

A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E O DESAFIO DE AVANÇAR A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NA GESTÃO EM SAÚDE*

Elizabeth José Campos

Francini Lube Guizardi

INTRODUÇÃO

Este capítulo busca refletir sobre os desafios atuais da gestão pública em saúde a partir da contextualização do movimento de contrarreforma do Estado brasileiro e dos modelos de gerenciamento público que têm sido defendidos e adotados nesse processo. Consideramos importante salientar, como ponto de partida, que os modos de gestão hegemônicos no campo da saúde seguem focados no controle sobre o profissional de saúde e sobre as equipes de trabalho, e

* Este texto é parte integrante do projeto de mestrado da autora principal, e orientado pela segunda autora, desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e intitulado “O público e o privado: um estudo sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro”.

enfrentam relevante dificuldade em construir ações e modos de gerir que considerem as particularidades do território e as contradições, conflitos, resistências e relações de solidariedade que constituem os modos de ser locais. Chama-nos atenção, em particular, a permanência da ênfase no problema individual, que prioriza os serviços clínicos prestados diretamente ao usuário individualizado.

A partir dessas questões, vamos refletir sobre os modos de gestão em saúde ante um cenário mundializado, que flexibiliza e restringe de forma acentuada os direitos sociais. Tais aspectos são potencializados na medida em que é preconizada a adoção de modelos gerenciais desenvolvidos pelo setor privado, postulados como recurso para alcançar um padrão de excelência no setor público. Esse cenário traz à tona para a gestão impasses na consideração de que a população pode exercer de fato um papel ativo para pensar e repensar as questões da saúde local.

Nos dias atuais há uma preocupação crescente com o desenvolvimento de instrumentos gerenciais que possibilitem uma gestão eficiente no setor de saúde. Podemos observar a presença do anti-burocratismo na gestão em saúde, um fenômeno que passa a fazer parte da administração pública e das organizações da sociedade civil diante das exigências das agências e órgãos financiadores internacionais para a transferência de recursos, sendo postulado como forma de elevar a capacidade governamental de gerir políticas públicas. Esse movimento tem ressaltado a importância da adoção de instrumentos de gestão com capacidade de monitoramento e avaliação dos programas prioritários do governo, baseados em indicadores qualitativos e quantitativos, com vistas à superação da informalidade burocrática que tem caracterizado a administração pública, segundo essa perspectiva.

As questões evidenciadas nesse contexto apontam para a necessidade de formar elementos críticos sobre o atual processo de gestão pública na saúde. Para lidar com os desafios e demandas postos por esse novo arranjo, entendemos que as instituições públicas necessitam desenvolver e aperfeiçoar mecanismos de interpretação

da realidade local, com abertura de espaços de participação para o planejamento de estratégias de ação, com o objetivo central de aumentar a qualidade dos serviços ofertados. A fim de debater essas questões, faremos um resgate histórico das características e principais aspectos do movimento de reforma neoliberal do Estado e sua presença no Brasil a partir da década de 1990, apresentando, em seguida, os modelos de gestão colocados em cena, e os dilemas que marcam a gestão no campo da saúde nesse contexto histórico.

ESTADO LIBERAL E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: A PRODUÇÃO DE NOVOS “CONSENSOS”

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

Segundo Harvey (2000), o que distingue o *taylorismo* do *fordismo* é o fato de, na lógica fordista, a produção em massa precisar de um consumo de massa, o que pressupõe uma forma particular de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia – enfim, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista. Com isso, foi necessário conceber um novo modo de regulação estatal para atender os requisitos da produção fordista, com políticas econômicas embasadas na teoria keynesiana – formulada pelo inglês John Maynard Keynes – contrária ao Estado liberal e favorável a um Estado forte e regulador. À medida que as

relações de produção sofreram mudanças, as relações sociais no âmbito do Estado capitalista tenderam a encontrar soluções para os problemas em torno da pobreza e da exclusão, articulando um Estado interventor para fazer frente à crescente tensão social.

