

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**

ANA LUISA NEUKIRCHEN MESQUITA

**O AVANÇO DO MODELO LIBERAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE
PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DAS ORGANIZAÇÕES PRIVADAS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).**

PORTO ALEGRE

2021

ANA LUISA NEUKIRCHEN MESQUITA

**O AVANÇO DO MODELO LIBERAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE
PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DAS ORGANIZAÇÕES PRIVADAS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública e Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana Pazini Papi.

PORTO ALEGRE

2021

ANA LUISA NEUKIRCHEN MESQUITA

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública e Social.

Conceito Final: A
Aprovado em: 10/11/2021

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Luciana Pazini Papi – UFRGS (Orientadora)

Prof. Dra. Vanessa Marques Daniel – UFRGS

Prof. Dr. Jarbas Ricardo Almeida Cunha - UNB

AGRADECIMENTOS

Resiliência é uma palavra que sempre esteve muito presente em minha jornada e a gratidão é o sentimento mais nobre que podemos ter para enfrentar os obstáculos que a vida nos apresenta.

Agradeço primeiramente a Deus por eu ter conquistado tudo que conquistei até hoje.

À minha família que sempre proporcionou condições para que eu persistisse nos estudos, especialmente a minha avó Norma, por todo apoio e amor incondicional desde meu nascimento e ao meu primo Lukas por ser uma das razões pelas quais batalho tanto.

Agradeço incondicionalmente à minha professora orientadora, Luciana Pazini Papi, pela dedicação e confiança no meu desempenho na realização desse TCC. Obrigada pela paciência e ensinamentos!

À professora Renata Ovenhausen Albernaz e aos colegas pela experiência do grupo de estudos e da iniciação científica que me trouxe muito aprendizado e segurança na minha jornada acadêmica.

Aos meus amigos pelas diversas formas de incentivo e por tornarem tudo mais leve.

À minha instituição e a todos que fazem parte da UFRGS, por ser referência no ensino público e de qualidade, sinto muito orgulho por fazer parte disso!

Por fim, a todos aqueles que foram exemplos, incentivadores, contribuintes para que eu chegasse até aqui, muito obrigada!

RESUMO

Em Porto Alegre, desde o governo Fogaça até a gestão de Marchezan, nota-se uma maior presença de entidades de direito privado na prestação de serviços públicos na rede de atenção básica à saúde, especialmente no programa Estratégia Saúde da Família. Esse fato pode trazer consequências no modo de gerir os serviços e atender os cidadãos e tem a capacidade de afetar princípios como a universalidade, equidade e integridade de acesso previstos na Constituição Federal de 1988. O objetivo geral do trabalho é investigar a relação entre a atuação de entidades privadas na atenção básica à saúde em Porto Alegre e o avanço do modelo de Estado de Bem-Estar Social de cunho liberal, no âmbito dos governos Fogaça, Fortunati e Marchezan. O estudo de caráter qualitativo foi realizado a partir de uma pesquisa documental e bibliográfica, assim como, realizou-se entrevista com membro conselheiro do Conselho Municipal de Saúde do município de Porto Alegre. Os achados da pesquisa demonstram que a atuação dessas entidades precariza a gestão e prestação de serviços públicos de forma que, o que é público se mistura com o privado, implicando em conflitos de interesse no campo da gestão da política pública de saúde, mais precisamente na atenção básica.

Palavras-chave: modelo liberal; organizações privadas; saúde pública; Programa Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In Porto Alegre, from the Fogaça government to the Marchezan administration, there is a greater presence of private law entities in the provision of public services in the primary health care network, especially in the Family Health Strategy program. This fact can have consequences in the way of managing services and serving citizens and has the ability to affect principles such as universality, equity and integrity of access provided for in the Federal Constitution of 1988. The general objective of the work is to investigate the relationship between performance private entities in primary health care in Porto Alegre and the advancement of the model of the State of Social Welfare of a liberal nature, under the Fogaça, Fortunati and Marchezan governments. The qualitative study was carried out from a documentary and bibliographic research, as well as an interview with a member of the Municipal Health Council of the city of Porto Alegre. The research findings demonstrate that the performance of these entities precarizes the management and provision of public services so that what is public is mixed with the private, resulting in conflicts of interest in the field of public health policy management, more precisely in the primary care.

Keywords: liberal model; private organizations; public health; Family Health Strategy Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atenção Básica no Município de Porto Alegre	48
Figura 2 – Quantitativo de trabalhadores por ano, IMESF. 2012-2016	53
Figura 3 – Vínculo trabalhista dos profissionais que compõem a Atenção Básica, 2016.	55
Figura 4 – Equipes de Saúde da Família. Atenção Básica de Porto Alegre, 1998-2016.....	55
Figura 5 – Cobertura populacional estimada de ESF no município de Porto Alegre, 1998-2016.	56
Figura 6 - Previsão de despesa com atenção básica à saúde de acordo com o PPA.....	58
Figura 7 – Servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Análise de Campo.....	39
Quadro 2 – Comparação modelos de gestão da saúde: SUS e Fundações públicas de direito privado	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Previsão de despesa com atenção básica à saúde de acordo com o PPA	51
Tabela 2 – Despesas (repasses e transferências) para entidades de direito privado	52
Tabela 3 – Servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde.....	53
Tabela 4 – Despesas (repasses e transferências) para entidades de direito privado	58

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
ELADEBS	Estados Latino-Americanos Desenvolvimentistas de Bem-Estar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAURGS	Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUC	Fundação Universitária de Cardiologia
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IMESF	Instituto Municipal de Saúde da Família
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização social
OSCIP	Organização da sociedade civil de interesse público
PCATool-Brasil	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família

SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	MODELOS DE ESTADO E DE WELFARE COMO FORMA DE ANALISAR MODELAGEM DE POLÍTICAS PÚBLICAS:	17
2.1	MODELOS DE ESTADO E <i>WELFARE STATE</i> NO BRASIL EM PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	17
3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E A SAÚDE NO BRASIL	23
3.1	UMA ANÁLISE DO PERÍODO ANTERIOR A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	23
3.2	EFEITOS PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	25
3.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O NOVO MODELO DE PROTEÇÃO À SAÚDE.....	27
3.3.1	Política Nacional de Atenção Básica de Saúde: o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)	30
3.4	A PARTICIPAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PRIVADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	34
3.4.1	As Organizações Sociais.....	36
3.4.2	As Fundações	37
4	METODOLOGIA	38
5	A GESTÃO DA SAÚDE BÁSICA EM PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DOS MODELOS.....	40
5.1	PORTO ALEGRE E SUA REDE DE SAÚDE PÚBLICA	40
5.2	GESTÃO DA SAÚDE BÁSICA NO GOVERNO FOGAÇA (2006-2010).....	41
5.2.1	Discurso Presente no PPA	41
5.2.2	Orçamento e Repasses.....	43
5.2.3	Análise da Força de Trabalho	43
5.3	GESTÃO DA SAÚDE BÁSICA NO GOVERNO FORTUNATI (2010-2017).....	46
5.3.1	Discurso Presente no PPA	46
5.3.2	O Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família (IMESF).....	48
5.3.3	Orçamento e Repasses.....	51
5.3.4	Análise da Força de Trabalho	52
5.4	ATENÇÃO A SAÚDE BÁSICA NA GESTÃO MARCHEZAN (2017-2021)	56

5.4.1	Discurso Presente no PPA	56
5.4.2	Orçamento e Repasses.....	57
5.4.3	Análise da Força de Trabalho	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE – ENTREVISTA 1	78

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que as políticas públicas de proteção social respondem ao modelo de Estado de Bem-Estar Social erguido em cada país e sua relação entre Estado, família e mercado, bem como da forma como governos vocalizam distintos projetos políticos. No caso brasileiro, segundo Bresser Pereira (2009), tem-se os modelos de Estado liberal-democrático, que se completou com a luta pelo sufrágio universal e com a garantia dos direitos civis; social-democrático, que além dos direitos civis incorporou os direitos sociais e o modelo social-liberal, que não substituiu os papéis sociais do Estado pelo mercado, mas formula reformas orientadas para este último.

O Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*, que se fez presente inicialmente no Estado social-democrático, pode ser compreendido como a forma que os Estados desenvolveram para proteger seus cidadãos diante das vicissitudes da vida social moderna, por meio da provisão de serviços públicos (KERSTENETZKY, 2012). Do ponto de vista histórico, o termo surgiu na Europa no século XIX como uma alternativa político-econômica, dado o contexto de crise do Estado liberal. O *Welfare State* foi embasado nos pressupostos keynesianos de que é dever do poder público promover a organização da vida econômica e social.

No caso brasileiro, o Estado de Bem-Estar Social incipiente inicia no governo Getúlio Vargas, período em que foi estabelecida uma legislação trabalhista que atendeu as reivindicações dos trabalhadores e onde se destacou a assistência médica aos mesmos, que era feita principalmente por meio da compra de serviços do setor privado. O modelo inicial de assistência médica se baseava nos vínculos trabalhistas, em que apenas trabalhadores com carteira assinada tinham direito, e os trabalhadores informais, que eram grande parte da população, ficavam desamparados dependendo de ajuda filantrópica (CAMPOS; OLIVEIRA, 2014).

Em 1964, iniciou-se o regime militar brasileiro onde resta evidente o totalitarismo do Estado e sua falta de comprometimento com a democracia e a dimensão social (PEREIRA, 2011). Apesar de ter sido uma época de mudanças significativas em diversos setores econômicos, o modelo de Estado de Bem-Estar Social seguiu residual e restrito aos trabalhadores formais.

A década de 1970 foi marcada por uma grave instabilidade econômica nos países ocidentais que desencadeou um conjunto de adversidades e, conseqüentemente, a condenação do Estado pelas suas causas. Esse contexto fez ressurgir o liberalismo econômico, agora renomeado como neoliberalismo, que trouxe, entre outras conseqüências, a crise do modelo de Estado social-democrático e a transição para o Estado social-liberal.

As ideias do neoliberalismo se propagaram dos países centrais, como na Inglaterra, de Margaret Thatcher, e nos Estados Unidos, de Ronald Reagan, para os periféricos (CHANG, 2004) e tinha como premissa a não interferência estatal na economia e em diversas áreas e atividades, inclusive nos serviços de assistência à população. Segundo Davies (2014), o neoliberalismo instituiu-se em uma tentativa de substituir os julgamentos políticos por uma avaliação econômica, incluindo também as avaliações oferecidas pelo mercado. Já a definição marxista assume que o neoliberalismo se caracteriza por uma ordem social servindo-se de instrumentos como o livre comércio e a livre mobilidade de capital (DUMÉNIL; LÉVY, 2014). Com isso, a partir dos anos 1970, a gestão do Estado foi marcada por uma série de privatizações e terceirizações, redução da influência dos sindicatos e corte de gastos públicos, provocando o desmantelamento do Estado de Bem-Estar Social vigente.

Não tardou e as ideias se propalaram ao mundo periférico chegando ao Brasil por meio das orientações do Consenso de Washington¹, afetando a construção do Estado de Bem-Estar Social e a efetivação da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) recém-aprovada.

Com efeito, a CF de 1988 se destacou pelo seu caráter inclusivo e universalista com a ampliação de direitos como direitos trabalhistas essenciais, direito à educação, assistência aos desamparados, além da saúde que, pela primeira vez, foi considerada um direito social e dever do Estado perante a população. Entretanto, apesar da nova carta constitucional, os governos orientados pelo neoliberalismo aplicaram um conjunto de orientações restritivas de gastos e da atuação do poder público (DINIZ, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos reflexos do novo modelo da Constituição Federal. Pautado nos princípios de universalidade e integralidade de acesso, direito à informação, participação da comunidade, entre outros, o SUS ampliou o leque de direitos que antes era restrito apenas a um pequeno grupo de pessoas, possibilitando uma melhor qualidade de vida a toda população quando se trata do quesito saúde. Conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PEREIRA, 1995), a saúde está na categoria de serviços não exclusivos, podendo o Estado atuar simultaneamente com outras organizações. Ademais, o SUS possui uma estrutura híbrida, aprovada na CF e regulamentada pela lei nº 8.080/1990 (BRASIL,

¹ Termo criado por John Williamson em referência às dez políticas que deveriam ser adotadas pelos países da América Latina com a promessa de alcançar o desenvolvimento e receber estímulos por parte de grandes instituições como o Banco Mundial. Algumas das medidas foram: reforma fiscal e tributária, disciplina fiscal, privatizações, abertura econômica e comercial e flexibilização de leis trabalhistas. Ao longo da década de 1990 diversos países, como o Brasil adotaram, parcial ou integralmente, as medidas do Consenso de Washington (WILLIAMSON, 2008).

1990) permitindo que o sistema funcione com uma rede de atendimento pública e gratuita ao mesmo tempo em que o setor privado pode complementar o serviço.

O objetivo do SUS é prestar assistência à população no campo da saúde por meio de responsabilidades compartilhadas pelos entes governamentais. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios possuem suas obrigações, e este último, por ter contato mais direto com a realidade da população, possui relevância na gestão e execução desses serviços com a opção de fazer isso a partir de concessões com a participação de entidades de direito privado². Assim, os municípios com sua autonomia garantida pela constituição passaram a ter o dever de regularizar e implementar políticas públicas de saúde, responsabilizando-se pela alocação de recursos, pela execução e a fiscalização desse serviço em seu território.

Dentre essas políticas de saúde, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, anteriormente um programa federal chamado de Programa Saúde da Família (PSF), que trata da atenção básica à saúde³. Criado em 1994 no Brasil, e em 1995 em Porto Alegre, primeiramente foi implantado em municípios carentes e, posteriormente, se estendeu para a maioria da população brasileira. Entretanto, com o passar do tempo, esse programa de extrema importância foi sendo transferido “para o setor privado” (CARNEIRO JÚNIOR *et al.*, 2011) como consequência de reformas que propiciaram a flexibilização da centralidade estatal na prestação desses serviços. Desde a sua criação, passou por diversos governos e conseqüentemente por mudanças que afetaram a forma de elaborar e executar suas ações nesse contexto.

No caso de Porto Alegre, a prefeitura tem utilizado entidades privadas para a execução dos serviços públicos de saúde desde muito tempo e, com o passar dos anos, esse fato se tornou mais frequente. Contando com mais de 1,4 milhões de habitantes, mais de 80 bairros, 139 postos de saúde e 3 clínicas de família para dar conta da demanda à atenção básica de saúde, a Estratégia Saúde da Família é fundamental nesse sentido⁴.

² Conforme o art. 44 do Código Civil, as entidades de direito privado são empresas, associações, fundações e organizações pertencentes ao terceiro setor, entre outros. A Lei federal que normatiza as Organizações Sociais, foi uma das formas de se validar a parceria entre poder público e iniciativa privada. Formalizou-se a partir da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização e a absorção de atividades de órgãos e entidades por organizações sociais, entre outras questões provenientes do assunto sendo uma opção cada vez mais utilizada por diversos municípios brasileiros. Subseqüentemente, a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, conhecida como o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, foi criada a fim de aprimorar o relacionamento entre órgãos públicos e organizações sociais.

³ Atenção básica é constituída por um conjunto de serviços e ações que objetiva a promoção, prevenção, proteção, assistências e reabilitação da saúde. Fonte: Relatório de Gestão do IMESF 2015/2016.

⁴ Desde 1996, a Estratégia Saúde da Família opera com a reorientação do modelo assistencial organizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais que operam em diversos locais da cidade, levando em consideração as peculiaridades e necessidades de cada um.

No entanto, apesar dessa relevância, no governo Fortunati houve a criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação de caráter privado que trouxe opiniões contraditórias sobre sua eficiência e a possibilidade do Estado se isentar de suas responsabilidades, privatizando aos poucos os serviços. A gestão de Fogaça, antecessora a de Fortunati, passou por investigações como consequência de suspeitas de fraudes causadas pelo Instituto Sollus, uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), responsável pela gestão do Programa Saúde da Família. O convênio⁵ firmado entre o poder público e a Oscip permitiu a terceirização de médicos e outros técnicos da área da saúde (SUSPEITA..., 2010).

No ano de 2017 a 2020, a prefeitura de Porto Alegre foi gerida por Nelson Marchezan Júnior, do Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB), que geralmente tem seu nome atribuído à política de privatizações em vários segmentos e em especial na área da saúde, dado que se filia plenamente aos preceitos neoliberais de Estado, eixo de seu projeto político eleitoral. Em 2019, causou comoção de parte da população ao extinguir o IMESF, com a demissão de mais de 1000 funcionários do setor (ISAÍAS, 2019) e ao intensificar a entrega de postos de saúde a iniciativa privada.

Diante desse cenário, a atuação das entidades de direito privado fica ainda mais visível na atenção básica à saúde em Porto Alegre, sofrendo mudanças em sua gestão em função dos governos. Isso pode trazer consequências⁶ tanto para os usuários do serviço como para os próprios prestadores do serviço.

Assim, com o passar dos anos, verifica-se em âmbito local a tendência para a privatização do setor de saúde, colocando em discussão muito mais do que recursos financeiros, mas também os efeitos no modelo de bem-estar social desenhados na CF de 1988 e nas mudanças na vida dos cidadãos.

Dado esse cenário, o trabalho tem o objetivo geral de investigar a relação entre a atuação de entidades privadas na atenção básica à saúde em Porto Alegre e o avanço do modelo de Estado de Bem Estar Social de cunho liberal no âmbito dos governos analisados. Tem o propósito de responder o seguinte problema de pesquisa: em que medida as organizações privadas que atuaram na atenção básica à saúde em Porto Alegre nos governos Fogaça,

⁵ Convênio é a de acordo entre entes estatais ou entre estes e entidades sem fins lucrativos que tenha caráter associativo, colaborativo (DI PIETRO, 2019).

⁶ Há certo consenso na literatura de que as dificuldades enfrentadas pelo poder público podem ser superadas pela colaboração com os particulares (MENDES; MARQUES, 2009). Por outro lado, existe a possibilidade de que, ao permitir que as entidades de direito privado adentrem de tal modo nas incumbências públicas, se perca a essência e se desvirtue do objetivo principal da administração pública que é o bem-estar da população e que a eficiência do serviço, que deve ser prestado por servidores públicos concursados, se torne frágil, pois a mão de obra será outra.

Fortunati e Marchezan estão relacionadas ao avanço do modelo liberal de gestão de políticas públicas?

Diante da pergunta problema, surgiram as seguintes hipóteses: a atuação de entidades privadas em Porto Alegre sinaliza a lógica de enxugamento do Estado trazendo efeitos sob a qualidade da prestação de serviços e os três governos citados possuíam interesse em ampliar a atuação destas organizações.

Para responder ao problema de pesquisa, o estudo será realizado analisando os recursos destinados à rede de atenção básica, o modo como os discursos dos prefeitos vocalizava o interesse em liberalizar e terceirizar esse serviço; e por fim analisar-se-á composição da força de trabalho nesses governos, buscando inferir os potenciais impactos sob a qualidade da prestação de serviços.

Assim, o trabalho tem como objetivos específicos: investigar as mudanças que ocorreram na rede de atenção básica do município relacionadas com o avanço da presença das organizações privadas; descrever as propostas de investimentos na atenção básica em saúde nos três governos; e analisar a composição da força de trabalho presente no Programa Estratégia Saúde da Família.

Com esse trabalho pretende-se colaborar com os estudos de administração pública sobre a relação público-privada e como esta deve ser refletida em diversos âmbitos, em específico na saúde. Ademais trata do tema da saúde, que é de extrema importância e uma das principais temáticas de reivindicação de direitos da população brasileira. De acordo com estudos internacionais, Loevinsohn e Harding (2004) concluem que em países em desenvolvimento, assim com o Brasil, a prestação de serviços de saúde de caráter não estatal pode ser eficaz, trazendo melhorias rápidas. Carneiro Júnior, Nascimento e Costa (2011) entendem que parcerias do governo local com entidades de direito privado são alternativas para garantir flexibilidade e agilidade no financiamento do Programa Estratégia Saúde da Família que é o primeiro contato da população com o Sistema Único de Saúde. Entretanto, esse não é um consenso. A fim de se ponderar essas posições, a pesquisa contribui para um debate contemporâneo sobre gestão municipal, buscando investigar na realidade de Porto Alegre os efeitos concretos da atuação privada no setor da saúde considerando princípios expressos na CF de 1988. A análise também propõe fazer uma reflexão acerca dos prováveis efeitos resultantes dessa relação no sistema público de saúde que impactam no modo como as políticas públicas de saúde estão sendo discutidas atualmente.

O presente estudo está organizado da seguinte forma: além dessa introdução que continua na página seguinte, desenvolve-se o referencial teórico no capítulo 2, que inicia com

uma contextualização da origem dos modelos de Estado oriundos de países centrais que influenciaram a forma de organizar as políticas públicas de saúde no Brasil. Logo no capítulo 3, expõe-se o modelo de Estado vigente em cada período até a apresentação do Sistema Único de Saúde no Brasil, criado a partir de reivindicações da população e formalizado junto da Constituição Cidadã de 1988. Subsequentemente, o Programa Estratégia Saúde da Família é apresentado, pois ocupa espaço como principal meio de articulação da atenção básica em saúde e, por último, as organizações privadas e sua relação com o programa citado são descritas. No capítulo 4 é apresentada a metodologia do estudo, no 5 a experiência empírica e no 6 as considerações finais.

2 MODELOS DE ESTADO E DE WELFARE COMO FORMA DE ANALISAR MODELAGEM DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

Nesse capítulo será apresentado o conceito e modelos de Estado de acordo com autores nacionais e internacionais sobre o tema. O conceito de *Welfare State* é explorado considerando o histórico de políticas de atenção social no Brasil e suas peculiaridades como país latino-americano. O modo de se entender uma classificação ou modelagem de Estado em cada país influencia em como ele irá planejar e conduzir suas políticas influenciando a vida da sua população.

2.1 MODELOS DE ESTADO E *WELFARE STATE* NO BRASIL EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Conforme Machado (2011), a formação de um Estado moderno teve início a partir do século XIV na Europa, onde as bases medievais deram espaço gradualmente para a divisão entre o domínio público e o privado, assim como para um poder centralizado exercido por um monarca. A crise do sistema feudal, o desaparecimento gradual da servidão e o desenvolvimento do comércio e de uma burguesia incipiente também foram características desse período. Segundo Papi (2017, p. 46) as crises sistêmicas, como a crise feudal, “[...] são responsáveis por alçar novas organizações econômico-sociais, trazendo padrões e características políticas, econômicas e sociais distintas” em cada época. Naquele contexto de crise, Estado e mercado começam a se articular dando origem ao Estado moderno capitalista do ocidente, que ao longo dos séculos e novas crises, se remodela dando origem ao que chamamos de modelos de Estado. Tais modelos de Estado representam a forma como estes têm reagido às mudanças no capitalismo e rearranjado sua relação com a economia, com a proteção social, com a burocracia e os desenhos de gestão.

Historicamente, reconhece-se que há diversos modelos de Estado que perduraram durante determinado período, cada um com suas características próprias e implicações que são percebidas até hoje. Segundo Bresser-Pereira (2009), destacam-se os modelos de Estado liberal-democrático, social-democrático e social-liberal. Porém, antes deles já existia uma configuração que podia ser definida como Estado que se iniciou como autoritário, tornou-se liberal e por último democrático.

O primeiro modelo de Estado moderno, de acordo com o regime político, foi o Estado absoluto marcado pelas monarquias patrimoniais onde a população era reduzida a meros súditos e onde os mandamentos de um monarca autoritário eram incontestáveis.

Os primeiros Estados nacionais modernos surgiram na França, na Inglaterra, em Portugal e na Espanha durante os séculos XV e XVI, juntamente com o mercantilismo e o interesse em garantir mercados amplos e estáveis. Eles assumiram a forma de Estado Absoluto, que Thomas Hobbes foi o primeiro a descrever como produto de um contrato social entre cidadãos e monarca para superar o estado de natureza. (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 39).

