

O EMPRESARIAMENTO ESTATAL, A LÓGICA NEOLIBERAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA A GARANTIA DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE NO BRASIL

ENTREPRENEURIAL ORGANIZATION OF THE STATE, NEOLIBERAL LOGIC AND THE SINGLE HEALTH CARE SYSTEM: CONTEMPORARY CHALLENGES TO ENSURE THE UNIVERSAL RIGHT TO HEALTH CARE IN BRAZIL

Rodrigo dos Santos Borges

Doutorando em Geografia – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ
rodrigogeouerj@gmail.com

Viviane Gonçalves Jansen Müller

Especialista em Psicologia Hospitalar – Universidade Veiga de Almeida/UVA
mullerviviane6@gmail.com

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado um símbolo da luta pela concretização da universalização do direito à saúde, pensando no conjunto da população brasileira. Ainda assim, sua instituição, concomitante à redemocratização e à concretização dos marcos constitucionais de 1988, não significou, necessariamente, o arrefecimento da disputa pela efetivação de um modelo de saúde pública centrada nas necessidades da população. A evolução da racionalidade neoliberal como o centro do pensamento econômico do final do século XX incorporou a consolidação do SUS, uma série de desafios. Pensando nesse contexto, o objetivo deste estudo é buscar, por meio de pontes interdisciplinares construídas entre a Geografia e as ciências da saúde, a compreensão de alguns desses desafios que são lançados ao sistema público de saúde, especialmente ao considerarmos que, entre o período de sua concepção e a efetiva implantação, o Estado brasileiro foi cortado pela lógica neoliberal de administração, gerando impactos em sua organização, gestão e força de trabalho.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Neoliberalismo. Estado. Universalização. Cidadania.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS) can be considered a symbol of the struggle to universalize the access to health care, thinking about the entire Brazilian population. Even so, its establishment at the same time as redemocratization and the consolidation of the constitutional milestones of 1988, did not necessarily mean the dispute was settled for the institution of a public health model focused on the population's needs. The evolution of the neoliberal rationale as the center of economic thought at the end of the twentieth century posed a series of challenges to the consolidation of SUS. Within this context, the objective of this study is to use the interdisciplinary bridges built between Geography and Health Sciences to understand some of these challenges faced by the public health system, especially when we consider that, between the period of its conception and effective implementation, the Brazilian State was cut according to the neoliberal logic of administration, generating impacts on its organization, management and workforce.

Keywords: Sistema Único de Saúde. Neoliberalism. State. Universalization. Citizenship.

INTRODUÇÃO

O Brasil é, sabidamente, um dos países com maiores índices de desigualdade social do mundo. Se cruzarmos o perfil econômico do país (hoje, uma das maiores economias do mundo) com levantamentos relacionados às condições sociais de sua população (a exemplo do Índice de

Recebido em: 03/07/2020

Aceito para publicação em: 19/11/2020.

Desenvolvimento Humano; do Índice de Gini; e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), concluiremos que as condições socioeconômicas da maior parte da população contrastam enormemente com as de uma pequena franja de grupos sociais das classes mais altas.

As condições sociais extremamente desiguais são historicamente tão marcantes em nosso tecido social que somos autorizados a falar em um país forjado a partir de relações entre classe social (com um conteúdo racial muito forte) e garantia de direitos. Para ilustrar essa característica da formação do país, Souza (2018) apresenta, a partir de termos fortes, a exemplo de ralé e subcidadãos, a presença de grupos sociais importantes que, ainda hoje não adquiriram as bases mínimas de respeito a seus direitos e garantias individuais e coletivos, muito por conta de uma organização social forjada pela escravidão e pautada pela naturalização das desigualdades sociais e da exclusão de boa parte da população do acesso ao conjunto de aprendizados sociais e políticos decisivos para integrarem-se plenamente à vida social. Como consequência dessa estrutura, resta claro que, durante todo o percurso da construção das bases sociais do Brasil, se estabeleceu um padrão de coletividade calcado em níveis diversos de cidadania, a ponto de Santos (2007, p. 24) apontar a existência dos “que são mais cidadãos, [d]os que são menos cidadãos e [d]os que nem mesmo ainda o são”. Uma das consequências diretas desse processo é uma persistente carência de elementos efetivos que salvaguardem os direitos humanos básicos e que assegurem a cidadania plena, enquanto uma “lei da sociedade que, sem distinção, atinge a todos e investe cada qual com a força de se ver respeitado contra a força, em qualquer circunstância” (SANTOS, 2007, p. 19). Essa lei social ultrapassa o estatuto jurídico da questão e consubstancia-se com a incorporação de uma série de princípios gerais e abstratos que se concretizam em um conjunto de direitos coletivamente aprendidos, apreendidos e cotidianizados pelo conjunto da sociedade².

A Constituição Federal de 1988, em certa medida, pode ser considerada um marco para a superação da histórica disseminação da subcidadania que marca a formação do país. Isso é importante, pois define um elemento relevante para consolidar o que Santos (2007) chamou de categoria jurídica do cidadão, que se caracteriza por uma definição de cidadania que se firma como a mesma, para o conjunto das pessoas. Ainda que tenhamos em mente que a inscrição de determinado parâmetro de ação em lei não é garantia automática de sua cotidianização, essa inserção de direitos básicos e a busca pela universalidade da cidadania enquanto valor a ser perseguido pelo Estado é uma novidade com relação à formulação da estrutura teórica da ação estatal em contexto nacional. Essa legislação inseriu na agenda nacional uma série de direitos sociais que objetivaram, se cumpridos, assegurar, como preceito básico da cidadania, um conjunto de garantias fundamentais para a coletividade, dentre os quais um dos principais é o compromisso de se organizar um sistema de saúde que seja universal.

Partimos do pressuposto de que a correlação de forças estabelecida durante o processo de estabelecimento do Sistema Único de Saúde não permitiu a incorporação real dos objetivos da Reforma Sanitária, em especial quanto à necessidade de se constituir um sistema público estatal de saúde que fosse universal, acessível, descentralizado, pautado no controle social de suas ações e integrado a uma estrutura de seguridade social robusta. Consideramos que o problema central a ser investigado esteja ligado à compreensão de como o ideário de gestão neoliberal, incorporado agressivamente durante o percurso de construção do sistema público de saúde, em especial durante os anos 1990, serviu de entrave para a efetiva garantia do direito à saúde da população brasileira. Direito esse visto aqui como um dos principais geradores de cidadania absoluta para aqueles que dele se beneficiam.

O objetivo central da pesquisa concentra-se, então, em compreender, por meio do histórico de construção e implementação do Sistema Único de Saúde, sobre como se deu a efetivação desse serviço, enquanto responsabilidade estatal, no interior do processo de incorporação dos ditames neoliberais aos parâmetros de gestão do Estado brasileiro. É justamente a relação entre o potencial que a universalização do direito à saúde tem de ser um dos fortes promotores da cidadania plena e da precoce inserção dos preceitos neoliberais enquanto agenda política prioritária dos agentes

² É importante citar que os dois interlocutores dessa reflexão têm como uma de suas fontes de pesquisa o conceito de cidadania regulada, proposto por Wanderley Guilherme dos Santos e que se refere aos indivíduos avaliados enquanto cidadãos a partir de sua atuação profissional, com especial consideração ao nível de regulamentação da atividade, sendo este o fator que definiria os limites dos direitos individuais e coletivos dos trabalhadores. A chamada ralé, composta por não- cidadãos ou subcidadãos, seria aquela que não possui sequer essa estrutura regulada de direitos e garantias mínimas.

responsáveis pelo Estado brasileiro, após a consolidação dos marcos constitucionais de 1988, que pretendemos debater, por meio de um estudo teórico pautado em revisão de literatura com caráter interdisciplinar, cujo destaque será a busca pela relação entre a Geografia (como também as demais ciências humanas e sociais) e as ciências da saúde, para avaliar criticamente o percurso histórico da provisão dos serviços de saúde coletivos e o papel do poder público em sua organização, bem como as influências que os contextos socioeconômicos desempenham sobre a formatação do Estado territorial e de suas competências para com a população sob sua guarda jurisdicional.

Para a concretização dos objetivos estabelecidos, compreendemos ser estratégica a análise transescalar do fenômeno analisado. Por conseguinte, uma das tônicas centrais da proposta é a avaliação global dos processos sociais, econômicos e culturais que estruturam a organização administrativa do Estado e impactam diretamente na territorialização dos serviços de saúde no país.

BREVE PERCURSO HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE UNIVERSAL

De início, consideramos importante esclarecermos que a saúde pública não pode ser confundida automaticamente com o direito universal à saúde. A evolução histórica da proteção social à saúde humana demonstra a coexistência de uma série de modelos de assistência coletiva, incluindo aqueles de abrangência universal. A modelagem e a estruturação de cada forma organizativa da provisão de serviços de saúde variou ao longo do tempo, em função do perfil econômico e cultural dos grupos sociais. Então, precisamos ver a saúde pública como um conjunto de estratégias, desenvolvidas durante a história, para proteger e promover a saúde da coletividade, ou de determinado grupo social.