A doutrina keynesiana estimulou a criação de medidas macroeconômicas que incluíam a regulação do mercado, a formação e o controle de preços, a emissão de moedas, a imposição de condições contratuais, a distribuição de renda, o investimento público e o combate à pobreza (Pereira, 2002, p. 32). O Estado passou não somente a regular com maior veemência a economia e a sociedade, mas também a intervir nas ações sociais, prover benefícios e serviços e exercer atividades empresariais (Pereira, 2002, p. 30). Nesse processo, estabeleceu-se, nos Estados Unidos e nos países da Europa, o Estado de bem-estar social (*welfare state*), ou Estado social, após a Segunda Guerra Mundial.

A expansão estatal se dava em dois caminhos: na política fiscal e financeira e na política social, com a expansão dos direitos sociais e de cidadania, e a ampliação do conjunto de benefícios, inclusive os salários, ampliando, conseqüentemente, a legislação regulatória. De acordo com Esping-Andersen (1991), o modelo socialdemocrata fundamenta as principais hipóteses sobre o *welfare state*, que envolve a mobilização de classe no sistema parlamentar, entendendo a via institucional como um meio para a realização das ideias socialistas de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade. A socialdemocracia produziu, no contexto do Estado de bem-estar, várias conquistas para os trabalhadores, fundamentalmente no que tange à proteção social.

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

Nos anos 1970-1980, o *monetarismo*¹ agride o projeto fordista/keynesiano em dois níveis – a desindexação da moeda e a retração do Estado no âmbito das políticas sociais –, assumindo um papel fundamental como forma de estabilizar o nível de preços pelo controle do volume da moeda disponível e outros meios de pagamento. Essa política econômica, que permitiu a obtenção de maiores lucros, foi baseada nas concepções do economista norte-americano Milton Friedman, defensor da diminuição dos recursos destinados aos programas sociais.

Instaura-se como referência, a partir de então, o modelo toyotista de produção, com a introdução de um novo padrão tecnológico: a microeletrônica. A produção passa a ser voltada somente para o necessário, cortando-se os excedentes. Configura-se, então, um novo ordenamento no mundo da produção e do trabalho, que atingiu diretamente os direitos dos trabalhadores. As conquistas trabalhistas foram desregulamentadas e flexibilizadas de modo a dotar o capital com o instrumental necessário para adequar-se à sua nova fase de subsunção formal do trabalho.

A difusão de novas tecnologias poupadoras de emprego e a exigência de mão de obra qualificada, com possibilidade de atuar em várias áreas do sistema produtivo, tiveram como consequências a redução de investimentos e um novo padrão de acumulação denominado por Harvey (1989) acumulação flexível, o qual gerou uma regulação estatal fundamentada no projeto ideopolítico neoliberal que se estabeleceu como resposta à crise estrutural do capital.²

¹ Teoria econômica das décadas de 1970-1980, o monetarismo é uma escola de pensamento econômico, apoiada na teoria quantitativa da moeda, que afirma que é a quantidade total de dinheiro disponível na economia que determina a demanda na atividade econômica a curto prazo. Corrente da macroeconomia, o monetarismo enfatiza a neutralidade monetária a longo prazo e a não neutralidade a curto prazo, a distinção entre taxas de juros reais e nominais e o papel dos agregados monetários nas análises.

² A crise do fordismo/keynesianismo é a expressão fenomênica da crise estrutural do capital: 1) a queda na taxa de lucro, tendo em vista o aumento de preço da força de trabalho, conquistado durante o período pós-1945 pela intensificação das lutas sociais dos anos 1960, que objetivavam o controle social da produção; 2) o esgotamento do padrão de acumulação fordista; 3) a hipertrofia da esfera

Mendel aponta traços específicos da crise do final dos anos 1960 que permanecem até hoje, entre os quais vale destacar o ritmo acelerado das inovações tecnológicas, a internacionalização do capital e a terceirização. Harvey (1989) considera que a crise no final dos anos 1960 e nos anos 1970 é uma manifestação típica de superacumulação, caracterizada por capacidade produtiva ociosa, excesso de mercadorias e de estoques, excedente de capital e grande desemprego.