O Brasil teve seu período de Estado absoluto quando era colônia de Portugal, e logo após, em 1822, quando D. Pedro I se tornou imperador do Brasil. O período teve fim em 1889 depois que D. Pedro II governou por mais de meio século. No que se pode aproximar do debate sobre proteção social, no primeiro reinado “ao ancorar o amparo social na beneficência cristã, de âmbito familiar, individual e particular, e na assistência pública, executada pelas Câmaras Municipais, o Estado monárquico brasileiro assumiu uma postura de presença e atuação moderadas” (MARTINEZ, 2003, p. 155). A assistência social à população da época era limitada, mas já se debatia o assunto no campo político desde o início do primeiro reinado, levando em consideração o dever do imperador em proporcionar bem-estar aos pobres e desamparados.

Após as revoluções constitucional e liberal (a Revolução Gloriosa, a Revolução Norte-Americana e a Revolução Francesa) o regime se tornou liberal (BRESSER-PEREIRA, 2009). As características de um Estado absolutista deram lugar a um Estado de direito, onde as ações de um governante são previamente estabelecidas em lei, onde se é garantido os direitos a vida, a liberdade e a propriedade privada da população. Não obstante, o Estado permaneceu autoritário, ou seja, reconheceram-se os direitos civis da população, mas esses ainda não eram plenamente garantidos. A democracia e a justiça social ainda não eram fatores factíveis no âmbito internacional.

No Brasil, as ideias liberais chegaram no início do século XIX e tratavam principalmente de assuntos de interesse das elites e comerciantes e temas como a distribuição de províncias. Segundo Carvalho (2003), há dois tipos de liberalismo no Brasil: aquele ligado aos proprietários rurais e aquele dos profissionais urbanos. O último demonstrava seu interesse pelos direitos individuais influenciados, mesmo que indiretamente, por pensamentos iluministas provenientes de países europeus.

Esses atributos só vieram a mudar com a transição de um Estado liberal para um Estado liberal-democrático, onde se estabeleceu a democracia liberal na medida em que se asseguraram os direitos políticos e se desfez do autoritarismo (BRESSER-PEREIRA, 2009).

Nesse período, os indivíduos que antes eram vistos como meros súditos, foram garantindo sua autonomia e se tornando, de fato, cidadãos com direitos como a capacidade de escolher seus representantes. Esse processo foi longo, iniciou-se no século XVII e perdurou até o século XX. Países em desenvolvimento, como o Brasil, tiveram tardiamente essa transição obtendo uma democracia deficitária.

Após a Grande Depressão de 1930, determinou-se a crise do Estado liberal-democrático e a mudança para um Estado social-democrático. Fatores como a I Guerra Mundial, o *New Deal*, ação dos sindicatos dos trabalhadores e a Declaração dos Direitos Humanos de 1948 são fatores que colaboraram para que essa substituição de modelo de Estado ocorresse.

Com o Estado social-democrático, a proteção social por meio da assistência à saúde, à educação básica gratuita, dos mecanismos de renda mínima e da seguridade social foram acrescentados à lista de direitos, à medida que a igualdade de oportunidades conquistou uma posição central entre os valores sociais. (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 82).

Nessa época, surge o conceito de Estado de Bem-Estar Social também denominado de *Welfare State*: um sistema de proteção social que garante o acesso a direitos a partir de uma maior intervenção do Estado tanto na economia como na esfera social. Segundo Esping-Andersen (1991), o modelo de Estado social-democrático é o pai de uma das principais hipóteses do debate contemporâneo sobre o *Welfare State* e um meio para a realização das ideias de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade.

No Brasil, o Estado de Bem-Estar Social incipiente se inicia no Governo Getúlio Vargas que absorve características do modelo social-democrático prestando assistência social a uma parte da população, os trabalhadores formais. Como consequência de movimentos operários, foi estabelecida uma legislação trabalhista que atendeu as reivindicações desses trabalhadores, onde se destacou a assistência médica a eles. Depois providências relativas à jornada e às condições de trabalho foram estabelecidas para uma maior satisfação popular. “Enquanto o Estado liberal-democrático assegura apenas os direitos civis, o Estado social-democrático passou a garantir, além desses, os direitos sociais” (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 87).

A crise dos anos 80 decretou o fim do Estado social-democrático. “Não foi apenas uma crise fiscal, mas também do modo de intervenção do Estado e da maneira de administrar o governo” (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 108). Esse período conturbado ocorreu nos governos Collor e Sarney, e o presidente sucessor, Fernando Henrique Cardoso, compactuou com as convicções neoliberais ao mesmo tempo em que não deixou de prestar serviços sociais até então garantidos. Segundo Esping-Andersen (1991, p.85), “o neoliberalismo contemporâneo é quase um eco da economia liberal clássica” que se baseia nos princípios de John Locke e Adam Smith,

em que a intervenção do Estado deve ser reduzida e a mão invisível do mercado e as liberdades individuais devem prevalecer.

Como consequência disso, o próximo e até então o último modelo de Estado é o social-liberal, que se iniciou no século XXI. Social porque leva em consideração os interesses e direitos sociais, e liberal pois acredita em liberdade individual como pré-requisito para o bom funcionamento do mercado. Como uma síntese do liberalismo e da democracia social (BRESSER-PEREIRA, 2009), e em decorrência disso, novas formas de se prestar serviços públicos começaram a se popularizar como a terceirização de serviços sociais.

O novo Estado que está surgindo tende a terceirizar serviços sociais por três motivos: a pressão por eficiência, a demanda por responsabilização política e pelo fato de que se é extremamente difícil obter eficiência quando o Estado fornece diretamente o serviço (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 155).

Ambos, Estado social-democrático e Estado social-liberal, seguem a lógica do bem-estar social, mas possuem suas peculiaridades. “O *Welfare State* significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado e a defesa das ideias de justiça social, solidariedade e universalismo” (ESPING-ANDERSEN, 1995, p. 1). Também pode ser compreendido como a forma que os Estados desenvolveram para proteger seus cidadãos diante das vicissitudes da vida social moderna, por meio da provisão de serviços públicos (KERSTENETZKY, 2012).

Segundo Kerstenetzky (2012), Titmuss observa três modelos de *Welfare State*: o modelo residual, que dá destaque para a atuação do mercado e da família na provisão das necessidades básicas e a atuação do Estado é visto como algo de segunda instância; o modelo industrial, que se caracteriza pela valoração do desempenho da classe trabalhadora e assistência realizada pelo Estado em conjunto com a iniciativa privada e o modelo institucional em que as instituições de Bem-Estar têm caráter significativo fornecendo serviços de assistência universais.

Para Esping-Andersen (1990), também tem-se três modelos de Estado de Bem-Estar Social denominados liberal, conservador/corporativo e social-democrata (VAZQUEZ, 2007). O *Welfare State* liberal se caracteriza por um Estado que promove assistência apenas aos indivíduos comprovadamente pobres e dependentes, onde as políticas sociais garantem apenas o mínimo e, sendo assim, o mercado é estimulado a participar na prestação desses serviços apoiando a força de trabalho.

O *Welfare State* conservador/corporativo possui uma proteção social que é realizada por diferentes sistemas de seguro social que levam em consideração os trabalhadores formais, basicamente, os chefes de família e, portanto, o resto da população (trabalhadores informais ou desempregados) não são incluídos nessa relação. Característico do início do Estado de Bem-Estar brasileiro e o amparo proporcionado pelo governo Getúlio Vargas.

Por último, o *Welfare State* social-democrata se caracteriza pela busca pela igualdade e, como efeito, possui políticas sociais universais (VAZQUEZ, 2007). O Estado tem a função social de prestar serviços de educação, saúde, moradia, transporte entre outros como uma obrigação para todos sem distinções. Tal modelo de Estado de Bem-Estar Social vingou a partir de Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como a Constituição Cidadã.

Com similitudes, essas clássicas tipologias desenvolvidas por Titmuss e Esping-Andersen foram elaboradas a partir de estudos realizados nos países europeus. O caso latino-americano deve ser estudado por outra perspectiva devido a suas particularidades não apenas históricas, mas culturais e até mesmo ambientais.

Cecchini (2011) propôs modelos de Estado de Bem-Estar Sociais distintos para os países latino-americanos. O modelo “universal estratificado” está presente em países como a Argentina e Uruguai, onde os mais altos níveis de proteção social estão associados a pertencer a grupos formais de trabalho. “*Régimen dual*” é o modelo de países como Brasil e México que são heterogêneos quanto à distribuição territorial, recursos e nível de proteção social entre regiões geográficas, e “*régimen excluyente*”, presente em países como a Bolívia e Guatemala, possui pouca redistribuição pública de recursos já que até recentemente as elites se beneficiaram dos recursos que deveriam ser melhor distribuídos.

Draibe (2011) criou uma classificação específica de “rotas à modernidade”, ou seja, diferenças que estão na base da diferenciação dos tipos de Estados de Bem-Estar que emergiram posteriormente nessas regiões. A autora nomeia essas regiões de Estados Latino-Americanos Desenvolvimentistas de Bem-Estar (ELADEBS). Desenvolvimentistas porque “destacaram-se pelo inédito ativismo com que presidia as primeiras e decisivas etapas da transição à modernidade” (DRAIBE; RIESCO, 2011, p. 234). Porém, excetuando-se essa semelhança, cada um dos ELADEBS possui suas peculiaridades, e a partir disso Draibe os dividiu em quatro grupos: padrão colonial clássico sobre os antigos impérios, padrão de modernidade precoce em base à imigração tardia, padrão dos colonos pobres a margens dos antigos impérios e padrão das sociedades escravistas e de plantations. Neste último caso, insere-se Cuba, outros países do Caribe e o Brasil, levando em consideração o fato de que países muito extensos podem abranger mais de um tipo de classificação (DRAIBE; RIESCO, 2011).

O padrão das sociedades escravistas e de *plantations* se caracteriza pelo extermínio precoce de populações indígenas, importante indústria de exportação colonial, alto índice de mão de obra escrava, imigração tardia, emergência tardia de repúblicas modernas entre outros fatores (DRAIBE; RIESCO, 2011) que fazem com que determinada região tenha um desenvolvimento distinto de outras regiões tanto da América Latina como do resto do mundo.

Essas diferenças influenciaram na trajetória do Estado de Bem-Estar Social no caso brasileiro e são percebidas até hoje. A forma atual de como o Brasil garante direitos a sua população, como a saúde, e dispõe de sua política de proteção social foi afetada por esses atributos. É o que ilustrar-se-á abaixo com o caso da saúde.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E A SAÚDE NO BRASIL

Como demonstrado na seção anterior, a configuração da proteção social no Brasil se diferencia sobremaneira da dos países centrais. Forjada em um Estado periférico, foi constituída de forma residual nos anos 1930 para promover os avanços necessários no processo de modernização econômica e societária que iniciava com Vargas. Porém, esteve distante de garantir direitos e incluir a massa populacional recém liberta da escravidão. Essa dívida histórica de inclusão social pressiona a nossa sociedade até hoje, onde se tem grande parte da população em situação de vulnerabilidade social, onde o Estado não consegue atender de maneira efetiva. Apesar da Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU, 1948, p.4) afirmar em seu artigo 1º que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e no artigo 25 que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde...”, historicamente, fatores como classe social, raça e gênero fazem com que exista uma dificuldade de acesso a serviços básicos, e isso se reflete também na área da proteção social. Considerando esse cenário, nessa seção reconstitui-se a construção do sistema de proteção social brasileiro, dando ênfase ao caso da saúde: ou seja, que espaço a saúde ocupou o nosso desenho de *Welfare State* que, a partir da Constituição Federal de 1988, foi considerada direito de todos e dever do Estado.

3.1 UMA ANÁLISE DO PERÍODO ANTERIOR A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A importância de se reconstruir o processo histórico de formação de um sistema de proteção social e de saúde no Brasil é que, a partir deles, programas e sistemas como o Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram sua origem e de certa forma influenciam os rumos atuais da política pública.

No Brasil colônia e no início do Império não havia preocupação com proteção social ou com a saúde da população, cada indivíduo era responsável por prover suas necessidades individuais, sendo assim, não havia ações governamentais visando bem-estar mínimo da população. A saúde, a cura e a prevenção de males derivava do conhecimento cultural e crenças religiosas. Existia um pequeno número de médicos particulares que atuavam apenas nas grandes cidades e tratavam somente das classes altas da sociedade que podiam pagar pelo serviço (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A partir da chegada da Corte Portuguesa, as primeiras instâncias de saúde pública foram criadas e, subsequentemente, o Estado ia aos poucos se responsabilizando pela assistência aos

desamparados. Com o processo de independência, as fisicaturas, órgãos de saúde do governo português, foram substituídas pelas ações de assistência das Câmaras Municipais (GIOVANELLA *et al.*, 2012) que se fizeram necessárias visto o preocupante estado de saúde dos brasileiros causado, principalmente, pela falta de saneamento básico.

A partir do final do século XIX, houve um salto de qualidade nas atividades de controle de endemias se objetivando a prevenção e cura da varíola, febre amarela e cólera, doenças que estavam fortemente presentes no Brasil naquela época. (SILVA, 2003, p.1).

A partir dos anos vinte, a sociedade passou por um período de mudança onde a urbanização estava ficando cada vez mais visível e a força de trabalho em indústrias nunca fora tão importante. Com o início do governo getulista, houve também a instituição da Lei Eloy Chaves e as primeiras caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) período que se iniciou a previdência social no país (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Após algum tempo, as CAPs se tornaram Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) se tornando, gradativamente, um sistema nacional de previdência social gerido pelo Estado. A assistência médica também era garantida, sendo que era feita principalmente por meio da compra de serviços do setor privado, porém, à disposição somente dos trabalhadores formais. Ou seja, o modelo de Estado de Bem-Estar Social poderia ser considerado industrial ou corporativo em um modelo de Estado social-democrático. O restante da população, desempregados e trabalhadores informais, deveriam procurar assistência em entidades religiosas e/ou filantrópicas.

No Brasil, antes de 1988, o direito à saúde era entendido como “direito à assistência em saúde”, e somente alcançava os trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho e seus familiares, ou seja, somente era estendido àqueles que, efetivamente, contribuía para a Previdência Social. (CAMPOS; OLIVEIRA, 2014, p. 214).

A partir do Estado Novo até 1953, ano em que houve a criação do Ministério da Saúde, a política de proteção social e atenção à saúde permaneceram basicamente inalteradas. Apenas em 1967 que o Decreto-lei nº 200 estabeleceu as competências do Ministério da Saúde, porém, as competências trouxeram como consequência a “valoração dos hospitais particulares em detrimento dos hospitais públicos, visto que a medicina curativa ficou a cargo da Previdência Social” (CAMPOS; OLIVEIRA, 2014, p. 226) que continuava a manter grande parte de seus serviços assistenciais em parceria com o setor privado.

Em 1965, no início da ditadura militar, os IAPs e outros órgãos se unificaram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS). Tanto na Constituição Federal de 1967 como na de 1969 o direito a saúde não foi expresso “sendo considerado como direito meramente individual

e, em consequência disso, a saúde pública não recebeu a necessária e devida atenção por parte do Estado” (CAMPOS; OLIVEIRA, 2014, p. 225).

Diante disso, a população notara que mais uma vez a saúde pública estava sendo negligenciada e, conseqüentemente, se identificava com o crescente movimento sanitarista, que teve início com a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), com o objetivo de mudar a forma como a saúde era tratada no Brasil. A reforma sanitária ocorreu em meio à ditadura militar em um momento em que a economia estava prosperando, mas a desigualdade social estava cada vez mais visível demonstrando a precariedade das condições de vida de muitas famílias. Profissionais da saúde e outras camadas da sociedade se uniram e debateram o que se podia fazer de diferente na gestão de saúde em prol da coletividade visando que o Estado tomasse providências para se ter um sistema de saúde universal e inclusivo que atendesse a todos sem restrições e não somente aqueles que possuíam trabalhos formais. Tais anseios foram conquistados com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 onde se percebe uma nova maneira de se interpretar a relação do Estado com a saúde do seu povo.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998, p. 1)

3.2 EFEITOS PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

“A construção do estado do bem-estar social ganhou impulso decisivo a partir da Constituição Federal de 1988, uma constituição voltada para a defesa dos direitos sociais” (KERSTENETZKY, 2012, tela 12). Como decorrência de reivindicação e luta do povo em busca de condições melhores de assistência do Estado, em 1988 foi promulgada a “Constituição Cidadã” influenciada pela Constituição Mexicana de 1917, que foi a primeira constituição do mundo a incorporar uma série de direitos sociais para proteger os trabalhadores rurais e urbanos e pela Constituição de Weimar em 1919, que um ano após a I Guerra Mundial garantiu direitos fundamentais e sociais a sua população. A CF de 1988 também pode ser considerada uma “evolução” da CF de 1934, considerando os direitos sociais, pois a segunda se destacou estabelecendo medidas como voto feminino e condições mínimas de trabalho (BRASIL, 1988).

A Constituição Magna de 1988 se destacou pelo seu caráter inclusivo e universalista com a ampliação de direitos como direitos trabalhistas essenciais, direito a educação, assistência

aos desamparados além da saúde que, pela primeira vez, foi considerada um direito social e dever do Estado com toda a população a ser concebida de forma integral.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988, art. 196-197).

Com efeito, foi na CF de 88 que se cristalizaram alguns dos mais importantes princípios de reestruturação do sistema brasileiro de políticas sociais. Porém na contramão desse processo, o projeto neoliberal se aproximava do Brasil com força orientando um conjunto restrições de gastos e da atuação do poder público. Desta forma, enfrentou-se desde o início os limites da crise econômica e de seus efeitos sobre o aumento das demandas e limitação de gastos (DRAIBE, 2002) como uma consequência da crescente influência liberal, que se instalou no Brasil nessa época e das medidas provenientes do Consenso de Washington. O Consenso foi a forma como os países em desenvolvimento ficaram atrelados as expectativas dos países desenvolvidos e dos órgãos econômicos de máxima instância além de serem compelidos a colocarem em prática medidas neoliberais. Conforme Guimarães (2017), o Consenso é formado por dez políticas que deveriam ser seguidas pelos países latino-americanos algumas delas são a disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, e como consequência disso, a redução da atuação do sistema de saúde, reforma tributária, juros de mercado, abertura comercial, privatização das empresas estatais, desregulamentação econômica e trabalhista e proteção da propriedade intelectual através de uma legislação mais favorável a iniciativa privada.

Segundo Abrúcio (2010), a Constituição Federal de 1988 trouxe ganhos para a administração pública, mas não foi efetiva em resolver uma série de problemas. A partir dos anos 90, na Era Collor, houve o dismantelamento de diversos setores e políticas públicas juntamente com a redução de atividades estatais essenciais, provando que apenas a formalização da lei não é o suficiente para a efetivação de direitos que deveriam ser garantidos, mas um conjunto de fatores interfere nessa questão. Não só no cenário internacional, mas também no Brasil, o período foi marcado por uma série de privatizações e terceirizações, redução da influência dos sindicatos e o já citado corte de gastos públicos provocando o dismantelamento de características do Estado de Bem-Estar Social.

No mesmo ano, em 1988, também foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), reflexo das pretensões da nova Constituição Federal. Mesmo moldado em plena crise do *Welfare State*, em meio as crescentes convicções neoliberais e inicial passagem para um Estado

social-liberal, a assistência à saúde não poderia ser minimizada, longe disso, deveria ser ampliada. Porém, isso seria feito com forte apoio da iniciativa privada que voltava a ser atuante na prestação de serviços públicos. Está-se em um estágio histórico da saúde pública pós Constituição de 88 em que “há a busca pela concretização do direito à saúde pública no âmbito social, de maneira que ele possua não só vigência normativa, mas também vigência fática” (CAMPOS; OLIVEIRA, 2014, p. 238), dispondo dos meios necessários para alcançar esse fim.

Essa conjuntura se tornou mais visível quando, em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) tomou posse como Presidente do Brasil. Uma mudança que seu governo visava era a transferência da gestão de serviços públicos para entidades privadas e para as organizações sociais e grande parte desses serviços eram da área de saúde.

“É inegável que, durante os governos FHC, foi perseguida, com veemência, a superação do modelo varguista (trabalhista), com a instauração de um modelo de clara inspiração neoliberal” (PONTES, 2010, p. 184). A população continuaria tendo seu acesso aos serviços de saúde, mas era fato que muitos deles estavam sendo executados não diretamente pelo Estado e sim repassados para a iniciativa privada. O SUS, criado em 1988, passava por mudanças a partir da gestão FHC, mas não deixou de ser, notadamente, uma grande conquista popular.

A Constituição da República de 1988 também instituiu o SUS (Sistema Único de Saúde) como um sistema de atenção, cuidados e prestação de serviços, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações, abarcando a vigilância e a promoção da saúde, bem como a recuperação de agravos. (CAMPOS; OLIVEIRA, 2014, p. 232).

Ao mesmo tempo em que se ampliava o acesso à saúde com a criação do SUS a tendência para inclinações liberais também se acentuava, fato que é bastante controverso já que a legislação propôs mudanças que pareciam ir de encontro com essas inclinações, mas no fundo seguiam a lógica neoliberal.

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O NOVO MODELO DE PROTEÇÃO À SAÚDE

A criação do Sistema Único de Saúde, no governo José Sarney, veio a partir da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A lei estabelece objetivos, princípios e diretrizes, dispõe da gestão e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal) e, também, resolve sobre a participação do setor privado nessa

política. A partir disso, normas regulamentadoras vieram a ser criadas para que o SUS consiga cumprir com seus princípios.

Conforme o artigo 2º da Lei 8.080/1990, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Saúde pública, gratuita e de qualidade agora é vista como direito e não mais como uma gentileza ou caridade do Estado à população.

O SUS pode ser conceituado como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (POLIGNANO, 2010, p. 23). Entre seus princípios doutrinários, tem-se a universalidade de acesso (o acesso aos serviços deve ser garantido independentemente de raça, sexo, religião entre outras características sociais ou pessoais de um cidadão), integridade da assistência (considerando o cidadão como um todo com a promoção de prevenção e cura de enfermidades) e equidade no atendimento (apesar de todos serem iguais perante a lei, cada indivíduo possui uma necessidade distinta que deve ser assegurada). A descentralização e comando único, regionalização e hierarquização e participação social caracterizam aspectos inovadores do sistema. Mesmo contextualizado em um governo conceituado como neoliberal o SUS conseguiu a sua regulamentação que perdura até os dias de hoje.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) o Brasil é referência para outros países do mundo quando o assunto é saúde pública. O SUS é considerado uma das maiores políticas públicas do Brasil, pois é descrito pelo Ministério da Saúde como “um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos” (BRASIL, 2006, p. 1).

Conforme Secchi (2014, p. 1), se política pública pode ser compreendida como “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público e possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público”, a saúde foi alçada à condição de política pública nesse contexto.

As Políticas Públicas devem ser a expressão pura e genuína do interesse geral da sociedade, o que num processo legítimo, pressupõe que seja a demanda social auscultada em instâncias democráticas, enfrentando de forma realística pela instituição formuladora e solucionada à luz do possível consenso entre os atores sociais a partir de eficaz fluxo de informações (MARIN FILHO, 2005. p. 1).

No início da história das políticas públicas de saúde no Brasil, o conceito de saúde se baseava na ausência de uma doença. Com o passar do tempo, ficou perceptível que era necessário muito mais do que dar auxílio individual quando uma pessoa estava enferma, deveria

existir uma atenção contínua a toda a população com ênfase na prevenção e sustentar um saneamento de qualidade para se evitar o estágio da doença. Essa transição de um padrão curativista (centrado na doença e na sua cura) para um curativista e preventivista (reunindo condições necessárias para se evitar o estágio da doença) veio a partir das demandas dos cidadãos por um sistema de saúde que tivesse uma rede de cuidados mais ampla.