A própria compreensão da necessidade de se estruturar um modelo de controle da saúde coletiva mantém estreita relação com a organização espacial das sociedades. Rosen (1994) aponta que, historicamente, os problemas de saúde estão intimamente ligados à natureza da vida comunitária; justamente por esse fator, é possível percebermos, através do percurso histórico do conceito de saúde proposto por Sciar (2007), alguma preocupação histórica com as questões de prevenção e controle de patologias dentro de determinado corpo social. Ainda assim, é a organização do Estado Moderno europeu, em suas diversas dimensões, que traz a saúde pública para o centro do debate referente ao desenvolvimento coletivo.

Ao avaliar o nascimento do que chama de Medicina Social, Foucault (1984) aponta três grandes modelos de preocupação coletiva com a saúde: a medicina de estado, de base alemã; a medicina urbana, centrada na França; e a medicina da força de trabalho, baseada na Inglaterra. É importante notar que todos os modelos propostos possuem grande relação com as características socioespaciais do momento.

No primeiro deles, a medicina de estado, percebe-se a ligação entre a composição de um corpo científico estatal e a própria organização territorial do Estado. Surge daí a ideia de polícia médica, uma primeira experiência territorializada de cuidados com a saúde coletiva. Nesse modelo, criou-se a noção de administração regionalizada dos cuidados, por conta da coexistência de profissionais ligados a conjuntos espaciais específicos, determinados pelo tamanho da população. Da estruturação e fortalecimento dos pressupostos estatais na administração da saúde da população, ainda em período anterior à unificação dos povos germânicos, surge, na Alemanha de Bismarck, um dos grandes modelos de oferta de saúde pública: a composição de seguros de saúde coletivo, de adesão compulsória aos trabalhadores e administrados pelo Estado.

O modelo de base francesa é visto como uma espécie de medicina urbana, uma vez que, se utilizando do saber médico e científico, consolida-se uma série de planos para a reorganização de partes do tecido urbano, visando melhorar os padrões de saúde nas cidades, em especial, em Paris, analisada por Foucault como pioneira nessa fórmula. Essa medicina urbana promove uma série de propostas, dando suporte a diversas estruturas de controle e reordenamento urbano, visando à higienização e salubridade do espaço, desde o controle das áreas de amontoamento, ou avaliados como perigosos para a saúde coletiva (a exemplo dos cemitérios e matadouros), passando pelo controle da circulação dos elementos naturais, tais como a água e o ar, até o controle da distribuição dos equipamentos urbanos. Ainda que não tenha gerado nenhum modelo específico de financiamento ou mesmo provimento de serviços de saúde – até porque, como nos lembra Foucault (1984) foi uma medicina voltada antes às coisas que as pessoas – o sanitarismo teve enorme impacto em grandes reformas urbanas, empreendidas em diversas cidades do mundo, a partir do século XIX.

Além disso, decorre da medicina social urbana uma série de políticas públicas específicas para a saúde coletiva.

O modelo inglês foi forjado no século XIX, em um contexto de intensificação da Revolução Industrial e das necessidades de controle social das populações empobrecidas. A visão da burguesia inglesa sobre os perigos sociais e sanitários levou a uma série de atitudes que foram pensadas visando à proteção da saúde dessa classe e à manutenção da satisfação de suas necessidades sociais. Vistos como perigosos em diversos sentidos, os pobres são apartados das áreas de convivência próxima aos ricos e cria-se, a partir da Lei dos Pobres e da incorporação dos serviços públicos de saúde,

[...] a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 1984, p. 95).

A modelagem proposta pela Inglaterra pode ser considerada a mais complexa, pois, de certa maneira, aglutinava elementos dos outros dois, sendo capaz de permitir a organização concomitante e superpostas de três subsistemas de saúde: a medicina assistencial direcionada aos pobres, a administrativa, que se preocupava com questões de repercussão geral, e a privada, destinada a prover as necessidades de saúde aos que tinham condições de pagar (FOUCAULT, 1984). A ideia de universalização de um modelo de saúde tem suas bases centrais justamente na estruturação pensada na Inglaterra do século XIX, e teve, segundo Foucault, como fundamento a junção, no interior do mesmo sistema, da medicina assistencial, administrativa e privada. Foi essa articulação, sob a organização do Estado Nacional, que formou uma estrutura que tendia à universalidade, e que, durante o crescimento do Estado de Bem-Estar social, consolida, na Inglaterra, a saúde pública enquanto direito coletivo, estruturando-se sua oferta em 1948, pelo National Health Service (NHS). No limite, tal modelagem de assistência como parâmetro de política pública na Inglaterra (com posterior avanço pela Europa) tem origem na própria redefinição do papel do Estado nacional no pós-crise de 1929 e no pós-Segunda Guerra Mundial. A chamada era de ouro do centro capitalista foi pavimentada por décadas de crescimento sob forte influência estatal.

Consideramos que o elo entre os três modelos avaliados por Foucault (1984) seja justamente o fator geográfico ligado ao desenvolvimento territorial do Estado e de suas instituições, que, por conta de sua própria centralização administrativa em torno do poder sobre determinada parcela do espaço, poderia levar a cabo com mais facilidade (talvez, até legitimidade, se considerarmos a noção de contratualismo) as reformas e estruturas sociais necessárias para se implantar algum sistema ou serviço de alcance coletivo, ainda que, geograficamente, ele não cobrisse a totalidade do território do país. Rosen (1994) aponta que, mesmo com algumas bases estruturais do modelo de saúde pública estatal tendo sido estabelecidas pelos povos germânicos, foi a consolidação das bases estruturais do Estado nacional francês e inglês aqueles que efetivaram a noção do provimento de estruturas de saúde voltadas a coletividade.

É claro que, se compreende a dimensão dada por Foucault à diferença da relação estatal entre os três modelos, principalmente se considerarmos que as distinções apontadas por ele estão vinculadas à escala geográfica de ocorrência das estruturas organizacionais – que, no caso germânico, pautou-se em uma concepção de política pública centralizada no Estado Moderno territorial, em formação na Alemanha; ao passo que, nos casos francês e inglês, a ótica focal das políticas de saúde não se dava sobre a totalidade do território, mas sim nas principais frações urbanas, algo observado por Rosen (1994) em sua análise da organização da saúde nacional britânica, que, segundo ele, mantinha um caráter estritamente provinciano (algo mais ligado à escala local, comunitária, associado a uma freguesia), sendo a promulgação da lei dos pobres um marco inicial de uma política de caráter nacional –, ainda assim, o autor afirma que essa legislação não se caracterizou como uma novidade nos parâmetros de ação estatal, mas sim uma modificação na escala geográfica de ação, uma vez que boa parte de seus parâmetros já era assumida pelas administrações de base local, que foi característica dos serviços de saúde, ao menos até o século XIX.

Apesar disso, parece forçoso reconhecer que, mesmo no modelo francês, onde Foucault (1984) afirma ser o Estado (nacional) um ente inicialmente subalterno, com relação à atuação efetiva em uma política de saúde, percebeu-se que todas as obras de reestruturação urbana, levadas a cabo desde antes da Revolução Francesa, mas fundamentalmente consolidadas nas reformas direcionadas à higiene pública, do século XIX e início do século XX, tinham como elemento fundamental a instituição de um poder público.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA SAÚDE UNIVERSAL: DO NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Os sistemas de saúde europeus, em grande medida, foram resultado das experiências com a organização dos Estados nacionais e suas primeiras iniciativas em ofertas serviços de controle de vetores que pudessem afetar a saúde coletiva. As experiências com a crise mundial de 1929 e a Segunda Guerra Mundial conduzem a um consenso, no centro do capitalismo, sobre a necessidade de ampliação dos gastos públicos com serviços sociais. A disseminação dessa lógica foi preponderante para que os países mais ricos do continente pudessem propor modelos de saúde universais.

Os sistemas de seguridade ampliados desenvolveram-se, inicialmente, sob dois projetos: os que se basearam em seguros sociais, ampliando a experiência iniciada na Alemanha de Bismarck; e o modelo de saúde pública universal de administração direta, de influência britânica, tendo o segundo sido a influência geral para a instituição do Sistema Único de Saúde.

O modelo britânico consiste em um sistema de medicina socializada, composta por uma rede de serviços que é financiada e mantida pelo Estado (DORN; HOLAHAN, 2008 *apud* BORGES *et al.*, 2012). Pautado na universalidade, o National Health Service (NHS) é organizado de forma hierarquizada e regionalizada, pensado de acordo com as características socioeconômicas e geográficas de cada ponto do território, estando sob a coordenação geral do governo central do país.

O sistema universal de saúde brasileiro, consolidado no art. 196 da Constituição Federal de 1998, formulado sob inspiração do modelo inglês, foi também o resultado de mobilização histórica de trabalhadores, usuários e sociedade civil, pela responsabilização do Estado brasileiro, como agente garantidor do acesso a saúde, considerada, desde a consolidação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), um direito universal. Ao estabelecer a saúde como direito básico da população brasileira, o Estado nacional assume um compromisso de prover um serviço público com grandes impactos na organização social do país. Até aquele momento, não existia um sistema público de saúde que fosse estruturado para dar conta dos cuidados integrais aos brasileiros. A partir da constituição, surge o compromisso legal de se prover tais serviços. No interior dessa modelagem universal de direito à saúde, está a espacialização, de um conjunto de estruturas e serviços, que permita a assistência universal, de forma gratuita, em suas mais diversas necessidades, objetivando promover, proteger e recuperar a saúde de cada cidadão. Poderíamos dizer que o Sistema Único de Saúde é uma grande medida de compensação às desigualdades sociais tão marcantes no país, pois garantiu maior extensão de cobertura aos serviços de saúde, especialmente nas áreas mais pobres (BARATA, 2009), onde os grandes planos e seguros privados não têm interesse em atingir. O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e foi pensado para oferecer serviços de saúde sob gestão estatal, sendo gratuito, integral e universal.