O corte dos gastos sociais, a focalização nos grupos de extrema pobreza e a formulação de critérios de elegibilidade para recebimento de benefícios sociais também contribuíram para o aprofundamento das desigualdades sociais no mundo do trabalho, pondo fim ao ciclo de crescimento que se mantinha desde a Segunda Guerra Mundial. Nesse cenário, o Estado vem abrindo mão de ser provedor social, enquanto o mercado se ocupa de promover o bem-estar ocupacional, protegendo apenas quem tem emprego estável e bem remunerado.

No contexto de redirecionamento do papel do Estado, de condução das políticas sociais de acordo com a nova ordem econômica mundial e com o ajuste neoliberal na década de 1990, assistimos às inovações dos modelos assistenciais no setor de saúde. Nos Estados Unidos, ganha destaque o movimento denominado *new labor* ou terceira via, que se apresenta como uma tentativa de humanizar o capitalismo, através do “protagonismo da sociedade civil”, que garantiria a economia de mercado com justiça social. Busca-se com ele alterar as relações Estado/sociedade, de modo a viabilizar uma agenda de reformas e a ampliação da esfera pública não estatal, ou seja, uma nova divisão de responsabilidades entre o Estado e o setor privado (Lima, 2004).

O discurso sobre o Estado social ou a sociedade de bem-estar social proposto pela terceira via passa pela produção de um consenso em torno do projeto hegemônico do Estado mínimo, em um contexto de estado democrático de direito que se apresenta como um novo ordenamento social, uma recriação da ordem capitalista com base for-

financeira e a maior concentração de capitais, como resultado das fusões entre empresas monopolistas; e 4) a crise do welfare state, que se consubstancia na crise fiscal e no incremento acentuado das privatizações (Antunes, 2000).

mal em um conjunto de procedimentos de caráter técnico-jurídico. É nesse caminho que os direitos sociais, com base na universalidade e na justiça social, têm sido reorientados no trato das questões sociais.

Em meio a essa emergência de novas relações e configurações societárias, surgem no campo da saúde dois fenômenos, um associado à proposta de competição administrativa – *managed competition* – nos Estados Unidos (Lima, J. C. F., 2010), e outro relacionado à organização da grande empresa médica corporativa, ou da indústria hospitalar de alta capitalização (Laurell, 1995). Com isso, o capital financeiro se insere no setor saúde, fazendo que a competição e a flexibilização sejam afirmadas como mecanismos principais e mais eficientes para concretizar a universalização dos direitos. Desde então, o Estado tende a reproduzir essa nova ordem econômica, na qual o mercado regula o desempenho do setor saúde com suas novas formas gerenciais.

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

A FORMAÇÃO NEOLIBERAL DO ESTADO BRASILEIRO E A GESTÃO PÚBLICA

O governo de Fernando Collor de Melo, eleito em 17 de dezembro de 1989, trouxe ao contexto político brasileiro a orien-

tação neoliberal vigente na política internacional, sob a condução dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento. O discurso de Collor emergiu num cenário marcado pela crise fiscal do Estado e num momento de fortes críticas à máquina estatal, cujos serviços foram considerados de baixa qualidade e de alto custo para os cofres públicos.

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

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

A contrarreforma do Estado brasileiro, que tem em Bresser-Pereira seu principal intelectual e articulador, foi apresentada em novembro de 1995 no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, coordenado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). O plano em questão foi diretamente influenciado pelas recomendações do Consenso de Washington (1990)³ para os

³ O Consenso de Washington representou um conjunto de medidas, composto por dez regras básicas, formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington, D.C., como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, e fundamentado num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy. Tornou-se a política oficial do Fundo Monetário

países latino-americanos, cujas diretrizes enfatizavam a flexibilização dos mercados nacional e internacional, das relações de trabalho, da produção e do investimento financeiro, e o afastamento do Estado das suas responsabilidades sociais e da regulação social entre capital e trabalho. A partir desse marco, houve uma redefinição entre os limites do público e do privado e a administração pública brasileira passou a incorporar a perspectiva de um Estado gerencial, em que, segundo Bresser-Pereira,