Para operacionalizar esse sistema, foi estabelecido o princípio da descentralização, onde cada ente governamental tem sua responsabilidade. “No que se refere à gestão, a execução dos serviços é comandada e realizada pelos municípios e estados, cabendo à União as atividades de planejamento, acompanhamento, fiscalização e controle” (BARBOSA, 2013, p. 88).

Do ponto de vista institucional, o arcabouço teórico criado pelo SUS fornece ao cidadão brasileiro uma seguridade nunca antes experimentada, em que as três esferas de governo (Municípios, Estados e União) participam do atendimento das ações e serviços de saúde do SUS. Essa participação é não concorrente, de maneira que, em cada esfera, há uma única direção (BARBOSA, 2013, p. 88).

Quando se trata de campo de atuação do Sistema Único de Saúde, a Lei nº 8.080 cita: a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico, a vigilância nutricional e a orientação alimentar, a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde, formulação e execução da política de sangue e seus derivados, controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde entre outros que fazem com que a administração necessite se organizar em uma estrutura que consiga dar conta de tarefas tão distintas e ao mesmo tempo tão vinculadas (BRASIL, 1990).

A estrutura do SUS parte de uma gestão nacional que se encontra no Ministério da Saúde que normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. No âmbito estadual, a responsabilidade fica com a Secretaria Estadual de Saúde que participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o Conselho Estadual. Já na esfera municipal, a Secretaria Municipal de Saúde planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o Conselho Municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde. A partir de Unidades básicas de saúde (postos de saúde) e equipes de Estratégia de Saúde da Família é que se tem a atenção básica/atenção primária que é a principal responsabilidade de um município. Já a atenção secundária ou de média complexidade é formada pelos serviços ambulatorial e hospitalar e onde ocorre os procedimentos como exames e atendimentos de urgência. A atenção terciária ou de alta complexidade é formada por serviços mais complexos,

que precisam de mais recursos e pessoal especializado para serem executados e utilizados pela minoria da população como ressonância magnética, cirurgias e transplantes.

O objetivo desse desenho de atenção por proteção é que a maioria da população resolva suas enfermidades na rede de atenção básica, e se essa rede não conseguir dar conta, deve-se encaminhar o paciente para os níveis de atenção à saúde subsequentes. Órgãos como o Conselho de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite também fazem parte da estrutura do SUS e salientam o caráter da participação social presente no sistema (BRASIL, 2021b).

Além disso, o SUS possui uma estrutura híbrida permitindo que o sistema funcione com uma rede de atendimento pública e gratuita ao mesmo tempo em que o setor privado pode complementar o serviço. O presidente Fernando Henrique Cardoso era partidário do repasse de algumas incumbências para o mercado e para as organizações do terceiro setor, sendo assim, era necessário que isso fosse explicitado na legislação do SUS.

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento (BRASIL, 1990, art. 20-22).

Também observado o disposto no art. 26 da Lei nº 8.080 de 1990, compete ao SUS “celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução” (BRASIL, 1990, art. 26), proporcionando espaço para que as organizações privadas possam exercer serviços sob domínio do SUS.

Devido a essa particularidade do SUS, as organizações privadas ganham cada vez mais espaço na prestação de serviços de saúde. O que foi estabelecido em 1990 com relação aos convênios se torna mais evidente os dirigentes resolvem repassar incumbência pública para o privado, fato que gera consequências até hoje e o que busca discorrer o presente trabalho.

3.3.1 Política Nacional de Atenção Básica de Saúde: o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família é considerada um programa federal de atenção primária/atenção básica de saúde anteriormente chamado de PSF, criado em 1994 e primeiramente implantado apenas em municípios carentes que posteriormente se estendeu para

a maioria da população brasileira e chegou ao município de Porto Alegre em 1995. Em 2006, o programa alterou sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF está prevista na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

[...]

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

[...]

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2017, art. 2, 4).

Conforme o Ministério da Saúde, o programa Estratégia Saúde da Família busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do SUS a partir das Unidades Básicas de Saúde. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se o indivíduo necessitar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento para um nível de atenção secundário ou terciário.

O programa é composto por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também há equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Tendo em mente que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, sendo que o recomendado é a média de 3.000, levando em consideração o grau de vulnerabilidade do local.

Algumas das atividades básicas de uma equipe de Saúde da Família são: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral; promover ações intersetoriais e

parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam, entre outros (BRASIL, 2021a).

Segundo Motta e Siqueira-Batista (2015), a Estratégia Saúde da Família tem seu caráter inovador trazendo uma nova forma de se enxergar o indivíduo, não apenas em seu estágio de doença, mas reestrutura ações preventivas que consideram o meio em que esse indivíduo vive, o contexto em que ele está inserido e suas relações sociais para criar estratégias distintas para tratar cada caso. “Os princípios a serem trabalhados pela ESF superam os modelos assistenciais vigentes, implicando uma redefinição do sujeito, do objeto e a consolidação do SUS” (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015, p. 200).

A ESF foi concebida para ratificar os princípios do SUS e fortalecer a atenção primária a saúde, mediante a ampliação do acesso e qualificação das suas ações (ALENCAR *et al.*, 2014). Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) que são constituídos de equipes multiprofissionais (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas etc.) que trabalham de forma articulada com as equipes da ESF, objetivando um tratamento mais integral em determinada região.

“A atenção primária tem sido historicamente responsabilidade direta do Estado. Contudo, no contexto das reformas aparecem proposições para a flexibilização a centralidade estatal, passando para o setor privado a função de viabilizar os serviços primários” (CARNEIRO JÚNIOR *et al.*, 2011, p. 1). Desde a sua criação, o programa passou por diversos governos e conseqüentemente por mudanças que afetaram a forma de elaborar e executar suas ações. O setor privado sempre esteve presente colaborando na execução dos serviços, mas com o passar dos anos essa presença foi ficando cada vez mais acentuada.

“Embora os interesses do setor privado sejam mais evidentes nos serviços de média e alta complexidade, tem-se observado o aumento crescente de sua participação na prestação de serviços de atenção primária à saúde, nos diferentes tipos de sistemas” (CASTRO, 2015, p. 34). Esse fato chama a atenção. A possibilidade de disseminação da atuação de entidades privadas em novos âmbitos é objeto de estudo de uma gestão pública cada vez mais aberta a relações com a gestão privada. Tanto vantagens como prejuízos são colocados na balança a fim de se entender as possíveis conseqüências desse tipo de relação.

A implementação do modelo de OSS na Atenção Primária à Saúde (APS) institui uma nova governança pública entre o Estado (financiador e regulador) e o terceiro setor (prestador de serviços de saúde). Entretanto, os limites dessas parcerias, a forma adequada de sua constituição e funcionamento, bem como seus resultados, continuam suscitando o debate. (SILVA *et al.*, 2016, p. 3).

As organizações sociais ganham destaque nessa temática, pois são muito utilizadas como prestadoras de serviços públicos, também no caso da saúde. Por não terem fins lucrativos, são eleitas como mais apropriadas para se infiltrarem na administração pública e se tornam mais bem-vistas pelos seus propósitos sociais.

Como a rede de atenção básica é a mais utilizada pela população e, conseqüentemente, a mais demandada, busca-se apoio nesse meio. A ajuda de empresas, Oss, Oscips, fundações entre outras entidades é uma alternativa para aumentar a cobertura populacional do serviço em um município, mas é necessário atentar-se a outros aspectos que permeiam essa relação.

3.4 A PARTICIPAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PRIVADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O serviço público brasileiro ainda é alvo de muitas críticas. Desde os anos 30, com a criação do DASP Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) se objetiva a prestação de um serviço público menos lento, burocrático e mais perto do modelo gerencial e da administração por resultados.

O setor da saúde é um dos setores que mais sofre pressão da sociedade para que os serviços sejam prestados com a qualidade esperada. Não apenas serviços que ofereçam o mínimo, mas que cumpram com o princípio da integralidade de atendimento. Esses fatores vão de encontro com as falhas que o SUS possui atualmente, como o subfinanciamento, onde se é notável que os recursos destinados à gestão de saúde são insuficientes e isso se torna um obstáculo para que o sistema prospere (SANTOS, 2018). A rede básica de serviços não consegue incorporar a tecnologia de modo esperado aumentando a demanda, trazendo filas maiores do que o previsto e, conseqüentemente, longa espera por atendimento. Sendo assim, “a gestão pública em saúde no Brasil vem demandando soluções e alternativas para os múltiplos problemas enfrentados” (SILVA *et al.*, 2019, p. 2).

Diante dos fatos acima, o Estado reconhece que muitas dessas dificuldades que enfrenta podem ser superadas pela colaboração com os particulares (MENDES; MARQUES, 2009). Por outro lado, existe a possibilidade de que, ao permitir que entidades privadas adentrem de tal modo nas incumbências públicas, se perca a essência e se desvirtue do objetivo principal da administração pública que é o bem-estar da população em troca da busca pelo lucro, e que questões financeiras se sobressaiam sobre as sociais, mesmo que, teoricamente, não haja fim econômico. A saúde é um campo extremamente delicado, necessita de profissionais qualificados, insumos e aparelhos em bons estados e infraestrutura adequada, caso contrário, as conseqüências podem se tornar graves, tornando a relação entre público e privado um assunto polêmico, pois há opiniões divergentes sobre sua eficácia e legalidade.

A partir do contexto de influência neoliberal com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado do Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira no governo de Fernando Henrique Cardoso se tem uma nova visão sobre o papel da iniciativa privada que deveria receber mais fomento do Estado, e da Sociedade Civil que não deveria atuar mais pressionando o Estado, mas assumindo responsabilidades. O poder público transfere incumbências sociais para as organizações da sociedade civil e usa como justificativas questões democráticas e a redução da exclusão de outras esferas da sociedade, mas, na realidade, há acentuadas inclinações para as

medidas neoliberais impostas pelo Consenso de Washington (DAGNINO, 2004). A reforma também teve como objetivo facilitar e fomentar a colaboração das entidades de direito privado com o Estado, gerando um processo de descentralização político-administrativa, inclusive na área da saúde onde a procura é cada vez maior, seja pelo fato de que a população cresce cada vez mais ou pelo fato de os cidadãos saberem de seus direitos e passarem constantemente a exigi-los.

Conforme a Lei 8.080/90, os serviços prestados pela iniciativa privada podem ser utilizados pelo poder público quando os recursos do poder público forem insuficientes e de forma complementar, dando preferência para as entidades sem fins lucrativos:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990, art. 24-25).

Ou seja, essa prestação complementar é possível através de: Entidades Filantrópicas, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil (OSCs), dentre outros (HAMERSKI, 2018) que permanecem estranhos a administração pública, mas que desde muito tempo, com ênfase no início da reforma gerencial de Estado, são vistos como possíveis cúmplices para a prestação de serviços públicos. A saúde da população é um fator delicado, há pessoas que são a favor de que o governo preste diretamente esse serviço, outras aceitam que a iniciativa privada participe dessa prestação de serviços focando nos serviços não essenciais e de apoio e uma terceira categoria acha que o setor público é ineficiente e incompetente para isso, sendo assim, a melhor alternativa seria que a iniciativa privada se apropriasse de todo o sistema de saúde. O debate é amplo, mas a opinião da população é um fator primordial. O controle do planejamento e execução de serviços de saúde deve ser feito pela população, a fim de se assegurar que os processos sejam lícitos.

Diante desse cenário, o avanço da iniciativa privada fica ainda mais visível também na atenção primária à saúde que sofre mudança em sua gestão ao ser firmado um contrato com um setor que tem características e fins diferentes do público, trazendo consequências tanto para a população, que é usuária do serviço, como para os próprios prestadores do serviço. Torna-se mais prático transferir responsabilidades que antes eram do Estado para entidades de direito privado, é uma forma de aliviar um pouco a agenda turbulenta de políticas públicas do governo, porém, as verbas repassadas para outros setores, a fiscalização do serviço, eficiência e o bem-estar da população se tornam assuntos amplamente debatidos no contexto atual, pois esse

processo faz parte de uma agenda neoliberal privatizadora característica do modelo de Estado liberal marcante nos anos 1990 no Brasil.

3.4.1 As Organizações Sociais

As organizações sociais existem no que é conceituado como terceiro setor, junto de entidades beneficentes de assistência social, entidades representativas patronais e profissionais, organizações não-governamentais (ONGs), organizações religiosas, organizações partidárias entre outras (CANABRAVA *et al.*, 2007). Suas características contemplam o que não se enquadra somente na iniciativa privada, mas que também não pode ser definido com público.

[...] são entidades privadas, no sentido de que são instituídas por particulares; desempenham serviços não exclusivos do Estado, porém em colaboração com ele; recebem algum tipo de incentivo do poder público; por essa razão, sujeitam-se a controle pela Administração Pública e pelo Tribunal de contas. Seu regime jurídico é predominantemente de direito privado, porém parcialmente derogado por normas de direito público. Integram o terceiro setor, porque nem se enquadram inteiramente como entidade privada, nem integram a Administração Pública, direta ou indireta. (DI PIETRO, 2006, p. 481).

Normatizadas pela Lei 9.637/1998 a nível federal, são empresas, sociedades ou fundações privadas que, a partir de um contrato de gestão, formam vínculo com o Estado (BRASIL, 1998). As OSs podem ser contratadas para determinado serviço com a dispensa de licitação onde é repassado para elas a gestão do serviço, mas o domínio continua com o poder público. Já as OSCIPs são normatizadas a partir da Lei 9.790/1999 no âmbito da União que estabelece critérios mínimos para que uma entidade se torne uma OSCIP. Algumas das diferenças citáveis entre OS e OSCIP são que a primeira absorve determinada atividade do Estado e conseqüentemente é extinto o órgão que realizava tal função, a segunda é de fato uma parceria, sem extinção de órgãos. OS necessita que tenha a presença de representantes do poder público no órgão da administração, já a OSCIP não, entre outras diferenças.

A Lei nº 13.019/2014, conhecida como o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), é que regula as parcerias entre a Administração Pública e as Organizações da Sociedade Civil, para que o trabalho tenha uma relação mais transparente e segura.

Entre 2007 e 2009 a administração do PSF ficou sob a responsabilidade de uma OSCIP, o Instituto Sollus, que foi acusado de possuir irregularidades nos contratos de prestação de contas e, em 2019, a ação judicial movida pelo Município de Porto Alegre contra os sócios para recuperar valores desviados pela entidade chegou à etapa final com a responsabilização pessoal dos sócios (PORTO ALEGRE, 2019).

3.4.2 As Fundações

As fundações públicas são entidades sem fins lucrativos, instituídas por lei ordinária e que atribuem seu patrimônio a um fim específico e possuem áreas de atuação definidas por lei complementar. Estão reguladas conforme disposto nos artigos 62 a 69 do Código Civil, a partir da CF de 1988 e dentre outros decretos e medidas que regulam sua criação e funcionamento. Na fundação, o elemento essencial é o patrimônio destinado à realização de certos fins que ultrapassam o âmbito da própria entidade, indo beneficiar estranhos a ela (DI PIETRO, 1989). Uma fundação pública pode ser de natureza de direito público ou privado, sendo que a primeira também recebe o nome de fundação autárquica.

Conforme Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2003, p. 373) uma fundação pública tem seu patrimônio total ou parcialmente público, é dotada de personalidade jurídica, de direito público ou privado e destinada por lei ao desempenho de atividades do Estado na ordem social, com capacidade de autoadministração e mediante controle da Administração Pública, nos limites da lei.

Quando se trata de uma fundação pública de direito privado apenas a autorização legislativa não é suficiente para criá-la, o ato só irá consumir-se com o registro da entidade em cartório e, antes do que já foi citado, é importante que a área de atuação da fundação já esteja especificada em lei.

XIX - somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação (BRASIL, 1988, art. 37).

No ano de 2000, o município celebrou convênio com a Fundação de Apoio a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) para a gestão de equipes do PSF, rompendo o contrato em 2007 e, posteriormente, transferiu o gerenciamento de todas as equipes para o Instituto Sollus (WOLTMANN, 2012). Por uma década, a atenção básica à saúde de Porto Alegre ficou sob a coordenação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação pública de direito privado instituída pelo prefeito José Fortunati e que foi alvo de críticas decorrentes da inconstitucionalidade na sua criação até sua extinção no ano de 2021 que será comentado de forma mais detalhada nos capítulos subsequentes.

4 METODOLOGIA

Para obter respostas acerca da problematização apresentada neste trabalho, tratando-se de sua abordagem, foi empregado neste estudo o caráter qualitativo, tendo em vista que, para Denzin e Lincoln (2006), implica em uma pesquisa com ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos que não podem ser analisados experimentalmente de maneira quantitativa, mas considera a parte subjetiva do problema. Quanto a sua natureza, trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, pois tem o objetivo de gerar conhecimentos sobre um fenômeno, produzindo hipóteses futuras de investigação. Para isso, o estudo foi fundamentado em ideias e pressupostos teóricos que apresentam significativa importância na definição e construção de conceitos discutidos anteriormente utilizando estudos de autores, como por exemplo, Bresser-Pereira, Eli Diniz, Celia Lessa Kerstenetzky, Sônia Miriam Draibe, Gosta Esping-Andersen, dentre outros pesquisadores que elaboraram trabalhos pertinentes ao assunto.

Quanto aos procedimentos foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica com o levantamento e interpretação de dados científicos tanto qualitativos como quantitativos. A pesquisa documental é semelhante à bibliográfica, mas diferencia-se pela natureza das fontes e caracteriza-se por documentos que não receberam nenhum tratamento analítico (GIL, 2002) podendo ser documentos arquivados em órgãos públicos e instituições privadas. Os documentos que foram analisados para esse trabalho foram:

1. Plano Plurianual (PPA) do Município de Porto Alegre dos respectivos anos (2005 a 2021), onde buscou-se identificar dados acerca das características da gestão do nível básico de saúde do município e o quantitativo de gastos previstos nesse campo para responder ao objetivo de investigar as mudanças ocorridas e analisar o investimento previsto em saúde entre as gestões juntamente com o Plano Municipal de Saúde dos anos de 2010 a 2021, que apresenta uma visão panorâmica do estado da saúde no município e o que se almeja no futuro com as propostas dos gestores;

2. Relatórios de Gestão do SUS do ano de 2007 a 2021, obtendo dados sobre os objetivos (ou não) atingidos como uma forma de avaliação das modificações almejadas e reunião de dados quantitativos acerca da força de trabalho no ESF.

3. Atas do Conselho Municipal de Saúde para atender ao objetivo de analisar a força de trabalho do ESF, junto de relatórios de gestão e contratos com organizações privadas que ficaram responsáveis pelo programa, entre outros que contribuíram para a resposta ao problema de pesquisa com a leitura e interpretação dos documentos, selecionando os dados relevantes para a análise proposta pelo trabalho.

4. Realizou-se também, entrevista com a membro conselheiro do CMS de Porto Alegre, com mais de 20 anos na função, assim vivenciou o cargo nas 3 gestões estudadas possuindo bastante conhecimento do que se debatia e dos fatos que ocorriam nos períodos. Foi utilizado um questionário semiestruturado (cujas questões encontram-se no apêndice) para posteriormente fazer o cruzamento das respostas com os dados levantados com toda a pesquisa bibliográfica já feita.

O quadro a seguir apresenta como se desenvolveu a pesquisa em campo:

Quadro 1 – Análise de Campo

Dimensão Analisada	Fonte	Forma de análise
Concepção e características da gestão do nível primário em saúde dos governos Fogaça, Fortunati e Marchezan no município de Porto Alegre.	1) Plano plurianual de Porto Alegre; 2) Legislação pertinente; 3) Plano Municipal de Saúde. 4) Portais de notícias da internet (jornais, sites institucionais informativos).	- Análise documental
Valor de repasses financeiros do poder público para a entidades privadas que colaboram com o programa Estratégia Saúde da Família. Investimento na atenção básica do município.	1) Portal de transparência da Prefeitura de Porto Alegre; 2) Relatório de Gestão do SUS. 3)PPA	- Análise documental
Princípios Constitutivos do SUS e estruturantes do Programa Estratégia Saúde da Família.	1) Constituição Federal de 1988; 2) Legislação pertinente	- Análise documental
Dados característicos da força de trabalho do ESF nos três governos.	1) Atas do CMS de Porto Alegre 2) Relatório de Gestão do SUS.	- Análise documental
Impressões e perspectivas acerca da relação público x privado na atenção básica à saúde no município de Porto Alegre.	1) Questionário aberto	-Entrevista com membro conselheiro do CMS de Porto Alegre

Os dados foram analisados considerando a revisão teórica do estudo, a partir da seleção e adequação do que foi obtido. Os dados quantitativos de investimento, transferências financeiras para a área da atenção básica à saúde, junto das informações acerca do número de trabalhadores do ESF, foram coletados e tabulados em um *software* de planilhas eletrônicas, classificando e realizando inferências sobre os mesmos. Já a entrevista foi realizada de maneira virtual, guiada por um roteiro com perguntas numeradas de 1 a 7, e gravada para posteriormente ser transcrita, tendo em mente que apenas os aspectos mais relevantes foram aproveitados na pesquisa, sendo sinalizado sempre quando ocorre alguma supressão.

5 A GESTÃO DA SAÚDE BÁSICA EM PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DOS MODELOS

No presente capítulo serão apresentados os dados empíricos obtidos na pesquisa, para buscar entender o modelo de gestão implementado na atenção básica de saúde, em três governos de Porto Alegre: governos Fogaça, Fortunati e Marchezan. A ideia é analisar os dados obtidos no PPA, sobretudo nas mensagens de abertura, na intenção de entender como os discursos dos prefeitos indicam mais ou menos adesão ao modelo liberal de gestão de políticas públicas. Adicionalmente, observa-se o orçamento destinado em cada momento e a força de trabalho disponível, pois parte-se do pressuposto que essas são diretrizes do modelo liberal que defende uma gestão “mais com menos”. No entanto, antes de adentrar na análise de cada governo, trazer-se-á uma contextualização do município de Porto Alegre e sua rede de saúde.

5.1 PORTO ALEGRE E SUA REDE DE SAÚDE PÚBLICA

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma população de 1.409.351 habitantes, conforme o último censo (IBGE, 2010), PIB per capita de R\$52.149,66 (IBGE, 2018), população com taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 96,6% (IBGE, 2010) e Índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,805 ocupando a 28ª posição no *ranking* de IDH do Brasil (IBGE, 2010).

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários, que são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Paternon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul.

Esses distritos sanitários formam as gerências distritais que são espaço de discussão e prática acerca da sistematização dos serviços do SUS no município. Eles ficam distribuídos em 8 regiões de saúde, que são: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte /Eixo Baltazar, 4) Leste /Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Paternon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul. Nas regiões de saúde, ficam as Unidades de saúde, unidades de pronto-atendimento, hospitais gerais e conveniados ao SUS, entre outras ferramentas que formam a rede de saúde como as farmácias distritais e a vigilância em saúde (PORTO ALEGRE, [20--?], p. 1).

No caso da atenção básica, Porto Alegre possui 55 Unidades Básicas de Saúde e 88 Unidades de Saúde da Família que são procuradas diretamente pelos usuários e que servem como porta de entrada para o SUS direcionando, se necessário, os usuários para o nível de saúde especializado. Também há o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) que se trata de uma equipe composta por diversos profissionais que proporcionam apoio as equipes de ESF para determinados locais (PORTO ALEGRE, [20--?], p. 1).

Os Serviços de Atenção Ambulatorial e Substitutiva englobam:

Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA)

2) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

3) Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS

4) Centro de Referência a Tuberculose

5) Centro de Especialidades Odontológicas

6) Centro de Especialidades e Ambulatório Hospitalar de Especialidades

Para atendimento especializado, os usuários contam com oito centros de saúde mantidos pelo município e 12 centros conveniados. A assistência é oferecida também em hospitais.

