (hegemonia) na sociedade civil. (COUTINHO, 2008, p.60)

Vale ressaltar que esse contexto se expressa ao mesmo tempo nas esferas de Estado (nos poderes executivo, legislativo e judiciário) como também orienta e potencializa as lutas sociais existentes fora da esfera estatal (movimentos sociais, partidos, sindicatos e etc.).

O desenvolvimento do Estado liberal tem como marcos histórico a constituição dos Estados Unidos da América, promulgada em 1787, e a Revolução Francesa, em 1789. A emergência da noção de Estado de Direito encontra-se diretamente associada a estes processos históricos, dos quais resultaram a garantia de um conjunto de leis que destacavam a proteção à propriedade privada e posteriormente aos direitos políticos. Segundo Pereira (2002), “*o Estado passou a ser concebido como uma instância separada da sociedade*” (p.29), assim, a realização dos direitos individuais seria compreendida como a garantia do cidadão contra a intromissão do Estado, o que o coloca nos limites constitucionais.

Com o advento da industrialização e a urbanização acelerada no final do século XIX, originou-se o padrão de acumulação capitalista denominado de fordismo/taylorismo. Caracterizado pela produção em série, este padrão era voltado para o consumo em larga escala, com a separação entre o trabalho manual e o intelectual e com progressivo incremento tecnológico. Nesse contexto, o crescimento das indústrias aumentou a massa de trabalhadores empregados, o que acarretou, por um lado, a submissão de parte expressiva da população à relação de capital e, por outro lado, a formação de um contingente de trabalhadores excedentes, em um processo histórico-social que proporcionou a formação da consciência de classe e o desenvolvimento de novas lutas sociais.

Segundo Harvey (2000) o que distingue o taylorismo do fordismo é que a produção em massa precisa de um consumo em massa, de uma forma de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, um novo tipo de sociedade “democrática”, racionalizada, modernista e populista.

Com isso foi necessário conceber um novo modo de regulação estatal para atender os requisitos da produção fordista, com políticas econômicas embasadas na teoria Keynesiana, formulada pelo inglês John Maynard Keynes, cujas idéias eram contrárias ao Estado liberal e favoráveis a um Estado forte e regulador. Na medida em que as relações de produção sofreram mudanças, o Estado capitalista foi direcionado a encontrar soluções para os problemas em torno da pobreza e da exclusão, tornando-se um Estado interventor frente à crescente tensão social.

A doutrina Keynesiana estimulou a criação de medidas macroeconômicas que incluía: a regulação do mercado, a formação e controle de preços, a emissão de moedas, a imposição de condições contratuais, a distribuição de renda, o investimento público, o combate a pobreza (PEREIRA, 2002, p.32). O Estado passou não somente a regular com mais veemência a economia e a sociedade, mas também a intervir nas ações sociais, prover benefícios e serviços e exercer atividades empresariais (PEREIRA, 2002, p.30). Neste processo se estabeleceu o Estado de Bem Estar Social, ou Estado Social, após a Segunda Grande Guerra Mundial nos países norte-americanos e europeus.

A expansão estatal se fazia em duas maneiras: uma na política fiscal e financeira e outra na política social, com a expansão dos direitos sociais e de cidadania, aumentando o conjunto de benefícios, incluindo os salários, e ampliando conseqüentemente a legislação regulatória. O pacto Keynesiano só se viabilizou com a capitulação de muitas lideranças operárias, a exemplo da social-democracia. De acordo com Andersen (1991), o modelo social-democrata fundamenta as principais hipóteses sobre o Welfare State, que envolve a mobilização de classe no sistema parlamentar, entendendo a via institucional como um meio para realização das idéias socialistas de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade. Nessa perspectiva, o Welfare State envolve responsabilidade estatal, no sentido de garantir o bem estar básico dos cidadãos e deve ter um compromisso com a cidadania e o pleno emprego.

Nos Estados de tendência claramente liberal, de acordo com o autor, há o predomínio da assistência aos comprovadamente pobres, e benefícios atingem principalmente a clientela de baixa renda. Segundo essa ideologia, os limites do bem-estar social reforçaram a propensão marginal, com a opção pelos benefícios sociais em lugar do trabalho. Os principais países que implementaram este regime foram Estados Unidos, Canadá e Austrália.

Diante do exposto, observa-se que o projeto fordista/keynesiano e o Welfare State são marcas da expansão capitalista no período de 1945 a 1970, que se estabeleceu a partir dos pactos políticos assumidos por grande parcela dos movimentos dos trabalhadores assalariados. Nesta fase, o modelo de administração pública hegemônico tinha como ênfase a racionalidade formal nos meios e em procedimentos, no mérito e na hierarquização, e a avaliação dos programas tinham como base seu custo.

Nos anos 70/80 o monetarismo⁵ agride o projeto fordista/keynesiano em dois níveis: a desindexação da moeda e a retração do Estado no âmbito das políticas sociais, medidas que passam a ser consideradas fundamentais para estabilizar o nível de preços, pelo controle do volume da moeda disponível e outros meios de pagamento. Esta política econômica, que permitiu a obtenção de maiores lucros, foi baseado nas concepções do economista norte-americano Milton Friedman, defensor da diminuição dos recursos destinados aos programas sociais.

Instaura-se, como referência a partir de então, o modelo Toyota de produção, com a introdução de um novo padrão tecnológico, “a microeletrônica”. A produção passa a voltar-se somente ao necessário, cortando os excedentes e configurando um novo ordenamento no mundo da produção e do trabalho, que atingiu diretamente os direitos dos trabalhadores. As conquistas trabalhistas foram desregulamentadas e flexibilizadas, de modo a dotar o capital com o instrumental necessário para adequar-se a nova fase de subsunção formal do trabalho. A redução do emprego redirecionou o consumo para a “classe média” (“elite trabalhadora”).

A difusão de novas tecnologias poupadoras de emprego e a exigência de que a mão de obra qualificada passasse a atuar em várias áreas do sistema produtivo (a dita polivalência do trabalhador, que teve como efeito uma grande intensificação do trabalho) teve como consequência a redução de investimentos e um novo padrão de acumulação denominado por Harvey (1989) de acumulação flexível. Este padrão gerou uma regulação estatal fundamentada no projeto ideo-político neoliberal, que se estabeleceu como resposta à crise estrutural do

⁵ Teoria econômica da década de 70/80 – Monetarismo é uma escola de pensamento econômico, apoiada na Teoria Quantitativa da Moeda, que afirma que é o total de quantidade de dinheiro disponível na economia que determina a demanda na atividade econômica a curto prazo. Corrente da macroeconomia, o monetarismo enfatiza a neutralidade monetária a longo prazo e a não-neutralidade a curto prazo, a distinção entre taxas de juros reais e nominais e o papel dos agregados monetários nas análises.

capital⁶. Ernest Mandel (1982) aponta traços específicos da crise no final dos anos 60 que permanecem até hoje, vale destacar: o ritmo acelerado das inovações tecnológicas, a internacionalização do capital, a questão da terceirização. Harvey (1989) considera que a crise no final dos anos 60/70 é uma manifestação típica de superacumulação, caracterizada por uma capacidade produtiva ociosa, pelo excesso de mercadorias e de estoques, pelo excedente de capital e por grande desemprego.

O corte dos gastos sociais, a focalização nos grupos de extrema pobreza e a formulação de critérios de elegibilidade para recebimento de benefícios sociais contribuiu para o aprofundamento das desigualdades sociais, também no mundo do trabalho, com uma tendência à qualificação e intelectualização dos trabalhadores, pondo fim ao ciclo de crescimento que se mantinha desde a segunda guerra mundial. Neste cenário, o Estado abriu mão de ser o provedor social, enquanto o mercado ocupa-se em promover o bem estar ocupacional, protegendo apenas quem tem emprego estável e bem remunerado.

O discurso do Estado Social, ou Sociedade de Bem Estar Social, proposto pela terceira via, se apresenta nesse contexto como um novo ordenamento social, uma recriação da ordem capitalista. É neste caminho que os direitos sociais, que têm como base a universalidade e a justiça social, têm sido incorporados seletivamente no trato das questões sociais advindas da hegemonia do capital financeiro. Nesse sentido, a teoria neoliberal tem se apropriado da democracia para dar resposta às contradições do capital financeiro. Assim, o discurso da participação passou a ser utilizado pelas políticas sociais de cunho neoliberal como forma de produção de consenso e ou parceria, diante da nova realidade econômica e política.

Por outro lado, o tema da participação está vinculado diretamente ao processo de democratização política, concebida por vários autores como um processo histórico relacionado à construção da soberania popular. Coutinho (1997) afirma que a divisão da sociedade em classes constitui limites intransponíveis à afirmação conseqüente da democracia, ou seja, só

⁶ A crise do fordismo/Keynesianismo é a expressão fenomênica da crise estrutural do capital: (1) a queda da taxa de lucro, tendo em vista o aumento de preço da força de trabalho, foi conquistada durante o período pós 45, pela intensificação das lutas sociais dos anos 60, que objetivavam o controle social da produção (2) o esgotamento do padrão de acumulação fordista (3) a hipertrofia da esfera financeira e a maior concentração de capitais devido as fusões entre empresas monopolistas; (4) a crise do Welfare State, que se consubstancia na crise fiscal e no incremento acentuado das privatizações (Antunes 2000).

uma sociedade sem classes, uma sociedade socialista, pode realizar o ideal da plena cidadania e, como tal, da democracia. Em outras palavras, só pode haver democracia para as grandes massas, se elas forem capazes de se organizar, de expressar seus anseios e de obter efetivamente conquistas sociais, políticas e econômicas.

É interessante observar que embora a participação, no discurso da democracia liberal, possa ter como intenção produzir uma dimensão consensual entre as classes sociais, também pode se constituir em palco para concretização de um canal incentivador dos interesses de classe na disputa por hegemonia. Segundo Gohn,

A participação é um processo de vivência que imprime sentido e significado a um movimento social, desenvolvendo uma consciência crítica e gerando uma cultura política nova. A defesa da democracia participativa a partir dos movimentos sociais como critério legitimador da própria democracia e como canal de manifestações das classes oprimidas é uma necessidade do Estado Democrático de Direito, bem como uma clara e evidente forma de desenvolvimento. (GOHN, 2003, p. 30)

Concordamos com essa análise, na medida em que destaca as contradições colocadas neste novo cenário da sociedade civil, em que vários espaços institucionais passaram a ser ocupados por atores que anteriormente não tinham tal acesso e, sequer, tinham o direito de reivindicar ante o Estado. É relevante que tenham surgido canais de expressão e atendimento de demandas sociais populares, que podem valer-se destes espaços como meio de promover o controle social nas políticas públicas.

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 inaugurou um novo pacto federativo, uma nova institucionalidade democrática ao garantir o direito de participação da comunidade na formulação, implementação e avaliação das políticas sociais. A partir desse ordenamento jurídico a participação social na formulação das políticas universalistas se tornou um direito constitucional, no marco de um capitalismo financeiro e mundializado.

Neste contexto, de uma economia mundial neoliberal, as políticas públicas que garantem direitos sociais foram intensamente deslocadas para a iniciativa privada ou individual, ao serem impulsionadas por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado e não sob a responsabilidade da esfera pública. Estas são as marcas de uma época associada ao consumo, ao mundo do dinheiro e do mercado.

O enfrentamento dessas contradições depende da luta política e da prevalência do debate público, sem o que, a democracia não pode tornar-se concretamente aliada ao direito de

participação dos cidadãos, através dos movimentos sociais. Esta seria condição para alcançar melhor qualidade de vida e fazer com que as prioridades centrais do Estado se voltem para as necessidades humanas, mais que para as necessidades do mercado.

3.2 A formação neoliberal do Estado Brasileiro e a gestão pública.

O governo de Fernando Collor de Melo, eleito em 17 de dezembro de 1989, trouxe ao contexto político brasileiro a orientação neoliberal vigente na política internacional, sob a condução dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento. Assim o governo de Collor emerge de um cenário marcado pela crise fiscal do Estado e num momento de fortes críticas à máquina estatal, cujos serviços prestados são considerados de baixa qualidade e de alto custo para os cofres públicos.

Dentre os impactos dessa ideologia na esfera política, proposto pelo Governo Collor, destacam-se as mudanças no papel do Estado-nação no que diz respeito à capacidade de prover um sistema de proteção social que minimizasse os efeitos do processo de acumulação capitalista. A discussão girou em torno da distinção entre as funções exclusivas e não exclusivas do Estado, de modo que o processo de reforma atingisse a dimensão adequada à garantia da governabilidade.

É no governo de Fernando Henrique Cardoso, eleito em 1994 e reeleito em 1998, que se aplicou efetivamente a política neoliberal no Brasil. Seu primeiro mandato deu continuidade ao processo de reforma monetária na economia brasileira, o chamado plano real, e avançou na reforma estrutural, pautada na privatização de várias estatais brasileiras, como a Companhia Vale do Rio Doce (empresa do setor de mineração e siderurgia) e a Telebrás (empresa de telecomunicações), com o argumento que tal ação provocaria inevitável melhoria de alguns serviços essenciais.

O objetivo enunciado desta reforma foi contribuir para a formação de um aparelho de Estado nem forte, nem fraco, o Estado necessário (BRASIL, MARE, 1995), compreendendo três dimensões: a primeira, institucional legal, voltada à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado, através da criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas regulatórias. Nesta dimensão encontra-se também a proposta das

organizações sociais, por meio das quais o Estado transfere um conjunto de responsabilidades sociais para relações de parceria público/privado. A segunda é a dimensão da gestão definida pela maior autonomia nas responsabilidades dos gestores, com a introdução da gestão por resultados e da competição administrativa por excelência.

Esta forma de administração tem sido incorporada nos últimos anos como elemento fundamental nas agendas das políticas sociais, inserida de forma sistemática na fala dos gestores públicos, que assumem um perfil empresarial, buscando respostas mais efetivas às necessidades do novo estágio do capitalismo. A última é uma dimensão cultural de mudança de mentalidade, visando passar da desconfiança generalizada que caracterizou a administração burocrática para uma confiança maior, ainda que limitada, resultante das modificações introduzidas pela administração gerencial.

Um dos princípios fundamentais da reforma é que o Estado, embora conservando e se possível ampliando sua ação social, só deve executar diretamente as tarefas que lhe seriam consideradas exclusivas, na medida em que envolvem empregos diretos (BRASIL, MARE, 1995). Entre as tarefas exclusivas do Estado devem-se distinguir as tarefas centralizadas de formulação e controle das políticas sociais e da lei, a serem executadas por secretarias ou departamentos do Estado, aquelas que podem ser descentralizadas para as agências executivas e agências reguladoras autônomas. (BRASIL, MARE, 1995)

Assim, um aspecto importante da proposta da reforma da nova gestão pública é que há uma imediata desvinculação do serviço público considerado burocrático, cujas funções passariam a ser ofertadas por meio de novas modalidades de processos de trabalho, de gestão da força de trabalho e de novas relações de trabalho no âmbito do setor privado. Ao Estado caberia um papel de coordenador suplementar, já que a crise fiscal teria revelado os limites do excesso de regulação e da rigidez administrativa, bem como a ineficiência do serviço público.

A nova gestão pública é proposta tendo por base um discurso sobre a necessidade de recuperação da governabilidade. O processo de contra-reforma brasileiro foi analisado por Behring (2003), minuciosamente e apresenta os argumentos dominantes dos anos noventa e expõe que o processo de contrarreforma brasileiro foi conservador e regressivo, com conteúdos ideológicos seguindo argumentos tecnocráticos inspirados nas orientações das agências multilaterais.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e a emenda constitucional da reforma administrativa, tomando como base as experiências recentes em países da OCDE, principalmente o Reino Unido, onde se implantava a segunda grande reforma administrativa da história do capitalismo: depois da reforma burocrática do século passado, a reforma gerencial do final deste século. As novas idéias estavam em plena formação; surgia no Reino Unido uma nova disciplina, a *new public management*, que, embora influenciada por idéias neoliberais, de fato não podia ser confundida com as idéias da direita; muitos países social-democratas estavam na Europa envolvidos no processo de reforma e de implantação de novas práticas administrativas. O Brasil tinha a oportunidade de participar desse grande movimento de reforma, e constituir-se no primeiro país em desenvolvimento a fazê-lo. (PEREIRA, 1995, p.22)

Para Diniz (1999) governabilidade e *governance* são aspectos distintos e complementares que configuram o *modus operandi* estatal. Governabilidade refere-se a capacidade do Estado em governar, que deriva da relação de legitimidade com a sociedade civil, já *governance* é a capacidade do governo de bem administrar, articular os diversos interesses existentes e efetivamente implantar políticas.

De acordo com Behring (2003), a contrarreforma do Estado, além de utilizar o argumento de lutar contra a ingovernabilidade e a promessa de instaurar a *governance*, foi empreendida num clima democrático, já que as classes dominantes não necessitaram do uso da força para se apropriar de uma parte do excedente social, considerando que a democracia liberal respalda-se no acesso ao poder político e na divisão do mesmo pelas classes dirigentes. A autora ainda aponta o processo de privatização como elemento central da contrarreforma no caso brasileiro. A privatização de empresas públicas realizada no Brasil na década de 1990 resultou na entrega do patrimônio público ao capital estrangeiro, sem a contrapartida da obrigatoriedade das empresas privatizadas comprarem insumos no Brasil, o que ocasionou o desmonte de parcela significativa do parque industrial nacional e o aumento da remessa de dinheiro para o exterior, com ampliação das taxas de desemprego e desequilíbrio da balança comercial.

Para execução das políticas públicas foram criadas agências executivas e organizações sociais, em uma regulamentação do terceiro setor que combinou serviço voluntário e desprofissionalização das ações, remetendo as intervenções sociais ao mundo da solidariedade, e instituindo a separação entre formulação e execução das políticas públicas.

3.3 Teorias e modelos de gestão que fundamentam os processos de reforma administrativa do Estado

Os primeiros governos internacionais a proporem reformas no antigo modelo administrativo foram os ingleses e os americanos, a partir da propagação do sentimento antiburocrático que se aliava à crença de que o setor privado possui o modelo ideal de gestão. Os principais modelos de gestão pública propostos foram o gerencialismo puro, o *consumerism* e a *public service orientation*.

A corrente denominada de gerencialismo puro é uma tendência hegemônica na administração pública, que vem operando no setor nas duas últimas décadas. Ela apresenta como prioridade a redução dos custos por meio da minimização do Estado, que é compreendido como um problema, paralelamente à valorização da atuação do mercado. Segundo essa perspectiva, o setor público deveria se tornar mais próximo da gestão do setor privado com ênfase na produtividade e na eficiência. Assim, são acentuados aspectos como os mecanismos de controle financeiro, de racionalização orçamentária, de gestão por desempenho, de delegação de autoridade para outros atores, de responsabilização, de objetivos organizacionais entre outros. (Bento, 2003, p.90)

O *Consumerism*, uma tendência administrativa que advoga pautar-se em experiências ligadas na efetividade e qualidade dos serviços públicos, considera os cidadãos como clientes e consumidores e incentiva a competição entre as organizações públicas, ao dispensar maiores recursos financeiros para as instituições que atingem o padrão de excelência estipulado por especialistas.

Outra teoria administrativa se denomina *Public Service Orientation*, a qual se utiliza do conceito de esfera pública, vista como local de aprendizagem social, isto é, a esfera pública não só é o lócus por excelência da participação dos cidadãos, mas os cidadãos aprendem com o debate público. Segundo Abrucio (1997), este modelo foi pensando dentro dos parâmetros do governo local, onde os cidadãos tenderiam a controlar a qualidade dos serviços públicos. Essa corrente traz o debate sobre os conceitos de *accountability* e *empowerment*.

O conceito anglo-saxão de *accountability* resume a obrigação de gestores públicos e técnicos responsáveis pela formulação de políticas públicas ampliarem a visibilidade das ações

desempenhadas, em seus múltiplos aspectos, disponibilizando informações qualificadas sobre os procedimentos adotados, custos, benefícios e resultados para o conjunto de atores sociais envolvidos. A obrigação em prestar contas se torna a principal condição para a garantia de legitimidade no processo de construção de programas sociais.

De acordo com Bravo (2007), o conceito de *accountability* tem sido um fio condutor das reformas administrativas em diversos países tendo como características: ênfase na flexibilização da administração e das modalidades de contratação de funcionários e diminuição dos mecanismos de contratualização entre governo e instituições públicas. Isto implica em uma profunda mudança nas formas de ação coletiva e gestão pública, na medida em que a sociedade assume a responsabilidade pelas decisões e executa as políticas e programas sociais.