Como fruto de um movimento orgânico pelo direito a um serviço universal, o SUS se fundamenta a partir de uma concepção de saúde como parte do direito à cidadania, sendo visto enquanto um bem social, coletivo e público (KRÜGER; REIS, 2019). No limite, essa fórmula de assistência à saúde pode ser interpretada como uma das ferramentas de garantia da cidadania em sua plenitude, buscando transpor aquela associada simplesmente aos ditames econômicos. Podemos avaliar o SUS como uma proposta que se estrutura a partir de uma lógica cívico-territorial, nos moldes pensados por Santos (2007) em que a organização e a gestão seriam instrumentos de uma política efetivamente redistributiva, visando à construção e manutenção da justiça social para a totalidade da população, não importando onde cada pessoa esteja. O resultado prático seria uma

[...] instrumentação do território capaz de atribuir a todos os habitantes aqueles bens e serviços indispensáveis, não importa onde esteja a pessoa; e de outro lado, uma adequada gestão do território, pela qual a distribuição geral dos bens e serviços públicos seja assegurada (SANTOS, 2007, p. 18).

Uma das principais consequências da organização do SUS foi justamente a estruturação de sua inserção na realidade espacial de cada ponto do território. Em um país de grandes dimensões, com marcantes disparidades socioeconômicas em níveis intra e inter-regional, foi importante pensar em uma organização espacial que considerasse a necessidade de “[...] identificar, as enormes desigualdades conformadas no território nacional para o desenvolvimento de estratégias de mitigação das inequidades socioeconômicas brasileiras” (DUARTE, 2017, p. 223). Uma das principais visões estratégicas da territorialização do sistema foi a necessidade de minimizar os impactos da organização espacial concentrada que marca o país, pois, baseando-se na lógica da universalidade, a territorialização do sistema deveria ser baseada pela espacialização adequada das estruturas, equipamentos e serviços (BARATA, 2009), visando garantir o direito à saúde de todos os brasileiros e residentes no país.

Se tivermos em mente que o “[...] sistema de produção direcionado [prioritariamente] para o mercado cria fenômenos históricos condicionados pelos seus próprios interesses específicos” (SANTOS, 2007, p. 51), a conquista da organização do SUS, através de uma concepção de que a saúde não deve ser vista como um mero bem de consumo que se adquire como mercadoria (KRÜGUER; REIS, 2019), conforma-se como uma mudança grande na lógica de prestação de serviços: um compromisso estatal de oferecer a todo o país uma rede que não se baseia na lógica empresarial dos serviços geridos pela iniciativa privada, mas sim centrada na universalidade do serviço de saúde, devendo, inclusive, considerar os impactos das disparidades socioeconômicas para a determinação das necessidades de cada grupo populacional.

CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE ESCALAR

A título de consideração inicial, é importante lembrarmos que a posição do país na composição da divisão internacional do trabalho é elemento relevante para a compreensão do desenvolvimento histórico das políticas públicas e da própria estrutura do Estado nacional. É ainda importante perceber que, como parte do chamado Terceiro Mundo, composto por países caracterizados pela incorporação tardia dos ditames capitalistas, não raras vezes, o tempo de maturação ou mesmo de incorporação de determinada ação política, social e econômica, não converge totalmente com os parâmetros provenientes do centro capitalista, ocorrendo uma espécie de cruzamento de óticas e lógicas de desenvolvimento. Nesse contexto, compreender a universalização da assistência à saúde e seus desafios, para o caso brasileiro é mais complexo que nos países desenvolvidos.

Em um país central como a Inglaterra, que pode ser considerado um construtor de contextos socioeconômicos, falar em universalidade de abrangência dos serviços públicos, especialmente no período de fortalecimento no Estado de Bem-Estar social, não seria tão complicado para sua aceitação coletiva. A construção de convergência entre o contexto político e econômico é mais simples.

No chamado terceiro mundo, muitas vezes reprodutores das lógicas econômicas centrais, as estruturas contextuais provenientes do centro demoram a se difundir, promovendo um achatamento de diretrizes, provocando desafios extremos para a consolidação de determinadas formas políticas. A própria análise da evolução da saúde pública nacional nos permite perceber, em curta escala temporal, uma miscelânea de diretrizes sobre o desenvolvimento, provenientes de diversas matrizes do centro capitalista. Uma das principais consequências dessa dinâmica foi a concomitância da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de cobertura público e universal, e um conjunto de ideias de redução do espectro de ação do poder público, pensadas e implementadas no centro capitalista, e que foram incorporadas na reforma do Estado dos anos 1990 (ALMEIDA, 2017). No setor de saúde, a gênese da agenda reformista, “[...] é conhecida por preconizar a retirada do Estado da provisão direta de serviços, a introdução de mecanismos de mercado na gestão dos sistemas públicos e privatizações” (ALMEIDA, 2017, p. 2). O principal argumento assenta-se na ineficiência governamental para garantir o direito à saúde, tendo como resultado uma sociedade desprotegida, tendo que pagar por serviços privados, aumentando seus gastos diretos (BORGES *et al.*, 2012). O resultado visível tem sido uma constante oposição entre os parâmetros de saúde preconizados pela Reforma Sanitária, calcados na estatização dos serviços e das fontes de financiamento, e a ação prática do Estado, que, em vez trabalhar pela progressiva estatização da

saúde, incentiva o crescimento do livre mercado e de diversas estratégias privatistas (CORREIA; SANTOS, 2015).

O que se pode perceber, para o caso dos países europeus, é a maturação dos serviços públicos estatais em uma linha temporal de aproximadamente dois séculos. No Brasil, esse período é mais curto, o que se intensifica na atualidade, com a aceleração espaço-temporal provocada pela globalização. O resultado é essa contraditória mistura de contextos, que traz grande plasticidade ao perfil das diretrizes políticas do Estado.

A discussão sobre o desenvolvimento da saúde pública contemporânea no Brasil não deve fugir da compreensão escalar de uma crise persistente que, pelo menos desde o final dos anos 1970, implicava na gradativa reorganização dos ditames políticos dos estados de bem-estar social, firmados, especialmente, nos países centrais do capitalismo, mas que, em pouco tempo, se disseminou como parâmetro central da política econômica em diversos países do mundo. Harvey (2008) aponta que o período entre 1978 e 1980 pode ser visto como um momento de ruptura revolucionária na história social e econômica do mundo. Parte importante dessa revolução é chamada por Brown (2018) de economização de todas as esferas da vida, pois, além das práticas econômicas fundamentadas na liberalização progressiva dos parâmetros econômicos, apoiados na reestruturação dos padrões de atuação estatal, que se guia, como nunca antes, através da economização da política e da sociedade civil, os ditames de sociabilidade neoliberais se infiltram gradativa e intensamente em todos os poros das organizações políticas e econômicas de diversas nações. Essa relativa padronização de diretrizes socioeconômicas foi vista por Harvey (2008) em países com diferentes espectros políticos que vão desde a China de Deng Xiaoping, com sua política de abertura do país ao capital estrangeiro, especialmente a partir de 1978, passando por Paul Walker (na presidência do Federal Reserve System – FED) e Ronald Reagan (eleito presidente em 1980), em suas batalhas incessantes para colocar a luta contra a inflação como centro gravitacional da política econômica dos Estados Unidos; até finalmente chegar a Margareth Thatcher, eleita Primeira-Ministra britânica em 1979, com a função de implodir uma das mais vigorosas experiências de Estado de Bem-Estar Social vistas até aquele momento, convertendo-se, assim, em um dos principais símbolos da consolidação da hegemonia neoliberal. Tais exemplos corroboram com a avaliação de Brown (2018) sobre a disseminação profunda dessa economização da vida política e social, perpassando a organização do socialismo de Estado, do Estado de bem-estar, da socialdemocracia e mesmo do Nacional-Socialismo (BROWN, 2018). Este processo foi tão bem-sucedido que Harvey (2008) considera esse período revolucionário como constituinte de uma nova imagem do/sobre o mundo contemporâneo, avançando (e muito) para além dos países citados.

Essa questão não é pouco importante, principalmente se avaliarmos as crises como elemento essencial para a dinâmica econômica capitalista, uma vez que, no interior desses fenômenos, se reorganizam as bases produtivas e as estruturas de pensamento (HARVEY, 2016), tão necessários para a continuidade do processo de expansão do sistema. Foi justamente o discurso da crise que pavimentou, em diversas partes do mundo, a reorientação econômica e social em curso, trazendo a visão (neo)liberal para a agenda prioritária de ação estatal, a partir dos anos 1980.