7) Laboratório Municipal e Laboratórios Conveniados (PORTO ALEGRE, [20--?, p.1)

É com essa estrutura que a rede pública de saúde de Porto Alegre opera, levando atendimento a mais de 80 bairros e para mais de 1 milhão de habitantes. Considerando que o que é exposto aqui é apenas uma caracterização básica, a rede possui demais divisões e muitos outros órgãos e setores. Não se esquecendo de entidades que têm por objetivo a discussão e participação popular no campo da saúde como o Conselho Municipal e os Conselhos Locais e Distritais de Saúde e os Comitês que permitem estudo e avaliação do serviço prestado.

5.2 GESTÃO DA SAÚDE BÁSICA NO GOVERNO FOGAÇA (2006-2010)

5.2.1 Discurso Presente no PPA

Antes de tudo, é importante destacar a função do PPA que é um instrumento de gestão dos governos que serve para estabelecer os objetivos estratégicos para os 3 anos de sua gestão e 1 ano da gestão subsequente, devendo organizar a forma de operacionalização das políticas de acordo com o programa político eleito e os recursos orçamentários disponíveis para tanto. Por essa razão nesse documento constam informações importantes sobre o rumo político e estratégico desejado pelos governos. Assim, a partir de uma imersão e interpretação desse documento, é possível compreender o que os gestores pretendem realizar em seu mandato e os possíveis resultados de sua governança. Conforme a lei:

O PPA é o documento que define as prioridades do Governo para o período de quatro anos, podendo ser revisado a cada ano. Nele consta o planejamento de como serão

executadas as políticas públicas para alcançar os resultados esperados ao bem-estar da população nas diversas áreas (BRASIL, [20--?, p. 1]).

José Fogaça foi prefeito de Porto Alegre entre os anos de 2005 e 2010 e governou junto dos vice-prefeitos Eliseu Santos (2005-2008) e José Fortunati (2009-2010). Na mensagem de abertura do PPA, assinado pelo prefeito eleito, fica explícito que há mudanças fundamentais a serem realizadas, para que Porto Alegre dê um salto em qualidade de vida, desenvolvimento e justiça social. Assim, elenca-se como foco principal diminuir a gravidade da crise social, incompatível com o potencial de desenvolvimento econômico e humano da cidade. O governo estruturou seus programas em torno de quatro diretrizes estratégicas e uma delas é modernizar a gestão pública.

O PPA 2006-2009 é coerente com o novo modelo de gestão que queremos implementar na administração pública de Porto Alegre. As mudanças que queremos fazer dependem de nossa capacidade de mudar o próprio jeito de governar e gerenciar o setor público (PORTO ALEGRE, 2005, p. 10).

O programa de trabalho foi estruturado em torno de 21 programas estratégicos, que se desdobram em centenas de diferentes ações indicando a unidade de medida de êxito e as metas em cada um dos quatro anos.

Fogaça salienta que será incorporado métodos modernos de gestão, por um lado, e por outro aposta na parceria entre poder público e sociedade civil para, nos próximos quatro anos, mobilizar as energias da cidade de maneira cooperativa, sinérgica e criativa, para se resgatar a dívida social. No que diz respeito à saúde, o documento explicita que: “Há muito que avançar em Porto Alegre, particularmente no que diz respeito à melhoria do atendimento à saúde” (PORTO ALEGRE, 2005, p. 11). Por essa razão, o documento possui ações específicas destacadas como prioritárias nesse campo, como a remoção de obstáculos ao empreendedorismo, aos novos negócios, e viabilizá-las, se necessário, por intermédio de parcerias público-privadas, relata o prefeito no documento. Tais discursos demonstram sua preferência por um modelo de gestão híbrido público-privado dialogando com premissas neoliberais/gerenciais.

A Secretaria de Saúde, nesse período, ficou a cargo de Pedro Gus. No programa “Receita é Saúde”, há a justificativa de aprimorar o gerenciamento e atendimento das redes básicas e especializadas das políticas de promoção e proteção em saúde e o indicador escolhido foi a população atendida pelo PSF. No programa citado, há a ação de assistência à saúde básica e especializada que visa proporcionar atendimento à população notadamente carente por meio dos postos de saúde sempre prezando por um melhor atendimento. Nota-se o apoio logístico e a questão de treinamento dado para médicos de postos de saúde e médicos do PSF para a

detecção de doenças como anemia falciforme e AIDS. Há a ação de manutenção e ampliação das equipes do PSF, em conformidade com os princípios do SUS propondo uma nova dinâmica de atuação das UBS.

No PPA, se torna bastante comentado o fato do governo almejar uma nova administração pública menos burocrática e mais gerencial, mas o fato de como se utilizar da iniciativa privada não é detalhado.

5.2.2 Orçamento e Repasses

Na Atenção Básica em saúde, Fogaça dava continuidade com o convênio firmado com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), uma entidade privada sem fins lucrativos, até o ano de 2007, quando rescinde em razão de falta de acordo entre as partes e firma termo de parceria com a OSCIP Sollus, que ficaria responsável por gerenciar o ESF em Porto Alegre (WOLTMANN, 2012).

Nota-se que o período foi bastante conturbado quando se trata da questão da saúde básica em Porto Alegre. O Instituto Sollus foi destaque em manchetes protagonizando objeto de investigação e de irregularidades na prestação de seus serviços, sendo alvo de investigação do Ministério Público Federal, Tribunal de Contas do Estado e da Polícia Federal e, conforme a Polícia Federal, haveria desvio de R\$ 9,6 milhões de recursos destinados ao programa (MINISTÉRIO..., 2010). O processo chegou na sua etapa final em 2019 com a responsabilização dos sócios, e o prejuízo referente as irregularidades passa dos 10 milhões de reais.

Na ata nº 19/2007 do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o vereador Oliboni se manifestou dizendo que os trabalhadores da saúde estão passando por uma situação que jamais passaram. As Unidades de saúde e as PSFs estão em más condições e que há muito tempo não há investimentos de grande porte.

5.2.3 Análise da Força de Trabalho

A ESF desde sempre teve apoio da iniciativa privada para sua execução. Na ata nº 23/2005 do CMS há o debate sobre a abertura de novas equipes do ESF, pois algumas estavam sobrecarregadas. Quando indagado sobre a contratação dos profissionais, um representante do

PROESF⁷ responde que estão formando equipes mistas entre estatutários, funcionários da FAURGS e da Universidade (Fundação Universitária de Cardiologia) ao mesmo tempo em que estavam fazendo pesquisa com profissionais estatutários da rede para saber quem se interessaria em atuar como profissionais no PSF aumentando sua carga horária e consequentemente sua remuneração.

Na presente ata, é citada a falta de qualificação dos profissionais para lidar com pacientes com doenças como a tuberculose, demonstrando a carência de qualificação de diversos profissionais que atuam na atenção básica.

O que me preocupa é a falta de qualificação de todo o profissional que vai lidar com isso. Num PSF, todo médico que teria que examinar uma criança ou um adulto e ele se nega a chegar perto destes. Ele não foi preparado, ele não foi qualificado. Quando isso acontece, ele tem que ser chamado de novo e qualificá-lo (PORTO ALEGRE, 2005, p. 4).

Nessa reunião do Conselho, ficou bem evidente alguns dos princípios do SUS como o da participação social e da integralidade de acesso, mostrando a preocupação dos presentes com o fato do serviço ser prestado conforme a lei. É entendido que há a consciência sobre todas as dificuldades que a rede de Atenção básica possui, e esse fato não é omitido.

Se há dificuldades? Eu diria que há muitas dificuldades. Diria que há dificuldades em todos os hospitais da cidade, em todos os serviços, ou quem não conhece as dificuldades que nós temos no serviço de Atenção Básica de Porto Alegre. Todos nós conhecemos. Ninguém esconde (PORTO ALEGRE, 2005, p. 7).

A ata nº 19/2007 do CMS trata, entre outros assuntos, da avaliação das demissões dos funcionários da ESF, devido a não renovação do convênio com a FAURGS. O Secretário da Saúde e vice-prefeito da gestão, Eliseu Santos, fala em diversos momentos que a prefeitura tem todo o interesse em manter a qualidade da atenção básica e de valorizar o ESF e tem como meta aumentar a quantidade de equipes. O convênio não seria continuado como consequência de uma pendência financeira que a município teria com a FAURGS, mas que esse primeiro cita que seria uma pendência ilegal e não poderia ter sido cobrada, com esse impasse jurídico não seria possível continuar a executar os serviços com a organização. Houve forte comoção sobre o que seria feito com os funcionários vinculados ao ESF via FAURGS.

O que a prefeitura se propõe? Que as pessoas sejam recontratadas com todos os seus direitos, no regime celetista. Mas vem cá, por que não fazem, concurso? Nós já encaminhamos para a Secretaria de Administração pedido de realização de concurso, para os Agentes Comunitários, que é lei [...]. Qual é a nossa proposta? Que sejam todos recontratados. Que não percam nenhum direito e que nós possamos ampliar o PSF. (PORTO ALEGRE, 2007, p. 3)

⁷ O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Fonte: Ministério da Saúde.

Com o fim do convênio com a FAURGS, foi escolhida uma OSCIP para dar continuidade aos serviços: o Instituto Sollus, como justificativa de que preparar um concurso público em tão pouco tempo não seria exequível. Uma advogada informa que não seria uma simples contratação de pessoal, dizendo que haverá formação continuada tanto dos trabalhadores do PSF como de toda a rede. Muitos contratos de trabalho dos funcionários possuíam inconsistências causando transtornos.

Um dos médicos do PSF se manifestou em nome de 300 trabalhadores do programa que realizaram uma assembleia posteriormente a notícia, dizendo que deliberaram, em mais de 3 horas de assembleia, que são contrários a qualquer forma de precarização dos contratos de trabalho, cooperativas, organizações sociais e OSCIPS, mesmo assim, nada disso adiantou, pois o Instituto Sollus foi a próxima entidade responsável pela gestão do PSF, mesmo com a notável insatisfação de muitos dos presentes na reunião.

Inicialmente gostaríamos de dizer que um dos pilares de funcionamento do Programa de Saúde da Família é o tempo em que os profissionais ficam em suas comunidades. Isto permite que eles conheçam as causas do adoecimento da sua população e possam, então, intervir. A precarização dos vínculos do trabalho afasta os bons profissionais, que acabam procurando outras alternativas e levando uma grande rotatividade das equipes, acabando com os princípios do Programa que nada mais é de que a longitudinalidade. O Programa de Saúde da Família tem demonstrado ser um dos serviços exemplares dentro do SUS, onde apresenta os melhores indicadores e é de grande satisfação dos usuários. Para que isso continue, Senhor Secretário, é preciso que funcionários tenham atitude pró-ativa e não prejudicada pela insegurança trabalhista. Não podemos deixar que todo este trabalho construído, entre comunidades e trabalhadores, seja perdido. Temos que levar em conta que a preocupação dos trabalhadores não é somente ser vinculado a qualquer Entidade. Mas sim, vínculos estáveis, que não levem a insegurança contínua (PORTO ALEGRE, 2007, p. 11).

A insatisfação na reunião é visível novamente quando se trata da questão da transparência da gestão, servidores da prefeitura relatam que a atenção básica é prioridade na agenda, mas alguns presentes questionam e até mesmo desmentem esse fato dizendo que se fosse prioridade nenhum dos obstáculos já citados existiria e a rede não estaria sucateada. A preocupação com o bem-estar dos trabalhadores da área chama a atenção, a defasagem salarial do período faz com que muitos funcionários do PSF vão em busca de um segundo emprego, porém esse fato traz abertura para discussão acerca do cansaço desses indivíduos que possuem dois empregos, fato que pode afetar a qualidade na oferta dos serviços. A cobertura populacional do programa no período era 16% (2008), conforme ata 11/2008, que é considerado uma porcentagem ruim perto de outras capitais brasileiras. Conforme salienta a entrevistada:

“O que se tem em mente é que ampliando o número de equipes, o número de unidade de saúde, se amplia a cobertura, isso é uma coisa meio óbvia só que não, porque de acordo com a avaliação ali no relatório de gestão, a gente viu que não é bem assim, porque se as equipes não estiverem completas, eu não posso dizer que a minha cobertura se dá da mesma forma, então, nós temos que ter um parâmetro, uma meta, um indicador para fazer essa medição que no caso nosso aqui de Porto Alegre é com as equipes completas (...). Em termos de equipes, ao longo dos períodos, a gente foi aumentando [...]” (Entrevista 1)

Na gestão Fogaça, percebe-se a instabilidade no modo com que são tratadas as condições de trabalho no ESF. A necessidade de aperfeiçoamento e, subsequentemente, de capacitação demonstra uma gestão que não coloca como prioridade suas equipes de trabalho. Um modelo liberal dispõe do mínimo para seus funcionários, tanto em salários como em outros direitos como férias e folgas, e se foca na meritocracia, sendo assim se o funcionário não tem êxito em sua função é simplesmente substituído e o governo passa a ter uma alta rotatividade desses funcionários que não são estáveis.

5.3 GESTÃO DA SAÚDE BÁSICA NO GOVERNO FORTUNATI (2010-2017)

5.3.1 Discurso Presente no PPA

José Fortunati foi prefeito de Porto Alegre entre os anos de 2010 e 2017. Em 2010, assumiu após a renúncia de José Fogaça e, em 2012, foi reeleito no primeiro turno das eleições. Administrou a cidade juntamente com o vice-prefeito Sebastião Melo. Quando se trata da atenção básica à saúde, sua gestão foi muito debatida, principalmente, levando em consideração a criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) que já estava previsto no PPA com objetivo de, a partir de 2012, já ter unidades de saúde geridas pela entidade.

Na mensagem de abertura do PPA de 2010 a 2013, o prefeito comenta que o PPA expressa “o compromisso de Governo assumido com a sociedade, à medida que enfatiza o modelo de gestão, adotado desde 2005, como instrumento de modernização da máquina pública, buscando eficiência para prestar mais e melhores serviços à comunidade” (PORTO ALEGRE, 2009, p. II). O Plano Plurianual recebeu modificações, mas mantém os objetivos que pautaram o PPA 2006- 2009 de José Fogaça.

A Governança Local Solidária é algo bastante citado no PPA, trata-se de unificar as forças das comunidades, **da iniciativa privada e do poder público** em torno de projetos prioritários da gestão do município. Com relação a despesas, no PPA consta que o programa que fica em primeiro lugar é o “A Receita é Saúde”, com R\$ 3,9 bilhões, correspondendo a 25,97% do total da despesa do período.

A Governança Solidária Local, ao unificar as forças das comunidades, da iniciativa privada e do poder público em torno de projetos coletivos de desenvolvimento, inclusão social e sustentabilidade, estimula a compreensão de que o exercício da cidadania requer, sobretudo, atitude responsável e propositiva (PORTO ALEGRE, 2005, p. VI).

No que tange aos objetivos estratégicos relacionados à saúde, tem-se a ação “Assistência em Saúde Básica” propondo a expansão da Estratégia de Saúde da Família, levando em consideração as equipes implantadas e a cobertura assistencial pela ESF. Como proposto no PPA, a meta sempre foi, com o passar dos anos, ter mais despesas com essas ações. De 2010 a 2013, propôs um aumento tanto no número de equipes como no valor da despesa. Há ação para a reestruturação e implantação dos centros especializados de saúde e das unidades básicas de saúde.

No início do PPA referente a 2014 até 2017, tem-se que o objetivo dessa gestão, mesmo sendo liderada pelo mesmo prefeito da anterior, é investir nas áreas mais sensíveis como a educação, assistência social e a saúde. Obras e serviços que estão sendo realizados com recursos próprios nessas áreas se somam às **parcerias que a Prefeitura vem fortalecendo com a iniciativa privada** e demais instâncias de governo.

Dos 6 programas previstos no PPA para o Eixo Social, o programa “Porto Alegre mais Saudável”, destaca-se sendo o que mais está previsto recursos para execução, com um aumento do valor de R\$843.586.626,00 em 2014 a R\$997.143.513 em 2017, totalizando R\$3.696.034.803 de investimento, em 2017, para os 4 anos do 2º mandato de José Fortunati.

Como de costume, um dos indicadores do programa é a cobertura do atendimento básico realizada pelas equipes de Saúde de Família e uma das ações é a ampliação dos serviços de atenção básica sendo que a meta é sempre aumentar o número de equipes implantadas com o passar dos quatro anos, mostrando essa ser a principal forma do atendimento à saúde chegar até os porto-alegrenses. A ação de Regulação do Sistema de Saúde tem como sua finalidade garantir a equidade e qualidade dos serviços públicos e privados de saúde no município com a contratualização e subsequente controle e avaliação dos serviços públicos e privados de saúde provando que mesmo que a saúde não seja um serviço exclusivo do Estado ela deve ser

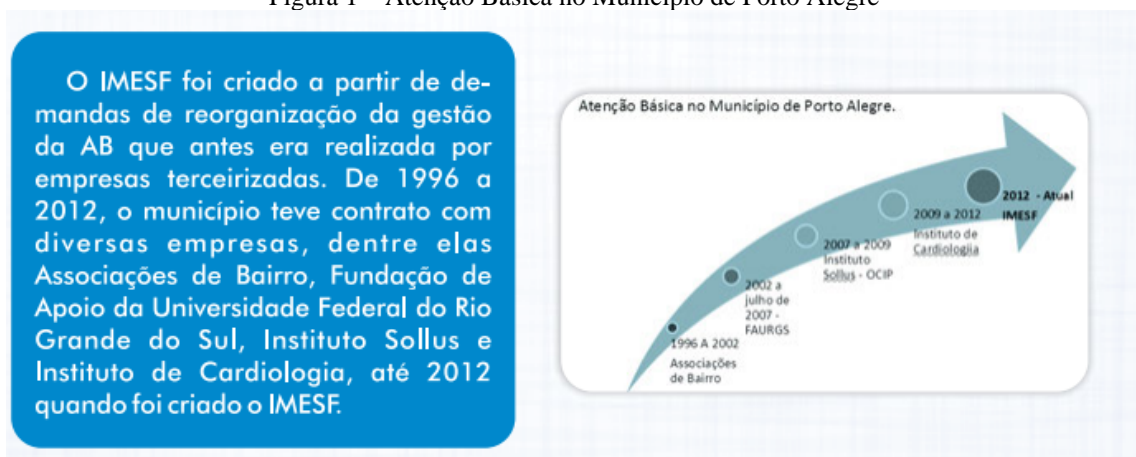
fiscalizada e isso está disposto no PPA, se tornando algo imprescindível para as futuras ações de uma gestão.

Ficam claras as inclinações liberais nos trechos em que o prefeito salienta que, assim como a gestão anterior, também tem como foco modernizar a administração pública, assim como Fernando Henrique Cardoso cumpriu nos anos 90, aproximando-a mais da lógica do mercado e a distanciando da forma burocrática como era entendida anos atrás. A maior presença de outros setores e organizações em incumbências, antes quase integralmente de responsabilidade estatal, faz parte dessa chamada “modernização” que ocorre também no setor da saúde.

5.3.2 O Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família (IMESF)

Após a péssima experiência com a gestão do Instituto Sollus, a Fundação Universitária de Cardiologia (FUC)/Instituto de Cardiologia, uma fundação pública de direito privado assume a responsabilidade de gerir os grupos do ESF. A FUC já havia atuado na área hospitalar e agora possuía como objetivo consolidar e ampliar a política de atenção básica no município. Ela permanece até 2012, momento em que o IMESF já estava lentamente começando seus trabalhos, sendo assim, não houve a renovação do contrato vigente com a FUC. Na gestão Marchezan (2021), a FUC retorna como responsável por algumas unidades de saúde, como veremos posteriormente.

Figura 1 – Atenção Básica no Município de Porto Alegre



Fonte: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) (2015-2016)

Em 2010, no início da gestão Fortunati, houve a sugestão de criação de uma fundação pública de direito privado que teria como única atribuição gerir o ESF. A partir disso, começa uma disputa entre o ser ou não ser aprovada a criação dessa nova entidade e a execução desse

novo modelo de gestão. De um lado os que eram contra apontando uma ilegalidade no projeto de lei e de outro lado quem achava que ter um instituto criado exatamente para tal fim iria cumprir com a demanda da cidade e, por ser uma fundação de direito privado, teria características próprias que trariam mais eficiência em seu funcionamento. Em 2011, conforme resolução nº 01/2011, ocorre a votação no CMS do projeto de lei, sendo 28 votos contrários e 2 a favor, mas subseqüentemente a Câmara de Vereadores aprova o projeto sendo 26 votos a favor e 10 contra, como comenta o entrevistado:

“Depois do instituto, se contratou o Instituto de Cardiologia que, também, nós identificamos uma série de irregularidades que encaminhamos, inclusive na época, à CGU (Controladoria Geral da União) e depois disso, já veio todo o processo de discussão, que se criou um grupo de trabalho no âmbito da prefeitura onde o conselho teve assento e participou, a ideia era criar uma [...]uma nova estrutura que pudesse dar conta da atenção básica em Porto Alegre e, na verdade, o que o Município de Porto Alegre apontou foi a criação do IMESF, que também trazia uma série de problemas que na época foi avaliado por nós e não só por nós, como inconstitucional, na medida em que não respondia exatamente a esse artigo 37 da Constituição.” (Entrevista 1)

Uma das manifestações mais marcantes nessa disputa foi a do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, após estar a par de todo processo de idealização da entidade e de ter ocorrido um debate sobre o assunto, se posicionou contrariamente à criação do IMESF e deixou isso claro ao publicar uma nota pública de manifestação no seu site na internet: “O Conselho Nacional de saúde manifesta posicionamento contrário à criação de Fundação Pública de Direito Privado no município de Porto Alegre” (BRASIL, 2011. p. 19).

Além disso, foi publicado também um quadro comparativo apontando as diferenças entre o SUS e uma entidade de direito privado ao gerir serviços públicos de saúde para sustentar sua decisão expondo as possíveis consequências da segunda opção.

Quadro 2 – Comparação modelos de gestão da saúde: SUS e Fundações públicas de direito privado

Quadro Comparativo do CNS		
	SUS	Fundações públicas de direito privado
Diferenças salariais com desestímulo profissional e comprometimento da qualidade do serviço	Plano de Cargos, Carreira e Salários do SUS proposto pelo CNS - equilibra as carreiras e valoriza todos os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional.	Propondo salários de "acordo com o mercado" - aprofundam as diferenças e o comprometimento da qualidade do serviço prestado
Estabilidade e perspectivas de carreira	Regime Jurídico Único e Carreira do SUS proposta pelo CNS - presente, gerando segurança e motivação ao profissional para o desempenho de suas funções.	Ausente - contratação via CLT gerando instabilidade e falta de comprometimento do profissional que não permanece muito tempo no cargo.
Gestão técnica sem ingerência política e particularizada	Gestão profissionalizada - garante a valorização dos profissionais e a consolidação do sistema.	Ausente - contribuindo para a ocupação do sistema público por corporações e grupos organizados
Valorização e comprometimento multiprofissional qualificando o serviço prestado	Profissional comprometido com o sistema com repercussões positivas e imediatas na qualidade do serviço desenvolvido.	Ausente - a proposta é apenas de valorização de alguns profissionais "de acordo com os salários de mercado".
Autonomia administrativa e maior eficiência gerencial	Proposta do CNS de Regulamentação do art. 37, que estabelece a profissionalização da gestão e garante a autonomia e a eficiência gerencial.	Não necessariamente - continua o processo de exposição aos interesses de grupos políticos organizados

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. (Adaptado pela autora)

Apesar das forças contrárias, o IMESF foi criado a partir da lei 11.062, de abril de 2011, e em seu art. 6º fica estabelecido sua finalidade “terá a finalidade exclusiva de, no âmbito da atenção básica do SUS, operar especificamente a rede integrada e articulada da Estratégia de Saúde da Família, sob a forma de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual” (PORTO ALEGRE, 2011, art. 6). Os valores do IMESF, de acordo com o portal virtual da Prefeitura, vão ao encontro dos princípios do SUS e da ABS como o acesso universal, a integralidade e a prevenção de doenças, contudo a forma de uma fundação pública de direito privado atuando na saúde pública pode trazer à tona diversas disfunções legais resultando em inconstitucionalidade.