Por outro lado, observa-se o aumento da utilização do termo *empowerment* ou empoderamento, sua característica central é a idéia da expansão da liberdade de escolha e da confiança nas dimensões individual e coletiva. As suas principais estratégias são ações que possibilitem a ampliação da capacidade de organização e participação da comunidade, a viabilização de acesso à informação, o controle e acompanhamento das decisões públicas e a responsabilidade social. Isto implica uma inflexão nas relações entre a ação coletiva e a gestão pública, na medida em que a sociedade assume a responsabilidade pelas decisões e passa a desempenhar papel relevante na execução das políticas e programas sociais.

Temos ainda que abordar, de forma resumida, o enfoque da gerência social elaborada por Bernardo Kilksberg (2003). O autor tenta mostrar que é necessário que a unidade do desenvolvimento econômico seja combinada com o desenvolvimento social, através de uma atuação do Estado marcada por elevada capacidade de gerência social, o que ele designa "Estado Social". Este enfoque baseia-se num discurso de pacto social entre as classes sociais, com a manutenção real de subsunção formal do trabalho ao capital, a partir da solidariedade que visa a harmonia social no capitalismo financeiro.

O enfoque na gerência social pretende ser eficiente e privilegiar a participação da comunidade, descentralizar para os municípios as ações, propiciar a formação de redes intersetoriais com outros atores da sociedade, praticar a transparência, gerar informação contínua sobre o social e realizar o monitoramento e avaliação dos programas. Estes atributos

pressupõem a necessidade de capacidades, atitudes, orientação e critérios gerenciais muito particulares, nos quais as palavras são: participação, descentralização e redes.

Nesta perspectiva, a política social não é vista com um paliativo, e sim a fórmula para o desenvolvimento equilibrado. Discute-se que o social não é um gasto, mas um investimento, uma alavanca moderna do desenvolvimento e do crescimento sadio. Cabe lembrar que dentro desta perspectiva há uma tendência à implementação de estratégias e programas fundados a partir de noções de vulnerabilidade e risco, que implementadas de forma satisfatória, amenizariam a vida da classe popular empobrecida. Nesta concepção, não se coloca o desafio das políticas sociais universais e redistributivas, grande impasse da atualidade.

No Brasil, a Constituição de 1988 foi o resultado de mobilizações e pressões exercidas por vários segmentos da sociedade durante processo de resistência e luta contra o regime ditatorial vigente no período anterior. Um significativo avanço propiciado por este processo foi a formalização e definição na carta magna de arranjos institucionais, principalmente os conselhos gestores de políticas públicas, que visam promover e garantir a participação das coletividades no processo de gerenciamento público, entendendo-a como fundamental à consolidação da democracia brasileira. Esta forma de conceber a participação⁷, centrada na tentativa de elevar a sociedade civil a uma esfera política ampliada, a partir de idéias próprias e independentes do Estado e do mercado, coloca o desafio de articulação e implementação de modelos de gestão coerentes com o desenho universalista e participativo da política social. Ou seja, os avanços normativos alcançados requerem uma nova ordem institucional que ultrapasse a lógica privatista no trato do social, em favor dos interesses da coletividade, e assegurando a igualdade de direitos.

Mas como caminhar no sentido assinalado acima diante do processo de mundialização financeira que destrói o legado das conquistas históricas dos trabalhadores, que focaliza as políticas sociais públicas, que requer um Estado mínimo para o social, deslocando a responsabilidade da justiça social para a iniciativa privada? Este cenário é marcado pelo que Coutinho denomina visão minimalista da democracia, em que "*a democracia se reduz ao*

⁷ Participação social é um conceito com diversas abordagens como, por exemplo: quando se é membro de um partido, ou ao participar de um sindicato, ou de um movimento social, formas de participação que não são meramente eleitorais.

cumprimento de regras formais, que de resto excluem explicitamente a idéia de soberania popular" (2002, p.19).

Cabe ressaltar que a transição democrática brasileira foi condicionada principalmente pelo endividamento externo e interno, compondo uma tutela financeira que limita a construção de uma democracia social ou democracia de massa (NETTO, 1990), para a qual é fundamental ampla participação social, construída na dinâmica da relação Estado/Sociedade Civil. Este seria um traço tensionador identificado por Ianni (1982, p.34) em sua obra "O Círculo da Revolução Burguesa", em que apresenta a concepção de uma sociedade civil frágil e amorfa. O autor considera que esta foi à matriz histórica de nossa cultura e de nossas instituições públicas, inclusive no contexto de afirmação dos direitos de cidadania. Os governantes, muitos intelectuais, e as elites representadas no bloco do poder estabeleceram que o povo, o cidadão precisa ser tutelado. Tais características estão presentes na gênese da formação da sociedade brasileira, prevalecendo o domínio da lógica clientelista e da lógica da lucratividade no processo de formulação e implantação das políticas sociais. A partir destas considerações pode-se pressupor que inexistia uma participação da sociedade civil organizada na gestão das políticas sociais.

Ao que me parece, se observamos a historicidade brasileira veremos que em nossa sociedade as relações de favor e de dependência atravessaram a formação da política brasileira desde a primeira República (1890-1930), com a modernização pelo alto. O Governo Federal atuou desde então como projetor do desenvolvimento da sociedade, sem a participação social direta da mesma. Os investimentos econômicos e decisões são pactuados entre as elites, sem a quebra das oligarquias que constituíram uma nova aristocracia, o que caracterizou a ausência de ruptura na mudança de regime e uma consolidação conservadora da dominação burguesa no Brasil (FERNANDES, 2006).

Bravo (2001), ao argumentar sobre a noção de democracia como um processo histórico e relacionado à soberania popular, diz que a democracia representativa, nesta concepção é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil. Entretanto, é percebida como uma vitória parcial, uma vez que na sociedade capitalista existe a hegemonia da classe capitalista dominante, havendo portanto um limite interno à

democracia, pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo setor privado (BRAVO, 2001, p. 45).

Jacobi (1992) coloca duas concepções de participação: 1) a visão da participação restrita e delimitada; 2) a visão da participação plena, enquanto ação permeada por uma noção de conflito. No primeiro sentido, a sociedade civil foi dispensada de seu protagonismo político. O comando do Estado como intermediador de interesses antigos e modernos teria patrocinado uma institucionalização precária do político, afastando-se da democracia e diminuindo sua capacidade de processar demandas, tensões e contradições. Na segunda concepção, o processo de participação seria uma conquista dos grupos dominados na garantia de seus direitos negados historicamente. Nessa perspectiva, é através da participação democrática nos espaços deliberativos, que as classes populares constroem sua cidadania e lutam pelos seus direitos de igualdade.

3.4 A formação social brasileira e a luta por uma institucionalidade democrática

Este tópico propõe-se a discutir aspectos culturais relacionados à participação popular no Brasil, considerando as matrizes sócio-históricas e elementos constituintes da cultura brasileira. Não se trata de estabelecer um determinismo histórico, mas de tentar apreender a influência que essas matrizes tiveram na estruturação do processo de participação popular no Brasil, já que traços e tensões da formação social brasileira evidenciam importantes interfaces com o desenvolvimento e consolidação da dinâmica capitalista. Frente a estes aspectos, a reflexão que desenvolvo tenciona contribuir para a compreensão da incipiente participação popular no debate da vida social e política brasileira, na direção de substantivá-las em conteúdos críticos, políticos, classicistas e contra-hegemônicos.

Robert Putnam fez um estudo, ao final do século XX e início deste, que descreve o civismo como a variável mais significativa para o bom desempenho institucional de um governo. O autor, desenvolvendo conceitos baseados no novo institucionalismo⁸, dedicou-se a

⁸ O novo institucionalismo não se constitui como uma nova teoria, mas um conjunto de argumentos que frequentemente se associa a teorias diferenciadas. Nas suas diferentes manifestações, a explicação considera

investigar historicamente a variável da cultura de participação cívica e de solidariedade social no Norte e Sul da Itália. O conceito de comunidade cívica foi então caracterizado como “*cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias, por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração*” (Putnam, 1996, p. 31), o que destaca o interesse e a participação nas causas públicas como sendo os principais sinais democráticos de uma comunidade.

Nas formulações de Putnam podemos destacar que a participação da sociedade está, por sua vez, fundada na idéia do desenvolvimento de uma “cultura cívica”, baseada em comunidades atuantes, compostas de organizações autônomas da sociedade civil, imbuídas de espírito público, com relações sociais igualitárias e estruturas fincadas na confiança e na colaboração, articuladas em redes horizontais (PUTNAM, 1996). Tal compreensão pressupõe, de forma romântica, um lugar de harmonização de interesses e a emergência de um *terceiro setor* situado para além da esfera pública estatal e do mercado. Nele o convívio seria consensual, nas relações sociais predominaria a igualdade de condição para a participação, e as regras de reciprocidade obedecidas teriam condições de limitar o oportunismo e solucionar problemas de ação coletiva. A construção conceitual derivada das condições supostas não incluem a possibilidade e a existência de coletivos diversificados, plurais, e históricos presentes como atores na cena social, política e ideológica, o que remete a noção de uma hegemonia⁹ sem luta.

Diferentemente das formulações colocadas por Putnam, Gramsci descreve que a característica central da sociedade civil é gerada pela pressão do desenvolvimento capitalista, dotada de leis e princípios relativamente autônomos e específicos, em que nem sempre é observada uma dimensão material própria (COUTINHO, 2005, p. 16). Tal possibilidade

que a forma de organização da vida política tem influencia sobre a política, o que significa atribuir um papel mais autônomo para as instituições políticas, as quais deixam de ser vistas apenas como arenas e passam a ser vistas como atores políticos, ao configurarem um conjunto de estruturas e procedimentos que definem e defendem interesses.

⁹ O conceito de hegemonia desenvolvido pelo filósofo marxista italiano Antonio Gramsci pressupõe a conquista do consenso e da liderança cultural e político-ideológica de uma classe ou bloco de classes sobre as outras.

implica considerar os limites concretos com quais ela se defronta, considerando elementos estruturais e conjunturais de ordem econômica e política. Daí a idéia de arena: um campo de dissonâncias, palco de conflitos e duelos, ora para reforçar o exercício da hegemonia, ora para enfraquecer os consensos firmados.

Portanto, é neste espaço que se desenvolve a luta pela construção de projetos hegemônicos de classe. Neste sentido, diremos que a hegemonia produz também a possibilidade de manifestações contra-hegemônicas na luta pela defesa de interesses, e é neste percurso que o alargamento da participação popular pode contribuir para fortalecimento de sujeitos coletivos.

Florestan Fernandes (1981), em seu estudo intitulado “Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina”, e Carlos Nelson Coutinho, em “Cultura e sociedade no Brasil” (2005), trazem reflexões importantes para o debate sobre a participação social na sociedade brasileira. Estas formulações constituem um vetor analítico fundamental, pois nos permitem compreender a formação social brasileira e a difícil instituição de modos de sociabilidade democráticos. Neste sentido, pressuponho que uma das tensões no processo da gestão participativa de políticas sociais tenha origem nas lutas materiais dos trabalhadores por condição de vida, historicamente marcadas pela falta de meios para a sua participação política e cultural.

É justamente por isso que ressaltamos a importância da incorporação do conceito de sociedade civil, tal como formulado por Gramsci e incorporado pelos autores acima citados, na estruturação do processo de participação popular. Ao longo da história, vimos o aparecimento de várias concepções sobre cultura participativa da sociedade civil, que a destacam, por um lado, como reprodutora de normas vindas de fora, mas, por outro lado, como produtora de suas próprias regras. Perceber esses aspectos simbólicos significa estar atento à sua dimensão cultural. Entendemos que a cultura interna de um grupo pode variar devido às mediações que se desenvolvem entre as normas de funcionamento determinadas por crenças, ideologias e interesses.

A trajetória da história brasileira permite considerar que desde a 1ª. República (1890-1930), o processo de sua modernização ocorreu pelo alto¹⁰. O aparelho do Estado atuou como projetor do desenvolvimento da sociedade sem a participação social direta da mesma, não democratizando as decisões econômicas, sociais e políticas. Argumenta FERNANDES (1978, p.204): “o Estado é um instrumento funcional das classes dominantes para imposição de uma estabilidade política, para a intensificação da acumulação capitalista e aceleração do desenvolvimento econômico”. O autor também salienta que a classe social só aparece onde há o avanço do sistema capitalista, com a associação estrutural e dinâmica da universalização da propriedade privada, com a racionalização do direito e do mercado, o que requer uma ordem legal, isto é, a organização de um Estado formalmente representativo, em que os interesses da classe dominante se expressa e se concretizam.

A economia brasileira foi montada sobre o topo de um sistema econômico agrário, escravista e dependente, com a participação dos fazendeiros de café, dos escravos e depois dos imigrantes, dando origem a novas formas de organização do poder. Ou seja, organizada de dentro e para dentro, a economia brasileira produzia para fora e consumia de fora, engendrando um mercado heterônomo¹¹ (FERNANDES, 2006, p.110), o que indica seu vínculo de subordinação formal ao capital internacional (COUTINHO, 2005, p.43). Isto enfatizou as assimetrias de poder relacionadas à operação e ao desenvolvimento das instituições que operam segundo essa relação de dependência. Portanto, o Brasil nasce como fruto dessa expansão desigual e combinada do capitalismo marcado pelo domínio estrangeiro, que vai se tornando interno, assimilado por uma classe, condicionado pela relação de dependência passiva, o que tem ampla conseqüência no processo cultural e na configuração do nosso Estado Nacional. Concordando com Coutinho:

As transformações políticas e a modernização econômico-social do Brasil sempre foram efetuadas no quadro de uma “via prussiana”, ou seja, através da conciliação entre frações das classes dominantes, de medidas aplicadas “de cima para baixo”, com a conservação essencial das relações de produção atrasadas (o latifúndio) e com a reprodução (ampliada) da dependência ao capitalismo internacional; essas transformações “pelo alto” tiveram como causa e efeito principais a permanente

¹⁰ A expressão “modernização pelo alto” foi elaborada por Lênin (1960) sobre a realidade Russa, onde os latifundiários implementaram as mudanças da modernização capitalista, de modo lento, sem rupturas, e “pelo alto”. Este conceito tem fortes adeptos na literatura que se propõe a analisar o caso brasileiro.

¹¹ Heterônoma - escolha das propostas alheias.

tentativa de marginalizar as massas populares não só da vida social em geral, mas sobretudo do processo de formação das grandes decisões políticas nacional (COUTINHO, 2005, p.45)

Falamos, portanto, de um capitalismo de tipo especial, montando numa estrutura de mercado que possuía duas dimensões: uma estruturação de caráter heterônomo; e outra com tendências antagônicas (FERNANDES, 2006, p.113). O Estado preenchia funções sociais entre o velho e o novo e passou a ser o caminho para a burocratização da dominação patrimonialista, preservando velhas estruturas e o privilégio do tempo de estamentos senhoriais.

Assim, o Estado desempenhou um papel central nas relações históricas de dependência, como articulador da modernização da nação com decisões sempre de cima para baixo, condensador dos interesses dos capitais nacionais e internacionais, com ausência da participação das classes trabalhadoras. Na avaliação de Fernandes (2006), a burguesia brasileira utiliza-se do Estado como uma das principais armas na luta de classe, fundamentalmente por meio de coerção e da repressão. Ao contrário de outras burguesias, que forjaram instituições próprias de poder especificamente social e só usaram o Estado para arranjos mais complicados e específicos, a nossa burguesia converge para o Estado e faz sua unificação no plano político, antes de converter a dominação socioeconômica no que Weber entendia como “poder político indireto” (FERNANDES, 2006, p.240)

De acordo com Fernandes, o Estado Nacional Brasileiro cedeu aos interesses de classe que ele representava, pois a intervenção econômica e política estatal contribuíram para a entrada brusca do capitalismo monopolista¹². Todas as opções concretas enfrentadas pelo Brasil, direta ou indiretamente ligadas à transição do capitalismo (desde a independência política, ao golpe de 64, passando pela proclamação da República, e pela Revolução de 1930), encontraram sempre uma solução de cima para baixo, sendo este um fator decisivo da tradição

¹² Também conhecido como capitalismo financeiro, esta fase do capitalismo surgiu após a crise de 1929. Neste período começam a surgir rapidamente várias empresas, motivadas pelo processo de concentração e centralização de capitais: indústrias, bancos, corretoras de valores, casas comerciais, etc. A acirrada concorrência favoreceu as grandes empresas, levando a fusões e incorporações que resultaram, a partir de fins do século XIX, na monopolização ou oligopolização de muitos setores da economia. Os bancos passam a ter um papel cada vez mais importante, indústrias incorporam ou constituem bancos para lhes dar retaguarda.

“não clássica”¹³ dos processos de transição para o capitalismo que são, prioritariamente, provenientes da dependência do Brasil ao mercado internacional (FERNANDES, 2006, p.440)

Ora este foi o caminho traçado pelo desenvolvimento capitalista no Brasil, marcado por contradições e crises econômicas que exigiram novas acomodações e acordos políticos e sociais. Partindo desta linha de argumentação, a sociedade brasileira historicamente pode ser vista a partir do que Gramsci denominou de “ditadura sem hegemonia”, pelo fato que as conciliações feitas pelo alto, com a exclusão do protagonismo popular, geraram processos de transformação político social.

Seria a expressão da impossibilidade estrutural da burguesia brasileira de ampliar minimamente suas bases de consenso junto aos seguimentos subalternos, o que a obrigaria a recorrer de modo sistemático e permanentemente à coerção aberta contra os “de baixo”. (COUTINHO, 2005, p. 258)

Tivemos, sem dúvida, na década de 70, o “despertar” da sociedade civil brasileira, aparecendo diretamente associada à emergência dos movimentos sociais e à participação ativa de seus setores no processo de desenvolvimento da sociedade. Suas demandas de caráter democratizante, por conquista e ampliação de direitos, foram fenômenos marcantes da história atual.

Ocorreu o questionamento de antigas formas paternalistas, autoritárias e clientelistas e um processo de luta social por práticas e arranjos políticos democráticos, por meio dos quais os cidadãos poderiam atuar, fiscalizar e tomar iniciativas, através de comunidades, grupos de múltipla atuação e movimentos sociais. Essa seria uma exigência àquelas sociedades que querem se considerar verdadeiramente democráticas, isto é, a substituição do paternalismo pela participação social.

Mesmo que o texto constitucional de 1988 assegure a institucionalidade da participação comunitária nas políticas públicas, e não podemos negar a participação dos conselhos gestores na formulação de políticas e controle social nas duas últimas décadas, ainda assim temos baixa participação popular na gestão dos serviços sociais no Brasil. Isto

¹³ Para Lênin (e, de certo modo, também Gramsci), a ‘via clássica’ implica numa solução revolucionária, com a destruição da grande propriedade pré capitalista e a criação de um campesinato livre, enquanto a ‘via não clássica’ tem lugar quando a grande propriedade latifundiária se conserva introduzindo progressivamente e ‘pelo alto’ novas relações capitalistas.

segue viabilizando que as decisões técnicas sejam feitas por gestores com interesses particularistas e corporativistas, que acabam utilizando, por exemplo, no campo da saúde, critérios epidemiológicos, para propor ações e serviços, sem a participação efetiva da população, numa cultura clientelista oriunda de uma lógica burocrática e patrimonialista, com ênfase no cidadão consumidor¹⁴. Neste sentido, a cultura dominante segue subordinando valores e crenças de outras classes.

A nossa história está repleta de momentos em que as elites dirigentes se anteciparam à constituição de uma vontade popular surgida de baixo, alinhando pactos de cima, que frustraram as aspirações populares e as substituíram por processos de mandos e subserviência. É nesta medida que Tereza Salles, em seu artigo “*Raízes da Desigualdade social na cultura Política Brasileira*”, traça um retrato da construção histórica de nossa cidadania pelo conceito que denomina como “cidadania concedida”. Sua análise traz argumentos que caracterizam a nossa formação social como dependente e subalterna, com raízes na cultura da dádiva. “*A cultura da dádiva sobreviveu ao domínio privado das fazendas e engenhos coloniais, sobreviveu à abolição da escravatura, expressou-se de uma forma peculiar ao compromisso coronelista e chegou até os nossos dias*” (SALLES, 1993, p.13).