A crise, iniciada em 1973, geralmente atribuída aos impactos do choque do petróleo, promoveu uma progressiva recentralização da lógica do pensamento econômico liberal, assentada na redução do intervencionismo estatal em setores sociais. Devemos perceber que a crise do Estado de bem-estar social, decorrente da desaceleração econômica que atingia o centro do capitalismo, é fruto de uma irracionalidade central sistêmica: o mito do crescimento infinito. Os questionamentos aos parâmetros dos investimentos sociais robustos encontraram eco justamente quando o ciclo de crescimento econômico contínuo começou a dar sinais de esgotamento³.

Só é possível compreender a dinâmica da inserção neoliberal das últimas décadas ao avaliarmos que, mais que uma política econômica que visava dar resposta a uma crise, o modelo configura-se como uma racionalidade que perpassa as funções estatais, mas revela uma disposição de reestruturar a própria vivência cotidiana das pessoas (DARDOT; LAWAL, 2016). Essa reconstrução das bases sociais se deu a partir de uma nova cidadania, fundada na responsabilização individual

³ Sinais, bem mais que fatos, especialmente se considerarmos que, de acordo com Hobsbawn (1995), os números gerais das economias centrais continuaram positivos durante os anos 1970/80, ainda que em menor proporção que durante a chamada Era de Ouro. Na realidade, o chamado capitalismo avançado só viveu efetiva estagnação entre 1973/5 e entre 1981/3.

sobre os destinos das pessoas, formulando uma coletividade centrada na concorrência. É um processo de economicização da vida política e social construída sob um discurso que converte toda pessoa em capital humano (BROWN, 2018). Resumindo: o neoliberalismo não se tornou hegemônico apenas como política econômica, mas também como modalidade de discurso, passando “[...] a afetar tão amplamente os modos de pensamento que se incorporou às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo” (HARVEY, 2008, p. 2), de maneira que as crescentes injustiças sociais foram naturalizadas e aceitas pelos liberais (HOBSBAWN, 1995), desde que o discurso⁴ sobre a relevância do crescimento econômico estivesse assegurado.

Pensando especificamente no caso do Sistema Único de Saúde brasileiro, esse achatamento dos contextos propicia a criação, em curto espaço de tempo, de uma contradição entre a promulgação de uma constituição calcada na cidadania, com diversas inspirações no bem-estar social de modelo europeu e as novas diretrizes do pensamento econômico e social sobre a função estatal. Uma das principais consequências desse fenômeno é o curto espaço de dois anos entre a consolidação do marco legal e as estratégias de se solapar as bases estruturais da garantia do direito aos serviços públicos estatais e gratuitos, movimento que ocorreu de diversas formas, a partir da entrada agressiva da racionalidade neoliberal no contexto nacional do início dos anos 1990. É notória a percepção de que o “[...] quadro econômico, que se seguiu à criação do SUS, é significativamente diferente daquele quando os países capitalistas avançados, principalmente europeus, construíram seus sistemas universais de saúde” (MENDES, 2015, p. 12). Na Inglaterra, por exemplo, foi possível verificar um amadurecimento do compromisso social com um serviço público de saúde, com décadas de investimentos de grande magnitude, nos sistemas de seguridade coletiva. Ainda que, desde os anos 1980, o sistema britânico venha sendo atacado pela a lógica de disputa pelos recursos públicos, esse movimento ocorre após 30 anos de estruturação e funcionamento do NHS.

Se, por um lado, a Constituição Federal promulgada em 1988 é considerada cidadã, por se apresentar como um documento que consolida, no marco legal brasileiro, uma série de direitos e garantias que devem ser assegurados pelo Estado, a real compreensão de sua estruturação e implantação, somente se dará através da perspectiva escalar, uma vez que, durante as discussões da constituinte, em muitos aspectos inspiradas na estruturação de um Estado de Bem-Estar social, o centro do capitalismo, já estava em franca implementação de outro modelo social: o neoliberalismo, que, se, durante os anos 1970, foi considerado uma forma de gestão marginal, durante os anos 1980 ganha dimensão relevante como estratégia de superação da crise econômica que perdurava desde meados da década anterior.

Essa aparente contradição entre a construção de um texto caracterizado pela responsabilidade estatal na garantia de direitos aos cidadãos e a disseminação de um modelo que preconiza a redução do papel do Estado terá impactos diretos na efetivação do direito à saúde. O primeiro deles é o próprio processo de regulamentação do Sistema Único de Saúde, que se inicia justamente no interior da intensificação do neoliberalismo como modelo de estado, que pretendia ser implantado pelo governo Collor (1990-1992). Essa conjuntura dos anos 1990 corrói o ideário da Reforma Sanitária, que pautou a estruturação de um sistema universal, como o SUS, antes mesmo da implementação das mudanças de ação necessárias (MENICUCCI, 1997), por parte do Estado, para consolidar a proposta de assistência plena a saúde do conjunto da população.

O cruzamento entre o Estado mínimo e a necessidade de garantia do direito à saúde teve como marcos dois elementos que passaram a ser recorrentes, durante o percurso histórico do SUS: o subfinanciamento e o empresariamento da gestão do sistema. O primeiro coloca o SUS em permanente estado de precariedade, fortalecendo a visão de que o sistema é ineficiente e caro. Esse discurso serve como pedra angular para a intensificação da ação dos planos e seguros privados de saúde, que atendem boa parte das classes médias e altas, especialmente nos grandes centros urbanos e na chamada região concentrada; o segundo elemento consolida-se com diversas estratégias de desresponsabilização estatal, através de terceirização de mão de obra, ou mesmo da cessão da gestão do sistema a iniciativa privada, também sob a lógica do discurso da ineficiência do Estado com a gestão dos serviços. Se a saúde é vista sob a lógica empresarial, nada mais coerente que ser gerida por uma empresa privada, uma vez que o Estado não é visto como um bom empresário.

⁴ Discurso por que Hobsbawm (1995) nos mostra que em diversos casos, a virada neoliberal não significou efetiva retomada de crescimento (como no caso do Brasil dos anos 1980).

A SAÚDE PÚBLICA SOB O DOMÍNIO DO NEOLIBERALISMO

Ainda que a própria lógica de funcionamento do capitalismo (especialmente nos períodos de expansão do liberalismo) interponha a coexistência dos serviços públicos de saúde à prestação por entidades privadas, estabeleceu-se historicamente a visão que determinados serviços só poderiam ser implementados e sustentados pelo poder estatal. A disputa contemporânea pelo direito à saúde, cortada pela racionalidade neoliberal, não questiona esse fator. Desde que o sistema esteja assentado sob a conformação de coexistência, com a manutenção de reservas de mercado disponíveis para os planos e seguros privados, não se questiona diretamente a oferta de saúde, inclusive incentiva-se sua disponibilização aos pobres. Esse é um elemento discursivo forte para a retração dos investimentos no sistema. Com a garantia de um sistema privado para os que puderem pagar, os serviços do SUS poderiam ser pensados e dimensionados de acordo com as necessidades reais dos carentes. Menicucci (2007) aponta que, durante o período de avanço neoliberal, o governo Fernando Henrique Cardoso chegou a defender essa ideia de se relativizar a universalidade, com a utilização do setor privado por aqueles que pudessem pagar. Bahia (1999) aponta que essa retórica já vinha sendo utilizada desde os anos 1980, inclusive mencionando os discursos em defesa do direcionamento da saúde pública aos financeiramente incapazes como um caminho racionalmente eficaz para o sistema, pois consideravam insensato prosseguir com um modelo de financiamento público para a parte da população que não utilizaria o SUS e tinha condições de adquirir os planos e seguros privados.

O processo de valorização da ação do mercado, no caso dos serviços públicos de saúde, concentra-se na busca pela separação entre o financiamento público e a provisão privada (MENICUCCI, 2007). A principal arena de discussão se dá sobre a fórmula de financiamento e gestão dos serviços públicos de saúde. É do direito de acesso aos fundos de financiamento da saúde e da gestão das unidades e trabalhadores que se encarregam os pensadores e formuladores das bases de avanço da lógica neoliberal sobre os sistemas públicos de saúde. O elemento discursivo forte para a administração privada do financiamento público é associado a maior eficiência dos entes de mercado, que teriam capacidade de ofertar serviços sociais com qualidade superior e valor menor que o Estado (BORGES *et al.* 2012). Uma das principais consequências dessa racionalidade é um conflito quanto à concepção do público, desvinculando-o do estatal. Sendo assim, “[...] os recursos, o patrimônio, os equipamentos e os recursos humanos são públicos, mas a gestão e a lógica que o ordenam são privadas” (CORREIA; SANTOS, 2015).

Alguns dos entraves à universalidade inserem-se na própria lógica contraditória de funcionamento do capitalismo, uma vez que a universalização plena destruiria os serviços privados, por oferecer saúde pública, gratuita e de qualidade a totalidade do tecido social. A lógica, então, é a de subfinanciar o sistema, assegurar precariamente os serviços aos que não podem pagar, mas garantir a reserva de mercado aos grandes grupos empresariais, que podem se dedicar a ofertar cestas de serviços de saúde por meio de planos e seguros-saúde. De certa maneira, a proposta insere-se no padrão de desenvolvimento assentado na negação da cidadania, que se mantém em virtude da necessidade de ser formar um consumidor, que aceita ser chamado de usuário (SANTOS, 2007). Essa fórmula desloca os serviços de saúde do campo do direito para o do consumo, associando-os, em termos de acesso e qualidade, à capacidade de pagamento dos clientes⁵.