Alguns dos problemas encontrados foram:

1. É dever do município gerir a prestação de serviços públicos de saúde e não pode transferir integralmente essa responsabilidade para uma entidade de direito privado. Ela pode atuar apenas de maneira complementar.
2. Para criar uma fundação pública de direito privado por meio de lei ordinária anteriormente há a necessidade de existência de uma lei complementar definindo suas áreas de atuação e no momento de criação do IMESF essa lei complementar não existia.
3. No artigo 39 da Constituição Federal evidencia-se que:

Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, REGIME JURÍDICO ÚNICO e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. (BRASIL, 1988, art. 39).

Isso demonstra inconstitucionalidade, pois os trabalhadores do IMESF não possuíam vínculo estatutário e sim celetista, não se enquadrando nos quesitos do regime jurídico único, de direito público e sim nos fundamentos do direito privado.

No mesmo ano da criação da entidade, já havia se iniciado também o processo judicial com o objetivo de extingui-la. Muitas das organizações que já haviam se pronunciado contra o projeto de lei ou que não foram nem consultadas sobre tal demonstraram seu descontentamento com a decisão tomada pela prefeitura e a câmara.

Os autores da ação foram 17 entidades, entre sindicatos e associações, como o Sindicato dos Municipários de Porto Alegre (Simpa), Associação dos Servidores da Secretaria Municipal da Saúde (ASSMS), Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB) e Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (Sergs). (SEIS..., 2020).

Em 2019, o processo teve fim e a lei que criou o IMESF foi declarada como inconstitucional. Após isso vários recursos foram apresentados para reverter a situação, porém, essa se tornou mais uma das problemáticas em que uma organização de direito privado ficou responsável por serviços públicos de saúde e causou diversos transtornos.

5.3.3 Orçamento e Repasses

Tabela 1 – Previsão de despesa com atenção básica à saúde de acordo com o PPA

Ano	Total
2010	66.600.528
2011	77.123.406
2012	87.706.484
2013	98.365.572
2014	109.787.637
2015	135.727.514
2016	144.280.908
2017	151.243.673

Fonte: Elaborada pela autora com base no Planos Plurianuais da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2021).

Nota-se o aumento da previsão de despesa com a atenção básica em saúde com o passar dos anos na gestão Fortunati. Levando em consideração que a população cresceu⁸, o esperado é que a previsão de despesa aumente para dar conta da demanda que é cada vez maior. Por

⁸ População no último censo (2010): 1.409.351 pessoas, população estimada em 2020: 1.488.252 pessoas. Fonte: IBGE (2020).

exemplo, no ano de 2017, esse valor era maior que o dobro de 2010. Lembrando que são previsões; se elas foram efetivadas ou não, não foi um dos fatores analisados pelo estudo, atendo-se apenas a intenção.

Tabela 2 – Despesas (repasse e transferências) para entidades de direito privado

Ano	Entidade	Valor
2009	-	-
2010	-	-
2011	FUC	18.609.466,42
2012	FUC	41.582.716,21
2013	FUC	18.445.182,69
2014	-	-
2015	IMESF	84.045.424,00
2016	IMESF	90.165.664,00
2017	IMESF	108.773.355,86

Fonte: Elaborada pela autora com base no Portal de Transparência da Prefeitura de Porto Alegre (2021).

Não foram encontrados dados sobre os repasses financeiros feitos para serviços da SMS anteriores ao ano de 2011 no portal de transparência da prefeitura, assim como no ano de 2014 não há nenhum dado que indique existir repasse financeiro para alguma das entidades já citadas no estudo.

Em 2011, houve um repasse de 18.609.466,42 para a FUC, e no ano de 2012 um repasse de mais do dobro do valor para a mesma entidade. Em 2013, o valor voltou a se estabelecer na base de 18.445.182,69. As razões dessa alta do valor em 2012 não é explicada, mas no presente ano, o IMESF já havia sido empossado de suas atribuições, porém, as transferências direcionadas a ele só começaram a aparecer no ano de 2015, o que é algo inesperado.

5.3.4 Análise da Força de Trabalho

O IMESF foi pensado para assumir a gestão de equipes de trabalho do ESF e com isso ampliar a cobertura populacional. Essa ampliação foi feita através da contratação de funcionários que tinham vínculo celetista, através de concurso público e processo seletivo, destacando o cargo dos agentes comunitários de saúde que possuem provas de conhecimento específico já que são os principais atores que são responsáveis por fortalecer o vínculo entre comunidade e poder público (BRASIL, [2021c]).

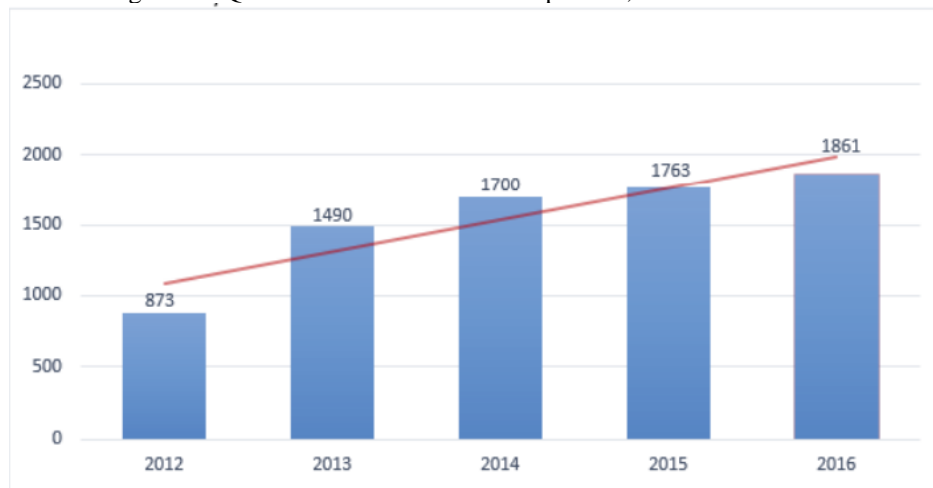
Tabela 3 – Servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde

Ano	Número de servidores
2010	5.317
2011	5.386
2012	5.559
2013	5.425
2014	5.468
2015	5.418
2016	5.386
2017	4.914

Fonte: Elaborada pela autora com base no Relatório de Gestão do SUS da SMS de Porto Alegre (2021).

Na tabela acima, nota-se que o número de servidores efetivos da SMS caiu com o passar dos anos. Em que pese não se observar uma variação grande com as trocas de governo, percebe-se uma contradição: se a população cresce, há mais demanda por serviço de qualidade e contínuo, algo que servidores estatutários podem fornecer levando em consideração a estabilidade proporcionada pelo serviço público. No caso observado a relação foi contrária ao longo do tempo. O ESF é um programa que necessita de equipes que conheçam seu público-alvo e isso requer tempo de convivência e estudo na região atendida. Por essa razão a rotatividade pela falta de estabilidade é um prejuízo ao serviço.

Figura 2 – Quantitativo de trabalhadores por ano, IMESF. 2012-2016



Fonte: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) (2015-2016)

Com relação ao número de trabalhadores do IMESF, infere-se pelo gráfico acima que ele cresceu o dobro de 2012 a 2016. Sendo que no vínculo empregatício a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), não há os entraves existentes para uma demissão como no caso dos efetivos. Assim, há uma maior facilidade em trocar a mão de obra e ter uma grande rotatividade de funcionários, fazendo com que o ESF se desvirtue do seu objetivo que é o atendimento especializado e uma forte conexão entre equipe de ESF e região atendida para que ocorra a

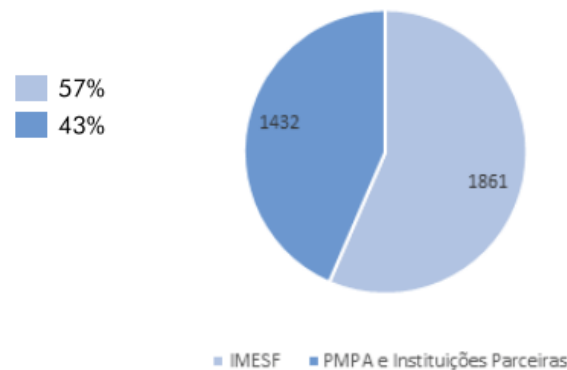
continuidade do serviço. Essa maior rotatividade de pessoal é um mecanismo também para que ocorra a diminuição dos salários dos trabalhadores, como salienta a entrevistada:

“que o Município de Porto Alegre através da secretaria da saúde criasse as condições estruturais necessárias para que as equipes de saúde da família tivessem vínculos regulares de trabalho na forma de servidores estatutários, vetando-se a forma de contratos terceirizados por cooperativas, ONGs ou OSCIPs e que a remuneração dos trabalhadores das equipes de saúde da família garantam então as condições dignas de trabalho permitindo a fixação dos trabalhadores nas comunidades e reduzindo a rotatividade dos profissionais nas equipes, então que fossem implantadas a transformação gradativa das unidades básicas de saúde que atuam no modelo tradicional que são as UBS para Estratégia de Saúde da Família, estabelecendo através da legislação específica, a migração dos trabalhadores para estrutura organizacional a ser instituída”. (Entrevista 1)

A flexibilidade de vínculos empregatícios e a menor força dos sindicatos se apresenta como fatores marcantes em governos liberais. A mão de obra é vista como um gasto e, terceirizando o serviço, é possível obtê-la de modo mais barato e substituí-la mais facilmente o que evita burocracias e lentidões no processo, mas que prejudica o trabalhador que tende a ficar menos tempo em seu cargo e abre a possibilidades de fraudes e omissões se a prefeitura não realiza uma boa fiscalização desse trabalho. Já a menor força dos sindicatos leva a menor participação social e não há esforços para a existência de mais mecanismos nesse campo tornando a população cada vez mais distante, como comentado na entrevista:

Olha, eu começo pela tua pergunta de que está cada vez mais distante, porque a gente cada vez observa mais [...] Porto Alegre, já foi referência a participação e mesmo assim, toda legislação, a lei orgânica da saúde prevê a participação da sociedade através dos conselhos [...] O SUS está previsto na lei orgânica do município, então, o que a gente olha, eu, pelo menos, não vislumbro novos mecanismos de participação. (Entrevista 1)

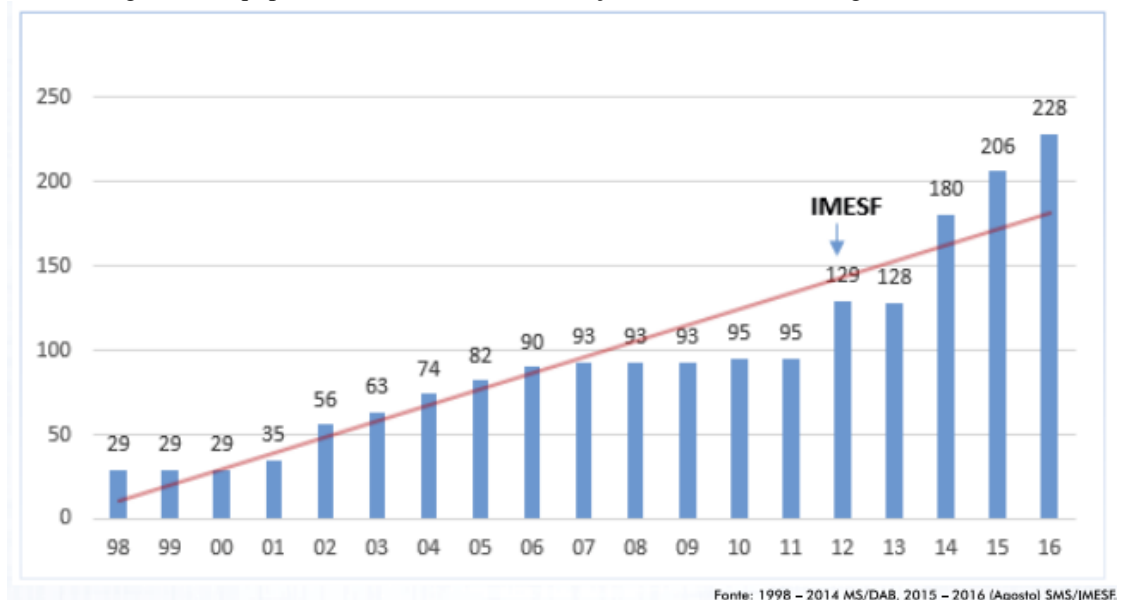
Figura 3 – Vínculo trabalhista dos profissionais que compõem a Atenção Básica, 2016.
Profissionais Atenção Básica de Porto Alegre



Fonte: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) (2015/2016)

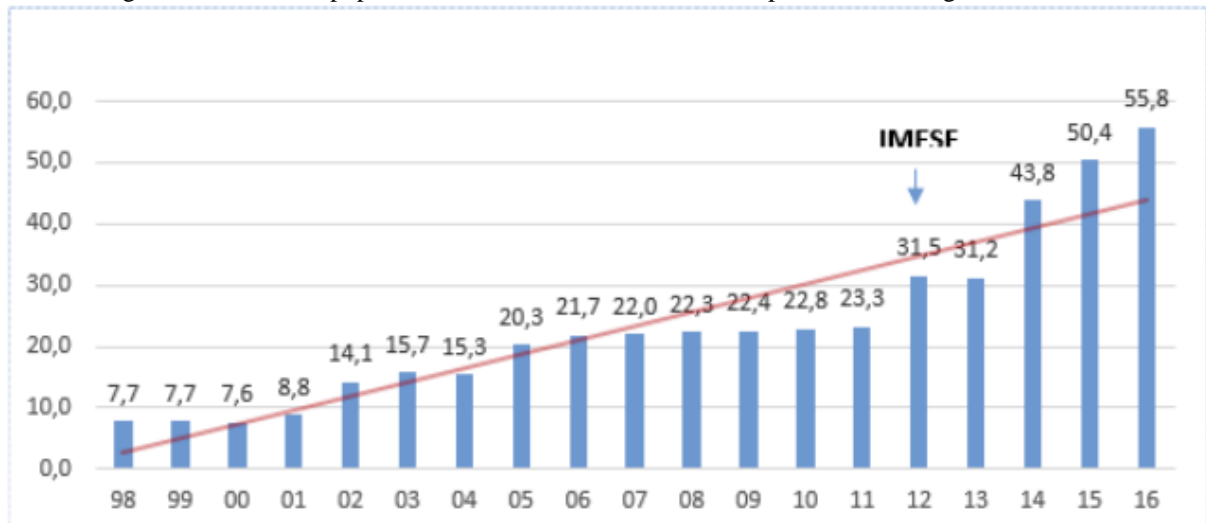
O gráfico acima que representa o vínculo trabalhista dos profissionais que compõem a Atenção Básica em Porto Alegre é do ano de 2016, e demonstra como a força de trabalho do IMESF é superior a dos trabalhadores da Prefeitura e Instituições parceiras representando mais da metade dos trabalhadores que não possuem vínculo direto com a prefeitura municipal, não são concursados e conseqüentemente não possuem estabilidade em seus cargos, mesmo depois de serem admitidos por meio de processo seletivo.

Figura 4 – Equipes de Saúde da Família. Atenção Básica de Porto Alegre, 1998-2016.



Fonte: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) (2015/2016)

Figura 5 – Cobertura populacional estimada de ESF no município de Porto Alegre, 1998-2016.



Fonte: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) (2015/2016)

Conforme demonstrado acima, houve aumento do número de equipes do programa e, subsequentemente, aumento da cobertura populacional no município, conforme previsto no PPA. A partir da gestão Fortunati, ocorreu um salto de crescimento entre essas duas variáveis que se relacionam, se comparada as gestões anteriores. Depois da criação do IMESF para o fim de gerir o ESF, já que as outras entidades que geriam anteriormente tinham outras atribuições, a maior parte da força de trabalho das equipes de saúde, que era estatutária, foi, com o passar dos anos, se tornando privada. Salienta-se que a presente pesquisa não é contra a atuação dos funcionários celetistas na atenção básica à saúde e seu comprometimento com a função não é objeto de pesquisa aqui, mas a atuação desses profissionais na rede, entre outras mudanças devem ser debatidas.

5.4 ATENÇÃO A SAÚDE BÁSICA NA GESTÃO MARCHEZAN (2017-2021)

5.4.1 Discurso Presente no PPA

No primeiro parágrafo da mensagem de abertura do PPA 2018-2021, é citado que Porto Alegre passou e ainda passa por momentos difíceis como consequência de decisões feitas pelos últimos governos, criticando gestões anteriores. Na área da saúde, foram propostas metas para aumentar e qualificar a atenção básica, ampliar o horário de atendimento em oito postos de saúde, também assegurar o atendimento para 60% da população pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família entre outros. Um dos objetivos da gestão foi incentivar o empreendedorismo e promover um ambiente favorável aos negócios através da **redução da burocracia**,

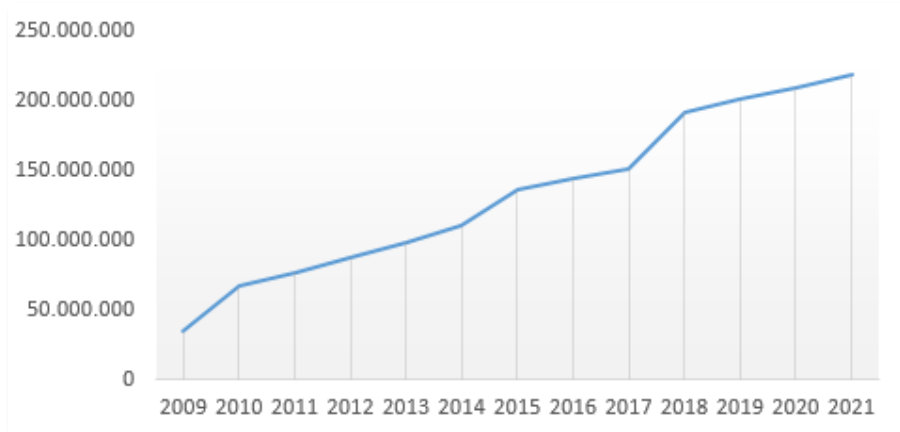
especialmente **fortalecendo e ampliando as parcerias com o setor privado** citando que tudo isso será fundamental para a capital atingir o nível de competitividade com outras capitais brasileiras, atraindo o interesse e os recursos da iniciativa privada. Tem-se o fator da competitividade que pela primeira vez ganha destaque no planejamento do município, percebendo-se um avanço na questão das relações com a iniciativa privada. Conforme classificação de Esping-Andersen, essas seriam algumas das características do *Welfare State* Liberal mostrando que o que antes não era prioridade vai ganhando espaço na agenda do governo.

No Eixo Desenvolvimento Social destaca-se o Programa “Saúde Noite e Dia”. Tal programa, que receberá R\$ 4,1 bilhões, tem como objetivo ampliar o acesso, a qualidade e a resolutividade dos diferentes níveis de atenção à saúde, visando à efetividade no atendimento prestado aos cidadãos (PORTO ALEGRE, 2017).

Em tal programa não é citado os recursos que se destinarão aos prestadores privados de serviços de saúde, mas na atenção básica é bastante enfatizado que o objetivo é sempre expandir a rede de atendimento. Com as metas de disponibilizar unidades de atenção básica à saúde com atendimento até as 22h, assegurar atendimento para 60% da população pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, construir e implantar clínicas da família, aumentar a resolutividade da Atenção Básica Primária à saúde de 80% para 85%, nota-se que há o esforço para melhorar o nível primário e, subsequentemente, não haver a necessidade da utilização dos níveis superiores de atenção à saúde. Mas, não é citado de que forma haverá essa expansão de atendimento na cidade, se por privatização ou repasse de algumas incumbências para esse setor, como contratação de mão de obra.

5.4.2 Orçamento e Repasses

Figura 6 - Previsão de despesa com atenção básica à saúde de acordo com o PPA



Fonte: Elaborada pela autora com base no Planos Plurianuais da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2021).

Tabela 4 – Despesas (repasses e transferências) para entidades de direito privado

Ano	Entidade	Valor
2017	IMESF	108.773.355,86
2018	IMESF	111.631.626,35
2019	IMESF	124.726.707,37
2020	IMESF	77.489.600,00

Fonte: Elaborada pela autora com base no Portal de Transparência da Prefeitura de Porto Alegre (2021).

Na transição do ano de 2019 para 2020, o valor repassado diminuiu tendo em vista que desde 2015 ele aumentava continuamente. O fato da lei que criou o IMESF ser considerada institucional junto da desorganização e polêmica que surgia com relação a isso, diminuiu cada vez mais o poder de atuação da entidade, porém ao mesmo tempo os casos de COVID-19 cresciam em todo o Brasil e mesmo assim os repasses para a atenção básica diminuíram de acordo com o portal de transparência da prefeitura de Porto Alegre.

Destaca-se aqui que em plena Pandemia, não houve previsão de nenhum incremento da força de trabalho dos serviços de saúde próprios, em especial na Atenção Básica e na Vigilância em Saúde, nem tampouco plano emergencial para o fortalecimento dessas áreas estratégicas, inclusive em relação aos recursos específicos destinados ao enfrentamento à Pandemia em 2020 (PORTO ALEGRE, 2021, p. 2).

O portal de transparência da prefeitura aponta que até o ano de 2020 ainda existiam repasses financeiros para o IMESF, ainda de menor valor. No ano de 2021 outras entidades de direito privado ficaram responsáveis pelas incumbências do IMESF para dar continuidade aos serviços de saúde do município, as quais serão mencionadas no próximo subcapítulo.

5.4.3 Análise da Força de Trabalho

Como dito anteriormente, em 2019 a lei que deu origem ao IMESF foi considerada inconstitucional, sendo assim a prefeitura tinha, a partir disso, a obrigação de extinguir a entidade, mas o processo se tornou tão conflitante como foi no início ainda mais em meio a pandemia de COVID-19 que começava a se alastrar pelo Brasil. Em meio à pandemia, Prefeitura de Porto Alegre anuncia demissão de mais de 1.000 funcionários do IMESF (ISAÍAS, 2019), demonstrando como uma gestão inclinada para as ideias liberais resolveu suas adversidades.

“ [...] É a terceirização dos serviços de saúde, é, na verdade, o empresariamento da saúde como eu falei no início e que na nossa avaliação do conselho, ele precariza as relações de trabalho, então ela se dá em uma proporção inversa ao que a gente tem proposto, ao que a gente tem lutado e muitas vezes, inversa ao que está escrito na Constituição e na Lei 8.080.” (Entrevista 1).

Torna-se muito problemático demitir funcionários já atuantes do programa, aumentando a questão do desemprego, pois eles não seriam incorporados de nenhuma maneira, deixando a população com déficit de qualidade no atendimento médico básico em meio ao surto de COVID-19. Após essa notícia, de que mais de mil funcionários iriam ser demitidos, ocorreu uma paralisação, 7 UBS fecharam as portas, interrompendo o atendimento a mais de 30 mil moradores de Porto Alegre. A paralisação durou dois dias, pois uma liminar do Tribunal Regional do Trabalho impediu essa demissão em massa (JUNIOR, 2020).

“Nesse período da administração do Marquezan também ocorreram a precarização do serviço público, no sentido da retirada do direito dos trabalhadores, houve muitos com relação à previdência, com relação à proventos, tudo que era assim direitos que o trabalhador já tinha adquirido foram retirados, alguns ainda não, mas muitos já foram.” (Entrevista 1)

Manchetes como “Prefeitura buscará sexto formato para gerir saúde da família em Porto Alegre em duas décadas” (GONZATTO, 2019) confirmam o quanto difícil se torna estabelecer uma forma de gerir de modo adequado o ESF em Porto Alegre, pois até agora já foram cinco diferentes parceiros, de diferentes naturezas jurídicas, que já tentaram exercer a função de maneira eficiente, mas alguma irregularidade sempre fez com que essa tarefa se tornasse inconclusa.