Esses fatores historicamente possibilitaram a subordinação política dos cidadãos a determinados candidatos, em troca de favores do Estado que, em princípio e segundo o marco jurídico, deveriam estar disponíveis para todos. Nunca foi, entretanto, o que ocorreu. Via de regra, o comum é que o político aproprie-se de recursos públicos (patrimonialismo) para conseguir a subordinação política, pois desse mecanismo depende sua reeleição – mas os que se subordinam obtêm, de maneira privilegiada, o que deveriam ser bens de acesso público.

O clientelismo funciona como um espelho, pois ao particularismo dos políticos corresponde o particularismo dos eleitores. Em tal cenário o tipo de cultura política que surge permite que o assistencialismo atue como um mecanismo poderoso de cooptação e controle dos cidadãos. Esta prática vem sendo incorporada pelo ideário neoliberal, em que se constata

¹⁴ Nas duas últimas décadas, em alguns países, inclusive no Brasil, desenvolveu-se o conceito de cidadania calcado principalmente na questão do cidadão-consumidor. As pessoas passam a ser vistas como cidadãos desde que tenham dinheiro para adquirir mercadorias e utilizar serviços, por exemplo, comprar um tênis de uma determinada marca ou utilizar um bom seguro saúde.

que as políticas sociais têm sido acompanhadas de programas compensatórios que buscam amenizar as desigualdades sociais.

Dessa forma, politizar a sociedade civil representa construir o interesse coletivo e não propostas pessoais ou das próprias entidades. Para tanto, é preciso conhecer a realidade local, as prioridades da população, o arcabouço jurídico-institucional, a rede de serviços e ter capacidade de mobilização e articulação política. Tudo isso qualifica a participação social e as possibilidades de se intervir eficazmente no processo de tomada de decisão.

Conforme pontua ao longo deste texto, a participação dos cidadãos na política tem a ver com a forma como os sujeitos coletivos descodificam e internalizam normas e valores em relação à política, ou seja, ao tipo de cultura política que predomina nas relações sociais. No caso brasileiro, a cultura dominante produziu, e ao mesmo tempo limitou formas de contraposição. Segundo Coutinho (2005, p.50), as transformações ocorridas em nossa história não resultaram de movimentos provenientes de baixo para cima, envolvendo o conjunto da população, mas se processaram sempre através de uma conciliação entre os representantes dos grupos opositores economicamente dominantes, conciliação que se expressa sob a figura de reformas “pelo alto”.

Tal objetivo é aparentemente alcançado através de negociações entre atores que transitam das práticas reivindicativas para as propositivas, que controlam as ações públicas e ao mesmo tempo propõem alternativas. Nessa realidade, a participação é baseada em particularidades individuais dos cidadãos, e no fato de que o desabafo se converte na principal atuação política. Tais elementos favoreceram a desmobilização, materializada na redução do grau de consciência política dos sujeitos coletivos, construídos historicamente, o que ocorre mediante um processo que Gramsci denominou “transformismo”, quando o regime busca perpetuar-se no poder por meio de cooptação de alguns segmentos modernos (Coutinho, 2005, p.258)

Não podemos negar que as experiências de participação popular podem possibilitar um aprendizado democrático sob a égide de uma cultura política democrática, garantida nos dias atuais pela legislação brasileira, que já possui dispositivos para uma efetiva gestão participativa. A participação popular tem sido admitida ou até incentivada, porém apenas nos

limites estabelecidos pelas classes dominantes, tornando-se contraditoriamente um mecanismo de incorporação de forma subalterna ao bloco do poder.

Nesta direção, considerando as argumentações até aqui desenvolvidas sobre as manifestações da cultura política, tem-se o reconhecimento que aponta para decisões fundamentadas numa concepção restrita de democracia, própria do ideário neoliberal. Nele, a participação dos indivíduos, cujas necessidades e desejos são afetados por decisões governamentais, é realizada de forma passiva, através da representação política. Ora, assim não nos caberia decidir o que queremos que seja ofertado, ou seja, nosso espaço político é reduzido à heteronomia (escolhas de propostas alheias), com pouco espaço para a autonomia (capacidade de dar a si mesmo seu próprio caminho) que funda o anseio da democracia de massa.

Contudo, é preciso reconhecer que apesar dos limites do sufrágio universal e das garantias formais da democracia liberal que nos cercam na atualidade, ainda assim vozes se levantam, rompendo com o isolamento herdado pela nossa cultura histórica, e procurando exercer a prática da liberdade pública de participação verdadeiramente democrática. Estas vozes pertencem, queremos crer, aos movimentos sociais que se nos apresentam hoje, como movimentos populares (de moradia, de saúde, etc), ou movimentos sindicais, culturais e até ecológicos que, fugindo do isolamento individualista, recriam a cada dia o seu direito de falar e agir publicamente.

3.5 A contrarreformas do Estado na atualidade: a consolidação da parceria público/privado

Considerando essas referências, podemos afirmar que tivemos alguma modernização do aparelho do Estado, por meio da qual a estrutura administrativa e a burocracia pública ganharam legitimidade, com o uso intensivo de práticas modernas e racionais. No entanto, no processo de contrarreforma descrito emergiu a proposta de que a sociedade civil possa dar conta da redução das desigualdades sociais, da ineficiência e ineficácia dos serviços públicos, aparecendo como um campo de forças que não sofre os influxos culturais e sociais. O recente plano de aceleração econômica do Governo Lula (2007) teve como objetivo a expansão do

investimento em infra-estrutura, entendido como condição para aceleração do desenvolvimento sustentável, com a eliminação dos impasses para o crescimento da economia; aumento da produtividade; superação dos desequilíbrios regionais e das desigualdades sociais; planejamento estratégico de médios e longos prazos; fortalecimento da regulação e da competitividade; instrumentos financeiros adequados ao investimento de longo prazo; parcerias entre público e privado; articulação entre os entes federativos.

De acordo com a Nota Técnica n.41 de janeiro de 2007 (DIEESE, 2007), o PAC revela uma ação governamental planejada com vistas à retomada do Estado em orientar o crescimento econômico do país, através de incremento da taxa de investimento público e privado em áreas consideradas estratégicas. O principal ponto deste plano está no bloco de medidas fiscais previstas em longo prazo, com intervenção sobre a gestão pública e a governança.

Estas premissas estão concatenadas com a técnica de regulação¹⁵ que visa promover a universalidade do acesso aos serviços e equipamentos públicos nas áreas de cultura, educação, lazer e saúde. É no governo Lula (eleito em 2002 e reeleito em 2006) que o Estado, como regulador e fiscalizador dos serviços sociais, intensifica a relação entre público e privado, o que sinaliza a manutenção das medidas neoliberais firmadas e priorizadas no governo de Fernando Henrique Cardoso com os organismos internacionais, em especial com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional.

Neste contexto a gestão pública/privado, principalmente no setor saúde, é legitimada pelo decreto n. 11.079 de 30 de dezembro de 2004, que institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público e privado no âmbito da União, Estados, Distrito Federal, e Municípios. Assim, a administração pública exporta para a gestão social os modelos de gestão privada, com ênfase na satisfação do consumidor, no desempenho, na eficiência, na racionalidade dos gastos. Essa condução é justificada com o argumento de que é necessário promover uma mudança radical na qualidade dos serviços prestados ao cidadão, o que se daria mais facilmente com a gestão privada dos equipamentos públicos, de modo a alcançarem um padrão de efetividade na provisão dos direitos garantidos constitucionalmente.

¹⁵ Regulação novo modelo de gestão pública brasileira que articula a política, a economia e o direito num cenário do desenvolvimento do capitalismo.

O caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada pela Constituição Federal de 1988, na qual está explícita, em seu artigo 199, que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada, mas que a participação do setor privado no SUS deve ser realizada de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, art. 24, estabeleceu que o Sistema Único de Saúde pudesse servir-se dos serviços ofertados pela iniciativa privada quando esta participação complementar se fizer necessária em face de situações de insuficiência de capacidade instalada do setor público, em determinada área geográfica, para garantir a cobertura assistencial à população. Assim o motivo original da participação da iniciativa privada no SUS encontra-se na impossibilidade do Poder Público em garantir o atendimento em saúde em algumas regiões do país, em face das diversidades e do tamanho do território nacional.

A recente portaria GM/MS n. 399/2006 reforça esse preceito e estabelece requisito de planejamento local na efetivação de contratos ou convênios com entidades privadas como se lê no artigo segundo: *“Quando utilizada toda capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e comprovada e justificada a necessidade por meio de plano operativo da rede própria, o gestor poderá complementar a oferta com serviços de assistência à saúde”*.

Partimos nessa pesquisa do questionamos da capacidade institucional das Organizações Sociais de responder às demandas e articular possibilidades de intervenção, de modo a não acentuar ainda mais as iniquidades sociais. Também consideramos importante discutir a possibilidade deste arranjo público/privado descaracterizar e comprometer o papel das instituições público-executivas das políticas sociais universalistas, que mobilizaram a população brasileira na elaboração da Constituição de 1988, ganhando assim a sua legitimidade jurídico-institucional.

3.6 As Organizações Sociais na Saúde

Este tópico procura discutir questões concernentes às Organizações Sociais, título jurídico conferido pelo Estado às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas à consecução de fins sociais. Para o diálogo com essa temática buscamos na literatura

do direito referências e caminhos para compreender seu arcabouço jurídico legal. Percebemos que é no Direito administrativo que se situa com maior ênfase o campo de abrangência das Organizações Sociais, principalmente na dispensa de realização de licitação para contratação de OS. Assim, é o poder público, a partir de exames, que verifica a competência e experiência acumulada, qualificando-as como Organizações Sociais e destinando recursos financeiros para que desenvolvam atividades circunscritas às suas competências.

As pessoas jurídicas de direito privado de que fala a Lei das Organizações Sociais (n. 9.637/98, em seu art. 1º), são aquelas previstas no Código Civil Brasileiro, quais sejam, as associações e as fundações, cujas atividades, embora típicas do Estado, não exigem execução por órgãos ou entidades de direito público. O universo das entidades que poderão ser qualificadas como Organização Social é restrito. Nesse sentido, o art. 1º da Lei n. 9.637/98 estabelece que sejam apenas pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos os requisitos previstos na Lei. Ressalte-se que somente serão qualificadas como Organizações Sociais se forem aprovadas quanto aos critérios de conveniência e oportunidade pelo Ministro do Estado e pelo Ministro ou titular do órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social. Segundo argumenta Jose Eduardo Paes:

Percebe-se, portanto, o elevado grau de discricionário governamental na qualificação da entidade. Não está prevista sequer uma consulta que seja a algum órgão colegiado ou conselho de representantes da sociedade civil. Difícil é vislumbrar que decisões de tamanha envergadura e com reflexos importantes em áreas tão sensíveis e carentes da sociedade dependam exclusivamente do bom senso de alguns poucos mandatários do poder Executivo (PAES, 2000, p.70).

Observamos assim que, do ponto de vista formal e legal, assistimos a aproximação dos campos do Direito público e do Direito privado, com a *publicização*¹⁶ do Direito privado, através da atribuição de tarefas públicas a entidades privadas sem fins lucrativos, ancorados em sistema legal definido pelo Estado Nacional. Tal processo teve início com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado no governo Fernando Henrique Cardoso, que estabeleceu as diretrizes para a contrarreforma da Administração Pública Brasileira. Visando

¹⁶ Transferência da gestão de serviços públicos para entidades públicas não-estatais que o poder executivo passa a subsidiar.

aumentar a capacidade do Estado de implementar políticas públicas, a Lei 9.637 de 15 de maio de 1998 criou o Programa Nacional de Publicização.

O Programa autoriza o poder Executivo, por meio da qualificação de entidades privadas como Organizações Sociais (OS), a transferir-lhes a gestão de bens e serviços públicos. As OS podem gerenciar os recursos humanos e materiais com autonomia em relação ao poder público, o que é justificado como positivo por fazer com que o Estado ganhe em flexibilidade. Deste modo, é permitida a compra de materiais sem a necessidade de licitação, uma vez que as OS não integram a Administração Pública. Segundo Di Pietro:

Embora o Plano Diretor fale em *publicização* e a própria Lei n.9.637/98, logo na ementa, fale em *Programa Nacional de Publicização* para definir a forma como se substituirá uma entidade pública por uma entidade particular qualificada como Organização Social, não há qualquer dúvida quando se tratar de um dos muitos instrumentos de privatização que o Governo vem se utilizando para diminuir o tamanho do aparelhamento da Administração Pública. A atividade prestada muda a sua natureza; o regime jurídico, que era público, passa a ser de direito privado, parcialmente derogado por normas publicísticas; a entidade pública é substituída por uma entidade privada. (DI PIETRO, 2002, p.420)

Como discutido anteriormente, a idéia da parceria do Estado com a Sociedade Civil é central no neoliberalismo da terceira via¹⁷ e o debate sócio-político das Organizações Sociais traz um evidente componente de privatização, porque é constituído de particulares, sob o regime jurídico do direito privado, o que é legitimado formalmente pela exigência de não existência formal do intuito de lucro. Argumenta-se, nessa direção, que há evidentes fatores objetivos do direito que demandam a formação de um terceiro setor, ou seja, de serviços de interesses públicos, mas que não necessitem ser prestados por órgãos ou entidades governamentais. Assim sendo, há elementos de contraposição que operam no domínio legal: ora, por um lado, as Organizações Sociais constituem uma instrumentalização de instituições particulares sem fins lucrativos; ora, por outro lado, uma forma de envolver a sociedade civil nos rumos do Estado, desenvolvendo um papel ideológico funcional aos interesses do capital.

Contudo, um fator central ao entendimento desta questão é que as Organizações Sociais estão fora da administração pública, ou seja, não fazem parte do aparato

¹⁷ A Terceira Via é uma alternativa à Social-Democracia de Keynes e ao Neoliberalismo de Hayek, no entanto esta nova corrente manteve as principais mudanças ocorridas no governo neoliberal de Margaret Thatcher entre elas, as privatizações, a flexibilização do trabalho e a restrição da atuação dos sindicatos.

governamental e não exercem a autoridade governamental, tendo assim uma identidade institucional própria, o que redundará em maior autonomia administrativa, tanto na produção de serviços, quanto na utilização dos fundos.

Uma leitura apressada da Lei pode levar a crer que esse quadro tem demonstrado que as Organizações Sociais atuam paralelamente ao Estado, não integrando a administração direta ou indireta, e exercendo uma atividade de natureza privada com incentivo do poder público. Elas, porém, guardam importantes correlações com o direito Constitucional, as quais se destacam em dois pontos: o contrato de gestão e o controle externo a cargo do Tribunal de Contas.

O Contrato de Gestão é o instrumento firmado entre o poder público e a entidade qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Segundo entendimento do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado, o Contrato de Gestão teria o propósito de contribuir ou reforçar o alcance de objetivos de políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria de gestão, com a intenção de atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão. Um Contrato de Gestão deve especificar metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades (CADERNOS MARE, 1998, p.36).

Como pode ser observado, o contrato de gestão se destaca pelo princípio da eficiência, o que bem argumenta Silva:

[...] eficiência não é um conceito jurídico, mas econômico; não qualifica normas, qualifica atividades. Numa idéia muito geral, eficiência significa fazer acontecer com racionalidade, o que implica medir os custos que a satisfação das necessidades públicas importam em relação ao grau de utilidade alcançado. Assim o princípio da eficiência, introduzido agora no art. 37 da Constituição pela EC-19/98, orienta a atividade administrativa no sentido de conseguir os melhores resultados com os meios escassos de que se dispõe e a menor custo. Rege-se, pois, pela regra da consecução do maior benefício com o menor custo possível. Portanto, o princípio da eficiência administrativa tem como conteúdo a relação meios e resultados (SILVA,2002, p. 651).

O art. 6º da Lei das Organizações Sociais institui, por sua vez, que o contrato de gestão deve ser “*elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a Organização Social*” e deverá “*discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público e da Organização Social*”. Tal contrato deverá ser aprovado pelo conselho de

administração da Organização Social e submetido, posteriormente, ao Ministro de Estado, ou, em outros casos, à autoridade governamental supervisora da área correspondente à atividade fomentada. Conforme o entendimento de Paes:

[...] poderíamos dizer que, ao qualificar-se entes coletivos –pessoas jurídicas instituídas sob a forma de fundações e associações em Organizações Sociais, na forma da lei ora vigente –, estar-se-á conferindo àquelas pessoas jurídicas novos direitos e novos deveres em razão da possibilidade, por meio de um Contrato de Gestão com o poder público, de administrar recursos materiais, financeiros e humanos do próprio poder público. (PAES, 2000, p. 69)

Em sentido contrário, considera Meirelles (2002) não ser o Contrato de Gestão fonte de direitos: como na Administração Pública domina o princípio da legalidade, o Contrato de Gestão não é fonte de direitos. Ele é simplesmente um fato jurídico que permite a aplicação de determinados benefícios previstos em lei. A ampliação da autonomia e de outras vantagens a serem conferidas às entidades deve estar prevista em lei (MEIRELLES, 2002, p. 360-361).

O contrato de gestão mais se aproxima de uma hipótese por negociação, um convênio, sob a conjugação de esforços com a expectativa de plena harmonia entre as partes, e que busca um negócio associativo no qual o desempenho nas atividades públicas é mediado por sanções premiais (metas a ser cumpridas). Neste sentido, podemos dizer que nada mais é que um instrumento de poder de dominação do Estado e controle, através da iniciativa privada, do âmbito social, pelo princípio da consensualidade na cooperação.

Nesse arranjo público/privado, o contrato de gestão possui grande importância, dado a necessidade de atrelar o repasse de recursos financeiros ao desempenho das Organizações Sociais e a necessidade de se instituir mecanismos de visibilidade institucional de controle dos recursos repassados e da própria execução das atividades contratadas, sendo este o principal instrumento de controle por parte do Estado.

As Organizações Sociais podem comprar material sem a necessidade de licitação, uma vez que não integra a administração pública, o que não lhes impõe a obrigatoriedade de submissão à lei 8.666¹⁸. Esta elevada autonomia para a gestão de recursos públicos pode representar um risco de irregularidade na sua utilização e o que também se verifica na possibilidade de contratar pessoal sem concurso público, em regime de CLT.

¹⁸ Lei 8.666/93, que institui as normas para licitações e contratos da administração pública Lei Responsabilidade Fiscal.

Outra questão relevante no que tange ao tratamento jurídico conferido às Organizações Sociais é a incipiente previsão legal com relação ao controle por parte da administração pública e por parte dos conselhos democráticos das políticas sociais. Também é necessário destacar que os recursos destinados às organizações sociais para a execução do contrato de gestão não ficam consignados no orçamento da União, mas sim constituem receita própria das entidades beneficiadas.

O quadro abaixo busca definir a diferença entre alguns desses mecanismos de controle na administração direta e nas Organizações Sociais.

Quadro 1 – Mecanismo de controle nas diferentes modalidades jurídico-administrativa

Modalidades jurídico-administrativas de controle	Órgão Administração Direta	Organizações Sociais
Mecanismo de controle e participação social	Conselhos e Conferências: construção coletiva de diretrizes, avaliação e aprovação necessária dos documentos de políticas públicas (relatórios e planos).	Previsão de participação no Conselho Administrativo de representantes da comunidade e do poder público.
Licitações e contratos	Lei 8.666	Regulamento próprio
Supervisão Ministerial	Direta sobre as atividades do órgão	Via contrato de Gestão
Controle Externo e Interno	Controladoria- Geral da União e Tribunal de Contas da União sobre a gestão e resultados.	Órgão do Poder público supervisor do contrato de gestão.

Fonte: Brasil, 1995; Brasil 1997; CONASEMS,2007

Diante do exposto no quadro acima, no que se refere ao mecanismo de controle e participação social, a lei 9.637/98 prevê apenas que para a consecução do controle da sociedade sobre as OS, os representantes da sociedade civil sejam membros natos das entidades, de acordo com seus estatutos, fazendo parte do Conselho de Administração.

Art. 3º O conselho de administração deve estar estruturado nos termos que dispuser o respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos: I – ser composto por: [.. 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto.