Se a saúde passa a ser um direito universal e uma responsabilidade estatal para com seu provimento ao conjunto da população, a lógica neoliberal se apropria de forma menos direta desse tipo de serviço. Se não houve venda dos ativos ligados ao sistema (rede física de clínicas, hospitais e postos de saúde, por exemplo), o Sistema Único de Saúde passa a ser gerido, sob a lógica da reduzida preocupação social, através da desresponsabilização estatal, com o uso sistemático da terceirização dos serviços e servidores, do subfinanciamento de suas demandas, ou mesmo através da redução da cesta de serviços disponíveis, visando à contratação de serviços privados, para prover determinadas demandas do sistema, o que gera um problema contínuo para a conformação do SUS, nos moldes preconizados pela Reforma Sanitária, uma vez que as instituições conveniadas e contratadas pelo Estado são regidas pelo direito privado e são guiadas pela simples lógica econômica da eficiência voltada a lucratividade, o que as dissocia do histórico compromisso do sistema público “[...] com os princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade de acesso, da redução das desigualdades e da participação popular deliberativa” (KRÜGER; REIS, 2019).

⁵ Termo utilizado no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995).

Consolida-se, nesse cenário, um elemento forte da má-fé institucional discutida por Souza (2009), através de uma “[...] ‘armação’ contra o sistema a ser privatizado, a partir do sucateamento dos serviços por meio de seu subfinanciamento e deterioração dos vínculos de trabalho dos profissionais da saúde” (BORGES *et al.*, 2012, p. 18). No caso do SUS, o resultado dessa armadilha contra o sistema consolidado na Constituição Federal de 1988 resultou em intensiva terceirização da gestão e dos trabalhadores da saúde, além da redução de uma série de direitos a serviços de saúde, como discutiremos nos próximos blocos do texto.

A terceirização da gestão

Em 1995, decorridos menos de dez anos desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, consolida-se no país uma agenda reformista de base neoliberal que busca alterar as diretrizes estruturantes do Estado Brasileiro, preconizadas pela legislação. No chamado Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, levado a cabo por um ministério específico para tal fim, a carta magna de 1988 é vista como um retrocesso histórico, por fortalecer um modelo de gestão, que, segundo os formuladores do plano, se concentrava em um forte apelo à administração burocrática. A constituição é vista como um entrave ao desenvolvimento de uma administração moderna, chamada de gerencial, pois consolida no marco legal do país, normas rígidas de gestão da administração e contratação de mão de obra. O resultado do conjunto de direitos coletivos garantidos naquela lei é visto como um retrocesso também por encarecer a máquina estatal, não assegurando boa qualidade aos serviços prestados.

Buscando metas de flexibilização, o governo brasileiro inicia uma verdadeira batalha contra a Constituição Federal. Em consonância com o apontado pelos órgãos multilaterais, que, dominados pelos ditames neoliberais, passam a ter enorme poder de influência nos países em desenvolvimento, são propostas reformas na organização gerencial do Estado. A rediscussão do protagonismo estatal foi fundamentada no chamado gerencialismo público, que prega a construção de parcerias entre a administração pública e o mercado, dando ênfase ao chamado terceiro setor, convertendo o Estado não mais em provedor de serviços, mas tão somente um catalisador do desenvolvimento (ALMEIDA, 2017). Nesse plano de reforma, surge uma diferenciação que terá grande impacto no gerenciamento dos serviços de saúde: incorpora-se ao escopo de ação do Estado uma fórmula baseada em atividades públicas de atuação não exclusiva do aparelho estatal. O modelo preconizaria uma entidade mista, chamada de pública não estatal. O resultado foi a constituição de uma gama de serviços públicos que poderiam ser prestados de forma simultânea com a iniciativa privada, ou mesmo tendo sua gestão transferidas para terceiros.

O modelo sugere que alguns serviços poderiam ser prestados em parceria com setores sociais de direito privado, visando aumentar a capacidade gerencial, a economia e eficiência, tendo por base a velha ideia liberal que os mecanismos de mercado seriam melhores gestores que os entes públicos. A forma encontrada foi a sugerida pelo Banco Mundial em 1993: a composição de organizações do chamado terceiro setor, que, ao se dedicar à gestão de bens públicos, seriam subsidiadas pelos fundos do Estado para prestar alguns serviços avaliados como passíveis de concorrência de acordo com as leis do mercado. Surgem, então, as organizações sem fins lucrativos, que não seriam propriedade de nenhum indivíduo ou grupo, estando orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (BRASIL, 1995). A lógica é radicalmente oposta àquela pregada pela constituição, que, fundamentada no bem-estar social coletivo, tratou serviços públicos como os de educação e saúde, como direitos fundamentais. Sob a ótica dos reformistas, tais setores passam a ser visto enquanto serviços sociais competitivos, sujeitos a regras mercadológicas de eficiência, propondo “[...] transformá-los em organizações públicas não estatais de um tipo especial: as organizações sociais” (BRASIL, 1995, p. 43). Estava pavimentado o caminho para a transferência de fundos públicos para a gestão privada. A desresponsabilização pela prestação dos serviços de saúde e sua cessão a particulares se reafirma com a reforma administrativa imposta em 1998, pela Emenda Constitucional nº 19 e a regulamentação dos contratos de gestão com organizações sociais inseridos pela Lei nº 9.637/98.

A justificativa corrente para a transferência da responsabilidade pelos serviços de gestão da saúde pública refere-se à possibilidade de economia para o setor público, além da melhoria da prestação de serviços, pela desburocratização das ações, o que promoveria maior agilidade na resolução das necessidades do setor, uma vez que as Organizações Sociais (OS) “[...] podem contratar funcionários

sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 36).

A incongruência entre a contratação de serviços de gestão privada e a necessária ação estatal calcada no interesse público é frequentemente apontada como um dos problemas vinculados às parcerias com organizações sociais. Existe uma visão consolidada em círculos de pesquisa sobre a temática, que tal movimento insere-se em um processo de desconstrução dos fundamentos do SUS, patrocinado por entes de mercado e levado a cabo pelo próprio Estado, que fortalece modelos híbridos de gestão, inclusive patrocinando novos arranjos jurídicos (KRÜGER; REIS, 2019), que não raras vezes colidem com os próprios preceitos constitucionais. Essa constatação levou a diversas interpretações sobre a própria constitucionalidade de um mecanismo de gestão, que, na prática, subverte a estrutura do Sistema Único de Saúde, que tem seu controle delegado a atores que deveriam agir como complementares ao poder público, com grupos privados passando a desempenhar atribuições típicas do Estado, a exemplo da saúde, tal como estabelecido no art. 196 da Constituição Federal. A discussão sobre a legalidade do uso de Organizações Sociais foi iniciada em 1998, através de pedidos fundamentados pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), tendo sido finalizada pelo Supremo Tribunal Federal apenas em 2015, com a declaração da validade das parcerias entre o Estado e os grupos privados. No hiato entre o questionamento inicial e a decisão final, a relação mercadológica entre os diversos entes federativos e as Organizações Sociais se estabeleceu fortemente, com grupos empresariais poderosos, a exemplo do Sírio Libanês e da Rede D’Or-São Luís, administrando fatias de um setor que deveria ser associado a parcerias fundadas na não lucratividade do acordo.

A avaliação dessa modalidade de gestão aponta para um conjunto de problemas que contrariam os princípios preconizados pelo Plano Diretor de Reforma do Estado, com destaque especial para invalidade do critério economicidade, um dos principais elementos discursivos vinculados à redução da ação estatal na prestação de serviços. Correia e Santos (2015) apontam uma série de exemplos vinculados aos aumentos de gastos gerais do orçamento da saúde, após a pactuação dos contratos com as Organizações Sociais nos estados de São Paulo e Mato Grosso. São apontados, ainda, problemas associados à corrupção, além da redução e racionamento dos serviços prestados. Desde a intensificação da incorporação das OSs no serviço público, diversas auditorias (feitas pelos próprios órgãos de controle do Estado) apontam uma série de problemas direcionados à transferência da responsabilidade dos serviços do SUS aos grupos privados. A mais recente delas, publicada pela Controladoria Geral do Estado do Rio de Janeiro (2020), apontou irregularidades em contratos com organizações de direito privado, com transferência de 7,3 bilhões dos fundos públicos a Organizações Sociais, que resultaram em prejuízos estimados em 1 bilhão de reais para os cofres estaduais, no período entre 2012 e 2019.

Outra consequência percebida é a precarização das relações de trabalho, ocasionando um aumento da rotatividade da mão de obra, prejudicando a continuidade da prestação de serviços e o necessário vínculo entre os envolvidos no processo de promoção e proteção da saúde coletiva.

A terceirização da força de trabalho

Um dos principais pilares da estruturação e gestão da força de trabalho estatal, preconizado pela Constituição de 1988, foi a solidificação do concurso público como porta de entrada dos servidores e a estabilidade funcional para os que ingressassem nas carreiras de estatais. A ideia de separação entre funcionários do Estado enquanto entidade de provimento das necessidades da população e de funcionários de governo, mais ligados à conjuntura político-partidária, foi (e continua sendo) uma das principais justificativas para tal fórmula de administração da mão de obra. Essa separação garantiria a independência daqueles que servem ao Estado para agir não ao sabor das necessidades dos governos, mas sim de seus deveres como parte da composição do próprio Estado nacional.