Atualmente, em 2021, o IMESF não executa mais nenhuma função e no seu lugar ficaram as entidades: Associação Hospitalar Vila Nova; Fundação/Instituto de Cardiologia;

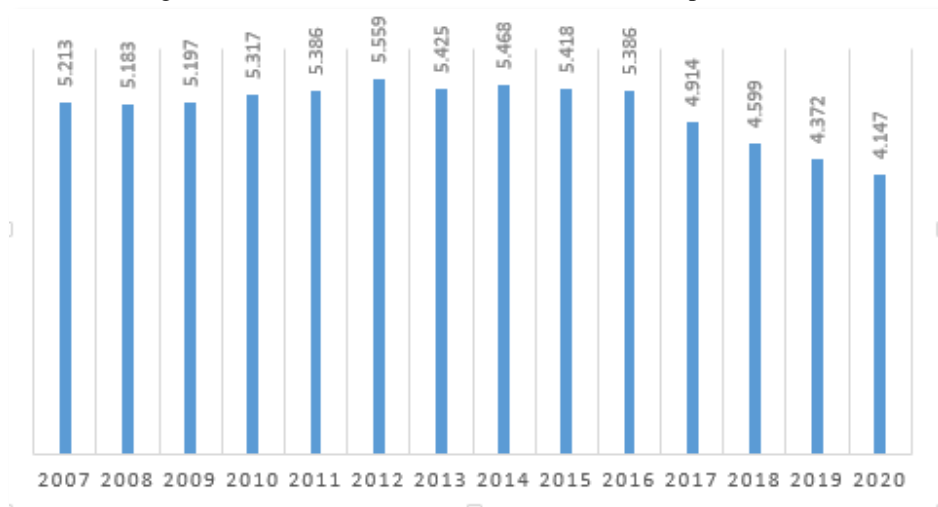
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; e Sociedade Sulina Divina Providência, e cada uma dessas organizações atende diferentes unidades de saúde. A continuidade da publicização (transferências da gestão de serviços para o setor não estatal) fica evidente nesse sentido, agora com mais espaço para as associações privadas, demonstrando que a prestação direta do serviço de saúde básico prestado pelo município não é uma opção.

Analisando os termos de colaboração com as entidades que ficaram responsáveis pelo ESF a partir de 2020/2021, instrumento utilizado para formalizar a parceria, nota-se a utilização de alcance de metas como método de pagamento para menos da metade do valor total recebido pelas entidades, mesmo sendo pouco demonstra que, mesmo não alcançando a meta estabelecida pelo poder público, elas terão direito a pagamento. Essas entidades privadas não têm obrigação nenhuma de prestar serviços do SUS, a única penalidade é que elas recebem o percentual correspondente ao que atenderam considerando que esses contratos não vão ao encontro dos princípios do SUS, pois estão cheios de dados quantitativos (números e percentuais) sendo a forma que se avalia se o serviço está sendo prestado da forma correta.

A questão da qualidade no atendimento fica prejudicada nesse aspecto, pois não há uma forma “medir” esse fator. Por exemplo, no Termo de Colaboração com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre fica estabelecido uma pontuação conforme o número médio de pacientes com realização de teste rápido por mês, se for realizado 50 a pontuação é 10 se realizados 40 testes ou menos a pontuação é 5. A questão de o teste ser feito da maneira correta e o atendimento ter sido de qualidade não é levado em consideração. Todo serviço prestado deve ser remunerado é claro, mas contratar entidades de direito privado para gerir serviços públicos e repassar verba para elas é a manutenção da propriedade privada, consentir mais com o papel fiscalizador do estado e renunciar o papel de provedor direto de serviços, reorientando os gastos públicos para que eles sejam direcionados a entidades regidas pelo direito privado.

“Sim, por que eu digo isso? Mas não só pelos mecanismos que hoje a atenção básica está colocando para atenção à saúde das pessoas, nós temos tipo uma cesta de serviços que é oferecida à população e é isso que está sendo cobrado, vamos dizer assim, das instituições ou o que não está sendo cobrado, porque agora, como te disse, com essa nova lei, nem as metas dos prestadores deverão ser cobradas, estão dispensados de cumprir as metas dos contratos, e o que há hoje com a atenção básica são contratos, que preveem uma série de serviços, então isso o conselho já questiona de antemão, desde algumas metas que foram pactuadas dessa programação anual de saúde que, de algum modo, eles frustram alguns princípios do SUS.” (Entrevista 1)

Figura 7 – Servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Elaborada pela autora com base no Relatório de Gestão do SUS da SMS de Porto Alegre (2021).

Na figura acima, nota-se que com o passar das três gestões municipais o número de servidores públicos da Secretária Municipal de Saúde diminuiu. De 2007 a 2020, houve uma diminuição de 1.066 servidores públicos efetivos, demonstrando que proporcionar um aumento desse tipo de mão de obra não foi prioridade em nenhuma das gestões, mas aumentar a cobertura do PSF sim, como demonstrado no PPA. Em que pese tais funcionários careçam de estabilidade e isso afete a continuidade dos serviços

Em suma, as informações coletadas demonstram como que o modelo de Bem-Estar Social fica fragilizado com características de um estado liberal cada vez mais perceptíveis. Um modelo de Bem-Estar Social que nunca foi efetivado e que cada vez perde mais forças no Brasil. A questão dos convênios para prestação de atendimento na atenção básica no município de Porto Alegre sempre foi algo problemático e isso persiste até o presente momento. Até hoje fundações e associações privadas continuam a gerir os serviços públicos de saúde e isso demonstra a possibilidade da administração direta se distanciar cada vez mais e a complementaridade da iniciativa privada ocupar, aos poucos, mais espaço.

Na primeira gestão analisada, a gestão fogaça, foi discutida a questão dos vínculos trabalhistas dos funcionários da atenção básica. A mudança da FAURGS pelo Instituto Sollus trouxe instabilidade e as irregularidades e atos de corrupção aos poucos foram descobertos. Muito dinheiro que deveria ter sido investido na saúde foi desviado abrindo margem para a reflexão acerca do que foi realmente posto em prática com relação a previsão de gastos, já que os relatórios da OSCIP não demonstraram a realidade.

A gestão Fortunati se mostrou mais polêmica comparada com a anterior. Desde a ideia de concepção do IMESF até a sua extinção ocorreram muitas controvérsias, se os recursos aumentam, a mão de obra e a cobertura populacional também e isso aparenta ser algo positivo, porém o elemento da legalidade deve ser prioritário em qualquer ato, conduzindo todas as escolhas dos gestores. O IMESF foi extinto depois de um longo processo que confirmou sua inconstitucionalidade, problema que se agrava, pois sua iniciativa veio da administração pública que deveria ser exemplo neste assunto e priorizar sua atuação na prestação de serviços públicos não repassando para entidades privadas que seguem a lógica do mercado.

“Na gestão Marchezan nota-se o aprofundamento desse quadro, como comentado na entrevista, o “empresariamento da saúde” se tornou mais forte com o passar dos anos [...] a chegada do Marchezan onde a gente observa uma ação mais vigorosa no sentido de o que a gente chama de o empresariamento da saúde, no conselho a gente tem denominado dessa forma. Fazendo uma propaganda, vamos dizer assim, de que bons contratos resolvem tudo, bons contratos resolvem a questão da saúde não só na atenção básica como em outras áreas, nós tivemos aí o caso dos prontos atendimentos que foram terceirizados e também diante de uma avaliação negativa do conselho e contrária desse processo, apontando uma série de irregularidades do ponto de vista legal e do ponto de vista da análise dos dados que eles apresentavam, também, para justificar tal terceirização, como salários, comparativos de salários e tudo mais.” (Entrevista 1)

Mesmo após a extinção do IMESF, surgiram novos contratos com entidades privadas. O campo da atenção básica é vasto e complexo para uma entidade administrar, portando os problemas envolvendo esse meio não são incomuns. Mas, delegar para outras entidades também se torna um problema quanto a questão da fiscalização de contratos, metas a serem cumpridas, pessoal entre outros fatores dos quais um Estado fiscalizador precisa estar atento para que tudo esteja de acordo com a legislação e dentro do planejamento. Os vínculos trabalhistas dos funcionários da atenção básica novamente viraram assunto destaque causando comoção em grande parte da população com a extinção da entidade e a ameaça de demissão em massa dando ênfase a pandemia da COVID-19 que tornou o cenário da saúde ainda mais preocupante.

Ferramentas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Primary Care Assessment Tool Brasil (PCATool-Brasil) auxiliaram no monitoramento e avaliação dos serviços da atenção básica, o primeiro de 2011 até 2019 em Porto Alegre, sendo substituído pelo Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, e o segundo a partir de 2010 já é utilizado para avaliação dos serviços com determinados públicos, mas tais instrumentos não foram aprofundados no presente estudo.

Com base nos dados apresentados, percebe-se que o serviço prestado na atenção básica poderia ser mais qualificado do que foi e como se apresenta atualmente. A resposta para a pergunta problema: “Em que medida as organizações privadas que atuaram na atenção básica à saúde em Porto Alegre nos governos Fogaça, Fortunati e Marchezan estão relacionadas ao avanço do modelo liberal de gestão de políticas públicas?”, na medida em que a mão de obra é cada vez mais terceirizada, não estatutária e não estável, em que cada vez mais o privado se mistura com o público e recebe incentivo, dado que a eficiência é entendida como o alcance de metas quantitativas e a participação social é vista como “dispendiosa” e não levada em consideração. As características apresentadas nas gestões vão ao encontro a um *Welfare State* liberal, mas que ao mesmo tempo ainda segue as premissas de bem-estar social vigentes na CF de 1988 e na legislação do SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do referencial exposto, tem-se que a existência de uma política pública de saúde universal se torna obrigação do Estado brasileiro após promulgada a Constituição Cidadã de 1988. Dividida em níveis de atenção, a rede pública de saúde pode, com o apoio da iniciativa privada, prestar um serviço de qualidade de acordo com o que está previsto na legislação do SUS. A ABS em Porto Alegre, que, desde 1995, aderiu ao ESF, conta com convênios e contratos terceirizados com entidades que protagonizaram manchetes sobre irregularidades e corrupção tanto na gestão Fogaça até a atual gestão Marchezan.

O presente estudo buscou analisar a atuação de entidades privadas no programa ESF buscando responder o seguinte problema: **“Em que medida as organizações privadas que atuaram na atenção básica à saúde em Porto Alegre nos governos Fogaça, Fortunati e Marchezan estão relacionadas ao avanço do modelo liberal de gestão de políticas públicas?”** Sendo assim, a metodologia utilizada foi a de coleta de dados tanto quantitativos como qualitativos dos períodos analisados junto de uma entrevista com alguém que esteve inserido nos contextos citados.

O estudo empírico foi realizado analisando dados quantitativos e qualitativos a partir de pesquisa documental feita em sites, relatórios, planos, notícias, legislação e documentos pertinentes as gestões municipais escolhidas. O discurso presente no PPA trouxe uma contextualização acerca dos serviços públicos do município, da postura da gestão quanto metas e objetivos pretendidos, os dados referentes ao número de servidores contribui para compreender a lógica da redução da mão de obra estável e estatutária e por fim os dados que versam acerca da questão financeira (transferências/previsão de despesas) foram utilizados para entender o quanto é prioritária ou não a rede de atenção básica para determinada gestão e o quanto de recursos é investido nesse campo.

A entrevista também foi uma das ferramentas metodológicas que nortearam a pesquisa, sendo que sua realização visou demonstrar a visão de um membro do CMS, entidade que preza pela participação social e fiscaliza a execução dos serviços prestados, perante as mudanças e escolhas feitas em cada período.

No decorrer desta pesquisa, observou-se que a maior presença do setor privado na ABS demonstra uma maior aproximação do modelo de Estado com as premissas liberais, constatando-se características presentes em cada uma das três gestões estudadas tanto na questão do discurso, mão de obra e da questão financeira, ainda como consequência de políticas como Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e do Consenso de Washington que

afetaram no modo como a provisão de serviços públicos é pensada e executada a partir dos anos 80/90. A estrutura do SMS em Porto Alegre se torna mais complexa quando soma-se com os problemas de direitos trabalhistas dos funcionários, ausência de concursos e preferência pela contratação celetista, legislação com inconsistências, falta de transparência por parte da prefeitura entre outros problemas que tornam a gestão do campo da saúde básica um ciclo de instabilidades.

Com auxílio dos resultados dos objetivos específicos, percebe-se as mudanças ocorridas de uma gestão para a outra e como essas mudanças acarretaram adversidades envolvendo diversos atores na sociedade, pois até o atual momento parece ainda existir uma insistência em encontrar o modelo ideal de se gerir o ESF no município de Porto Alegre.

As hipóteses levantadas no estudo consistem na afirmação de que atuação de entidades privadas em Porto Alegre sinaliza a lógica de enxugamento do Estado trazendo efeitos sob a qualidade da prestação de serviço e que os três governos citados possuíam interesse em ampliar a atuação destas organizações fato que coaduna com a análise feita que apresenta as entidades que se fizeram presentes na atenção básica da cidade que foram ganhando cada vez mais espaço dentro do campo da saúde com o anuência dos gestores públicos, mesmo após tantos adversidades e insatisfação vindo de diversas categorias.

Pode-se concluir que a atuação dessas entidades precariza a gestão e prestação de serviços públicos de forma que o que é público se mistura com o privado e a possibilidade de conflitos de interesse são altas dentro do campo de políticas públicas de saúde, mais precisamente na atenção básica. O Estado não pode se eximir de sua responsabilidade. Ao atuar apenas como agente fiscalizador segue as premissas de atuação de um estado mínimo que delega para outrem suas incumbências e, além disso, não mantém instrumentos eficazes capazes de tornar o vínculo do poder público com a sociedade algo mais intenso. Como foi constatado, a situação se agrava com o passar das gestões.

Sobre a coleta de dados, não foram encontrados dados acerca da previsão de Investimentos no campo da atenção básica antes do ano de 2005 no PPA, não há Plano Municipal de Saúde anterior a 2010, não há relatórios que permitam avaliar a gestão do Instituto Sollus em decorrência das irregularidades, contratos com as entidades como a FAURGS e Instituto Sollus não constam no site da SMS, repasses/transferências financeiras para entidades privadas anteriores a 2011 não estão presentes no portal da transparência entre outros documentos tornando a transparência do município bastante deficitária e prejudicando possíveis estudos.

Sugere-se que para fazer uma análise mais profunda do assunto, torna-se necessário adentrar de modo mais intenso nos debates acerca do tema, investigar de mais maneira mais apurada os documentos que possuem relação com reuniões de sindicatos, Câmara de Vereados, Conselho Municipal de Saúde e realizar uma pesquisa *survey* com diferentes nichos da população porto-alegrense e outros autores que possam influenciar no processo a fim de se compreender como é vista a atuação dessas entidades no campo da atenção básica.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Desafios contemporâneos para a reforma da administração pública brasileira. *In*: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon. (org.). **Administração Pública Coletânea**. v. 1. São Paulo; Brasília: UNESP; ENAP, 2010.

ALENCAR, Monyk Neves de *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/KGSD9rRVRVpcbC969FPwKsm/?lang=pt&format=pdf> .
Acesso em: 3 set. 2021.

ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 33, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/drk3GQCxZMTsnwQWxRjJdNQ/?lang=pt&format=pdf>.
Acesso em: 4 mai. 2021.

BARBOSA, Antonio Pires; MALIK, Ana Maria. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p.1143-1165, 2015.

BARBOSA, Estela Capelas. 25 anos do sistema único de saúde: conquistas e desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 85-102, 2013.

BRASIL. **Lei Nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004**. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.529, de 4 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a participação da União em fundo de apoio à estruturação e ao desenvolvimento de projetos de concessões e parcerias público-privadas; altera a Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13529-4-dezembro-2017-785850-publicacaooriginal-154382-pl.html>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995**. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá

outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987compilada.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE (1995) **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Imprensa Nacional, 1995.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **O Plano Plurianual – PPA**. Brasília, DF: MJSP, [2020]. Disponível: <https://www.justica.gov.br/Acesso/governanca/PPA>. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselho Nacional de Saúde é contra as Fundações Públicas de Direito Privado**. Brasília, DF: CNS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 13 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_o_sus.pdf. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estrutura do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus#:~:text=Gestor%20nacional%20do%20SUS%2C%20formula,o%20Conselho%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde.&text=Integram%20sua%20estrutura%3A%20Fiocruz%2C%20Funasa,Into%20e%20oito%20hospitais%20federais>. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 4 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 8 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à saúde (SAPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2021c]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao> Acesso em: 23 set. 2021.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Construindo o estado republicano: democracia e reforma da gestão pública**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O surgimento do Estado republicano. **Lua Nova**, [s. l.], n. 62, 2004.

CANABRAVA, Claudia Marques *et al.* Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 23, p. 115-126, 2007.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; COSTA, Ieda Maria Cabral. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde Soc.**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 971-979, out./dez. 2011.

CARVALHO, José Murilo de. **A construção da ordem: a elite política imperial; Teatro de sombras: a política imperial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CASTRO, Aline Luísa Barros de. **Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

CECCHINI, Simone; MARTÍNEZ, Rodrigo. **Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos**. Santiago de Chile: CEPAL, 2011.

COELHO, Vera Schattan P.; GREVE, Jane. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **Dados**, [s. l.], 2016, v. 59, n. 3, p. 867-901.

CRISE Mundial dos Anos 70. Porto: Porto Editora, 2003-2020. Disponível em: [https://www.infopedia.pt/\\$crise-mundial-dos-anos-70](https://www.infopedia.pt/$crise-mundial-dos-anos-70). Acesso em: 1 maio 2020.

DAGNINO, Evelina. Construção democrática, Neoliberalismo e Participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 1, n. 5, p. 137-161, 2004.

DENZIN, Norman. K.; LINCOLN, Yovanna. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman. K.; LINCOLN, Yovanna. S (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella; NOHARA, Irene Patrícia (org.). **Tratado de direito administrativo - licitação e contratos administrativos**. v. 1. 2. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**, 17. ed. São Paulo, Atlas 2003.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Fundações públicas. **Revista de Informação Legislativa**, [s. l.], v. 26, n. 101, p. 173-182, jan./mar. 1989.

DRAIBE, Sonia M. **BRASIL 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis**. Campinas, SP: Caderno de Pesquisa, 2005.

DRAIBE, Sônia. M.; RIESCO, Manuel. Estados de Bem-Estar Social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimentismo em gestação? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 13, n. 27, p. 220-254, 2011.

ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro. *et al.* **PPP na saúde: experiências e tendências**. [S. l.]: Mesa Redonda, 2011.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, [s. l.], v. 24, p. 85-116, 1991.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Lua Nova**, [s. l.], n. 35, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GONZATTO, Marcelo. **Prefeitura buscará sexto formato para gerir saúde da família em Porto Alegre em duas décadas**. Porto Alegre: Gaúcha ZH, 2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/09/prefeitura-buscará-sexto-formato-para-gerir-saude-da-familia-em-porto-alegre-em-duas-decadas-ck0r8r8lt03jf01te15pf5giv.html>. Acesso em: 5 set. 2021.

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. **Henrique Meirelles e o Consenso de Washington**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://vermelho.org.br/2017/08/31/samuel-pinheiro-henrique-meirelles-e-o-consenso-de-washington/>. Acesso em: 7 abr. 2021.

HAMERSKI, Bruna. **A presença do setor privado na saúde pública no município de Porto Alegre: o caso do IMESF**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades – Porto Alegre**. [S. l.]: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>. Acesso em: 13 jun. 2021.

INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (IMESF). **Relatório de Gestão do IMESF 2015/2016**. Porto Alegre: IMESF, 2015-2016. Disponível http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php?reg=1&p_secao=155. Acesso em: 24 maio 2021.

ISAÍAS, Cláudio. **Com decisão do STF, Marchezan anuncia extinção do Instituto de Saúde da Família**. [S. l.]: Correio do Povo, 2019. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/com-decis%C3%A3o-do-stf-marchezan-anuncia-extin%C3%A7%C3%A3o-do-instituto-de-sa%C3%ADde-da-fam%C3%ADlia-1.366263>. Acesso em: 12 jul. 2021.

JUNIOR, Aristóteles. **Com fim da greve do IMESF, sindicato fala em atuar na esfera política para impedir demissões**. [S. l.]: Rádio Guaíba, 2020. Disponível em: <https://guaiba.com.br/2020/10/16/com-fim-da-greve-do-imesf-sindicato-fala-em-atuar-na-esfera-politica-para-impedir-demissoes/>. Acesso em: 22 ago. 2021.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de direito administrativo**. 13. ed. rev., atual e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2018.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O Estado de bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LOEVINSOHN, Benjamin; HARDING, April. **Contracting for the Delivery of Community Health Services: A Review of Global Experience**. Washington, DC: World Bank Discussion Paper, 2004.

MACHADO, Dênis. Dilemas do estado moderno: Soberania, globalização e direitos humanos. Espaço Jurídico: **Journal of Law**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1124, 2011.

MÂNICA, Fernando Borges. Parcerias público-privadas no setor da saúde: um panorama das concessões administrativas no Brasil e no mundo. In: AVANZA C. S. *et al.* (org.). **Direito da saúde em perspectiva: Judicialização, gestão e acesso**. Vitória: Editora Emescam, 2016.

MARIN FILHO, Carlos José. **Concepção de Políticas Públicas - Definição, Viabilização e Execução**. 2005. Monografia (Curso de Capacitação de Técnicos Municipais para Elaboração de Planos Diretores) – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santo Ângelo, Santo Ângelo, 2005.

MARTINEZ, Paulo Henrique. Estado e amparo social no Império do Brasil (1822-1831). **Revista da ABET**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 151-165, 2003.

MARTINS, Cristina Maria da Paz Oliveira; MACHADO, Carla Jorge. Parceria Público-Privada para a Prestação de Serviços não Assistenciais da Atenção Primária de Saúde de Belo Horizonte. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, [s. l.], v. 8, n. 20, p. 100-117, 2018.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009.

MINISTÉRIO Público diz que alertou prefeitura. Porto Alegre: Jornal do Comércio, 2010. Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/site/noticia.php?codn=19358>. Acesso em: 13 jun. 2020

MONTAÑO, Carlos. O Projeto Neoliberal de resposta à 'questão social' e a funcionalidade do 'terceiro setor'. **Lutas Sociais (PUCSP)**, São Paulo, v. 8, 2002.

MOTA, Carlos Emério Ferreira da. **Parcerias Público-Privadas: Estudo de caso no Sector do Transporte de Passageiros**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas) – Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, 2012.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

NEOLIBERALISMO e Impactos na Saúde. [S. l.]: Rede Humaniza SUS, 2010. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/11509-neoliberalismo-e-impactos-na-saude/>. Acesso em: 25 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 12 out. 2021.

PAPI, Luciana Pazini. **Dinâmica Federativa de Brasil e Argentina**: Estudo comparado sobre as mudanças nos desenhos de formulação e Implementação de Políticas de combate à pobreza e de assistência social. 2017. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

PENA, Rodolfo Alves. **Consenso de Washington**. [S. l.]: Brasil Escola, 2021. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/consenso-washington.htm>. Acesso em: 24 abr. 2020.

PEREIRA, Matheus Bevilacqua Campelo. **Golpe Militar de 1964** – Instalação do Estado de Exceção e a luta pela Redemocratização. [S. l.]: Âmbito Jurídico, 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.phpn_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9499. Acesso em: 15 jun. 2020.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001.

PONTES, Reinaldo Nobre. Concepções de pobreza dos atores sociais na política de assistência social no período FHC. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 181-190, 2010.