Quanto à participação de entidades representativas de trabalhadores e outras formas associativas nos Conselhos de Administração das OS, as leis federais não garantem a sua participação. Sobre o assunto Silva Neto assinala que:

A Lei não fixou a forma concreta de como isso [o controle] se dará, seja porque a quota reservada à participação popular corre o risco de ser desvirtuada, seja porque o controle social pode vir a ser mais uma norma programática ou utópica, uma vez que os usuários dos serviços públicos não teriam voz ativa a ponto de interferirem na gestão do que foi delegado e fazer valer seus direitos, falecendo, assim, o sentido do controle social. [...] serão necessárias novas regulamentações para delinear, em termos de competência e de implicações, o que se pode entender, na prática, por controle social das atividades desempenhadas pelas Organizações Sociais (NETO, 2003, p. 55-56).

Assim, é favorecida a falta de investimento na dimensão sociopolítica, especialmente na participação e controle social a que se refere à lei 8.142/90, uma vez que, todavia não existe a previsão legal quanto à obrigatoriedade das organizações sociais prestarem contas das verbas públicas recebidas, cabendo ao Estado a sua regulação com base em um controle por resultados,. Desta forma, esse arranjo público/privado é marcado pela não transparência dos recursos públicos destinados à realização dos serviços contratados.

Como mecanismo de controle externo da administração pública tem o Tribunal de Contas, que tem suas atribuições, organização e composição reguladas pela Constituição Federal de 1988, art.70, parágrafo único: “Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária”.

Assim como afirma o artigo 74, § 2º, da CF/88: “Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União”.

Um dado a ser destacado na atuação do Tribunal de Contas no controle das Organizações Sociais é que deve ser levado em conta na avaliação, além dos aspectos formais, o cumprimento do contrato de gestão, pautado na responsabilização por resultados. As regras formais, vinculadas ao cumprimento de metas, não estabelecem necessariamente mecanismos de interlocução com a população, no sentido desta participar de forma mais efetiva no processo de avaliação e contratação das Organizações Sociais.

Na cidade do Rio de Janeiro, o movimento gerencialista teve sua expansão mais evidente e estruturada na gestão do atual prefeito da cidade, ao lançar o plano estratégico da prefeitura para os anos 2009-1012, e pós 2016 – “ O Rio, integrado e competitivo” – contendo

37 iniciativas estratégicas do governo, por área de resultados, norteadas por uma nova concepção de transformação da administração pública.

Alinhada a esse movimento, foi aprovada a Lei Municipal 5.026 de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organização Social, a qual foi regulamentada pelo Decreto n. 30.780 de 02 de junho de 2009. Portanto, é neste contexto que as Organizações Sociais ganham força como uma proposta de modelo jurídico-institucional para o setor saúde a adoção desse modelo na saúde é justificada pelo diagnóstico realizado através do plano estratégico, em parte explicado nos seguintes itens:¹⁹

- Falta assistência, recursos e resolução na atenção primária. Há problemas históricos de gestão na rede municipal;
- A gestão de RH é inadequada (os profissionais são mal remunerados, mal treinados e mal avaliados);
- Processo ineficiente de captação de recursos federais;
- Central de Regulação sem efetividade;
- Manutenção precária da infraestrutura e dos equipamentos da rede;
- Uso incipiente de ferramentas de TI;
- O orçamento da Saúde nos últimos anos foi significativamente baixo para a operação da rede;
- Falta integração do sistema com as redes estadual, federal e de outros municípios;
- Há um histórico de desequilíbrio geográfico e funcional na oferta de recursos.

Podemos observar que o diagnóstico realizado pelos governantes da cidade recai no déficit institucional, pelos impasses por eles enfrentados, em especial no que se refere à contratação de pessoal, condicionada pela Lei de Responsabilidade Fiscal e pela Lei de licitações. É destacado o esgotamento dos mecanismos da administração pública para o gerenciamento dos serviços e ações de saúde, sobretudo pelo modelo burocrático de administração do Estado, o que vem justificar a incapacidade do Estado em assegurar os direitos sociais básicos.

¹⁹ Itens colhidos do Plano estratégico da Prefeitura cidade do Rio Janeiro pag.26

Avaliamos que o problema que se coloca quanto à gestão da saúde pelas OS consiste na tendência de que esta forma de contratualização possa desconstruir a concepção histórica de gestão pública com controle social, afirmada pelos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde promovendo, em seu lugar, uma gestão com maior proximidade como o setor privado, e orientado pelas diretrizes e princípios do mercado.

4 METODOLOGIA

4.1 Pressupostos e procedimentos metodológicos

A análise do gerenciamento local das equipes da estratégia saúde da família no território norte da CAP 5.2 foi realizada por meio de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa, baseada no método dialético, abrangendo o período de 2011 a 2012. Minayo define:

a pesquisa qualitativa como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2004, p. 10).

A escolha da pesquisa documental como procedimento metodológico deve-se ao fato desta ser um método de verificação de dados que visa o acesso de fontes pertinentes ao objeto e objetivos de estudo, proporcionando a abordagem do problema e o levantamento de hipóteses a partir de dados registrados, com resultados a serem testados por outros meios de investigação.

Este procedimento caracteriza-se pela obtenção de informações por meio da análise sistemática de documentos, investigando, examinando e usando técnicas apropriadas para o seu manuseio, conforme determinadas etapas e procedimentos previstos no desenho da pesquisa. Conforme Ludke e Andre (1986, p.38) “*a análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse*” .

Desta forma, a pesquisa documental proporcionou o contato direto com a fonte de dados, no sentido de elucidar determinadas questões e servir como subsídio para elaboração de outras, conferindo aos documentos relevância estratégica como fonte de consulta. Por meio deste procedimento as informações foram organizadas e categorizadas, de modo a permitir a elaboração de sínteses a respeito dos problemas de pesquisa.

Oliveira (2007,p.70) chama atenção para o fato de que “*a pesquisa documental requer do pesquisador uma análise mais cuidadosa visto que os documentos não passam por nenhum tratamento científico*”. Para desenvolver uma reflexão sobre os elementos presentes nos

documentos analisados, estivemos atentos a este aspecto do procedimento, uma vez que o que está registrado ainda não foi trabalhado por outros estudiosos.

Uma justificativa relevante para a opção de utilizar a análise documental como procedimento metodológico foi a preocupação com as condições de operacionalização da investigação. De acordo com MINAYO e SANCHES:

Um bom método será sempre aquele que, permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível. (MINAYO e SANCHES, 1993, p.239)

Nesse sentido, consideramos que esta escolha foi coerente porque tornou a pesquisa viável em relação ao tempo disponível para a conclusão do estudo, já que facilitou a coleta dos dados, uma vez que a localização e acesso às fontes foram facilitadas em razão da inserção da pesquisadora como ex-trabalhadora da CAP 5.2.

A busca de explicações para as relações entre os fatos passa pela descrição do método dentro da teoria do conhecimento. Neste caminho julgamos que a utilização da dialética contribuiu para apreensão de contradições presentes nos documentos oficiais de saúde, do território norte da CAP 5.2, em particular quando observadas suas relações com as demandas da comunidade. Foi possível formatar um conjunto de categorias operacionais que possibilitaram reconstituir uma totalidade. Gil (2006) identifica que o emprego da dialética em pesquisa qualitativa parte da compreensão de que os fatos não podem ser considerados fora do contexto social e também que as contradições transcendem este mesmo contexto, dando origem a novas contradições sociais.

KOSIK afirma que *“a essência do fenômeno não está posta em sua pseudoconcreticidade (concreticidade aparente), não se revelando de modo imediato, mas sim pelo desvelamento de suas mediações e de suas contradições internas fundamentais”* (1976, p.11).

[...] na observação da realidade social e na adequação a ela da visão dialética que privilegia: a) a contradição e o conflito predominante sobre a harmonia e o consenso b) o fenômeno da transição da mudança do vir-a-ser sobre a estabilidade; c) o movimento histórico; d) a totalidade dos contrários”. (Demo *apud* Minayo, 1994b, p.86)

O critério utilizado para identificação e seleção dos documentos que compuseram a amostra foi o levantamento de informações sobre os instrumentos gerenciais oficiais da

gestão público/privado da SMS/PCRJ, na intenção de coletar dados sobre as questões de saúde elencadas pela SMS. Essas opções foram importantes por possibilitar a descrição das atividades gerenciais, de acordo com os protocolos das linhas de cuidado em saúde, com base no referencial teórico, nos pressupostos e categorias operacionais.

Na perspectiva dialética, as demandas oriundas do território foram compreendidas como mediadores coletivos na efetivação dos direitos em saúde, apreensão que orientou a leitura dos documentos oficiais. Nesta tarefa colocou-se o desafio de identificação destes mediadores, mediante as exigências sociais que estão intrínsecas no processo de acumulação do capital, gerador da desigualdade social, e também dos elementos constitutivos da atual organização dos serviços de saúde pública pelo setor privado. “De acordo com Konder (2006) “as mediações, entretanto, obrigam-nos a refletir sobre outro elemento insuprimível da realidade: as contradições” (p. 49). Konder (2006) também ressalta a característica totalizante do conhecimento na dialética, pois para este autor *“a totalidade é mais do que a soma das partes que a constitui. A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que a gente tem dela, pois ela não é estática, mas dinâmica e esta em constante movimento* (p.37). Nesse sentido, destacamos que Totalidade não significa todos os fatos, significa a compreensão da realidade como um todo estruturado, dialético, a partir do qual um fato qualquer (classes de atos, conjuntos de fatos) pode ser racionalmente compreendido. Acumular todos os fatos não significa, ainda, a totalidade. Os fatos são conhecimentos de realidade se são compreendidos como fatos de um todo dialético – isto é, se são átomos imutáveis, indivisíveis e indemonstráveis, de cuja reunião a realidade sai reconstituída – se são entendidos como partes estruturais do todo (KOSIK, 1995, p.44).

Tais pressupostos metodológicos nos colocaram a necessidade de apreender a dimensão histórica do processo de participação da iniciativa privada nos serviços do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. Deste modo, em relação à atual forma de gerenciamento dos espaços públicos no setor saúde, reforçamos a proposição do método dialético para explicar a realidade em sua totalidade, enquanto caminho para captar e identificar criticamente a complexidade das novas formas de expressão da relação entre Estado e sociedade civil. Procuramos também discutir suas repercussões na atual conjuntura do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, frente à reforma do Estado Brasileiro,

que atribui ao setor privado a responsabilidade pela gestão de diferentes espaços e equipamentos públicos.

Esperamos que as recomendações e discussões oriundas deste estudo possam contribuir não somente para identificar os elementos constitutivos do processo de gerenciamento da gestão público/privado no setor saúde e suas respostas às demandas da população, mas também para debater até que ponto estes elementos estão relacionados com a forma de organização do modelo de atenção primária em saúde implementada na cidade do Rio de Janeiro. Com isso, orientamo-nos pela busca em produzir conhecimentos úteis para o planejamento de práticas de gestão coerentes com a responsabilidade sanitária e com os princípios normativos do Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, desejamos que a pesquisa contribua para o trabalho das equipes da estratégia da saúde da família, no sentido de provocar a discussão sobre os instrumentos gerenciais e o território local e a importância da participação popular na gestão institucional, fortalecendo o reconhecimento de que a comunidade tem papel fundamental no caminho de uma gestão compartilhada.

Os documentos analisados apresentam técnicas padronizadas para mensurar a saúde da população adstrita de um território, sendo também instrumentos de comunicação entre o gestor público e o gestor privado dos equipamentos públicos de saúde. Numa fase inicial foram analisados os seguintes relatórios de gestão referentes ao território: dois das unidades do tipo A e três do tipo B²⁰, bem como o relatório de gestão da CAP 5.2, o contrato de gestão do instituto qualificado pela SMS/PCRJ para gerir as unidades de saúde daquela CAP e o Plano Municipal de Saúde da cidade.

Tais instrumentos relatam a realização do elenco básico de produtos a serem desenvolvidos conforme Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS 2010 – 2013), traduzindo tais ações em metas e utilizando a carteira básica de serviços de saúde, documento em que estão listados os serviços de saúde de acordo com cada ciclo de vida da pessoa humana, servindo como viés de custo-eficiência. Este documento está contido no manual descritivo do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica

²⁰ Unidade tipo A (atenção territorializada de forma integral), tipo B (parte da população atendida de forma territorializada e parte no formato não adstrito), tipo C (atenção em formato não territorializado).

(PMAQ), e guarda relação com os indicadores historicamente pactuados no âmbito do pacto pela saúde, instituído em 2006.

Ressalte-se que esses instrumentos, elaborados pelos órgãos da gestão Municipal do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, respondem a uma exigência legal, já que a transferência de recursos da saúde está a eles condicionada. Neles configura-se um conjunto de intenções que deveriam levar a determinados resultados, de acordo com indicadores de acompanhamento, avaliação e as metas estabelecidas. É desta maneira, por meio de tabelas, gráficos e números que é apresentada de forma matemática a saúde da população de um dado território. A prioridade e as estratégias adotadas são norteadas principalmente pela visão e pelas definições das áreas de resultados, de acordo com o estabelecido na contratualização entre a parte pública e privada do Sistema de Saúde. Foram analisados os instrumentos de avaliação, com base em indicadores e metas, considerados necessários para o debate sobre o atual processo gerencial das unidades de saúde local.

Assim, no segundo momento, a partir de uma leitura analítica dos relatórios de gestão, foi construído um banco de dados dividido em quatro categorias operacionais que serviram de base para a estruturação do objeto de estudo, e para o tratamento das hipóteses levantadas, mencionadas anteriormente. Seguem abaixo as variáveis consideradas para a análise dos resultados da pesquisa.

Quadro 02: Variáveis operacionais

Avaliação do desempenho institucional das unidades pela gestão		
Categorias Operacionais	Conteúdos	Fonte para resultados
Ofertas de ações	Sistematização das atividades de saúde correspondentes às diferentes faces da vida, e a padronização adotada dos serviços prestados.	Carteira de Serviços da SMS
	Medida da atuação sanitária das equipes, metas quantitativas e qualitativas estabelecidas.	Boletim Produção Ambulatorial (BPA)
	Compromisso de realização de tarefas pactuadas: produção, carteira de serviços, ferramenta para regulação, recursos humanos, expansão da ESF, indicadores da SUBPAV, indicadores da casa civil, aspectos qualitativos, plano de intervenção 2011, resultados alcançados.	Relatório de gestão das unidades de saúde Relatório de gestão das equipes e CAP
	Novo modelo de gestão dos equipamentos na relação público/privado, pagamento da parte variável do Piso da Atenção Básica, indicadores de acompanhamento,	Contrato de Gestão

	avaliação e metas. Iniciativas estratégicas para a atenção primária em saúde previstas no plano “saúde presente”: diretrizes estratégicas, metas estratégicas e programação.	Plano Municipal de saúde do Rio de Janeiro – 2010/2013
Acesso	Os dados neste item abordam a temática da continuidade do cuidado, visando mapear a universalização do acesso aos serviços para consultas de especialidades e procedimentos de média e alta complexidade.	Vita Care GIL SISREG
Satisfação dos usuários	Pesquisas relacionadas à satisfação popular na avaliação da oferta de serviços.	Contrato de gestão

A análise se propôs a decompor e reorganizar o conteúdo dos documentos a partir das categorias elencadas. Foi pesquisada, principalmente, a utilização de incentivos vinculados às metas estabelecidas, estratégia que tem sido tratada pela SMS como ponto forte para introdução de uma mudança mais ampla no setor saúde local. Segundo o discurso da gestão municipal expresso nos documentos, esse recurso gerencial seria necessário para promover a plena conexão entre o cumprimento de indicadores e os recursos públicos disponibilizados, uma vez que os mesmos configuram a base para o alcance dos resultados pactuados.

Os dados trabalhados mediante a leitura dos documentos proporcionaram uma visão crítica sobre as questões relacionadas à utilização dos incentivos por resultados, assim como, possibilitaram a discussão do método de acompanhamento avaliativo por metas, que são aferidas em seu cumprimento no sentido de controle para repasse de recursos públicos.

Nos passos seguintes foi realizada a leitura dos documentos oficiais, de origem pública, das atas do Conselho Distrital, bem como os relatórios finais da conferência distrital da CAP 5.2 e da conferência municipal de saúde, referente ao período 2011/2012. A análise destes textos nos levou a perceber contradições em relação às informações contidas nos documentos específicos de gestão.

Os principais elementos observados na análise foram àqueles relacionados aos seguintes eixos temáticos da XI conferência municipal do Rio de Janeiro: 1) Acolhimento com resolutividade; 2) Acesso e garantia da continuidade do cuidado. Esses eixos foram classificados como dimensões das demandas por saúde, com a perspectiva de as confrontarmos com as categorias operatórias relativas aos processos de gestão, que foram definidas para o estudo.

Quadro 03: categorias operacionais para análise das demandas em saúde.

Análise das demandas por saúde nos espaços instituídos de participação e controle social.	
Dimensão da demanda	Conteúdos
Acolhimento com Resolutividade	Discussões sobre a capacidade de resolução e a concentração dos serviços nos diferentes níveis de atenção e suas relações e contradições com as principais demandas e necessidades em saúde.
Acesso e garantia da continuidade do cuidado	Identificação da participação política do controle público na discussão sobre a oferta de serviços de saúde, em relação à demanda de atendimentos em níveis média complexidade e a forma de acesso a elas e suas relações com a garantia da resolutividade e acesso ao SUS

Na leitura sistemática das atas referentes às reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Distrital de Saúde da AP.5.2 foram realizadas anotações, pela pesquisadora, na busca pelo significado político e pela articulação teórica com a metodologia de uma compreensão da realidade que norteia a pesquisa, baseada no conceito de totalidade. Nesse sentido, buscamos compreender as praticas específica, tendo em vista o contexto político e social que as gerou.

Com uma maior aproximação do material empírico, outros elementos também relevantes foram se revelando e ampliando o conjunto da análise sobre os indicadores de eficiência e a contratualização dos incentivos financeiros com os profissionais. Esses dados secundários, extraídos do Contrato de Gestão do IABAS, foram descritos separadamente, contribuindo para a contextualização do objeto investigado. Por se tratar de um levantamento documental, não foi necessário ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ.

4.2 Referenciais analíticos do estudo

4.2.1 Direito à saúde e espaço público

A saúde emergiu historicamente como um direito social, frente às novas exigências da sociedade moderna, apontando para uma convergência de interesses de classes mediada pelo âmbito público. Deste modo, evidencia-se como um componente do bem estar social a ser viabilizado pelo Estado, um direito de cidadania, a ser garantido na institucionalidade do

espaço público. Entendemos que a esfera pública é a base para o acesso ao direito, de onde este retira a sua legitimidade e os diversos interesses presentes na sociedade se tornam públicos. Porém, o Estado brasileiro historicamente revelou-se marcado e estruturado por processos de privatização, que atualmente se intensificaram no setor saúde, fortalecendo a lógica da mercantilização, com a justificativa do fracasso da gestão do sistema público. As forças econômicas capitalistas têm-se utilizado atualmente deste caminho como estratégia para o encolhimento do espaço público.

O Estado, de um lado se utiliza do arcabouço legal e institucional para modificar práticas em saúde e, por outro, cria procedimentos relativos à gestão dos equipamentos públicos decorrentes das necessidades dos governos locais. Trata-se de uma posição de concepção neoliberal no contexto atual da contrarreforma do Estado Brasileiro, que atribui ao setor privado a gestão dos equipamentos públicos, feita através de contratos entre as partes públicas e privadas, o que descaracteriza e compromete o desempenho das funções e responsabilidades do Estado.

Este contrato é elemento fundamental para o presente estudo, na medida em que é a única relação que liga as instituições privadas com o setor público, permitindo o provimento de recursos humanos, financeiros e patrimoniais. Suas ações baseiam-se no estabelecimento de metas, objetivos e indicadores de desempenho que, formalmente, deveriam passar por um processo contínuo de avaliação. Conforme aponta Andre (1994) “o contrato de gestão expressa os compromissos negociados e acordos entre as partes, de forma periódica e sistemática acerca dos objetivos e metas a serem alcançados pelo Contrato” (p.44). A relação contratual se constitui como um dos principais mecanismos institucionais, que permite aos governos controlar os agentes econômicos e aos cidadãos controlar o governo (PEREIRA, 1997).

Percebemos que os argumentos para a transferência da gestão dos equipamentos públicos são fortemente embasados na crítica de sua administração e têm como justificativa a autonomia da instituição privada, que poderia operar com mais produtividade do que a administração direta, sob o princípio da responsabilização (*accountability*), com a realização de um contrato de gestão em que fiquem claramente estabelecidas as obrigações de resultados

socialmente controláveis, através de indicadores de desempenho, mecanismos de avaliação e controle de resultados.