Assim como a gestão direta dos serviços sociais, a estabilidade dos vínculos funcionais foi constantemente questionada, especialmente a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995). Já nesse plano, comentava-se dos equívocos associados ao processo de contratação via Regime Jurídico Único (RJU) e vinculados ao concurso público. Esse engessamento seria fator de entrave ao gerencialismo e modernização da máquina estatal.

O discurso contínuo acerca das sucessivas de reforma administrativa (inclusive a que vem sendo

gestada pela administração atual do governo federal) concentra-se na necessidade de flexibilização das formas de contratação, visando captar profissionais no mercado e adaptar os processos e fluxos de trabalho às características contemporâneas do mercado de trabalho. Segundo os ideólogos da gestão empresarialista, a estabilidade funcional seria contraproducente, pois relativizaria a eficiência dos serviços prestados. A incorporação inicial dessa lógica é concomitante à inserção das Organizações Sociais no serviço público. Com a gestão das unidades entregues a instituições de direito privado, estava quebrada a necessidade de contratar servidores estáveis e vinculados ao regime jurídico único. A partir de então, surgiu uma progressiva hibridização dos vínculos empregatícios no Sistema Único de Saúde, com a adoção de diversos regimes de contratação.

A estratégia de terceirização ainda foi incentivada por uma diferenciação no computo dos gastos com pessoal da administração direta e as terceirizadas, inserindo no § 1º do art. 18 da Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), a desvinculação dos valores transferidos ao teto de gastos com pessoal em caso de terceirização da mão de obra. Com isso, o ente público deveria considerar tais despesas, por meio da rubrica “Outras despesas de pessoal”. Tal liberação foi avaliada por diversas administrações como uma forma de prestar os serviços públicos, sem comprometer os limites de gasto estabelecidos pelo dispositivo. De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (2019), as Organizações Sociais já são responsáveis pela gestão de 70% da mão de obra do SUS em âmbito municipal, demonstrando que, dos 1.235 municípios que contam com a administração transferida, apenas 17,5% registram os gastos com pessoal no interior do limite de despesas estabelecidos pela LRF, indicando que o drible fiscal proposto pela própria legislação contribuiu para o franco crescimento dessa modalidade de contratação.

O fortalecimento das OSs na gestão municipal sob o incentivo da LRF é tão grande que uma orientação de mudança em sua interpretação, proposta pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), no sentido de obrigar os entes federativos a computar seus gastos como despesas correntes de pessoal, tem enfrentado forte oposição dos representantes das municipalidades, uma vez que seguir tal diretriz seria assumir publicamente que a transferência da gestão de pessoal não significa economia alguma, mas tão somente a ocultação dos valores reais gastos com a mão de obra empregada nos serviços públicos, que agora pode ser gerida com menor controle social, incentivando a simples transferência de fundos públicos a grupos empresariais.

Para nossa análise, que é fundamentada na perspectiva do SUS enquanto promotor de efetiva cidadania para a população brasileira, é importante frisar que o grande problema das avaliações mercadológicas associadas à eficiência é que elas se resumem aos números econômicos, balancetes e demais padrões estatísticos, que se configuram como marcadores de qualidade em total dissonância com as reais necessidades da população atendida. Por conta desse modelo de avaliação puramente economicista, a flexibilização da mão de obra e seus impactos na gestão financeira do sistema são constantemente comemorados como marcos de gestão moderna, mesmo que isso signifique a total precarização das condições de trabalho e mesmo da saúde do trabalhador. Se pensarmos além dos [questionáveis] números de eficiência, veremos, na prática, que, por meio das propaladas estratégias de modernização do gerenciamento do setor de saúde, promoveu-se uma progressiva “[...] flexibilização de vínculos e, conseqüentemente, a precarização do trabalho, além da perda de direitos trabalhistas e previdenciários” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 36).

Se balizarmos a análise da eficiência na real necessidade da população assistida, veremos que a estabilidade funcional pode ser um modelo relevante para a qualidade da prestação de serviços de saúde, por meio da possibilidade de se criar e consolidar vínculos entre servidores e aqueles que demandam a assistência. Nesse sentido, a estabilidade funcional seria uma (nunca a única) forma de se garantir a continuidade dos serviços. Se avaliada por esse parâmetro, as estratégias de terceirização têm sido particularmente problemáticas, uma vez que têm gerado aumento da rotatividade dos profissionais de saúde, transformando-se em um dos principais desafios para a implementação do SUS em suas diretrizes calcadas na integralidade da atenção à saúde (SANCHO *et al.*, 2011).

Para o caso específico de serviços sociais baseados na continuidade e na confiança da relação entre servidor e usuário, o vínculo é elemento muito importante para a construção cotidiana dos laços necessários ao bom serviço. Esse é um fator muito sensível para as relações de trabalho na área da saúde, em especial a partir da estruturação do SUS a partir da atenção primária, com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF): uma modalidade de atendimento com foco na família e na comunidade, exigindo a construção de vínculos entre os profissionais e a população atendida

(PIERANTONI *et al.*, 2015).

A instabilidade funcional tornou-se tão frequente que o relatório da OPPAS (2018) indica como um dos grandes desafios futuros para o SUS a incorporação de vínculos empregatícios mais estáveis. Isso significa, na prática, reafirmar que as práticas de gestão terceirizadas que buscaram a melhoria da prestação de serviços públicos através de modelos pautados no mercado, não conseguiram cumprir a meta de melhorar a qualificação e a eficiência do trabalho, pois partem de um achatamento brutal nas remunerações e na precarização das condições gerais daqueles que desempenham as funções terceirizadas.

O subfinanciamento

No ano de 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou um documento com uma avaliação do Sistema Único de Saúde, após 30 anos de sua conformação legal. No relatório, o subfinanciamento crônico do SUS é apontado como um dos principais obstáculos para que o país cumpra as metas de desenvolvimento sustentável propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU). O texto ainda aponta as causas avaliadas como geradoras do problema: o recorrente discurso da crise econômica e as políticas de austeridade fiscal.

O percurso histórico do subfinanciamento pode ser compreendido a partir de duas questões recorrentes durante a implementação do SUS: o direcionamento de valores insuficientes para cobrir as necessidades do sistema e a indefinição de fontes de financiamento (MENDES, 2015). Essa característica pode ser percebida enquanto um dos mais diretos e persistentes efeitos da contradição entre um sistema jurídico que se pautou pela universalização via Estado, dos serviços sociais, e a conjuntura internacional pautada no avanço do capital sobre os serviços públicos estatais. Menicucci (2007) aponta que as ações concretas dos sucessivos governos foram direcionadas à inviabilização indireta, porém sistêmica de um sistema universal de saúde, tal qual aprovado em 1988. A correlação de forças que possibilitou a consolidação do texto constitucional foi perdendo potência frente à coalizção conservadora estabelecida em torno do projeto neoliberal, que, se associando ao discurso da crise econômica enquanto motor da propalada necessidade de redução dos gastos públicos (ainda que necessários), promoveu como mecanismo de ação, a falta de regularidade no financiamento do sistema público universal (MENICUCCI, 2007). Todo o percurso inicial de construção do sistema foi marcado por governos totalmente alinhados aos ditames empresariais.

A constituição brasileira estruturou-se com base no universalismo inglês, e, com essa característica, a seguridade social deveria ser vista enquanto um grande polo gestor de diversos serviços de bem-estar coletivo. Sendo assim, em seu art. 194, estruturou a seguridade social compreendendo “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Essa foi uma mudança importante na lógica assistencial que deixaria de se associar ao modelo de seguridade de base germânica – o qual foi inicialmente criado para gerir programas voltados à classe trabalhadora –, para se relacionar a outro, inspirado no Welfare State inglês, que apregoava um modelo de proteção social integrado e universal.

O que se colocou, na prática organizacional do Estado brasileiro no pós-1988, foi a fragmentação administrativa da seguridade social, ocasionando uma persistente concorrência entre as áreas, especialmente no que tange aos recursos destinados a cada ente. Menicucci (2007) explica que o SUS foi sistematicamente fragilizado no interior do sistema de seguridade social, pois ele não possuía capacidade de arrecadar os valores necessários à sua sustentação; ao passo que não existiam mecanismos fixos e claros de provisão de recursos mínimos para o subsistema de saúde. A formatação institucional fragmentária se consolida com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), absorvido pelo Ministério da Saúde. Esse ponto marcou a independência do sistema de previdência ao de saúde, desresponsabilizando a Previdência Social com os custos da seguridade, de forma abrangente. Especificamente para a saúde, o principal problema foi relacionado a encontrar espaço específico para seu custeio, uma vez que, na prática, a saúde e a previdência social foram dissociadas, e a solução dada pela constituição foi pautada na transitoriedade. Os 30% dos recursos totais da seguridade social (excluídos aqueles provenientes do seguro desemprego) estabelecidos pelas disposições finais e transitórias estavam atrelados à aprovação das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LOA). Com o veto a esse percentual, proposto por Itamar Franco, em 1994, inaugura-se um período de grande instabilidade sobre as fontes de custeio

aos serviços de saúde. A crise de subfinanciamento levou a outra solução transitória: a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), consolidando-se como um imposto temporário para o financiamento do Sistema Único de Saúde⁶. Gomes (2014) aponta que a transitoriedade do dispositivo é tão clara que ele é construído por meio de uma emenda à constituição, criando um novo artigo as disposições finais e transitórias.