PORTO ALEGRE. **Atenção Primária à Saúde- Unidades Básicas de Saúde**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/atencao-primaria-saude-unidades-de-saude>. Acesso em: 29 jun. 2020.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Ata nº 23 de 1º de dezembro de 2005**. Porto Alegre: CMS, 2005. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_23_\(01.12.05\).pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_23_(01.12.05).pdf). Acesso em: 26 jun. 2021.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Ata nº 19 de 2 de agosto de 2007**. Porto Alegre: CMS 2007. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_19_\(02.08.07\).pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_19_(02.08.07).pdf). Acesso em 27. jun. 2021.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Ata nº 11 de 8 de maio de 2008**. Porto Alegre: CMS, 2008. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_11_\(08.05.08\).pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_11_(08.05.08).pdf). Acesso em 27 de jun. de 2021.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Resolução nº 01, de 9 de março de 2011**. Porto Alegre: CMS, 2011. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/resolucao_01-2011.pdf. Acesso em: 2 maio 2021.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. **Apontamentos à Lei Orçamentária Anual Saúde 2021, pela Comissão de Financiamento e Orçamento do CMS de Porto Alegre, após análise preliminar**. Porto Alegre: CMS, 2021.

PORTO ALEGRE. **Instituto Sollus**: PGM ganha ação, e sócios terão bens leiloados. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2019. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/pgm/default.php?p_noticia=999202898&INSTITUTO+SO+LLUS:+PGM+GANHA+ACAO+E+SOCIOS+TERAO+BENS+LEILOADOS. Acesso em: 6 jun. 2021.

PORTO ALEGRE. **Lei Nº 11.062, de 6 de abril de 2011**. Autoriza o Executivo Municipal a instituir, conforme determina, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), revoga a Lei no 10.861, de 22 de março de 2010, e dá outras providências. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/governo_municipal/usu_doc/lei_11.062.pdf. Acesso em: 6 jul. 2021.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 12.234, de 13 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre normas para licitação e contratação de parcerias público-privadas, institui o Programa de Parcerias Público- Privadas do Estado do Rio Grande do Sul - PPP/RS - e dá outras providências. Porto Alegre: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <https://agergs.rs.gov.br/lei-n-12-234-2005>. Acesso em: 16 maio 2020.

PORTO ALEGRE. **Parcerias**. Porto Alegre. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2021. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/ppp/>. Acesso em: 17 jun. 2020.

PORTO ALEGRE. **Plano Plurianual 2006 -2009**. Porto Alegre: [s. n.], 2005. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/ppac_completo.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

PORTO ALEGRE. **Plano Plurianual 2010 -2013**. Porto Alegre: [s. n.], 2009. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/ppa2010-2013_consolidado_2012_completo_11-sem_capa.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

PORTO ALEGRE. **Plano Plurianual 2014 -2017**. Porto Alegre: [s. n.], 2013. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/ppa_2014-2017-quarta_atualizacao.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

PORTO ALEGRE. **Plano Plurianual 2018 -2021**. Porto Alegre: [s. n.], 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/ppa_revisao_2019.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Estrutura**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, [20--?]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808. Acesso em: 5 jun. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2020**. Porto Alegre: SMS, 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Porto Alegre: SMS, 2013. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf. Acesso em: 12 set. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Porto Alegre: SMS, 2012. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2010_2013.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

PORTO ALEGRE. **Secretária Municipal de Saúde**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms>. Acesso em: 17 abr. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2007, abr./2008**. Porto Alegre: SMS, 2008. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_4_anual_07_revisado\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_4_anual_07_revisado[1].pdf). Acesso em: 10 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2008, abr./2009**. Porto Alegre: SMS, 2009. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_anual_de_gestao_2008.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2009, jun./2010**. Porto Alegre: SMS, 2010. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_de_gestao_2009.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2010, 2011**. Porto Alegre: SMS, 2011. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_de_gestao_2010.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2011, 2012**. Porto Alegre: SMS, 2012. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_de_gestao_2011.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2012, 2013**. Porto Alegre: SMS, 2013. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_de_gestao_2012.pdf . Acesso em: 10 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2013, 2014**. Porto Alegre: SMS, 2014. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2013.pdf. Acesso em: 13 de ago. de 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2014, 2015**. Porto Alegre: SMS, 2015. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2014.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2015, 2016**. Porto Alegre: SMS, 2016. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2015.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2016, 2017**. Porto Alegre: SMS, 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2015.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2017, 2018**. Porto Alegre: SMS, 2018. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2018, 2019**. Porto Alegre: SMS, 2019. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag18.pdf. Acesso em: 15 de ago. de 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2019, 2020**. Porto Alegre: SMS, 2020. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sms_relatorio_anual_gestao2019.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2020, 2021**. Porto Alegre: SMS, 2021. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_anual_gestao2020.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **As bases do Estado e do pensamento liberal**. [S. l.]: Brasil Escola, 2021. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/sociologia/as-bases-estado-pensamento-liberal.htm>. Acesso em 09 maio 2020.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e Saúde**. [S. l.]: Dicionário da educação profissional em saúde, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>. Acesso em: 25 abr. 2020.

- ROUBICEK, Marcelo. **O que é neoliberalismo e quais as disputas em torno do termo.** [S. l.]: Nexo Jornal, 2019. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/10/29/O-que-%C3%A9-neoliberalismo.-E-quais-as-disputas-em-torno-do-termo>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de abr. de 2020.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.
- SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.
- SEIS postos de saúde têm atendimento afetado no 2º dia de greve do Imesf em Porto Alegre. Porto Alegre: Correio do Povo, 2020. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/seis-postos-de-sa%C3%BAde-t%C3%AAm-atendimento-afetado-no-2%C2%BA-dia-de-greve-do-imesf-em-porto-alegre-1.500172>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.
- SILVA, Adriana Campos; OLIVEIRA, Daniela Rezende de. Direito à saúde pública no Brasil: excursão histórica ao processo de desenvolvimento, reconhecimento e efetivação de um direito fundamental. **Prisma Jurídico**, [s. l.], v. 13, p. 213-241, 2014.
- SILVA, Luiz Jacintho da. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Ciência & Cultura**, São Paulo, v. 55, n. 1, 2003.
- SILVA, Reneide Muniz da; SAMICO, Isabella Chagas; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. A relação público-privado e a gestão do trabalho nas fundações estatais de saúde. **Trab. educ. saúde**, [s. l.], v. 18, n. 1, e0022959, 2019.
- SILVA, Vanessa Costa e; BARBOSA, Pedro Ribeiro; HORTALE, Virgínia Alonso. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciências Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 1365-76, 2016.
- STF nega embargos e IMESF deve ser extinto nas próximas semanas em Porto Alegre. Porto Alegre: Correio do Povo, 2020. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/stf-nega-embargos-e-imesf-deve-ser-extinto-nas-pr%C3%B3ximas-semanas-em-porto-alegre-1.412943>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- SUSPEITA de Fraude Milionária na Capital. Porto Alegre: Diário Gaúcho, 2010. Disponível em: <http://diariogaicho.clicrbs.com.br/rs/noticia/2010/01/suspeita-de-fraude-milionaria-na-capital-2784212.html>. Acesso em: 14 jul. 2020

VAZQUEZ, Daniel Arias. Modelos de classificação do Welfare State: as tipologias de Titmus e Esping-Andersen. **Revista Pensamento e Realidade**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 42-59, 2007.

WILLIAMSON, Oliver E. Public and private bureaucracies: a transaction cost economics perspectives. **Journal of Law, Economics, and Organization**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 306-342, 1999.

WILLIAMSON, J. A short history of the Washington Consensus. In: SERRA, N.; STIGLITZ, J. E. (eds.). **The Washington Consensus reconsidered: toward a new global governance**. Oxford: Oxford University, p. 14-30, 2008.

WOLTMANN, Eduardo. **Fundações públicas de direito privado como ferramentas de gestão de serviços municipais de saúde: o caso do município de Porto Alegre**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

APÊNDICE – ENTREVISTA 1

1. Como você avalia a entrada de entidades de direito privado na saúde em Porto Alegre? Especificamente na atenção básica?

Entrevistado 1: (...) Então, como é que se dá esse processo, na tua questão aí, como é que eu vejo isso? Na verdade, o conselho de saúde lá em 2008, organizou um processo de debate, de discussão através da realização de um seminário que pretendia estabelecer uma posição acerca do futuro da atenção básica do nosso município; então, nós fizemos um seminário e esse seminário produziu uma resolução que é a resolução 37 de 2008, que aprovou que a Estratégia de Saúde da Família fosse adotada como modelo da atenção básica em Porto Alegre, que toda unidade, o serviço de saúde no âmbito da atenção básica que viesse a ser implantada no município, adotasse essa estratégia de saúde da família, que o Município de Porto Alegre através da secretaria da saúde criasse as condições estruturais necessárias (estou aqui com o documento dessa resolução até para ser fiel) para que as equipes de saúde da família tivessem vínculos regulares de trabalho, e aí vem a questão que tu trazes, que é a principal do teu trabalho, então que tivesse vínculos regulares de trabalho na forma de servidores estatutários, vetando-se a forma de contratos terceirizados por cooperativas, ONGs ou OSCIPs e que a remuneração dos trabalhadores das equipes de saúde da família garantam então as condições dignas de trabalho permitindo a fixação dos trabalhadores nas comunidades e reduzindo a rotatividade dos profissionais nas equipes, então que fossem implantadas a transformação gradativa das unidades básicas de saúde que atuam no modelo tradicional que são as UBS para Estratégia de Saúde da Família, estabelecendo através da legislação específica, a migração dos trabalhadores para estrutura organizacional a ser instituída, então quando tu fazes essa pergunta, eu te coloco que a nossa posição era essa; a gente nunca viu com bons olhos a terceirização dos serviços de saúde na atenção básica do nosso município, porque nós já tínhamos uma discussão, uma trajetória de debates, um processo contra o status de corrupção nessa área especificamente e nós então tivemos essa decisão do conselho, essa resolução que foi publicada no Diário Oficial, então, nós lutamos, basicamente, pela concretização, pela implementação dessa resolução, se tu fores perguntar a primeira, o OSCIP que nós tivemos no nosso município que foi o Instituto Sollus, nós já tivemos todo esse debate, todo esse problema de um processo de corrupção que foi logo apontado pelo nosso conselho, que foi logo identificada uma série de irregularidades, foi encaminhada então ao Ministério Público, Estadual, Municipal, Federal, Tribunal de Contas e que teve como desfecho a identificação de uma quadrilha instalada na Secretaria Municipal

da Saúde, isso dito não por mim, eu estou fazendo até as palavras da imprensa da época quando foi então desvendado esse caso, que foi chamada a Operação Patos, implementada pela Polícia Federal, por solicitação do Ministério Público que identificou esse grupo aí na Secretaria de Saúde que tinha ramificações em outros estados da Federação e que desviou mais de R\$20 milhões, inicialmente eram R\$9 milhões de reais, é claro que a nossa posição diante disso e dos próximos e aí a partir então dessa resolução, também, do conselho, nós pretendíamos evitar esse tipo de problema, e a partir disso vem um outro processo que aí não sei se dá para a gente ir avançando que é a questão de todo um processo de luta e organização do conselho capitaneado, organizado, protagonizado pelo conselho de saúde com as entidades que o compõe, que o compunham na época e compõem até hoje, como as entidades do Movimento Social, Entidades Sindicais de trabalhadores de usuários e que então gestionaram, pressionaram o Ministério Público que, por sua vez, teve como resposta, a indicação de um termo de ajustamento de conduta, a partir de todo esse processo lá em 2007, inclusive foi um pouco antes dessa nossa resolução e que pretendia, que dizia, que indicava a Prefeitura de Porto Alegre, então que dizia que as contratações para a atenção básica se dessem de forma direta, só que, de algum modo, nós estamos até hoje nesse processo aí de tentativa de execução destaque que então dizia que o município deveria se abster de contratar após a assinatura destaque para a área da atenção básica, incluindo a função de agente comunitário de saúde e os demais trabalhadores vinculados aos trabalhadores da família a qualquer título sem a realização de concurso público ou processo seletivo nos moldes legais do artigo 37 do inciso II e artigo 198, parágrafo 4º da Constituição da República, a emenda constitucional 51, que prevê e organiza sobre os agentes comunitários de saúde, e eles tinham então até março de 2008 para o envio do projeto de lei da Câmara Municipal e, de fato, isso não ocorreu, o que de fato ocorreu foi essa contratação então do instituto. Depois do instituto, se contratou o Instituto de Cardiologia que, também, nós identificamos uma série de irregularidades que encaminhamos, inclusive na época, à CGU (Controladoria Geral da União) e depois disso, já veio todo o processo de discussão, que se criou um grupo de trabalho no âmbito da prefeitura onde o conselho teve assento e participou, a ideia era criar uma nova estrutura que era no âmbito deste termo de ajustamento de conduta que eu acabei de proferir para ti, uma nova estrutura que pudesse dar conta da atenção básica em Porto Alegre e, na verdade, o que o Município de Porto Alegre apontou foi a criação do IMESF, que também trazia uma série de problemas que na época foi avaliado por nós e não só por nós, como inconstitucional, na medida em que não respondia exatamente a esse artigo 37 da Constituição, mas não vou entrar mais nessa questão (...), só para dar um parâmetro assim, um panorama de como qual é a nossa posição diante das terceirizações apresentadas pelas

gestões que sucederam aí desde Fogaça que foi este período aí que eu te relatei do termo de ajustamento de conduta, da Sollus, depois do Instituto de Cardiologia e depois no Fortunati quando teve então essa articulação, essa proposta do IMESF que foi aprovado, e depois já com a chegada do Marchezan onde a gente observa uma ação mais vigorosa no sentido de o que a gente chama de o empresariamento da saúde, no conselho a gente tem denominado dessa forma. Fazendo uma propaganda, vamos dizer assim, de que bons contratos resolvem tudo, bons contratos resolvem a questão da saúde não só na atenção básica como em outras áreas, nós tivemos aí o caso dos prontos atendimentos que foram terceirizados e também diante de uma avaliação negativa do conselho e contrária desse processo, apontando uma série de irregularidades do ponto de vista legal e do ponto de vista da análise dos dados que eles apresentavam, também, para justificar tal terceirização, como salários, comparativos de salários e tudo mais então, basicamente isso.

2. Desde seu início no CMS, como você percebe a relação das gestões municipais com essas entidades privadas? Você acha que em alguma teve mais adesão, proximidade, e outras menos? Relate.

Entrevistado 1: Eu acho que a gestão do Marchezan ela tem um aprofundamento desse processo, na verdade, é assim que eu vejo, eu até tinha separado aqui alguns documentos (deixa ver se eu pego aqui alguns documentos que dão conta disso). A gente no conselho faz a análise dos relatórios de gestão, dos documentos oficiais, da lei orçamentária, então uns dos apontamentos que a gente fez na lei orçamentária de 2019, vou pegar só um pontinho ali que diz o seguinte: “os valores previstos para a administração de pessoal são menores para o próximo período que a gente estava avaliando 2019, uma vez que o valor previsto é de 643 bilhões, 84 milhões e 316 reais, sendo que a diferença menor é de 33 bilhões, 994 mil e 598 reais, considerando o número crescente de aposentadorias, a falta de recursos humanos, especialmente nos hospitais de pronto socorro e Hospital Presidente Vargas, assim como na vigilância em saúde, os prontos atendimentos, o que nos leva a supor que não haverá a reposição de recursos humanos para o atendimento à saúde da população e que, de fato, gerará, desassistência e precarização dos serviços prestados, então esse é um dos apontamentos que a gente fez com relação a lei orçamentaria de 2019 (...) Então, a gente foi vendo que essa questão, esse orçamento, foi diminuindo ao longo dos anos e isso a gente faz, essa análise da lei orçamentária anual todos os anos, o conselho elabora esse documento que a gente chama de apontamentos sobre a lei orçamentária e a gente inclui também essa avaliação na análise dos relatórios de gestão, que é por onde a gente tem, também, se manifestado vamos dizer assim, é

onde a gente consegue avaliar então as ações da gestão (...) Há, paulatinamente, um percentual menor do orçamento anual para a saúde de Porto Alegre

3. Como você avalia a questão da força de trabalho do ESF com o passar dos anos (da gestão Fogaça até Marchezan), aumentou ao longo dos anos?

Entrevistado 1: Então, como eu te disse, a gente faz essa avaliação a partir dessa perspectiva, (...) a gente tem uma preocupação a partir dessa resolução do conselho, que eu fiz essa leitura ali no início de 2008, que afirma então, que diz então, para a secretaria de saúde que delibera, como deve ser a força de trabalho, vamos dizer assim, características, as relações que devem ser estabelecidas. Então pra te falar sobre isso, eu também vou te destacar aqui (...) nas recomendações ao prefeito, (tu sabes, não sei se tu tens o conhecimento, que nos temos uma legislação que é uma, Lei 6.141 de 2012, que ela estabelece que os conselhos de Saúde no âmbito das suas atribuições devem avaliar a cada quadrimestre o relatório consolidado, o relatório anual de gestão, mas que devem, também, emitir algo ao poder executivo, no caso, ao prefeito, as considerações, que a gente chama das recomendações ao prefeito, previstas nesse artigo da Lei 6.141. Com relação a força de trabalho, especialmente, da atenção primária, da atenção básica, que é o que a gente tá vendo aqui, o que nós dissemos, isso aí é um registro, vamos dizer assim, desse processo de 2012, então olha que estamos em 2021, então, em relação a rede de atenção básica, não há referências sobre o quantitativo de equipes incompletas, que é um fato recorrente nas denúncias recebidas pelo conselho e que incide na cobertura efetiva do território, pois se as equipes não estão em pleno e efetivo exercício, ou seja, se elas não estão completas no seu quadro de trabalhadores, a demanda acaba sendo atendida nos serviços de urgência, como ocorre em Porto Alegre, além de que isso implica em redução do volume de recursos transferidos ao Município, o componente piso que era antigamente, agora já mudou, no PAB, que é o Piso da Atenção Básica Variável, o relatório demonstra que o aumento na cobertura de redes de serviços de atenção primária através do aumento de equipes na Estratégia de Saúde da Família não se refletiu no aumento quantitativo de atendimentos para a população de Porto Alegre, ao contrário, nota-se redução preocupante nas consultas médicas de 17,35% em comparação com o mesmo período de 2012, teve menos 19.821 consultas. Portanto, a relação de aumentos na cobertura da rede, não se refletiu objetivamente no atendimento da população, na região do centro, essa redução chegou a 61,4% das consultas, então o que a gente recomendou ao prefeito? Em 2012, que era o Fortunati, enviar o relatório mensal ao conselho descrevendo a situação das equipes das redes de atenção primária na sua condição de completas ou incompletas, isso só com relação a atenção básica, para se ter a ideia do ponto de vista da

análise que nós fazíamos já desde aquela época e que não mudou, porque agora, por exemplo, nós estamos defasados enquanto conselho na análise dos relatórios de gestão, nós não avaliamos o relatório de gestão de 2018, nem de 2019, depois mais adiante em uma outra questão que tu colocas, eu vou te explicar porque (...). Este ano, em 2021, nós avaliamos o primeiro quadrimestre de 2020 e nesse primeiro quadrimestre de 2020 (...) com relação a cobertura da rede de atenção, a gente pode observar se isso melhorou ou não. Então, o relatório de gestão, ele diz que tem 61% de cobertura populacional, e nós dizemos que não, por que nós dizemos que não? Eu vou pegar um trecho aqui do nosso relatório, que é a análise que a gente faz. Diz o seguinte “o relatório demonstra, através da tabela 34, que houve a redução do número de unidades de saúde, algumas unidades (...) foram fechadas, porém ocorreu o aumento do número de equipes de saúde da família, proporcionando o aumento da cobertura populacional para 61,8% afirmando que para chegar a este dado, multiplicam 3.450 usuários para cada equipe de saúde da família. Por outro lado, a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família de Porto Alegre, conforme parâmetro do Ministério da Saúde, de acordo com a portaria 703 de 2011, atingiu 52,7%. De acordo com o ministério e com os parâmetros dessa portaria, há 52,7%, já há uma diferença da cobertura da população, a meta 4 da programação anual de saúde de 2020, pretende garantir a cobertura de equipes completas (...). Quando a gente define uma meta para ser atingida no Plano Municipal de Saúde, a gente incluiu esse conceito de equipe/direito de equipe completa de Estratégia de Saúde da Família para maior ou igual a 60%, essa era a meta, não só do Plano Municipal de Saúde como a meta do prefeito. Se compararmos com os dados da tabela 23 onde constam um total de 236 enfermeiros no período, pode-se inferir que 11,27% das equipes de saúde da família estão sem profissional enfermeiro; com relação aos médicos, consta 148 médicos, 59 no IMESF e 89 do Programa Mais Médicos. Do mesmo modo, podemos afirmar que 44,37% das equipes de saúde da família estavam sem profissional médico, e aí embora conste o quantitativo de médicos residentes, podemos considerar que não podemos ter um residente sem um médico preceptor local. Em relação a cobertura de agentes comunitários de saúde, apresentada de 26,4%, houve decréscimo. Esse comparativo que a gente estabelece no relatório é do primeiro quadrimestre de 2020 com o primeiro quadrimestre de 2019, portanto, com o mesmo gestor, governo Marchezan, então houve um decréscimo se comparado com o primeiro quadrimestre de 2019, onde foi de 29,8%. É importante destacar que para o alcance dessas metas são previstas 6 ações. Cada meta tem uma série de ações que serão desenvolvidas para que aquela meta seja atingida, é assim que funciona e a análise das informações apura que 4 delas estão em andamento e 2 não estão suficientemente explicitadas no quadro da programação anual de saúde, de modo que é flagrante a inconsistência dos dados

apresentados, considerando que a informação apresentada no relatório indica que 11,27% das equipes estão incompletas em contraponto aos dados acima citados de vacâncias de médicos e enfermeiros nas equipes. Há divergência entre os mesmos. Desse modo, podemos inferir que a cobertura pode estar em torno de 50,02% mais próximo do dado apresentado pelo Ministério da Saúde. Tudo isso, é para te demonstrar, de acordo com nossas análises, especialmente as que foram possíveis, porque nós não fizemos o relatório anual ainda esse é o primeiro quadrimestre, mas a gente já vê uma discrepância bem significativa a partir da análise e do comparativo dos dados apresentados no relatório, pois uma coisa é a meta ali que aparece, daí a gestão foi ali, fez uma medição de acordo com o dado cru, mas esqueceram de dizer que a descrição da meta estava prevendo equipes completas e eles mesmos colocaram no relatório o número de profissionais em cada equipe e o número geral de cada equipe de saúde da família, então a gente foi lá, esse é o trabalhinho, vamos dizer assim, que, muitas vezes, é difícil para nós, mas a gente vai e faz e que permite uma análise desse tipo, com os dados apresentados a gente vê que não melhorou tanto assim, pelo menos não atingiu a meta proposta naquele período. A meta que estava proposta é abaixo do que a prevista. Eu acho que assim eu te respondo a questão. (...) Tem um outro dado também ali com relação só que não é especificamente da atenção básica, mas é um apontamento que nós fizemos para esse prefeito com relação a necessidade de haver um plano de cargos e salários como está previsto na lei do SUS, então a gente também solicita(...), [começa a ler no material] “o trabalho em saúde (...) em virtude de sua própria essência é gerador de sofrimentos e doenças relacionadas ao trabalho; o acompanhamento funcional, como fica demonstrado no relatório de gestão quadrimestral, é praticamente inexistente, não ocorrendo de forma proativa, através de acompanhamentos permanentes das equipes, ficando centralizado em uma gerência, a partir de demandas e dos serviços e dos seus trabalhadores. Dos 13 equipamentos de saúde que tem o grupo de trabalho e humanização constituído, 9 identificam a importância de ações direcionadas à saúde do trabalhador.” Então, o que a gente recomenda é instituir um programa específico de acompanhamento funcional, de forma permanente com caráter de ação preventiva de promoção da saúde e a outra recomendação é a implementação da mesa permanente de negociação do trabalho no SUS, conforme a norma RH do SUS para o estabelecimento de política municipal de gestão do trabalho em saúde no município, com instituição de comissão planetária para o acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde, para elaboração de plano de carreira único para os trabalhadores da saúde no município, capaz de garantir a estabilidade das equipes de saúde, qualificação do trabalho e da carreira pública no âmbito do SUS municipal. Que sejam atendidas na sua totalidade as solicitações e informações constantes, aí a gente coloca um ofício

que a gente encaminhou lá para o secretário de saúde na época, e é bom que se diga também que mesmo que não seja uma atribuição do conselho trabalhar na mesa de negociação e comissão de cargos e de salários, o conselho de Saúde fez uma proposta a partir de uma provocação do Ministério Público, nós constituímos um grupo de trabalho que encaminhou ao Ministério, entregou ao secretário da saúde, isso ainda no governo Fortunati, uma proposta de programa, de cargos e salários no SUS em Porto Alegre com toda essa priorização do serviço público. Então isso existe, foi feito pelo conselho mesmo sem ser sua atribuição, foi desencadeado, não foi feito pelo conselho, mas foi desencadeado pelo conselho através de um grupo de trabalho constituído por trabalhadores do SUS.