Tal tendência no setor saúde tem sido fortalecida com as organizações sociais, e nesta perspectiva cabe considerar o desafio de ultrapassar as limitações que o próprio contrato impõe, sob a lógica mercantil, realizando a crítica a partir da dimensão de ocupação do espaço público, como uma dimensão inerente ao direito construído historicamente. Essa perspectiva de análise esbarra com a contradição de que, se por um lado a assistência à saúde é um dever que o Estado deve garantir à população, por outro lado ela é livre a iniciativa privada.

4.2.2 Demandas e a participação em saúde

A expressão “demanda” teve suas origens nas relações de produção. De forma geral significa a quantidade de um bem ou serviço que os consumidores desejam adquirir por um preço definido. A demanda pode ser interpretada como procura, mas não necessariamente consumo, uma vez que é possível querer e não consumir um bem ou serviço por diversos motivos. Entendemos que o conceito de demanda em saúde encontra-se baseado em uma estrutura de necessidades sociais, que por sua vez são diferentes em cada contexto histórico, ora prevalecendo critérios discriminatórios de mercado, ora formas de reivindicação coletiva.

Sendo assim, a demanda por atenção à saúde é irregular e imprevisível, pois ocorre em circunstâncias de necessidades, a partir de grupos priorizados ou de demanda espontânea na oferta de serviços. Um dos grandes conflitos com o qual hoje se defronta a gestão dos serviços de saúde é manter um sistema de prestação de cuidados que possa dar conta do acesso justo, a partir das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença. De todo o modo, é importante compreender que como característica principal da evolução histórica dos modelos assistenciais de saúde no Brasil prevaleceu o modelo médico-assistencial privatista, em que a organização dos serviços ocorre a partir da livre demanda ou demanda espontânea.

As preocupações das instituições de saúde restringem-se habitualmente em manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. Algumas vezes é a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. Outras vezes

é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, mas coerente com interesses mercantis, que determina o consumo de serviços médicos (PAIM, 1999, p.243)

Porém a partir da concepção ampliada da saúde, as demandas podem ser concebidas como sendo “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de expressão ativa e participativa do exercício de direitos de cidadania, entre os quais ao trabalho, ao salário justo, a participação nas decisões e gestões de políticas institucionais” (LUZ, 1991, p. 29), o que pode nos proporcionar identificar outros componentes e outro enfoque para análise das demandas referentes às necessidades em saúde. Esta abordagem nos remete a outra dimensão, trazendo a ideia de atores em disputa por interesses e projetos distintos, num contexto de luta por concretização do atendimento para determinado grupo populacional em suas solicitações. Portanto, estas proposições ocupam um lugar de destaque na concretização da mediação conflituosa entre demandas, ofertas e acesso, principalmente quando considerados os movimentos de participação popular na efetivação das demandas e, portanto, na garantia dos direitos.

Nesta dinâmica compreendemos que as demandas não são apenas reprodução das necessidades, mas também um instrumento de descoberta, interpretação e luta social, que afirma e apresenta questionamentos e princípios para a sua democratização, e se expressa na criação de espaços públicos no processo de discussão e tomada de decisão. Conforme argumenta Stotz (2007) "participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação no pensamento social, de um longo processo histórico" (p.293).

Nesta direção as manifestações por demandas criadas coletivamente nos serviços de saúde apontam para a expectativa de decisões democráticas, para a participação dos indivíduos, cujas necessidades e desejos são afetados por decisões governamentais através de instrumentos gerenciais baseados em normas, procedimentos e metas a serem atingidas como respostas aos problemas de saúde da população. Vistas deste prisma, demandas e participação são processos políticos para que se garanta o controle social, sem negar a relação dialética entre ambas.

No caso das demandas é condição intrínseca à atividade social dos indivíduos, também necessidade individual e condição para a realização pessoal, assim como a participação é

condição para a operacionalização da coletividade na esfera pública, que aponta para uma sociedade de relações democráticas na realização das necessidades em saúde. "Incentivar a participação nos espaços e nos momentos decisórios certamente possibilita mais equidade na distribuição dos recursos e, por conseguinte, no controle do poder público" (COHN et al., 1999 Bobbio et al. (2000) argumentam que a participação "(...) se acomoda também a diferentes interpretações, já que se pode participar, ou tomar parte nalguma coisa, de modo bem diferente, desde a condição de simples espectador mais ou menos marginal à de protagonista de destaque" (p.888).

Ora se a participação tem um formato de presença de comportamentos essencialmente receptivo e passivo, podemos então dizer que nesta perspectiva as demandas por ações e serviços de saúde não permitem compreender o modo de vida local, porque nelas estão diretamente envolvidos indivíduos e coletivos da comunidade, as formas de planejar e distribuir recursos de acordo com a realidade do lugar, aspectos a serem observados em relação a uma gestão compartilhada e democrática. As discussões da participação nas decisões sobre as ações e sobre as demandas por saúde revelam a complexidade e a heterogeneidade dessas categorias que, tomadas como referências conceituais, servem à análise desenvolvida neste trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão proporcionada pelo processo investigativo encontram-se apresentados em duas partes. A primeira se refere à apresentação dos dados contidos nos instrumentos de gerenciamento local, que balisam a relação público/privado; e a segunda se refere ao conjunto de demandas da população, tendo como fio condutor a análise dos documentos do controle social, sendo que ambas as partes foram analisadas conforme as categorias operacionais anteriormente descritas.

5.1. O processo de gerenciamento e a organização da rede de saúde no território



Como vimos, a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, em 2005, houve a introdução de novos mecanismos que flexibilizaram a administração pública, com a contratualização de organizações sociais no setor saúde para administração direta dos territórios, o que vem conformando novas formas de gestão em saúde. Esta condução baseia-se em forças que impulsionaram a sua legitimação no momento político atual, constituindo-se como parte do processo de redesenho institucional de

contrarreforma do Estado brasileiro, que vem sendo implementada no país desde a década de 90.

Por outro lado, as políticas de saúde, ancoradas no conceito de direito social, foram formalmente instituídas na perspectiva de garantir a acessibilidade da população aos serviços de saúde, de acordo com a Portaria GM 2.488/2011, que propõe uma atenção básica mais fortalecida e ordenadora das redes de atenção, com cobertura territorial pelas ESF. Neste contexto, a abrangência geográfica tem papel fundamental para a apreensão e o entendimento das demandas de saúde em seus diversos âmbitos de complexidade.

Na cidade do Rio de Janeiro, todas as unidades de saúde, de acordo com o perfil de atendimento, foram classificadas em:

- **Atenção Primária:** que são os Centros Municipal de Saúde (CMS) e as clínicas da família (CF);
- **Atenção secundária:** Policlínicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA) e centro de reabilitação, e por último;
- **Atenção terciária:** que compõem as maternidades, os hospitais e os institutos.

Para efetuar esse desenvolvimento organizacional, a SMS/PCJ definiu o território das unidades de saúde da Atenção Primária pela lista de Código de Endereçamento Postal (CEP), vinculando-os a uma unidade de saúde. Porém, nem todas as unidades de APS no Município do RJ estão no mesmo plano de conformação, existindo vários modelos de unidades (A, B, C), os quais são resultantes da organização do processo de trabalho, descrita no quadro a seguir

Quadro 04: Organização das unidades AB na cidade do RJ

Organização das unidades APS na cidade do RJ	
Modelo	Características
A	Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal. A unidade é dividida por equipes.
B	Somente uma parte do território é coberta pelas equipes de saúde da família e saúde bucal.
C	A unidade ainda não trabalha na estratégia de saúde da família.

Fonte: SUBPAV/SMS

Assim, o relatório de gestão da CAP 5.2/2012 nos proporcionou visualizar a composição do território e a organização de sua rede de atenção à saúde, que tem como base o processo de expansão das equipes da saúde da família. O território analisado foi o que se

refere ao complexo norte de Campo Grande, que abrange os seguintes sub-bairros: Centro-norte, Cosmo, Inhoiaba, Santíssimo e Mendanha, os quais possuem quatro unidades do Tipo A, seis unidades do Tipo B, e duas unidades do Tipo C (Centro de Atenção Psicossocial e Centro de Atenção Psicossocial Infantil).

O complexo norte da CAP 5.2 não é uma região homogênea, e possui condições, características de vida e configurações sociais de ocupação da área marcadas por expressivas diferenças e contrastes socioeconômicos. Temos, por exemplo, o sub-bairro de Inhoiaba, que apresenta um dos menores IDH da cidade. No ano de 2000 o IDH do bairro era de 0,747, o 115º colocado entre 126 regiões analisadas na Cidade do Rio de Janeiro. Inhoiaba possui duas unidades do tipo A, duas unidades do tipo B e uma unidade do tipo C, ao passo que o Centro-norte de Campo Grande tem um IDH médio 0,810, com uma unidade de saúde do tipo B. O sub-bairro do Mendanha, que é recortado pela Avenida Brasil, possui diversas comunidades com situações de violência urbana, tais como Serrinha, Nossa Senhora das Graças e as comunidades ao entorno desta, possuindo apenas uma unidade de saúde de atenção primária, do tipo B. Os Bairros de Inhoiaba e Cosmo se caracterizam pela presença de conjuntos habitacionais, loteamentos e comunidades como Vila do Céu, Aguiar Torres, Santa Margarida, sendo bairros ocupados caracteristicamente por moradores de classe baixa.

Vale ressaltar que a organização institucional do complexo norte, da CAP 5.2, apresenta um maior número de equipamentos públicos assistenciais em saúde, com uma conformação territorial do tipo B, de acordo com os parâmetros de classificação da SMS/PCRJ. Isto significa que parte de sua cobertura é realizada com adstrição de clientela, dividida por micro-áreas, e a outra parte por organização referente ao CEP do domicílio da população. Observa-se, assim, que a oferta assistencial nesse território é diversificada, uma vez que as unidades do tipo B também abrigam diferentes especializadas médicas e equipes multiprofissionais.

Verificamos os dados do contrato de gestão do instituto qualificado para gerir as unidades de saúde da CAP 5.2 no que se refere ao pagamento da parte variável do Piso da Atenção Básica, que depende dos indicadores de acompanhamento, avaliação e metas. Esta parte do contrato de gestão do IABAS é constituída de 03 variáveis, a saber:

- **Parte variável 01:** incentivo institucional às TEIAS;
- **Parte variável 02:** incentivo institucional à unidade de saúde;
- **Parte variável 03:** incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.

Identificamos que os modelos A e B têm incentivos aferidos de acordo com a variável 02 do referido contrato, por serem consideradas unidades funcionais com maiores transformações organizacionais. Neste caso, é avaliado o cumprimento de 18 indicadores agrupados em quatro áreas:

- acesso;
- desempenho assistencial;
- satisfação dos pacientes;
- eficiência

O cumprimento de indicadores específicos, avaliados por cada unidade de atenção primária, destina um valor trimestral pré-estabelecido, segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de saúde. O valor é de R\$ 3.000,00/trimestre, por equipe de saúde da família. A fonte de informação para avaliação dos indicadores da variável 02 deve ser obtida dos registros nos prontuários eletrônicos.

Quadro 05: Indicadores da parte variável 02 do Contrato de Gestão

Quadro de indicadores da parte variável 02: Incentivo à qualificação das unidades de saúde	
Acesso	a.1 percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família. a.2 percentagem de demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhada por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e outros). a.3 Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. a.4 taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. a.5 taxa de itens da carteira de serviços implementados. a.6 percentagem de consultas agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.
Desempenho assistencial	d.1 percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrados nos últimos 03 anos. d.2 percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos meses. d.3 percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos meses. d.4 percentagem de crianças com calendário vacinal em dia atualizado aos 02 anos d.5 percentagem de crianças com calendário vacinal em dia atualizado aos 06 anos.

	<p>d.6 percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre.</p> <p>d.7 percentagem de primeira consulta de puericultura efetuadas até aos 28 dias.</p> <p>d.8 proporções de altas, no tratamento odontológico dos usuários em tratamento iniciado.</p> <p>d.9 proporção de kits de saúde bucal distribuídos por família com vulnerabilidade social.</p>
Satisfação dos pacientes	s.1. Percentagem de usuários satisfeitos e muito satisfeitos.
Eficiência	<p>e.1. custo médio de medicamentos prescritos por usuário.</p> <p>e.2 custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuários.</p> <p>e.3. percentagem de medicamentos prescritos da REMUME.</p> <p>e.4 percentagem de pacientes encaminhamentos.</p> <p>e.5 percentagem de absenteísmo das consultas/procedimentos agendados pelo SISREG.</p>

Fonte: Contrato de Gestão IABAA/2011

O uso de incentivos orçamentários como meio de aperfeiçoamento do desempenho institucional é, sem dúvida, muito peculiar à lógica do mercado, representando a utilização de padrões considerados bem sucedidos no setor privado. Segundo a literatura da Nova Gestão Pública, esse recurso justifica-se por traduzir soluções mais eficientes na prestação de serviços, embora esteja sendo aplicado em um contexto tipicamente público.

Neste contexto, as políticas públicas que visam assegurar direitos sociais, as quais são providas pela gestão estatal, têm sua racionalidade deslocada para o campo da iniciativa privada, na qual prevalece o arbítrio do indivíduo e não a responsabilidade do Estado. Com isso, o direito à saúde é associado e ressignificado como consumo, sendo atrelado ao mundo dos produtos ofertados, o que deriva na ruptura da universalidade de direitos e contribui para formas segmentadas e excludentes de provisão dos serviços públicos.

Ocorre, portanto, a substituição do modelo de provisão estatal por um modelo em que o Estado deixa de ser o gestor direto dos serviços públicos e passa a ser o coordenador e fiscalizador de serviços de saúde que podem ser prestados por outros setores da iniciativa privada. Os apontamentos acima descritos, sobre a conformação do território norte da CAP 5.2, nos permitem, de certo modo, compreender como se processa a organização da rede assistencial neste território, onde a explicitação da relação saúde/doença é desenvolvida num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, eficiência e qualidade, associados a metas por desempenho contábil, construídas entre os entes governamentais e os contratados.

5.2 Ofertas de ações de saúde

Em 2010, a cidade do Rio de Janeiro delineou seu Plano Municipal de Saúde (PMS), formalizando as prioridades de governo na área e apontando as grandes linhas políticas a serem seguidas, as quais foram traduzidas em metas orientadas para a solução dos problemas referentes às ações e aos serviços de saúde. Essas metas foram organizadas em cinco eixos que, segundo o atual Secretário de Saúde “*refletem as prioridades da atual gestão*” (PMS, 2010. p.02):

- Promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e risco à saúde relacionada aos seus determinantes e condicionantes;
- Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificações das ações de saúde;
- Fortalecimento da gestão participativa.
- Gestão do trabalho.

A carteira de serviços da atenção primária em saúde é um componente essencial para compreensão das ações oferecidas à população carioca, um instrumento que define os procedimentos e as ações necessárias para dar conta do direito à saúde na atenção primária. São ações estabelecidas de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, de 2006 (PNAB/2006), e pactuadas nas comissões intergestoras²¹. A portaria GM nº 1.101 de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, define os parâmetros de cobertura assistencial: como recomendações técnicas ideais, construindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem devolvidas, podendo sofrer adequações regionais e ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

Nos itens da carteira de serviços observamos que as ações oferecidas são agrupadas conforme o ciclo de vida da pessoa humana, subdivididas em: criança, adolescente, adulto e idoso. Esse processo tem como objetivo definir os problemas a serem trabalhados pela equipe

²¹ Instância colegiada de negociação e pactuação entre os gestores do SUS, quanto aos aspectos operacionais da política de saúde.

de saúde. Mapeando os dados contidos nos relatórios das equipes e de gestão da CAP 5.2 observamos as seguintes informações da carteira de serviços em que o indicador avaliador é unicamente a resposta sim ou não. Os itens são os seguintes:

1. Prontuário eletrônico,
2. Teste pezinho,
3. Sala de vacinas,
4. Sala de curativo,
5. Nebulização,
6. Dispensação de insulina,
7. Inserção de DIU,
8. Coleta de panicolau,
9. Receita azul,
10. Dispensa de medicamentos controlados,
11. Sutura,
12. Dispensa de medicamentos de asma,
13. Manejo da tuberculose,
14. DOTS,
15. Pré-natal realizado por médico e ou enfermeiro,
16. Puericultura realizada por médico,
17. Maleta de emergência,
18. Remoção cerume,
19. Cirurgia da unha,
20. Drenagem de abscesso,
21. Academia carioca,
22. Desintoxicação alcoólica,
23. Praticas integrativas,
24. Conectividade,
25. Tratamento da hanseníase,
26. Emissão de atestado médico,

27. Grupo de planejamento familiar,
28. Grupo de tabagismo,
29. Emissão de atestado de óbito

Estes dados da carteira de serviço fazem parte da avaliação do parâmetro para cumprimento das metas referentes à parte variável 02 do Contrato de Gestão, sendo que o principal indicador é a taxa de itens da carteira de serviços implementados. Sua fórmula de cálculo é a seguinte: número de ações da carteira de serviços executadas pelas equipes da saúde da família e saúde bucal multiplicado por cem e dividido pelo total de ações da carteira de serviços. A meta mínima é de 80%. O prontuário eletrônico deve gerar automaticamente a informação, a partir do registro de atividades das equipes, para a maior parte dos itens da carteira de serviços. Os itens que não forem possíveis levantar pelo prontuário eletrônico devem ser registrados no prontuário pelo gerente ou diretor da unidade.

É importante sinalizar que ao verificar o relatório de gestão da CAP 5.2/2010-2012, referente aos itens da carteira de serviços implementados, verificamos que 62% é direcionado para as unidades do tipo A (aquelas que foram desenvolvidas em áreas com adstrição de clientela), 25% para as unidades do tipo B e 13% para as unidades do tipo C.

As unidades com índice maior de ofertas avaliadas possuem somente o modelo da estratégia saúde da família, conforme descrito anteriormente. Nelas os indicadores de desempenho são monitorados através do prontuário eletrônico em que, ao efetuar o registro de informações no sistema, é apresentado o valor de cada indicador referente aos pacientes cadastrados. Assim, o prontuário eletrônico esclarece e facilita a interpretação de cada indicador e a definição de quais são os registros mínimos para que as atividades diárias dos profissionais se evidenciem nos indicadores, induzindo a concentração exclusiva nessas atividades e produzindo um maior controle sobre o trabalho dos profissionais. Quanto a isso, podemos observar a prevalência de indicadores relativos a ações curativas e a pouca expressão que iniciativas de promoção e prevenção possuem nestes critérios de avaliação.

Tais dados nos apresentam a fixação de tipos e números de atendimentos limitados, pela imposição dos referidos parâmetros de cobertura assistencial fixados pelos entes governamentais do SUS para subsidiar o repasse dos recursos financeiros. Estes parâmetros

contemplam alguns agravos à saúde e alguns procedimentos relevantes, mas muitas vezes não corresponde a realidade local.

No entanto, não basta que a SMS/PCRJ fixe os parâmetros de cobertura assistencial baseados, em geral, no quantitativo populacional e em dados epidemiológicos da cidade, ou em metas pactuadas de acordo com a elaboração do Ministério da Saúde e órgãos internacionalmente reconhecidos, que elegem alguns programas para acompanhamento prioritário. É necessário compreender que cada área da cidade possui arranjos e condições socioeconômicas singulares, e fatores de risco que definem modo de adoecer local, sendo preciso considerar a dinâmica social e política inerente aos territórios.

Observamos no Contrato de Gestão que no item designado por “vigilância dos usuários vulneráveis e de risco” há incentivos financeiros de acordo com os indicadores da parte variável 03. A variável 03 retrata o cumprimento de indicadores relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal. Conforme consta no contrato de gestão do IABAS é destinado um valor variável de recursos a serem recebidos trimestralmente por cada equipe, a título de remuneração por desempenho, sendo este de no máximo 10% do salário base mensais. Caso a equipe atinja menos de 20% das metas acordadas para o trimestre, isto acarretará em destinação dos recursos orçamentários para a utilização na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”, cujo plano de aplicação é definido pela respectiva Coordenação de Área de Planejamento:

Quadro 06: Indicadores da parte variável 03 do Contrato de gestão

Quadro de indicadores da parte variável 03 referente à contratualização dos Incentivos financeiros aos profissionais.		
Grupo de ações	Descrição	Uc ²²
01	A vigilância em planejamento familiar, de mulher em idade fértil, por ano	01
02	A vigilância em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Vigilância de uma gravidez	08
04	A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	A vigilância de uma pessoa diabética, por ano	04
07	A vigilância de uma pessoa hipertensa por ano	02

²² UC unidade contábil alcançada.