A ação estatal é tão deliberadamente voltada ao subfinanciamento planejado dos serviços sociais que, em meio às discussões sobre as possibilidades de financiamento público à saúde universal e ao veto proposto pelo governo federal ao dispositivo transitório de aplicar 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) no SUS, é criado um mecanismo que retira 20% dos fundos de seguridade para a manutenção do equilíbrio fiscal⁷. O Fundo Setorial de Emergência (FSE) consolidou uma tradição de se desvincular parte do orçamento da seguridade social, liberando seu uso a outros programas considerados de relevância econômica e social. Em um contexto dominado pelas diretrizes neoliberais, não seria surpresa que parte dos recursos seria direcionado ao mercado financeiro, através da construção de superávits primários e de pagamentos de dívidas. A desvinculação foi sendo constantemente renovada, tendo, em 2000, recebido o nome que carrega até hoje: Desvinculação de Receitas da União (DRU). A última revisão e prorrogação do dispositivo, aprovado pela Emenda Constitucional nº 93/2016 foi além das anteriores e propôs a possibilidade de desvinculação de receitas da ordem de 30% do orçamento da seguridade social.

Decorrente da instabilidade persistente com relação às fontes de custeio e mesmo aos percentuais adequados para prover o sistema com atendimento de qualidade a todos os brasileiros, é possível ver outra ação contínua que aponta para o subfinanciamento como parte de um projeto de desqualificação dos serviços prestados. Desde o surgimento do SUS, os valores efetivamente aplicados nele são insuficientes, e, mesmo assim, geralmente são empenhados em quantidades menores que a planejada, por conta dos sucessivos programas de ajuste fiscal, propostos pelas gestões federais.

A primeira proposição transformada em lei, diretamente projetada para financiar o Sistema Único de Saúde, a Emenda Constitucional nº 29 de 2000, só foi aprovada 12 anos após a criação do sistema de seguridade universal, ainda assim por conta da enorme pressão social por fontes específicas para o custeio da saúde. A referida emenda não foi considerada uma solução definitiva, pois, apesar de regulamentar percentuais mínimos de gastos em saúde pelos entes estaduais e municipais, o governo federal (o grande provedor de recursos para os serviços públicos) conseguiu flexibilizar e adiar a fixação de valores para a esfera federal, ao propor a regulamentação desses percentuais por lei complementar. Essa legislação teve a necessária regulamentação finalizada somente em 2011. Em ambos os casos, a demora não foi por ausência de propostas para o financiamento, mas sim da resistência constante do executivo federal em trabalhar pelo assunto (GOMES, 2014). Menicucci (2007) lembra que, desde 1993, havia projetos com objetivo de direcionar recursos estáveis ao SUS, e Gomes (2014) aponta que as tentativas de aprovação da lei complementar solicitada na EC29 datam do mesmo ano de sua promulgação (2000). O que parece lógico para compreendermos a falta de interesse do executivo federal na regulamentação e estabilização dos recursos direcionados a serviços sociais é sua ênfase na política econômica de austeridade fiscal, intensificada pelos diversos governos, desde 1995. Essa política direciona-se ao corte de gastos frequentes nas políticas sociais, para responder ao superávit primário e às metas de inflação (MENDES, 2015), geralmente atrelados aos preceitos dos organismos multilaterais (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, por exemplo) e ao mercado financeiro.

O caso do subfinanciamento crônico indica o padrão clássico da má fé institucional que Freitas aponta como característico de um modo de ação

[...] que se articula tanto no nível do Estado, através dos planejamentos e das decisões quanto à alocação de recursos, quanto no nível do micropoder, quer dizer, no nível das relações de poder cotidianas entre os indivíduos que, dependendo do lugar que ocupam na hierarquia social, podem mobilizar de forma diferente os recursos materiais e simbólicos que as instituições oferecem (2009, p. 294-295).

⁶ A CPMF foi encerrada em 2007, após sucessivas prorrogações, efetivadas pelos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva.

⁷ É curioso notar que tanto o veto à vinculação de 30% dos recursos dos fundos sociais ao uso no SUS quanto a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) são ações estatais propostas em 1994.

Tendo em mente esses parâmetros históricos da ação estatal no Brasil e considerando a ideia, consolidada nos círculos de poder nacional, que o sistema de saúde e seguridade só deveria servir aos pobres, o subfinanciamento deve ser visto sob um triplo caráter, associado ao pensamento socioeconômico hegemônico no Brasil, em crescente vinculação aos ditames internacionais, sob os marcos da globalização econômica associada aos preceitos neoliberais: o primeiro refere-se à consolidação dos marcos liberais na gestão pública, que, alinhada com os parâmetros oriundos do centro capitalista e dos organismos multilaterais, prega a redução dos gastos sociais do Estado, concentrando-se na gestão fiscal e compromissos estabelecidos com o grande capital; o segundo, decorrente desse, faz do subfinanciamento a estratégia principal para consubstanciar a relativização da universalidade, direcionando ao sistema público de saúde somente aqueles que não podem pagar os seguros e planos privados; o terceiro, decorrente do segundo, refere-se ao público ao qual o serviço se destina. Se o SUS está, na prática, consolidando-se como um sistema para os pobres, a ação baseada na má-fé institucional deve ser percebida através de um mau funcionamento crônico, associado ao público-alvo do serviço (LUNA, 2009). Se a saúde gratuita, de acordo com os gestores dos anos 1980 e 1990, deveria ser voltada aos desprovidos de recursos para adquiri-la no mercado, o SUS será propositalmente caracterizado enquanto um “sistema ‘pobre para os pobres’” (BAHIA, 1999, p. 17). A efetivação do subfinanciamento deve ser vista, então, como um mecanismo de gestão planejado como “[...] forma de inviabilização sistêmica do sistema público universal, entendendo que a concretização dos princípios constitucionais, em sua completa acepção, não se constituiu como um objetivo consensual do governo” (MENICUCCI, 2007, p. 167).

CONSIDERAÇÕES FINAIS – POR UMA OUTRA PERSPECTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para pensarmos em outra perspectiva de atenção à saúde, devemos considerar uma questão como essencial: qual o real horizonte do Estado como promotor de uma política pública, no interior do consenso neoliberal?

No contexto geral ao qual se estabeleceu o Sistema Único de Saúde, costuma-se dizer que o modelo consolidado na Constituição Federal de 1988 é considerado utópico, “[...] pois assume uma definição certamente não hegemônica no mundo ocidental” (MALIK, 2001, p. 146). Essa oposição resultou em uma ação estatal (em parceria indissociável com as classes economicamente favorecidas) que, em grande medida, desconsiderou a inscrição de um conjunto de direitos consolidados na carta constitucional, não permitindo que a cidadania avançasse para algo além de um substantivo.

A prática cotidiana, mesmo após 31 anos da promulgação do texto constitucional, não nos permitiu a adjetivação da cidadania em sua plenitude, uma vez que, em diversos aspectos, não avançamos no sentido de qualificar, de dar sentido profundo aos seus preceitos. Se tivermos em conta que o sentido que pretendemos dar ao termo refere-se à principal qualidade do ser enquanto cidadão, não adjetivar a cidadania significa perpetuar a mutilação do cidadão, nos termos trabalhados por Santos (2007). E foi exatamente dessa maneira contraditória em que se pautou a ação do Estado brasileiro, durante boa parte do percurso da nova constituição, que se avançou em direção à garantia de direitos individuais e coletivos diversos (dentre os quais, a saúde universal), não foi suficiente para impedir a retirada indireta, através de mecanismos diversos, dos direitos conquistados em teoria. Foi isso que explicitou Souza (2018) ao constatar que, estruturalmente, a sociedade brasileira mantém-se baseada na oposição entre cidadãos e subcidadãos, que seguem abandonados à própria sorte (SANTOS, 2007).

A ação estatal deliberadamente diversa daquela encampada pela lei máxima do país tem estreita ligação com uma das principais questões políticas e ideológicas da racionalidade neoliberal: a constante construção social de uma imagem negativa acerca da ação estatal, inicialmente sobre a economia, mas, em última análise, sobre os próprios destinos sociais. O novo *laissez-faire* é essencialmente uma fórmula de individualização da experiência coletiva, que se baseia na inserção do mercado enquanto agente de intermediação das relações sociais. A longa construção da doutrina do capital humano exige

[...] a incorporação da identidade empresarial, seja na operacionalização/distribuição dos serviços públicos, seja na consciência cidadã, centrada agora nos valores de independência e autonomia (empresarial ou empreendedora) –, o que pressupõe renunciar à noção de direitos sociais (ALMEIDA, 2017, p. 13).