3.1 Como são as condições de trabalho dos trabalhadores?

Entrevistado 1: (...) É a terceirização dos serviços de saúde, é, na verdade, o empresariamento da saúde como eu falei no início e que na nossa avaliação do conselho, ele precariza as relações de trabalho, então ela se dá em uma proporção inversa ao que a gente tem proposto, ao que a gente tem lutado e muitas vezes, inversa ao que está escrito na Constituição e na Lei 8.080. Então é um pouco por aí, a nossa afirmação tem sido a defesa do Sistema Único de Saúde, tem sido afirmar o SUS público, de qualidade, com caráter complementar para o sistema privado apenas de forma complementar, eu acho que um pouco isso, tem sido nossa afirmação.

3.2 Há diferença de remuneração entre alguns profissionais da administração direta e dessas Organizações privadas?

Entrevistado 1: Nós nunca fizemos um levantamento “Ah, o IMESF paga tanto, o Município paga tanto, os celetistas recebem tanto, os servidores recebem tanto, isso a gente fez nessa análise, daí foi uma análise que fizemos do processo de terceirização dos prontos atendimentos onde houve uma proposta, vamos dizer assim, olha, tanto o município (...) porque eles se basearam nisso para fazer a proposta, dizendo que era mais barato a terceirização”, “então vamos terceirizar que é mais barato.” Então eles fizeram lá, estabeleceram um comparativo onde eles colocavam quanto era, quanto receberia um servidor e quanto receberia um trabalhador celetista. Chegavam ao fim lá, a conclusão de que era mais barato, só que não, porque o que a gente fez? Nesse caso, a gente fez toda uma análise dos dados apresentados pela prefeitura e aí a gente chegou à conclusão que existiam dados que eles traziam ali dos servidores que eram subdimensionados e a gente provou isso. “Olha, esses dados são superdimensionados, porque de acordo com esse registro aqui, com esse contracheque, com esse parâmetro da prefeitura, quanto ganha um servidor que entra e até no decorrer do período que ele vai ficar, a

gente fez uma estimativa do período de tempo até a aposentadoria e considerando todos os direitos também que nesse período da administração do **Marquezan** também ocorreram a precarização do serviço público, no sentido da retirada do direito dos trabalhadores, houve muitos com relação à previdência, com relação à proventos, tudo que era assim direitos que o trabalhador já tinha adquirido foram retirados, alguns ainda não, mas muitos já foram.

Entrevistadora: Essa análise que tu me citou foi feita em que ano, quando?

Entrevistado 1: Essa dos prontos atendimentos? 2018. Foi recente, no governo **Marchezan**, foi quando teve esse aprofundamento então do empresariamento da saúde, do aprofundamento das terceirizações que, na minha avaliação, não só na minha avaliação, mas os fatos demonstram que onde houve também muito aquela exposição de dizer que o contrato resolve tudo, resolve os problemas da administração pública, “então não vamos ter corrupção, porque se tiver uma boa fiscalização do contrato” o que mesmo nesse período de pandemia, a gente sabe que tem uma legislação, inclusive dispensa os prestadores de cumprir as metas estabelecidas no contrato nesse período, então isso já demonstra que isso caiu por terra, especialmente, nesse período de pandemia que estamos vivendo.

3.3 Em 2016, foi um dos anos em que na atenção básica contava com mais trabalhadores celetistas do que estatutários. Quais as consequências que isso pode causar na sua opinião?

Entrevistado 1: (...)A questão, na verdade, que eu vejo, (...) a ação dos trabalhadores do IMESF está na administração pública, mas também eles promovem ações na atenção básica, então, a gente não vê por esse ângulo. Qual é o nosso objeto? É a questão do servidor, como eu falei, daquela nossa resolução que privilegia, que destaca os atributos da atenção básica, especialmente na questão do vínculo que se estabelece entre os trabalhadores e a população que no caso do IMESF ela ainda é privilegiada, se não fosse o IMESF, fosse um outro organismo, um outro mecanismo mesmo que dentro da administração pública, eu acredito que esse vínculo é mais efetivo do que no caso não com a questão dos celetistas, mas nós tivemos agora a pouco, em uma reunião que nós tratamos especificamente desses dados aí da atenção básica, onde nós então observamos o número de unidades, agora não mais IMESF, mas das terceirizadas, das contratadas, das empresas com relação as unidades ainda da atenção básica com vínculos composta por servidores. Ainda são 18 unidades de saúde da atenção básica que tem vínculos estatutários (...). E o trabalho, o modo de trabalho, na verdade, ele ainda é um pouco diverso, vamos dizer assim, porque, como a gente previu ali naquela resolução, o modo de trabalho que deveria ser diferente; em alguns momentos eu acho que se aproxima, mas o IMESF já tem toda

essa perspectiva, toda essa formação da atenção básica nessa perspectiva que nós definimos ali na resolução. Eu não saberia te especificar assim dessa forma como tu estás perguntando, talvez em algum outro momento, em alguma outra avaliação, mas isso nós nunca fizemos essa avaliação assim dessa forma como tu estás me perguntando.

3.4 Como você avalia a capacidade de prestação de serviços e a qualidade das entregas desses profissionais?

Entrevistado 1: Na verdade, eu não avalio dessa forma como tu colocas, eu não considero que o serviço de saúde é uma entrega, eu considero que ele é um direito e esse direito é devido pelo Estado, no caso, pelo município e demais entes da Federação. O que traz o nosso debate ao longo do tempo e a experiência que a gente tem no CMS com relação com tudo que já se viveu e tem se vivenciado atualmente na atenção básica, eu continuo pensando que nós tomamos a decisão no conselho mais acertada; que é fazer valer os princípios do SUS, nos atributos da atenção básica, como na centralidade do Sistema Único de Saúde. Eu acho que é um pouco por aí.

3.5 Com relação à cobertura populacional, aumentou de governo para governo? E com relação ao momento anterior ao IMESF?

Entrevistado 1: Pois então, eu acho que até já te respondi com relação a essa questão da cobertura, porque, na verdade, o que se tem em mente é que ampliando o número de equipes, o número de unidade de saúde, se amplia a cobertura, isso é uma coisa meio óbvia só que não, porque de acordo com a avaliação ali no relatório de gestão, a gente viu que não é bem assim, porque se as equipes não estiverem completas, eu não posso dizer que a minha cobertura se dá da mesma forma, então, nós temos que ter um parâmetro, uma meta, um indicador para fazer essa medição que no caso nosso aqui de Porto Alegre é com as equipes completas (...). Em termos de equipes, ao longo dos períodos, a gente foi aumentando, mas eu não tenho o dado aqui para dizer que em tal período foi tanto, em tal período tanto e, depois, foi tanto, o que eu tenho é essa avaliação mais qualitativa que a gente fez nesse último relatório que foi o de 2020, não fizemos o de 2021 ainda, fizemos outras análises, (...) mas essa de cobertura mais específica com dados é essa última, então a gente pode ver que, de fato, não houve aumento, pelo menos na proporção que se pretendia. Houve um aumento na nossa avaliação, de acordo com a meta e com o indicador proposto pela meta, nós tivemos ali 50%, mas está dito pela gestão que foi 61%.

4. Como você enxerga a relação da prefeitura com o conselho e com os sindicatos? Com o passar do tempo está ocorrendo uma maior abertura para o diálogo acerca da gestão da atenção básica?

Entrevistado 1: Olha, eu posso te falar do conselho ou então aí um pouco do que eu comecei a falar no início (...) teve o período eleitoral que começou em 2017 e nós tivemos o que a gente costuma chamar de um ataque ao controle social, onde a gestão da época, então a gestão Marchezan, através do secretário de saúde da época, deflagrou o que nós chamamos de um ataque ao controle social onde nós fomos impedidos no primeiro momento de fazer a eleição do conselho e aí mesmo assim nós fizemos, procedeu a eleição, depois, no segundo momento, nos foi proibido o acesso às dependências do conselho para tomar posse e nós fizemos a posse do lado de fora do CMS por determinação do Secretário da saúde, então foi impedida não só a posse dentro das dependências do conselho, como o acesso à e-mail, à sala do conselho, a qualquer tipo de ação ou de entrada ou de ingresso, de qualquer servidor, no caso eu que sou trabalhador e outros usuários não podiam entrar nas dependências do conselho e nem ter acesso nem ao site, nem ao e-mail, a nenhum documento, então nós tomamos posse na rua, com a participação das entidades dos sindicatos que compõem o conselho, o movimento social das associações de moradores, tomamos posse ali, então, no dia seguinte, representamos ao Ministério Público Estadual requerendo providências e isso foi feito acho que não chegou a 15 dias, então o Ministério Público entrou com uma ação civil pública, requerendo o nosso ingresso de forma liminar aí nos foi concedido o acesso à sala do conselho, a gente começou então a atuar. Na coordenação, tivemos uma série de dificuldades, embora a gente tenha ganho; depois em agosto veio a decisão na íntegra do processo. Primeiro foi a decisão liminar, depois foi a decisão de mérito (...). Nós ganhamos essa ação, mas nós tivemos a nossa tarefa e a nossa ação todo o tempo combatida pela Gestão Municipal. Então foi muito difícil esse processo. Por exemplo, nós tivemos uma Conferência Municipal de Saúde em 2019, que foi a 8ª conferência, o gestor municipal não previu recursos para a realização da conferência, nós tivemos que solicitar o recurso através de uma emenda, tivemos que pedir para um vereador encaminhar uma emenda, uma lei orçamentária anual para que a gente pudesse realizar a conferência, mesmo assim depois o secretário, o que pode cortar desse recurso e não autorizar uma série de ações previstas para conferência, foi assim que aconteceu. Então, tivemos uma série de ações de assédio moral com relação a nossa ação; eu digo nós, pois há outros servidores envolvidos, que são conselheiros também e assim como usuários.

Entrevistadora: Tudo isso na gestão Marchezan?

Entrevistado 1: Sim, na gestão Marchezan em que tese, dificuldades ocorridas em outras gestões também tivemos, mas não foram tão acentuadas assim como foi o governo Marchezan, então ele fez todo esse assédio, esse ataque ao controle social, impedindo, por exemplo, eu era servidor do município, em outro tempo, o servidor que me antecedeu (...) teve as suas atividades de trabalho transferidas, vamos dizer assim, para a ação no Conselho, para desenvolver suas atividades, seu horário de trabalho dentro do conselho (...) havia toda uma resolução, acho que é a resolução do secretário anterior, do Fernando Ritter, que tinha um conjunto de regramentos para a participação dos servidores e dos usuários que não foi revogada, mas que também não foi cumprida e todo o tempo que nós estivemos ali no conselho foi muito difícil, nós tivemos a nossa estrutura desmantelada, nós tínhamos um secretário executivo que tinha o conhecimento de todo o funcionamento do conselho e ele pediu para sair neste período (...), nós tínhamos uma funcionária que estava em processo de aposentadoria que para ela sair precisava ter uma outra pessoa para substituir por iniciativa dela e por compromisso dela com o controle social, ela permaneceu então no conselho na esperança de que pudesse ser colocada uma outra pessoa para que ela pudesse ensinar, mas isso não ocorreu, nós estamos até hoje sem secretário executivo no conselho, nós conseguimos apenas um servidor que foi para lá e que está até hoje, mas tem que se dividir em quase todas as atividades, imagina uma cidade como Porto Alegre, com a quantidade de projetos, de ações e hoje todos os processos que entram para a secretaria são eletrônicos, são informatizados, então esse processo todo ele precisa que o conselho dê pareceres, que se debruce, a nossa estrutura hoje é muito restrita, nós temos processos em andamentos de ações, principalmente, de representações nossas ao Ministério Público, requerendo que seja constituída essas equipes necessárias ao funcionamento do conselho, mas isso já tá ocorrendo desde muito tempo, não tem uma perspectiva de se solucionar tão cedo. Pra tu teres uma ideia dessa perseguição ao conselho nesse período do Marchezan, em 2019, nós tivemos um estresse muito grande, porque chegou um momento que a gente não tinha mais estrutura (...) e aí então foi uma desestruturação, uma tentativa, na minha avaliação, de sabotagem ao conselho, de fazer com que o conselho não funcionasse, não conseguisse cumprir com as suas atribuições e isso, de algum modo, aconteceu, porque a gente teve que ir ao longo desse período priorizando, tanto que nós conseguimos analisar em 2018, nossa última avaliação foi do relatório anual de 2017, sempre no ano seguinte, por exemplo, termina o ano, aí no período até o prazo legal, até março que eles tem que enviar para a gente a análise do relatório, até março de 2018 no caso. Então, nós conseguimos fazer a análise do relatório de 2017 e ali em 2018 nós conseguimos fazer a programação anual de saúde também, de todos os anos, isso a gente fez a análise, mas do relatório aí seria a avaliação mesmo, a avaliação da gestão, então

a gente não conseguiu fazer no tempo previsto, isso a gente considera que foi um boicote, porque, de algum modo a gente conseguiu analisar esses processos de terceirizações, a gente conseguiu analisar os processos da terceirização da atenção básica, desde o fechamento do IMESF a gente se envolveu (...) nós temos em andamento algumas ações que a gente priorizou, especialmente, com relação a questão, eles emitiram um decreto, que é o nosso juízo, foi um decreto que consideramos inconstitucional, que tentou regular a Lei 8.080 no que diz respeito a complementariedade do SUS, então isso a gente considera que é bem importante, nós conseguimos também de forma liminar reverter e agora à pouco, o Município de Porto Alegre retirou esse decreto (...) a Procuradoria Geral do Município então revogou esse decreto, então é nesse espaço, vamos dizer assim, que ainda continua andando, articulado com essa ação, que continua ainda em andamento a questão de estar diretamente relacionado a execução do termo de ajustamento de conduta que prevê então a execução de forma direta da atenção básica pelo Município de Porto Alegre, nós ainda estamos na espera e no aguardo e na luta para que isso, de fato, se reverta de forma favorável para a população de Porto Alegre.

5. E com a sociedade? Um dos princípios do SUS é o da participação social e o ESF é um programa extremamente importante tendo essa relação com a população local. Você acha que com o passar das gestões os usuários estão tendo esse espaço, mais ferramentas, além do conselho de saúde para exercerem esse direito? Ou a população está cada vez mais distante?

Entrevistado 1: Olha, eu começo pela tua pergunta de que está cada vez mais distante, porque a gente cada vez observa mais, eu acho que uma questão interessante para se ver, para se avaliar, é uma afirmação do prefeito recém eleito, quando poucos meses da sua eleição, o prefeito Sebastião Melo se manifestou dizendo que ele não ia considerar os conselhos da cidade de forma geral, porque se ele fosse atender as deliberações dos conselhos, ele não seria o prefeito, então para que prefeito? Foi isso que ele disse, mais ou menos, em outras palavras, então, eu acho que isso já exemplifica qual é a visão e qual é o patamar que se encontra a participação social em Porto Alegre, já foi referência a participação e mesmo assim, toda legislação, a lei orgânica da saúde prevê a participação da sociedade através dos conselhos (...) dos conselhos de saúde também está previsto na lei orgânica do município. O SUS está previsto na lei orgânica do município, então, o que a gente olha, eu, pelo menos, não vislumbro novos mecanismos de participação, o que eu vejo no conselho de saúde, a gente conseguiu, até acho que na ocasião da pandemia, aprofundar alguns mecanismos de participação virtuais que, de algum modo, eles facilitam a participação em momentos como esse e, por outro lado, a gente se questiona, porque

sempre a participação foi representada pela presença, pela troca, pela proximidade, em que tese a gente está vivendo esse momento agora; no conselho, nós temos a sorte e o privilégio de ter uma pessoa lá que é da área da comunicação e que está no conselho desde 2017, porque quando o secretário lá assumiu, esse do governo Marchezan, ele levou pessoas da sua confiança para trabalhar lá na secretaria então cedeu uma das pessoas que está lá da área da comunicação para o conselho e lá, ela ficou, então permaneceu, para nós foi de muita valia, porque permite toda essa comunicação do conselho, desde grupos de whatsapp, às reuniões de modo virtual, alguns mecanismos também que foram criados como revistas eletrônicas, que tiveram uma comunicação maior, as próprias reuniões do conselho tiveram uma abrangência maior nesse período, tiveram um maior número de acessos, de compartilhamentos, as reuniões do plenário, então eu acho que por aí sim, nós tivemos esse aspecto valorizado, desses novos mecanismos que por enquanto ainda são novidades para muitos conselheiros, nós temos muitos conselheiros idosos, então há alguma dificuldade, hoje, por exemplo, nós não dispomos do meio eletrônico para as reuniões do conselho, nós não temos o *meet* no conselho, nós temos é uma outra plataforma que é cedida por um dos sindicatos que é membro do conselho, que até então a secretaria não providenciou a compra ou aluguel, não sei como é que funciona, dessas plataformas para a gente poder utilizar e poder também diversificar nos territórios, porque tem toda a estrutura do conselho nos territórios, essa ficou bastante prejudicada, porque devido a toda essa mudança na atenção básica, nós temos os conselhos distritais, os conselhos locais, que tem a sua coordenação eleita também e os seus integrantes que compõem os núcleos locais também são eleitos, então a partir do momento que saem dos territórios, são demitidos como foram no IMESF, aí então a gente teve que reduzir, tem uma resolução do conselho que trata disso, que reduz, que define como vai ser essa participação a partir das pessoas que já participavam, então não aceitamos integrantes novos até que a gente possa resolver, em juízo, essa situação aí da atenção básica.

6. Com o aumento da população do município temos o aumento da despesa com os serviços básicos de saúde. Como você avalia a disposição de recursos para a prestação do ESF?

Entrevistado 1: Pois então, eu acho que é um pouco disso do que eu te falei em relação com o recurso para 2021, o recurso de um modo geral diminuiu e todo o recurso que tá sendo utilizado hoje é o mesmo recurso, não mudou, da atenção básica, por exemplo, as mesmas fontes de recursos e eles estão, no momento atual, transferidos para essas entidades, estão prestando serviço, com diversos limites, ainda hoje a gente não está vivenciando até onde eu acompanhei nas últimas reuniões o novo modelo de financiamento da atenção básica, ainda não se fez sentir

aqui no orçamento, pelo menos são as referências da coordenação do fundo de saúde, talvez agora vá começar a se modificar, mas é essa avaliação. Houve a diminuição dos recursos, a gente sente, vê na prática que as necessidades em saúde aumentam, a precarização dos serviços também, a precarização da vida, das pessoas, com o desemprego, a fome rondando nas nossas comunidades, a pandemia aglutinando todos esses processos.

7. Com relação aos princípios do SUS, você acha algum pode ser prejudicado em função dessa delegação da prestação de serviços as organizações privadas, mesmo sem fins lucrativos?

Entrevistado 1: Sim, por que eu digo isso? Mas não só pelos mecanismos que hoje a atenção básica está colocando para atenção à saúde das pessoas, nós temos tipo uma cesta de serviços que é oferecida à população e é isso que está sendo cobrado, vamos dizer assim, das instituições ou o que não está sendo cobrado, porque agora, como te disse, com essa nova lei, nem as metas dos prestadores deverão ser cobradas, estão dispensados de cumprir as metas dos contratos, e o que há hoje com a atenção básica são contratos, que preveem uma série de serviços, então isso o conselho já questiona de antemão, desde algumas metas que foram pactuadas dessa programação anual de saúde que, de algum modo, eles frustram alguns princípios do SUS, (deixa eu ver aqui se temos alguns apontamentos que nós fizemos com relação a isso, eu te passo depois). (...) Algumas das metas que foram pactuadas e estão ainda em vigência até o final de 2021 com relação a atenção básica. A primeira diz assim: “Instituída a carteira de serviços à atenção primária em todas as unidades de saúde”, isso é uma questão que na nossa avaliação contraria à medida em que tu estabelece algumas ações que serão ofertadas um pouco naquela questão que tu colocavas ali na entrega de um bem que, na verdade, nós achamos que se trata de um direito, que é um direito universal, integral e que deve ter qualidade, na nossa opinião deve ser público, então nesse aspecto contraria e limita na medida em que esses contratos com essas entidades eles foram feitos com essas características, então é nessa medida que impede, que ataca um dos princípios do SUS que é a integralidade, aqui tem uma outra meta (...), “a resolutividade na atenção primária para 83% também” e aí eles colocam as ações, como te falei, uma das ações é implantar a carteira de serviços, a outra, as linhas de cuidados, (eu poderia falar uma a uma, mas acho que vai tomar muito tempo), “implantar as linhas de cuidado, protocolos clínicos, solicitações de exames, realizar a educação permanente, ampliar exames diagnósticos, implantar equipes completas de NASF”. Os NASFs foram absolutamente liquidados, exterminaram os NASFs, que é o núcleo de apoio à saúde da família, que permitia uma amplitude, ampliar o cuidado, estender o cuidado da saúde da família, foi terminado, então

é mais um serviço que foi liquidado em Porto Alegre e que, na minha avaliação, influi o princípio da universalidade, da integralidade (...) “cumprir a ação do horário de funcionamento, qualificar as equipes dos consultórios na rua, realizar oficina de acesso (...), monitorar a agenda de acesso dos profissionais, ampliar a cobertura das equipes completas de saúde da família nesse 60% que te falei, então tem toda aquela questão, o horário de funcionamento, o atendimento estendido que é o “projeto saúde na hora”, ampliar a cobertura das equipes de saúde bucal” que também é outro dado que não tenho aqui para te falar agora, mas é um outro dado que nós apontamos lá depois que fizesse a análise do relatório onde a gente faz uma análise de toda essa questão da atenção básica, do que pra nós é importante, relevante, e que fica de fora com essa abordagem.

(...)

7.1 a prefeitura tem algum sistema de monitoramento e avaliação das ações e resultados do ESF? Como o CMS atua nessa parte?

Entrevistado 1: Foi instituído um modelo de monitoramento que eu não vou saber te falar, eu não me detive muito na análise desse processo, nós fazemos o processo através dos relatórios de gestão, da análise dos dados, da programação anual de saúde, depois dos relatórios quadrimestrais de gestão que eu te disse que nós não viemos fazendo em função de todos esses problemas que ocorreram, de ataque à ação do controle social, mas tem sim, ao longo do tempo da atenção básica. Tem dois, um que era utilizado pelo Ministério da Saúde e um outro que foi criado a partir da vinda desse secretário da saúde, que agora eu esqueci o nome e não vou lembrar para te dizer (...), mas basicamente o que é devido ao conselho é através da análise da prestação de contas através dos relatórios de gestão, quadrimestrais e anuais e esse é onde deve constar essa avaliação.