08	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10

Fonte: Contrato de Gestão IABAS/2011

Este fato nos chamou a atenção sobre a vigilância em saúde de uma determinada população, pelo modo com que as dimensões do processo saúde/doença são medidas, unicamente com arranjos e fórmula matemáticas, tornando os resultados quantitativos do serviço um produto capaz de subsidiar diretamente a avaliação do desempenho profissional. Desta forma, a avaliação das atividades voltadas aos indivíduos ou aos grupos específicos está mais direcionada ao campo da eficiência, do que ao próprio cuidado ou ao vínculo entre paciente e profissional/equipe de saúde, que é relevante para a dimensão qualitativa a realidade social e histórica.

Em relação à eficiência, os dados produzidos nos serviços de saúde são armazenados em coleções de dados e coletados por sistemas nacionais como: SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares), Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre outros.

Dentro deste contexto a competência em manusear os processos informacionais e tecnológicos surge como necessidade para o desenvolvimento do trabalho profissional em saúde. Contudo, ao mesmo tempo, os profissionais são responsáveis pela realização dos resultados, para o alcance das metas, de forma que os recursos públicos possam ser investidos conforme a pactuação estabelecida.

Constata-se assim que a utilização de incentivos profissionais por verificação diária de atividades e serviços em relação a padrões pré-estabelecidos mobiliza o trabalhador para o alcance de determinadas metas, ou reforço de determinados comportamentos no trabalho em saúde, criando um paradoxo entre as demandas que não são explicitadas com clareza pelo usuário do serviço e a adequação competitiva de acordo com a existência de recursos.

Considerando que é desejável que a prática clínica siga uma abordagem holística e integral de cada caso, construída no cotidiano dos serviços de saúde, de modo a superar uma apreensão estritamente biológica do fenômeno do adoecimento e sofrimento, ficam claros os limites colocados por esta forma de avaliação do trabalho em saúde, que ocorre

exclusivamente com a utilização de parâmetros quantitativos, externa e previamente fixados. Isto porque, ela desconsidera que um dos instrumentos capazes de potencializar as transformações almejadas na atenção básica é o reforço do vínculo profissional entre equipe de saúde e pacientes, que permitira mais estímulos ao autocuidado e simultânea responsabilidade pela solução dos problemas de saúde, exigindo uma visão ampliada sobre o contexto de vida dos indivíduos, dialogando assim com outras dimensões do processo saúde/doença não inscritos no âmbito da biomedicina.

Ainda sobre a oferta de serviços, cabe discutir a incorporação de novas tecnologias de informação na organização do trabalho em saúde, com a finalidade de quantificar as informações do usuário da atenção primária em relação ao seu acesso aos serviços de saúde. Inicialmente, na implantação do programa saúde da família, o Ministério da Saúde adotou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponibilizado pelo DATASUS, em relação ao qual se destaca a padronização dos registros eletrônicos dos eventos em saúde de uma população.

O Vitae Care, o sistema de informação utilizado pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, tem sua origem em Portugal, tendo sido desenvolvido para a gestão eletrônica integrada da clínica com a atividade administrativa e financeira, de modo a permitir em um único sistema a integração dos módulos funcionais dos diversos profissionais de saúde. O vitae care foi construído para possibilitar a gestão de processos clínicos por meio eletrônico, com resumo clínico integrado à informação administrativa de qualquer ato prestado ao paciente por qualquer profissional (médico, enfermeiros, técnicos etc.). Este instrumento informacional tecnológico gera o boletim de produção ambulatorial, no qual as equipes da ESF lançam diariamente as seguintes informações de acordo com a tabela abaixo:

Quadro 07: Informações para gerar o BPA – por área/por equipe

Informações inseridas no Vita Care para gerar o BPA - por área/por equipes.	
Consulta Médica	Por área Por faixa etária
Tipo de atendimento	Puericultura Pré- natal Prevenção do câncer cérvico-uterino DST/AIDS Diabetes

	Hipertensão arterial Hanseníase Tuberculose
Solicitação médica de exames complementares	Patologia clinica Radiodiagnostico Citopatologico Cervicovaginal Ultrassonografia Obstetrícia Outros
Encaminhamentos médicos	Atendimento especializado Internação hospitalar Urgência/emergência Internação domiciliar
Procedimentos	Atendimento específico para acidente de trabalho Visita de inspeção sanitária Atendimento individual enfermeiro Atendimento individual de profissional de nível superior Curativos Inalações Injeções Retirada de pontos Terapia de reidratação oral Suturas
Atendimento em grupo	Atendimento em grupo – educação e saúde Procedimentos coletivos

Fonte: VitahisCare E Heath solution-HIS

Os dados emitidos pelo Vita Care constituem o prontuário eletrônico do paciente. Por outro lado, o sistema Gerenciador de Informações Locais (GIL) produz a série histórica dos atendimentos dos usuários nos serviços de saúde. É por meio destes sistemas que a produção de dados das unidades de saúde do tipo A e B alimentam os fluxos informacionais internos do serviço, informando e registrando as ações de saúde oferecidas e contribuindo para atender as solicitações de informações da CAP e da SMS.

Somente as unidades do tipo B e do tipo C utilizam o Sistema Gerenciador de Informações Locais (GIL). O GIL não está integrado com o sistema Vita Care, que é utilizado nas unidades do tipo A, sendo um de seus recursos a exportação de dados de atendimentos de cada unidade para o TABWIM, que é um tabulador desenvolvido pelo DATASUS/MS para ser utilizado no provimento das bases de dados do SUS. O TABWIM funciona como elaborador de tabelas utilizando as variáveis de diversos sistemas de informações, ele calcula indicadores e elabora gráficos e mapas a partir de dados.

Os dados contidos no relatório de gestão da CAP, referentes aos indicadores de produção por grupos de procedimentos gerenciados pelo Vita Care e levantados por meio do mapa de produção ambulatorial das unidades de saúde, são caracterizadas pelo sistema da seguinte maneira:

- grupo a) ações de promoção e prevenção;
- grupo b) procedimentos com finalidade diagnóstica;
- grupo c) procedimentos clínicos;
- grupo d) procedimentos cirúrgicos.

Verificamos que no ano 2012, na CAP 5.2, os procedimentos clínicos estão na ordem de 136.548, os procedimentos com finalidade diagnóstica 104.059, as ações de promoção e prevenção 76.669 e os procedimentos cirúrgicos 73.979. Segundo o relatório de gestão da CAP 5.2 esses dados revelam um aumento percentual de 21,06%, em relação à 2010, nos procedimentos realizados pela AP 5.2 (procedimentos aprovados). Associado a este crescimento houve ampliação do número de consultas de pré-natal em 16,9% e da coleta de exames colpocitológicos, em 29,5%, significando um aumento de 23,5% nos procedimentos clínicos.

Os documentos acima citados nos proporcionam uma reflexão sobre o atendimento das demandas por cuidado em saúde, e sua possível expressão em protocolos definidos pela oferta da carteira de serviços da SMS. Essa tendência evidencia o conteúdo focalizado propriamente na doença, configurada pelos procedimentos pré-estabelecidos nos protocolos definidos, o que incide no problema do limite de atendimento fixado com base em critérios técnico-matemáticos, de acordo com o pactuado entre os entes governamentais.

Na atenção básica os parâmetros assistenciais têm sido desenvolvidos para o acompanhamento de programas definidos pelo Ministério da Saúde, para orientar o repasse financeiro. As necessidades em saúde, derivadas das condições de estilo e modo de vida, que se expressam por articulação de cuidados preventivos e curativos e também pela integração entre as redes de cuidados primários e especializados, não são incorporados aos registros dos sistemas informacionais neste regime de definição de metas. Assim, nos documentos de gestão das unidades de Tipo A e B do território Norte da CAP 5.2, no que se refere à produção aprovada por grupos de procedimentos, observamos que se evidencia a expansão, no período

2010/2011, dos procedimentos clínicos, com aumento de procedimentos com finalidade diagnóstica e estabilidade de ações voltadas para a promoção da saúde.

Proposto para aferir se a equipe está realizando atividades de natureza promocional, o indicador da variável 01, do contrato de gestão, se refere à proporção de equipes de saúde da família que realizam atividades educativas nas escolas na área da unidade de saúde. A fórmula de cálculo é o número de equipes da saúde da família que realizam ação de saúde no período Y vezes 100, dividido pelo total de equipes saúde da família. A periodicidade da avaliação é trimestral e a meta a alcançar é de 80%. O indicador da variável 02 do contrato de gestão se refere à taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos, sua fórmula de cálculo é nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 03 meses, vezes 100, dividido pelo total de cadastrados na área da equipe. A fonte para obtenção deste dado é o Prontuário eletrônico do paciente e a meta mínima é 6/1.000 atividades, sem inclusão da saúde bucal, ou 12/1000 com inclusão da saúde bucal.

Nos componentes das variáveis 01 e 02 do contrato de gestão, que avaliam as atividades de promoção de saúde, um dos pilares da atenção básica, percebemos que a integralidade e a participação dos usuários nas ações está comprometida, visto que estes indicadores não apreendem o envolvimento da comunidade na discussão e planejamento das ações, nem sua inserção em linhas de cuidado que promovam a continuidade do acesso oferecido pelas unidades de atenção primária. Assim o enfoque da promoção revela-se restrito à prevenção centrada no indivíduo, concentrado em componentes educativos definidos pela equipe técnica, relacionados ao risco e à mudança de comportamentos sob o controle do indivíduo. Neste atual processo de contratualização para as ações de saúde, a promoção em saúde é muito mais um parâmetro determinado do que uma estratégia de intervenção pública que vem norteando a consolidação do Sistema Único de Saúde.

5.3 Os processos informacionais na direção do acesso e do controle das demandas

A saúde é reconhecida como necessidade essencial dos seres humanos e, indo mais além, um direito fundamental, o que possibilita o reconhecimento de deveres e

responsabilidades dos governos para que possam dar conta desse direito. Neste item, passamos a analisar os processos e percursos administrativos relativos às demandas por especialidades médicas, gerenciadas pelo sistema de regulação de vagas, o qual pressupõe mecanismos de comunicação, articulação e diálogo entre as instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde, tendo em vista a necessidade de ampliar o acesso da população aos diferentes níveis de atenção em saúde. Esta integração é fundamental para garantia da continuidade do cuidado, na perspectiva da integralidade, sendo um mecanismo importante para ultrapassar as barreiras focalizantes dos serviços na direção da garantia do direito à saúde. O SISREG é um componente do SUS regulamentado pela portaria GM/ 1.559 de primeiro de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

O SISREG ambulatorial é um sistema informacional que se destina a regular consultas ambulatoriais especializadas, bem como exames complementares, através de um mecanismo regulatório no qual as demandas específicas são analisadas e articuladas à oferta existente. A regulação no SUS está relacionada à necessidade de estabelecer um ordenamento e uma alternativa assistencial, capaz de racionalizar e operacionalizar o acesso aos serviços de média e alta complexidade.

A regulação é considerada parte de um processo de incremento da capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder de forma qualificada às demandas da população, visando garantir o equilíbrio entre a oferta e a demanda, com a finalidade de promover o acesso universal e igualitário ao sistema. A regulação é efetivada por meio de complexos reguladores que congregam unidades de trabalho responsáveis pela regulação das vagas disponíveis. No contexto assistencial ela representa um conjunto de processos que visam o fortalecimento dos princípios do SUS, o que faz parte da estratégia de acesso às tecnologias em saúde, através das centrais de marcação e regulação inseridas na gestão municipal e estadual. Desta forma, a regulação é considerada uma importante ferramenta de gestão, que tem o objetivo de promover o acesso de forma eficiente e efetiva, garantindo a continuidade do cuidado e disponibilizando serviços com custos adequados (CONASS, 2011, p.19).

A regulação em saúde é realizada por uma ou mais estruturas denominadas centrais de regulação, que são locais que recebem as solicitações de atendimento, avaliam, processam e

agendam consultas. Elas também atuam em áreas assistenciais interrelacionadas com a assistência pré-hospitalar e de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. As centrais de regulação organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo do paciente no sistema e gerando uma porta aberta de comunicação com a demanda da população por serviços especializados, através de seus pedidos, que são avaliados e hierarquizados conforme os critérios estabelecidos de prioridade. Assim o sistema deve ser capaz de acolher a demanda e fazer o controle dos recursos assistenciais com este aporte tecnológico.

Conforme protocolo clínico de critérios para regulação de vagas ambulatoriais de 04 de outubro de 2012, da SUBPAV/SMS/PCRJ, o SISREG ambulatorial é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas, bem como exames complementares. As vagas para esse tipo de atendimento são finitas e, portanto, a regulação visa garantir que o encaminhamento para consultas e para realização de exames complementares seja reservado apenas àquele paciente com adequada indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis. Esse sistema específico não se destina à regulação de vagas urgentes e situações de emergência, nem tampouco a regulação de vagas de internação hospitalar. Nesta situação o profissional regulador deve acessar diretamente a central de regulação hospitalar.

Neste passo, visando identificar as demandas em saúde presentes no território, analisamos os dados contidos no relatório anual das equipes das unidades do tipo A e B do território norte, assim como o relatório anual da CAP 5.2. Como exposto, as necessidades em saúde por especialidade médica são regidas por protocolos clínicos, que formalizam critérios para regulação de vagas de consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares, e que contém parâmetros que servem para embasar a atuação do médico regulador.

No manual de protocolo clínico, a avaliação das solicitações da população por especialidades em saúde estabelece como critério para definição de prioridade a classificação de risco, realizada por um profissional médico, que não tem contato direto com o sujeito que apresentou determinada necessidade em saúde. É neste caminho que as demandas da população devem ser atendidas, através de fila de espera em um sistema de vagas, configurada

com suporte de uma ferramenta da informática, em que os protocolos e fluxos são os instrumentos ordenadores do acesso aos níveis mais complexos da assistência.

Foi possível avaliar o quantitativo de solicitações aprovadas, canceladas e devolvidas pelo SISREG através dos relatórios das equipes e o relatório consolidado da CAP 5.2. É importante salientar que não foram encontrados dados referentes à fila de espera, comparecimento do solicitante às consultas e ao local para o qual o sistema o direcionou para a consulta e ou exames.

Quando olhamos para a conformação dos serviços assistenciais de saúde no território norte da CAP 5.2, este possui uma rede com unidades tipo B, que poderiam possibilitar, em parte, uma oferta ampliada de serviços. Suas unidades trabalham com diferentes especialidades como, por exemplo, neurologia, oftalmologia, dermatologia, psiquiatria, cardiologia e outras. Entretanto, quando analisamos os dados da CAP 5.2 referentes ao SISREG, encontramos a seguinte configuração (2012):

- Solicitações devolvidas: 80.644
- Solicitações aprovadas: 40.799

Estes dados trazem um conjunto de questionamentos sobre a qualidade da informação disponível, que é fator fundamental para a regulação das ações de saúde na administração do acesso às consultas especializadas, demandadas pelas unidades de atenção primária, assim como a capacidade da rede em acolher a demanda e o redirecionamento adequado para a continuidade do tratamento. Eles evidenciam que o profissional médico regulador detém o controle e o poder de acesso aos recursos assistenciais, de forma hierarquizada, e também o manejo das informações a serem inseridas no sistema informacional, sendo o elemento ordenador e orientador dos fluxos gerais de demandas/respostas, através de decisão técnica, que deveriam garantir aos usuários dos serviços de saúde que seus pedidos possam atendidos.

É, portanto, o médico regulador que tem autonomia para decidir se aquela situação de enfermidade é prioritária ou não na regulação de vagas, fundamentado em protocolo que serve de guia e critério para embasar a decisão a ser tomada, de acordo com as vagas disponíveis no sistema. De acordo com protocolo, é permitido ao regulador no momento da solicitação do exame/consulta especializada priorizar de acordo com as seguintes cores:

- Vermelho: são situações clínicas graves e ou que necessitam de um agendamento prioritário para o mesmo dia;
- Amarelo: são situações clínicas que necessitam de agendamento prioritário para os próximos dias;
- Verde: são situações clínicas que necessitam de agendamento prioritário, podendo aguardar mais de uma semana;
- Azul: são situações clínicas que necessitam de agendamento prioritário, podendo aguardar até 01 mês.

O médico regulador também pode: negar e devolver, deixar como pendente, ou autorizar as solicitações de pedidos por assistência especializada, sendo que estas alternativas são avaliadas de acordo com as informações prestadas pelos médicos que fazem parte da atenção básica em saúde. Assim, as demandas por atenção especializada em saúde estão associadas à classificação de risco e à correta informação do profissional médico situado na porta de entrada do sistema de saúde, as quais devem ser orientadas por protocolos clínicos sobre a intervenção requerida e a patologia que a justifica, de modo a subsidiar as decisões da regulação e atender as necessidades da pessoa.

Os aspectos acima evidenciados apontam para dificuldades no que diz respeito à efetividade da regulação assistencial, uma vez que ela depende da adequada articulação e tratamento da informação. Do ponto de vista da prática médica, e de sua interseção com outras áreas do conhecimento, a regulação é realizada por intermédio da apreensão de código partilhado em protocolos clínicos por profissionais que atuam nas unidades de saúde de atenção básica, e pelos profissionais da central de regulação, visando um “perfeito diagnóstico”, que se revela, contudo, condicionado pelas repostas/ofertas disponíveis e não imediatamente pelas demandas da população.

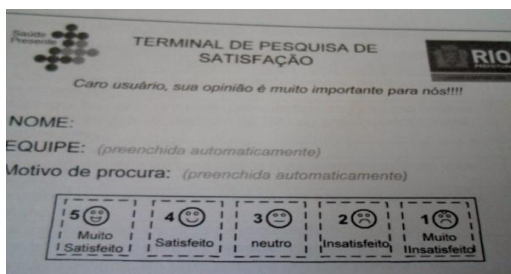
Essas redes de forças e de relações acabam por determinar o melhor ou o pior resultado da ação necessária para a complementaridade assistencial, onde a tomada de decisão sobre as prioridades de atendimento acontece a partir de diferentes concepções, afinal a regulação assistencial por meio informacional, pressupõe ser capaz de ações efetivas e ágeis para facilitar o acesso aos níveis de serviços de saúde de média e alta complexidade.

5.4 Satisfações do usuário

Prosseguindo com a análise dos documentos, atentamos para o fato de que o Contrato de Gestão firmado com a IABAS prevê como indicador de avaliação o item “satisfação do usuário”, no quadro de indicadores da parte variável 02, referente ao incentivo à qualificação das unidades de saúde. Esse indicador deveria ser medido pelo percentual de usuários satisfeitos e muito satisfeitos em relação ao total de usuários que foram atendidos no período de análise. Importante destacar que não encontramos nenhum dado referente a essa questão nos relatórios de gestão das equipes e nem da CAP 5.2.

De acordo com o Contrato de Gestão do IABAS os critérios mínimos para uniformização da avaliação desse indicador são os seguintes:

- 1) A satisfação do usuário deve seguir numa escala gradual de satisfação que varia de “5” (muito satisfeito) até “1” (muito insatisfeito);
- 2) As seguintes informações devem ser coletadas no momento da pesquisa de satisfação da unidade de acordo com o layout:



Terminal de Pesquisa de Satisfação. Caro usuário, sua opinião é muito importante para nós!!!

NOME: _____

EQUIPE: (preenchida automaticamente)

Motivo de procura: (preenchida automaticamente)

5 (😊) | 4 (😊) | 3 (😊) | 2 (😊) | 1 (😊)

Muito Satisfeito | Satisfeito | neutro | Insatisfeito | Muito Insatisfeito

- 3) Para o campo “motivo de procura” as opções são:

- consulta
- procedimento
- farmácia
- exames
- informações

Essas opções devem ser preenchidas de acordo com o tipo de procura na unidade. Para o registro de satisfação deve ser utilizado um terminal, cuja base de dados deve estar vinculada ao prontuário eletrônico (sistema Vita Care), sendo que o prontuário eletrônico gera um relatório nominal de pessoas que registraram a informação sobre a satisfação em relação ao serviço de saúde.