Somente a modificação cultural na visão sobre os serviços públicos e mesmo da própria civilidade poderia sustentar, de forma duradoura, um modelo altamente excludente, uma vez que, como ordem econômica, os parâmetros e diretrizes preconizados pelo neoliberalismo não provocaram qualquer sinal de melhoria nas condições objetivas de vida da maioria da população. Com aproximadamente 30 anos de hegemonia global, as fórmulas propostas pelos atores sociais vinculados ao liberalismo foram, em geral, produtoras de crises diversas, e piora na qualidade de vida geral da população mundial. Ainda assim, os ditames da nova economia de mercado serviram como nunca para um novo ciclo de concentração de renda, o que explica os esforços para sua manutenção.

Somente a grande capacidade de mobilização discursiva pseudocientífica, mas com carga ideológica forte, explica a persistência da utilização dos marcos econômicos assentados na economia de mercado. A associação do neoliberalismo com a reestruturação produtiva e a intensificação dos aportes de tecnologia na estruturação capitalista explica a capacidade de mobilização social que os grupos hegemônicos atuais possuem para manter de pé uma fórmula que nega direitos e garantias básicas a boa parte da humanidade. Somente construindo uma cidadania fundada no mercado que se consegue continuar apontando soluções tipicamente capitalistas para os problemas sociais, mesmo que comprovadamente elas não funcionem.

A racionalidade neoliberal funda uma humanização individual, onde a gestão da coletividade funciona através de um conjunto de pessoas que buscam satisfazer individualmente a suas necessidades. Nesse contexto, em que se imbrica a visão de cidadão no interior do direito ao consumo, os serviços essenciais (saúde, educação, habitação, dentre outros) são percebidos enquanto conquistas individuais e não como direitos sociais (SANTOS, 2007). Elementos de gestão coletiva, a exemplo do poder estatal, são desconstruídos enquanto capazes de gerar soluções adequadas aos problemas sociais.

A grande questão relacionada ao chamado “desmaio do Estado” (SANTOS, 2000, p. 21) não é necessariamente a redução de seu tamanho, mas sim a sua reorientação enquanto mecanismo de ação social. A fórmula estatal de mediação das relações capital-trabalho é substituída por sua ação apoiada unicamente nos parâmetros do capital, resultando no Estado que é fundamentalmente um garantidor das relações econômicas, ainda que isso signifique desproteger os serviços sociais. A morte falada não é a do Estado, mas sim de sua ação direcionada aos serviços sociais, vistos agora como gastos excessivos e vinculados à perda da capacidade de investimentos e crescimento nacional.

No caso brasileiro, por exemplo, essa fórmula de gestão estatal hierarquiza os gastos do tesouro, dando preferência clara aos compromissos financeiros, gerando seguidos superávits primários e reservando boa parte dos rendimentos nacionais para o pagamento de dívidas com países centrais e órgãos multilaterais; ao passo que o financiamento dos serviços sociais estão em permanente descompasso com as reais necessidades da população.

Pensar na retomada das prerrogativas do Sistema Único de Saúde consolidadas na Constituição de 1988 nos obriga a pensar na própria redefinição de prioridades do Estado brasileiro, que pautou suas ações, especialmente durante o período de concretização do Sistema Único de Saúde, pela constante desconstrução dos parâmetros constitucionais assentados no bem-estar coletivo. Para avançarmos, é preciso ter em mente que, em razão da força discursiva associada aos ditames ideológicos do neoliberalismo (que, na prática, não trouxe nenhuma melhoria para o conjunto da sociedade, mas teve forte adesão dos grandes detentores de poder econômico), a constituição cidadã nunca foi efetivamente aplicada, por conta do redirecionamento claro das atribuições do poder público em direção aos preceitos mercadológicos.

No caso específico do direito à saúde, isso significaria garantir todas as estruturas necessárias para efetivá-lo (percebendo sua profunda ligação à dignidade e à vida humana), incluindo garantir a acessibilidade a todos os níveis de necessidades das pessoas. Cidadania significa garantir a estabilidade funcional que permita a fruição dos vínculos humanos, tão importantes no processo de prevenção, proteção e promoção à saúde, garantindo, inclusive, as equipes multidisciplinares, tão importantes para avançar em um modelo de atenção à saúde que supere sua construção enquanto prática simplesmente médica (ou biomédica), percebendo as singularidades e a subjetividades envolvidas no processo.

Não se propõe aqui um simples retorno ao ponto inicial da constituição pura, sem as sucessivas reformas que retalharam e modificaram substancialmente sua característica básica de garantir ao

conjunto da população uma série de direitos que deveriam ser providos pelo Estado. O que pensamos é relacionado ao aprendizado que a correlação de forças baseada no consenso com os grupos conservadores pode nos trazer. Essa lógica histórica, que perpassa a constituição do Estado contemporâneo brasileiro, não se mostrou eficaz para a garantia dos direitos coletivos básicos a boa parte dos brasileiros (sequer garantiu a manutenção de muitos deles nos textos legais).

O percurso histórico do SUS nos leva a crer que as discussões sobre o direito à saúde devem ser pautadas pelo dissenso, explicitando claramente a opção por uma modulação abrangente de universalidade e integralidade, ainda que isso signifique confrontar diretamente o poder dos grandes grupos provedores de saúde (supostamente) suplementar e das organizações sociais de direito privado (teoricamente) não lucrativas; ou mesmo os pacotes supranacionais de suporte técnico e financeiro aos entes públicos, geralmente atrelados a programas de austeridade fiscal, que, no limite, precarizam as condições de vida da população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00197316, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020.
- BAHIA, Ligia. **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. 380f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/o-mercado-de-planos-de-sac3bade-no-brasil_-ligia-bahia-1.pdf Acesso em: 23 jun. 2020.
- BANCO Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento. **Informe sobre el desarrollo mundial, 1993**. Investir en salud. Washington: Banco Mundial, 1993. Disponível em: <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/282171468174893388/informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud> Acesso em: 25 jun. 2020.
- ARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 16 de junho de 2020.
- BORGES, Fabiano Tonaco; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SIQUEIRA, Carlos Eduardo; GARBIN, Cléa Adas Saliba. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde**: o papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012. Disponível em: <http://www.creasp.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/09/Anatomia-da-privatiza%C3%A7%C3%A3o-neoliberal-do-SUS.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 jun. 2020.
- BRASIL. MARE. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 17 jun. 2020.
- BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 22 jun. 2020.
- BRASIL. Lei complementar nº101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc93.htm Acesso em: 22 jun. 2020.

BROWN, Wendy. **Cidadania sacrificial**: neoliberalismo, capital humano e políticas de austeridade. Rio de Janeiro: Zazie Edições, 2018.

CONFEDERAÇÃO Nacional de Municípios. **Pesquisa sobre o impacto da inclusão dos valores pagos para Organizações Sociais (OS) nos limites de gastos de pessoal**. CNM, 2019. Disponível em:

https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Relatorio%20pesquisa%20OS%20e%20gastos%20de%20pessoal%202019_02_08_19.pdf Acesso em: 25 jun. 2020.

CONTROLADORIA Geral do Estado do Rio de Janeiro. **Relatório de Auditoria N° 51/2019 –**

Tema Relevante: Organizações Sociais de Saúde. Disponível em: <http://www.siaudi.rj.gov.br/sisrel/docs/RelatA%C2%B3rio%20051%20Organizacoes%20Sociais%20de%20Saude.pdf> Acesso em: 27 jun. 2020.

CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; LIMA, Joseane Barbosa de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (orgs.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. pp. 33-39. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVdV94OXICTGdQS2c/view>. Acesso em: 25 jun. 2020.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DUARTE, Ligia Schiavon. **A inserção das regiões de saúde na rede urbana: um estudo da dinâmica socioeconômica paulista (2002 e 2012)**. *In*: ANAIS DO VIII SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE, DOURADOS, MS, 2017 (Editado por Adeir Archanjo da Mota, Claudia Marques Roma, Raul Borges Guimarães). Dourados, MS: UFGD/ GESF, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREITAS, Lorena. **A instituição do fracasso**: a educação da ralé. *In* SOUZA, Jessé. **A Ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. pp. 281-304.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

HARVEY, David. **17 contradições e o fim do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

HOBSBAWN, Eric. **A era dos extremos**: o breve século XX. 1941-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KRUGER, Tânia Regina; REIS, Camila. Organizações sociais e gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 135, p. 271-289, ago. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282019000200271&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jun. 2020. Epub 20 de maio de 2019. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>

LUNA, Lara. “Fazer viver e deixar morrer”: a má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, Jessé. **A Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. p. 305-327.

MALIK, Ana Maria. Oferta em serviços de saúde. **REVISTA USP**, São Paulo, n. 51, p. 146-157, setembro/novembro 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/revusp/article/download/35109/37848>. Acesso em 22 jun. 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p146-157>

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; LIMA, Joseane Barbosa de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. pp. 12-19. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVdV94OXICTGdQS2c/view> Acesso em: 25 jun. 2020.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 de junho de 2020. <https://doi.org/10.7476/9788575413562>

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/serie-30-anos-sus.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.

PIERANTONI, Celia Regina *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000300637&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003006>

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

SANCHO, Leyla Gomes *et al.* Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 431-447, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300005>

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2007.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização – Do pensamento único à consciência universal**. 15. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>

SOUZA, Jessé. **A subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro**. Rio de Janeiro: Leya, 2018.

SOUZA, Jessé. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.