Acredito que a satisfação do usuário com os serviços de saúde envolve uma série de contextos sobre a vida da pessoa, para a obtenção da melhor qualidade em saúde. Um ponto fundamental é a autopercepção em relação à saúde/doença e a sua correlação com os serviços prestados.

Portanto no Contrato de Gestão do IABAS, o processo de avaliação sobre a satisfação do usuário, conforme descrito anteriormente está condicionado a respostas fechadas em quadros de satisfação, que não abordam a autopercepção em relação à saúde/doença; nem a percepção da adequação das práticas de saúde, das intervenções e dos modos de organização dos serviços. Tampouco tratam do acesso e da continuidade dos cuidados e das relações estabelecidas no contexto da unidade. Além disso, esse formato avaliativo permite a identificação do usuário, através do prontuário eletrônico, que emite um relatório disponível para as equipes da saúde da família, contendo o nome das pessoas que registraram a informação de satisfação. Este aspecto com certeza pode representar um importante inibidor da avaliação. Salientamos, ademais, que não obtivemos acesso a essas informações, o que impossibilitou a coleta e sistematização dos dados referentes a esta categoria operacional.

5.5 Análises por demandas por saúde

Falar de demandas em saúde não é tarefa fácil, pois vários são os fatores que as determinam e que podem trazer um grau de satisfação com a saúde, ou de alívio da doença. Ao realizarmos a leitura dos relatórios das reuniões do conselho distrital da CAP 5.2 e das conferências distrital e municipal de saúde buscamos nos aproximar das principais discussões, temas e argumentos relacionados às demandas assistenciais por saúde, consubstanciadas pela representação da população nos espaços instituídos para participação popular. Os conselhos e as conferências são espaços institucionalizados de participação social nos quais a sociedade

civil e os gestores dialogam e deliberam sobre políticas públicas. Eles visam reunir segmentos de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços, e gestores governamentais para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes, no caso das conferências, e para formulá-la, acompanhar e fiscalizar a política local e municipal de saúde do Rio de Janeiro, no caso dos conselhos de saúde.

A análise contemplou o conteúdo das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Distrital da AP.5.2 nos anos de 2011 e 2012, e os relatórios da XI Conferência Distrital de Saúde de 2012, e da Conferência Municipal de Saúde de 2012.

O Conselho Distrital da CAP 5.2 reúne-se uma vez por mês e ou extraordinariamente quando necessário. Sua composição é de 37 representantes do segmento de usuários de diferentes instituições de Campo Grande, 14 profissionais de saúde e 17 gestores. As reuniões são públicas, realizadas no auditório do Hospital Estadual Rocha Faria. As competências dos conselheiros distritais são regulamentadas pela lei n. 5.104, de 03 de novembro de 2009, dentre elas estão: realizar visitas de fiscalização às unidades de saúde integrantes do SUS; colaborar com CMS na fiscalização dos contratos e convênios firmados pelo SUS; emitindo pareceres a respeito e encaminhando à consideração do CMS; colaborar com CMS na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do SUS no âmbito dos distritos de saúde; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de planos distritais de saúde, em consonância com o plano municipal de saúde; participação em levantamentos de dados relativos à saúde da população na área de planejamento sanitário do Distrito de Saúde.

A comissão executiva é constituída paritariamente por 04 membros, sendo que 02 do segmento de usuários, 01 do segmento profissional e 01 do segmento gestor/prestador, com seus respectivos suplentes. Além da Comissão Executiva, o Conselho Distrital da AP 5.2 é ainda constituído por comissões temáticas que operacionalizam pareceres sobre temas específicos. O Conselho funciona na Praça Major Vieira de Melo s/n. no espaço físico do CMS Carlos Alberto Nascimento, no bairro Comari, em Campo Grande - RJ.

A análise das atas do Conselho Distrital da AP 5.2 teve como foco principal identificar como são conduzidas as manifestações e demandas dos representantes da população neste espaço. Buscamos analisar sua capacidade argumentativa, por meio do levantamento de

propostas e prioridades em relação às demandas por necessidades de saúde, apresentadas aos serviços ofertados pela rede pública local.

As categorias analíticas formuladas nortearam a seleção das informações incorporadas ao estudo, assessorando a pesquisadora na análise dos referidos documentos. Destacamos, entre as discussões analisadas, que 09 representantes de diferentes associações de moradores, dos quais 03 eram de comunidades representativas do território norte da CAP 5.2, (Serrinha, São Claudio e Aguiar Torres), apresentaram e registraram votos de estima e agradecimento, por agendamento breve de consulta médica para membros de sua associação e representantes. Destacamos também a fala de 05 conselheiros do segmento de usuários, nos informes, que apontam para as relações entre conselheiros e representantes do poder político, evidenciadas por eventos de caráter eleitoral, como exemplo agradecimento ao político local sobre determinada festa, demonstrando assim o atravessamento do espaço dos Conselhos por ações individuais e pontuais. Avançando na análise das informações observamos a disputa pela implantação de equipes de saúde da família nas comunidades de Moricaba (território centro), Oiticica (território norte), e Piraque (Guaratiba). Pudemos perceber que o pleito encontra-se embasado no fato de serem comunidades situadas a longas distâncias dos serviços de saúde de referência e que, por este motivo, a população necessita madruguar nas filas para conseguir atendimento médico.

A disputa para eleger o representante do conselho distrital no Conselho Municipal foi muito acirrada. Nos documentos observamos que esse processo durou 02 reuniões ordinárias, em clima de intensa disputa de poder, gerando conflitos para que fosse registrado em ata o número de votos por candidato, evidencia-se que os representantes da sociedade civil têm atuado de forma pessoal e elitista de forma autoritária. Outro ponto de discussão foram denúncias de mau atendimento e falta de médicos nas unidades de saúde, em torno de 08. Sendo estas sempre voltadas para o não atendimento ao familiar e ao amigo do conselheiro.

As discussões trazidas pelo gestor da CAP 5.2 se referem basicamente a palestras de profissionais sobre determinado programa a ser implantado na região, de acordo com as determinações da SUBPAV/SMS. Os gerentes e diretores das unidades de saúde apenas prestaram informações sobre atividades que estavam ocorrendo em decorrência de determinado dia comemorativo e as ações que as unidades estavam ofertando à população

como, por exemplo, dia do diabete, dia da hipertensão, dia mundial e nacional do tabagismo, dia da atividade física entre outras. Quando foi apresentado o programa cegonha carioca não houve questionamento dos diferentes segmentos quanto à determinação da unidade de saúde em que a ambulância do programa estaria situada, demonstrando a forma clientelista que tem se posicionado em relação a agenda governamental.

Quanto à representação dos profissionais de saúde, as informações se referiam a férias e apresentação de seus suplentes. Nos documentos encontramos muito poucas falas dessa representação no Conselho Distrital. Segue no quadro abaixo mapeamento de demandas/intervenções por segmento de representação:

Quadro 08: Representação popular X demanda em saúde

Conselheiros segmento representação	por de	Demandas/ quantidades
Usuários		<ul style="list-style-type: none"> • Solicitação de atendimento médico para familiar e ou amigos (05). • Agradecimento por ter acesso aos serviços de saúde para amigos e ou parentes (09). • Agradecimento a político da área por atividades desenvolvidas em áreas de reduto partidário, referente à saúde e a assistência social (06). • Solicitação para implantação de equipamentos de serviços de saúde(clinica da família) em comunidade, onde são líder comunitário. (03). • Conflitos para eleição de candidatos para representação no Conselho Municipal. • Pedidos de instalação de postos volantes em sede de instituições para a campanha de vacinação- idosa e criança (08). • Reclamações referentes à falta de médico na composição de equipes da saúde da família em dada comunidade (13). • Informes sobre atividades e ou ações que serão realizadas em suas instituições os quais são representantes (10).
Profissionais		<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação de afastamento do trabalho por licença e ou férias (03). • Comunicação de mudança de local de trabalho com permuta (02).
Gestores/prestadores de serviços		<ul style="list-style-type: none"> • Programas de saúde realizados de acordo com a carteira de serviço da SMS. • Apresentação do relatório anual da CAP 5.2 (01). • Informes sobre atividades/mês nas unidades de saúde (14). • Apresentação de programas a serem executados na CAP 5.2 em conformidade com o estabelecido pela SMS: (PADI, residências terapêutica para paciente com transtornos mentais, cegonha carioca, grupos de tabagismo, planejamento familiar entre outros. • Informe sobre a saída de profissional de saúde e o pedido para contratação de outro junto à IABAS.

Diante dos fatos analisados, identificou-se o envolvimento político partidário dos conselheiros com os políticos locais. Segundo dado coletado em ata de reunião ordinária, uma líder comunitária, membro do Conselho, agradeceu à CAP 5.2 por tê-la auxiliado num momento de vida difícil, em que precisava de uma ressonância magnética. Este evento revela uma tendência que se contrapõe às expectativas historicamente vinculadas ao controle social em saúde, como mecanismo de democratização das políticas públicas e de reconstrução da relação entre sociedade civil e Estado. Conforme bem destaca Bravo & Sousa (2002, p. 31) os conselhos são espaços tensos e contraditórios, em que há diferentes interesses em disputa. A prevalência de uma convivência harmônica nas relações entre Estado e sociedade na dinâmica do conselho evidencia, principalmente, a não superação da tradição patrimonialista, que configurou historicamente a gestão do Estado, e a permanência de mecanismos de acesso clientelista aos recursos públicos.

Cabe ressaltar que na representação da sociedade civil, no segmento de usuários do Conselho da AP 5.2, destacam-se as associações de moradores de sub-bairros de Campo Grande. Estas demonstram ocupar acentos há bastante tempo, tanto no conselho, como em sua presidência, em alguns casos desde a fundação das associações, assim como há representação de entidades que recebem recursos financeiros da SMS, indicando a existência de relações de dependência e, possivelmente, formas de clientelismo.

Desde o primeiro documento analisado percebemos que a pauta é definida pelo presidente do Conselho, que representa uma associação de moradores, e que não foi discutida antes em sua amplitude, contendo assuntos de importância mais para a gestão da CAP, para o alcance de metas pactuadas, do que para a concretização das necessidades em saúde demandadas pela população local, tendo como foco a universalização deste direito social. Não identificamos relatos e discussões referentes ao plano de saúde local, apenas denúncias sobre a falta de profissional médico nas unidades de saúde, muitas vezes constatadas por familiares e amigos do conselheiro.

Também foi possível observar que o segmento de profissionais de saúde é composto por dois integrantes do quadro efetivo da prefeitura, um como conselheiro e outro como suplente. A seleção deste representante demonstra resultar de pactuação interna à CAP, pois os

mesmos são escolhidos pelo gestor da unidade, com o aval do coordenador da área. Essas informações não estão contidas nos documentos analisados, foram informações recolhidas no trabalho de campo, decorrentes da participação da pesquisadora durante 06 anos como conselheira do Conselho Distrital de Saúde, 5.2 - COD 52.

Toda demanda por necessidade de saúde falada explicitamente e discutida nos fóruns do conselho, no período analisado, foram levantadas por representantes das comunidades. Tais membros do colegiado são informados por amigos e/ou familiares que não se sentiram contemplados com o agendamento de consultas para meses futuros, e demonstram insatisfação com a longa espera, principalmente, por consultas especializadas.

A prestação de contas da CAP 5.2, no quadriênio da gestão 2009/2012, foi apresentada em reunião ordinária do conselho distrital realizada dia 23/02/2013, na qual foram tecidas considerações sobre o cumprimento da agenda programática, pensada pela equipe multiprofissional da região, executora das atividades da atenção primária em saúde. Destacase o fato de que o gestor considerou como explicação, para o que designou como grande êxito alcançado, definido pelo cumprimento das metas da SMS, a parceria com a comunidade e as representações do conselho e mais a disposição das equipes em superar os desafios.

Verificamos que na dinâmica participativa do Conselho sobressaiu uma concepção de espaço de consenso, que deve viabilizar as ações de saúde pactuadas entre os entes governamentais. Essa característica encontra-se associada ao acesso clientelístico aos serviços de saúde, gerando a uma perspectiva e uma prática de participação pouca crítica e propositiva, que foge às expectativas da lei 8.142/90. Essa forma de participação faz com que o espaço do conselho distrital esteja distante de ser um espaço de lutas, de conquistas e de deliberações, convertendo-o em um espaço de conflito por interesses individuais.

Estas considerações conduzem-nos a observar que elementos que sublinharam toda a história política brasileira, deixaram marcas profundas em nossa sociedade. Tal fato se reflete na formação de baixos níveis de consciência política na criação de canais participativos democráticos, fazendo-se dentro de um conservadorismo sócio cultural e político no próprio caminho da modernização pelo alto.

Passando a investigar os documentos da XI Conferência Distrital da AP 5.2 e da Conferência Municipal de 2012, identificamos dois eixos temáticos que organizaram a

discussão: Eixo Municipal “SUS para todos – acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o Sistema de Saúde do Rio de Janeiro”, e Eixo Nacional “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para SUS, sendo este o eixo proposto para o debate na 14ª. Conferencia Nacional de Saúde. As conferências de saúde ocorreram em um momento político na cidade do Rio de Janeiro de consolidação da nova gestão pública das unidades de saúde, realizada por meio de contratualização de Organizações Sociais.

A Conferência Distrital de saúde da CAP 5.2 foi realizada nos dias 08, 09 e 10 julho de 2012 e contou com a presença de cerca de 120 participantes, representantes de diferentes setores da Área Programática 5.2. No primeiro dia houve uma explanação do tema principal da conferência “SUS para todos”; no segundo dia, apresentação das mesas temáticas: acolhimento com resolutividade; acesso e garantia de continuidade do cuidado (regulação); academia carioca e saúde mental. Compostos por 07 diretrizes, os grupos temáticos se subdividiram para a discussão e aprovação de propostas para a XI Conferencia Municipal de Saúde. Segue abaixo o quadro relacionado às diretrizes e suas temáticas:

Quadro 09: XI Conferencia Municipal de Saúde da cidade do RJ: diretrizes e temática

Diretriz	Temáticas
01	Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
02	Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência
03	Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática
04	Qualificação da assistência, valorizando a humanização do cuidado
05	Valorização da ambiência como facilitador do processo de trabalho
06	Investimento em infra-estrutura como garantia dos recursos locais
07	Propostas de interesse do segmento dos profissionais de saúde

Estas diretrizes apresentaram em sua totalidade formalizações pré-estabelecidas, de acordo com pautas definidas pelo Conselho Municipal e pela gestão municipal da saúde. De acordo com documento analisado, verificamos que as propostas referentes à diretriz de número 01 abordam os serviços de regulação de vagas para consultas especializadas e procedimentos de média complexidade, via SISREG, com visibilidade de oferta de serviços regulados na rede e sua vinculação ao recebimento de recursos dos fundos (municipal,

Estadual). Estas propostas contêm questões relevantes sobre as demandas por necessidades em saúde. De acordo com os dados do relatório de gestão da CAP 5.2 foram inseridos no SISREG, no período de janeiro a junho 2012/ 53.446 demandas por atendimento especializado através do sistema informacional tecnológico de regulação de vagas.

As duas propostas destacadas revelam o confronto entre duas perspectivas opostas sobre a condução das solicitações por demandas em saúde. Uma assenta-se na regulação de vagas escassas, e pressupõe a espera para exames e procedimentos especializados de alto custo, via oferta do sistema e o gerenciamento das prioridades por especialidades médicas. Outra expõe diretamente o desconforto dos usuários em enfrentar longas filas nas portas das unidades de saúde, pela dificuldade já existente em alocar médicos, principalmente especialistas, em áreas distantes das zonas urbanas mais sofisticadas da cidade. Lembrando-se dos dados analisados nos documentos do conselho distrital, em que as diversas reclamações sobre a oferta de serviços recaem na falta de profissional médico nas respectivas áreas.

A diretriz de número 03, que se refere à utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática, apresentou 04 propostas: implantação de CAPS AD; assistência ao portador de leishmaniose; garantir o antídoto adequado para tratamento de picada de animais peçonhentos; e implantação do Programa de atendimento domiciliar ao idoso. Nestas propostas aprovadas identificamos outra questão sobre a concentração das demandas por saúde em torno da doença. Percebe-se assim a inexistência do plano local de saúde, ancorado em dados das necessidades sanitárias do território em sua totalidade, com a participação da população na formulação do diagnóstico local.

A XI conferência municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro foi realizada nos dias 23, 24, e 25 do mês de setembro de 2011, no teatro Mário Lago, situado no Colégio Pedro II, no bairro de São Cristóvão. Após votação foram priorizadas 07 diretrizes das conferências distritais de saúde da cidade do Rio de Janeiro, são elas:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, com 180 votos;
- Qualificação da assistência, valorizando a humanização do cuidado, com 200 votos;
- Garantir a continuidade e a qualidade do cuidado com resolutividade, com 177 votos;

- Promover a implantação da carteira de serviços como norte da atenção primária em saúde com 229 votos;
- Ampliar os espaços de discussão e informação da gestão, financiamentos, pactos para o controle social, com 230 votos;
- Acolhimento com resolutividade como política de acesso ao SUS, com 181 votos;
- Política de cuidados aos dependentes químicos, com 223 votos.

Chamaram-nos atenção as propostas que remetem às demandas e à constituição de novos espaços para a gestão participativa. Algumas propostas apontam que o SISREG é um instrumento que vai garantir a efetiva oferta para os serviços assistenciais, vinculando ao recebimento de recursos dos fundos municipais, fortalecendo os processos regulatórios de base informacional, como meio para equacionar as demandas por necessidades de consultas e exames de media e alta complexidade. Segundo essa posição, o sistema possibilita a conversa entre as diferentes redes, apontando caminhos de curto prazo para acesso às modalidades por especialidades. Quanto à gestão participativa verificamos que há um direcionamento para os conselhos gestores, cuja principal característica apontada por Bravo (2012, p.282) é serem espaços consultivos, isto é, não deliberativos, que não decidem sobre as ações e políticas de saúde no âmbito das unidades, o que acaba por reduzi-los a espaços de concretização de parâmetros e metas de saúde elencadas pela SMS.

Ainda cabe uma observação em relação ao detalhamento referente ao repasse dos recursos público para a gestão dos equipamentos de saúde, não encontramos nos documentos oficiais analisados, dados que nos permitisse fazer uma análise sobre a questão.

Quadro 10 - Estrutura da análise dos dados

Dimensão	Fonte	Resultado
Processo de gerenciamento e organização da rede de saúde no território	Contrato de Gestão – incentivo variável 02 Relatório Gestão CAP 5.2	✓ Conformação Tipo B Uso de incentivo orçamentário como meio de aperfeiçoamento institucional.- ruptura da universalidade de direitos contribuindo com formas segmentadas e excludente na provisão de serviços de saúde Substituição do modelo de gestão estatal, passando a ser coordenador e fiscalizador

Ofertas de ação de saúde-	<p>Carteira de serviços</p> <p>Relatório Gestão CAP</p> <p>Relatório de gestão das unidades</p> <p>Prontuário Eletrônico</p> <p>Contrato de Gestão do IABAS</p> <p>Plano Municipal de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidades tipo A, possui a maior oferta de serviços referente aos itens da carteira de serviços implementados – unidades com adstrição de clientela ➤ Prevalência de indicadores relativos a ações curativas. ➤ Vigilância em saúde, vinculada à variável 03 do Contrato de Gestão-contratualização dos incentivos financeiros aos profissionais ➤ Atendimento por demandas em saúde, focalizado na doença expresso em protocolos definido pela oferta da carteira de serviços ➤ Enfoque na promoção revela-se restrito a prevenção centrada no individuo, concentrados em componentes educativos.
Processos informacionais na direção do acesso e do controle das demandas	<p>Relatório de Gestão da CAP</p> <p>Relatório de gestão das unidades de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demandas por serviços especializados em saúde – controle e poder do profissional médico regulador- aliada a classificação de risco ➤ Demandas da população condicionada a um perfeito diagnostico condicionado pelas respostas /ofertas disponíveis pelo SISREG
Satisfação do usuário	<p>Contrato de Gestão do IABAS- parte variável 02</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respostas fechadas condicionadas a identificação do usuário ➤ Não abordagem de avaliação quanto as praticas em saúde, intervenções e modos de organização dos serviços

Quadro 11 - Análise das demandas por saúde nos espaços instituídos de participação social

Dimensão	Fonte	Resultados
Capacidade de resolução e suas relações e contradições com as principais demandas	Atas das reuniões ordinárias – Conselho Distrital de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidencia-se que os representantes da sociedade civil atuam de forma pessoal elitista de forma autoritária ➤ Poder publico local contribui para as determinações da SMS na implementação de programas estabelecidos. ➤ Envolvimento político partidário dos conselheiros com os políticos locais ➤ Prevalência harmônica nas relações Estado e Sociedade civil ➤ Concepção de espaço de consenso – viabilizar as ações de saúde pactuadas
Participação do controle social na discussão sobre oferta de serviços de saúde	<p>Relatório final da Conferencia distrital de Saúde</p> <p>Relatório Final da Conferencia Municipal de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentração das demandas em saúde em torno da doença ➤ Inexistência de um plano local de saúde, ancorados em dados das necessidades sanitárias do território, com a participação popular

		<ul style="list-style-type: none">➤ Propostas que apontam que é o SISREG instrumento - efetiva oferta para os serviços assistenciais, vinculado ao recebimento de recursos
--	--	--

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi apresentar a maneira como as demandas por necessidades em saúde estão sendo conduzidas no contexto da parceria público/privado que passou a conformar a gestão em saúde no município do Rio de Janeiro.

Como antecedente deste processo, situamos a contrarreforma do Estado, implantada no Brasil desde a década de 90, na esteira da crise econômica mundial na década de 70, que levou o capitalismo a uma profunda recessão e mobilizou um questionamento a respeito do papel do Estado como provedor da prosperidade econômica e do bem estar social. Este movimento sustentou-se em torno de um modelo “alternativo” de Estado, desenvolvido com a promessa de compatibilizar a economia de mercado com justiça social.

Esta pesquisa foi desenvolvida com o intuito de entender a condução dos processos gerenciais e os aspectos que contribuíram para o seu desenvolvimento no setor saúde, bem como os desafios em dar conta das necessidades em saúde de determinada população, em um dado território. A fim de compreender a implantação de novos modelos institucionais na gestão dos equipamentos públicos, partimos da discussão sobre o discurso que advoga a valorização do serviço público a partir da adoção de técnicas gerenciais das empresas privadas, confrontando-o às características da formação social brasileira e à luta por uma institucionalidade democrática.

O modelo jurídico institucional das Organizações Sociais traduziu para a administração pública brasileira, no âmbito da gestão dos serviços sociais, a proposição da contrarreforma e os pressupostos de ingovernabilidade da administração direta, sendo implementada por governos que vão desde a eleição de Fernando Henrique Cardoso até o atual governo de Dilma Rousseff. . Em relação ao modelo gerencial desenvolvido pelas Organizações Sociais, constatou-se sua centralidade na política da Secretaria de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, que definiu um conjunto de entidades como organizações sociais, transferindo para elas a gestão direta dos equipamentos de saúde dos diferentes territórios do município. A regulação e o controle sobre essa gestão seriam realizados com o estabelecimento de metas de produção, indicadores e processos de avaliação e o acompanhamento do contrato de gestão.

Em nossa compreensão este tipo de administração por resultados não prioriza a abertura de canais democráticos de interlocução com a sociedade, visto que as OS possuem Conselhos de Administração que atuam como mecanismo interno de controle e deliberação, em detrimento dos conselhos de saúde. Essa conformação encontra-se em claro desacordo com a lei 8.142/90, que os instituiu como órgãos legítimos de representação e intervenção social na política de saúde, ou seja, como principal mecanismo de democratização da gestão no processo de constituição do SUS.

Assim, o desalinhamento entre as normatizações estabelecidas pela lei das OS com as leis que estruturam o SUS, possibilitou uma maior abertura nesses arranjos à iniciativa privada, principalmente nas dimensões institucionais e financeiras. Isto se reflete no tipo de controle adotado sobre as OS, pautado por uma concepção estreita de resultados sanitários e pela flexibilidade na gestão dos recursos, agravada pela falta da dimensão sociopolítico do controle social. Importante destacar, por outro lado, que as OS são instituições financiadas pelo poder público, a partir da assinatura de contrato de gestão, mecanismo que localiza exclusivamente o Estado no lugar de regulador das metas pactuadas.

Outro aspecto é que com os acordos firmados se estabelecem parâmetros que as Organizações Sociais se comprometem a alcançar e em contrapartida são concedidas autonomias gerenciais e a possibilidade do incentivo por produtividade, em caso de alcance satisfatório das metas pactuadas. Com isso, os contratos ganham grande importância, dado a necessidade de atrelar o repasse do recurso financeiro ao desempenho das Organizações Sociais.

Em razão destes aspectos, as demandas por necessidades em saúde são apropriadas pelos profissionais através de um olhar instrumental e reducionista, focalizado na doença e na intenção do cumprimento de metas de atendimento, o que nos remete ao velho modelo biomédico. Coloca-se assim a necessidade de se repensar a gestão por resultados, desde a perspectiva da integralidade, com uma visão ampla das demandas por saúde, construída no campo interdisciplinar do conhecimento.

O território pesquisado apresentou realidades de conformação diferenciadas, com expressões particulares na oferta de serviços de saúde, que apontam questões facilitadoras e limitadoras na garantia das necessidades em saúde. Como questão facilitadora podemos

indicar que o território norte da CAP 5.2 apresenta a possibilidade de uma ampla cobertura assistencial, de acordo com o desenho feito pela SMS/PCRJ para territórios compostos por unidades do tipo A e B. Esse desenho facilitaria o acesso e a integralidade do sistema no território.

Como aspecto limitador, ressaltamos que a porta de entrada não se encontra determinada por critérios oriundos da demanda local, e sim por procedimentos contidos em parâmetros fixados pela SMS/PCRJ, em ações compartimentadas, distribuídas em ciclos da vida humana e em protocolos assistenciais. No que tange as ações da atenção especializada, o acesso encontra-se mediado de modo inibidor pelo complexo regulador, que é responsável pela escolha das demandas que serão atendidas, diante de um cenário de insuficiência de oferta de serviços, marcado por longas filas de espera. Este contexto exige reflexão sobre os mecanismos utilizados na concretização das demandas, para que não seja reforçada a desigualdade de acesso aos serviços de média complexidade, a partir do momento em que as necessidades não são interpretadas segundo os preceitos da universalidade e da integralidade, previstos no SUS constitucional.

Este cenário nos revela uma tensão entre o acesso e a garantia do direito à saúde e o fortalecimento do papel regulatório na organização da atenção, diante da insuficiência concreta da oferta de serviços em atender as demanda da população. Tal insuficiência legitimaria a utilização de critérios técnicos para priorização do acesso dos usuários que buscam os serviços e para organização dos fluxos da rede, com a mediação dos trabalhadores na sua ação cotidiana, sem que seja colocada em primeiro plano a inadequação entre oferta e demanda por serviços.

Este é um dos elementos percebidos como entrave no que diz respeito às demandas por saúde no contexto estudado. Entendemos que a organização da oferta de serviços exige a discussão da organização do sistema de saúde na Cidade do Rio de Janeiro, que atualmente tem a gestão dos equipamentos públicos vinculada ao contrato de gestão efetivado com OS. Por fim, compete afirmar que a nova gestão pública no setor saúde na Cidade do Rio de Janeiro não se desenvolveu a partir de mobilização da sociedade civil, nem como forma de legitimar reivindicações sobre as necessidades em saúde da população, e sim como um projeto de governo, desvinculado do controle e da participação social.

O Sistema Único de Saúde é constituído por uma complexa estrutura institucional e por diversos mecanismos de gestão. A caracterização do Estado como ente responsável unicamente pela regulação assistencial demonstra uma clara opção política, não só em fortalecer a contrarreforma do Estado brasileiro, como em legitimá-la.

Esperamos que este estudo seja um ponto de partida para outros trabalhos, principalmente sobre a participação da sociedade na gestão democrática das políticas de saúde, considerando o relevante papel que os Conselhos de Saúde têm no controle das ações governamentais. Consideramos que também se faz necessário formular estudos que apontem alternativas para o efetivo controle e fiscalização em relação aos contratos de gestão, e para o questionamento dos parâmetros propostos, que deveriam ser coerentes com os planos de saúde locais, tendo em vista sua importância para o estabelecimento e a revisão de prioridades, de acordo com os determinantes sociais do processo saúde/doença.

Os resultados indicam que apesar de mais de vinte anos de experiência com os fóruns participativos na saúde, permanece atual a necessidade de relacionar o cotidiano dos serviços com o problema da construção de formas de gestão participativas, a fim de fortalecer a universalidade e a integralidade da assistência à saúde. Um dos grandes conflitos com o qual hoje se defronta o sistema de saúde é dar conta do acesso justo, a partir das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado. Em relação a isto, é importante lembrar que como característica principal da evolução histórica dos modelos assistenciais de saúde no Brasil prevaleceu o modelo médico-assistencial privatista.

Em direção diversa, a concepção ampliada da saúde nos possibilita entender que as demandas não são apenas reprodução de necessidades, mas também um instrumento de descoberta, interpretação e luta social, que coloca questionamentos e princípios para a democratização dos processos institucionais de gestão. Deste modo, a relação entre gestão e demanda nos remete em um contexto de luta por concretização do atendimento, o que confere à gestão participativa a complexa e contraditória tarefa de produzir mediações, muitas vezes conflituosas, entre demandas, ofertas e acesso, movimento imprescindível para garantia e construção social dos direitos de cidadania.

Portanto é neste contexto que o debate sobre a gestão em saúde ganha relevância pelo seu aspecto de mediação entre as demandas de saúde das comunidades e grupos sociais e as

respostas organizadas pelo modelo de saúde vigente. A participação nas decisões sobre as ações e sobre as demandas por saúde revela a complexidade e a heterogeneidade dessas categorias que, tomadas como referências conceituais, serviram de referência para a análise desenvolvida nessa dissertação, e nos ajudaram a problematizar a presença e os efeitos contraditórios que a contrarreforma administrativa tem imprimido na consolidação do Sistema Único de Saúde. No caso, a inserção dos conflitos em torno de demandas por saúde em processos institucionais de gestão participativa indica ser condição necessária para a democratização das políticas de saúde, em direção oposta ao discurso gerencialista que tem norteador as reformas administrativas e as práticas da gestão pública por meio das organizações sociais.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, ESPING-ANDERSEN, G. **As Três Economias Políticas do Welfare State**. Revista Lua Nova, São Paulo, CEDEC, nº 24, setembro, 1991

ANDRE, M. **Contrato de Gestão: Subsídios para reforma do Estado**. IBAN/ENAP: Rio de Janeiro, 1994

AVRITZER, L. **Teoria democrática e deliberação pública**. Lua Nova, São Paulo, n.50, p.25-46, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a03n50.pdf>. Acesso em nov. de 2012

ABRUCIO, F. L. **O impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente**. Cadernos ENAP, Brasília, Enap, n. 10, 1997

BEHRING, E. R. **Política Social e Capitalismo Contemporâneo**. 147f. Dissertação de Mestrado. Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993

_____. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Brasil em Contra-Reforma**. Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003

BENTO, L.V. **Governança e governabilidade na reforma do Estado: entre a eficiência e democratização**. 1ª ed. São Paulo: Barueri, 2003

BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**, 12ª ed., Brasília/São Paulo: Ed. UnB/Imprensa Oficial-SP, 2002, p. 954-963

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. 1ª ed. Série B, Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. 8ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde, 1988. **Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal, 1988. Cap. Da ordem social Título VII

BRASIL. **Decreto n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004.** Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em: www.bb.com.br/portallbb/page3,110,4534,11,0,1,3.bb? Acesso em dez. de 2012

BRASIL. **Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em 04 de nov. 2013.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 04 de nov. 2013.

BRASIL. **Lei 9.637/98, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em 04 de nov. 2013.

BRASIL. **Lei 5.026, de 19 de maio de 2009.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em <http://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/874335/lei-5026-09>. Acesso em 04 de nov. 2013.

BRASIL. **Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em 04 de nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Estado**, Brasília, 1995.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, CONASS, 2011.291 p.

BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: O potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (orgs.). **Política Social e Democracia**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2001, p.43-65.

BRAVO, M.I.S. Saúde e Luta Sindical: entre a Reforma Sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO, M I S; MENEZES J. S. B. (orgs.) **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012, p.191

_____. ; SOUSA, R. O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: Luta política e trabalho profissional. In: **Ser Social**, revista do programa de Pós Graduação em Política Social: UNB n.10, Brasília, p. 57-92, 2002

_____. ; MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Rio de Janeiro: Algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, D.S; MENEZES, J.S.B; OLIVEIRA, M.M.N (Orgs.) **Política de Saúde na atual conjuntura, modelos de gestão e agendas para a saúde**. 2ª ed, Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, p.22.

_____. Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Cadernos Metropolitanos**, Brasília: ed. do Ministério da Saúde, 2007.96 p.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, pp. 295-316.

COHN, A; ELIAS, P. ; JACOBI, P. **Participação popular e gestão de serviços de saúde**: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. Saúde em Debate, março/1993, n.39, p.90-3.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e Política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. RJ: Cortes, 1996

_____**A Democracia como valor Universal** e outros Ensaio. Rio de Janeiro: Salamandra, 2002

_____**A Democracia como Valor Universal** in: SILVEIRA, E. **Encontros com a Civilização Brasileira**. RJ: Civilização brasileira, 1978 v 9, p. 33-47

_____**Marxismo e Política**, São Paulo: Cortez, 1994.

_____**Cultura e Sociedade no Brasil, ensaios sobre idéias e formas**, 3ª ed. RJ: DP&A Ed. 2005

_____**Contra a Corrente**: ensaios sobre a democracia e socialismo. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2008

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanela. **Direito Administrativo**. Ed São Paulo: Atlas, 2002

DIEESE. Principais Aspectos do programa de Aceleração do crescimento - **NOTA TÉCNICA N.41 DE JANEIRO DE 2007**- DIEESE. Disponível em www.diesse.gov.br, acesso em out/2012.

DINIZ, Eli. **Crise, reforma do Estado e Governabilidade**, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999

EXAMES LABORATORIAIS, REALIZAÇÃO DE ULTRASSONOGRRAFIA, RAIOS-X E ELETROCARDIOGRAMA – SMSDC 2012 Portal da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro www.rio.rj.gov.br/ acesso em julho/2012

FERNANDES, Florestan. **A Revolução burguesa no Brasil**. Ensaio de interpretação Sociológica, 5ª. Edição. São Paulo: Ed. Globo, 2006.

_____. **A integração do negro na sociedade de classe**. 38ª ed. São Paulo: Ática, 1978

_____. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e Identidade**, tradução Plínio Dentzler. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002

_____. **A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia**. RJ: Record, 2001.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4ªed. SP: Atlas, 2006

GOHN, Maria da Gloria. **Conselhos Gestores a participação sócio política** São Paulo: Cortez , 2003.

GOIS, Wagner L. **Saúde Comunitária. Pensar e fazer** – SP: Hucitec, 2008

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975 v.1

HARVEY, David. **Condição pós moderna: uma pesquisa sobre as Origens da mudança cultural**, SP: Loyola 1989

_____. **O novo Imperialismo**. RJ: Loyola, 2000

IANNI, Otávio. **O ciclo da Revolução Burguesa**. Petrópolis: Vozes, 1982

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000: população**. Disponível em: URL:<<http://ibge.net/home/estatistica/população/censo2000>>. Acesso em julho de 2012

JACOBI, Pedro. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1992

KIKSERG, Bernard. **O desafio da exclusão: para uma gestão social eficiente**. São Paulo: Fundap, 2003

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. Coleção primeiro passos. São Paulo: Brasiliense, 2006.

KOSIK, K . **Dialética do Concreto**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1995

LAURELL,Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In _____(org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1994p.151

LIMA, Sheyla Maria Lemos. **O Contrato de Gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares**. Rio de Janeiro: Revista de Administração pública/FGV, 1996. v.30(5), 201-125

LIMA, Julio Cesar França. **Política de Saúde e formação profissional dos trabalhadores de enfermagem**. 2010. Tese (Doutorado em Políticas e Formação Humana) Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 469f,

LIMA, Julio Cesar França. **Trabalho e Formação em Saúde: na Corda Bamba da Sobrinha**, DVD EPJV RJ, 2010.

LIMA,Kátia R de S. Terceira via ou social liberalismo: bases para a refundação do projeto burguês de sociabilidade. In: **Universidade e Sociedade: as reformas do Governo Lula**. Brasília: Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, ano XIV nº 34 – outubro/2004. p.11-19

LUDKE Menga e ANDRE, Marli.E.D. **A pesquisa em educação: a abordagem qualitativa**. SP: EPU, 1986

LUZ, Madel Teresinha. **Dois questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v.5, n.2,1991. p.293-312.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1982

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru **Teoria geral de Administração: da revolução urbana a revolução digital**, SP: Atlas, 2006 .

MENDES, Eugenio Villaça. **Uma Agenda para Saúde**. SP: Hucitec, 1996

_____ A modelagem das redes de atenção à saúde – Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais/2007 www.saude.es.gov.br/... acesso em abril/2013

_____ (org.) **Distrito Sanitário, o processo sanitário no SUS.SP,RJ:** Hucitec,Abrasco, 1993

MEIRELLES, Hely, Lopes. **Direito Administrativo moderno.** São Paulo: Malheiros, 2002

MINAYO, Maria Cecília Souza E SANCHES. **O Quantitativo-qualitativo:** oposição ou complementaridade? CAD. Saúde Pública, v.9, n.3, p.239-62, 1993.

_____ **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 20ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994

_____ **O Desafio do Conhecimento.** 8ª. Ed, SP: Hucitec, 2004

NETTO, Jose Paulo. **Capitalista Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez. 1996

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Metodologia Científica Aplicada ao Direito,** SP: Thompsom, 2007

OMS, **Relatório Mundial de Saúde,** 2000 www.who.int/whr/2000/ acesso em julho de 2012.

PAES, Jose Eduardo Paes. **Fundações e entidades de interesse social:** Aspectos jurídicos e administrativos,contábeis e tributários 2ª ed. Brasília Jurídica, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **Por um planejamento das práticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 4(2):243-241- 1999

_____ A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, pp. 187-220. In EV Mendes (org.). **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993

PEREIRA, Amazoneida. P. Estado, Regulação Social e controle Democrático: In BRAVO, M.I.S; _____ (org.) **Política Social e Democracia** – RJ: 2ª. ed. Cortez, 2002

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A reforma do aparelho do Estado e a Constituição Brasileira.** Brasília: MARE/ENAP, 1995.

_____ **A Reforma do Estado para a cidadania,** SP: editora 34, 1996

_____ **A reforma do Estado nos anos 90:** A lógica e mecanismo de controle. BRASÍLIA: MARE, Cadernos da MARE reforma do Estado, 1997.

_____ Do Estado patrimonial ao gerencial. In: SACHS, I.; WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S. **Brasil:** um século de transformações. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p.223-59.

PORTARIA GM/MS N. 399/2006 Divulga o pacto pela saúde 2006 – **Consolidação do SUS e aprova diretrizes operacionais do referido pacto-** pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e.../portarias/portaria_MS_399.2006.

PUTNAM, R.D. **Comunidade e Democracia:** a experiência da Itália moderna. RJ: FGV,1996

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente> **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro** – PMS – 2010- 2013/ 2009 pag 113

SMSDC, - <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente> acesso em abril/2013

SALES Teresa. **Raízes da Desigualdade Social da Cultura Política Brasileira** disponível em WWW.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_0025/rbcs25_02htm , acesso em 04/04/2013

SANTOS, Milton. **Por outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Editora Record, 2001

SES/RJ Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento, Departamento de Atenção Básica, **Plano Diretor de Regionalização de saúde do Estado do Rio de Janeiro,(PDR)- 2001-2009** disponível em [HTTP://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_rj.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_rj.pdf), acesso em novembro/2012

SILVA Neto. B.J. **Organizações Sociais, a viabilidade jurídica de uma forma de gestão compartilhada** disponível em [HTTP/www1jus.com.br/doutrina](http://www1jus.com.br/doutrina) texto, acessado em 20/04/2013.

SILVA, Jose Afonso da. **Curso de Direito Constitucional positivo.** São Paulo: Malheiros, 2002

STOTZ, Eduardo Navarro (org.) **Participação popular, educação e saúde teoria e prática.**RJ: Relume, 2007.