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

O objetivo enunciado nessa contrarreforma era o de contribuir para a formação de um aparelho de Estado forte e eficiente (Brasil, 1995), compreendendo três dimensões. A primeira, institucional legal, voltada para a descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado através da criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas regulatórias. Na dimensão institucional legal encontra-se também a proposta das organizações sociais, por meio das quais o Estado transfere um conjunto de responsabilidades sociais para relações de parceria público-privada.

A segunda é a dimensão da gestão, definida pela maior autonomia nas responsabilidades dos gestores, com a introdução da gestão por resultados e da competição administrativa por excelência, em substituição parcial aos regulamentos rígidos de supervisão que caracterizavam a administração burocrática. Essa forma de administração tem sido incorporada nos últimos anos como elemento fundamental nas agendas das políticas sociais, inse-

Internacional em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macroeconômico” dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades.

rida de forma sistemática nos discursos dos gestores públicos, que assumem um perfil empresarial focado em respostas mais efetivas às necessidades do novo estágio do capitalismo.

A terceira é a dimensão cultural de mudança de mentalidade, visando passar da desconfiança generalizada, que caracterizou a administração burocrática, para uma confiança maior, ainda que limitada, resultante das modificações introduzidas pela administração gerencial.

Um dos princípios fundamentais da contrarreforma é que o Estado, embora conservando e, se possível, ampliando a sua ação social, só deve executar diretamente as tarefas que lhe seriam consideradas exclusivas, na medida em que envolvem empregos diretos (Brasil, 1995). Entre as tarefas exclusivas do Estado, devem-se distinguir as tarefas centralizadas, de formulação e controle das políticas sociais e da lei, a serem executadas por secretarias ou departamentos do Estado, e que podem ser descentralizadas para as agências executivas e agências reguladoras autônomas. Os serviços sociais e científicos devem ser contratados com organizações públicas não estatais, enquanto os demais podem ser contratados com empresas privadas (Bresser-Pereira, 1995).

Assim, um aspecto importante da proposta da contrarreforma para o que se intitula nova gestão pública é que há uma imediata desvinculação do serviço público, considerado burocrático, cujas funções passariam a ser ofertadas por meio de novas modalidades de processos de trabalho, de gestão da força de trabalho e de novas relações de trabalho no âmbito do setor privado. Ao Estado caberia o papel de coordenador suplementar, posto que a crise fiscal teria revelado os limites do excesso de regulação e da rigidez administrativa, bem como a ineficiência do serviço público. A nova gestão pública é proposta tendo por base um discurso sobre a necessidade de recuperação da governabilidade. Behring (2003) mostra que esse processo de contrarreforma brasileiro foi conservador e regressivo, com conteúdos ideológicos seguindo argumentos tecnocráticos inspirados nas orientações das agências multilaterais.

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

Para Diniz (1999), governabilidade e *governance* são aspectos distintos e complementares que configuram o *modus operandi* estatal. Governabilidade refere-se às condições sistêmicas do exercício do poder político, já *governance* é uma competência governativa e envolve a capacidade da ação estatal na implantação e na consecução de metas coletivas, mecanismos e procedimentos para lidar com a participação e pluralidade da sociedade democrática.

De acordo com Behring (2003), a contrarreforma do Estado, além de utilizar o argumento de lutar contra a ingovernabilidade e a promessa de instaurar a *governance*, foi empreendida num clima democrático, posto que as classes dominantes não precisaram empregar a força para se apropriar de uma parte do excedente social, considerando-se que a democracia respalda-se no acesso ao poder político e na divisão do mesmo pelas classes dirigentes. Para Behring (2003), o plano de contrarreforma do Estado brasileiro elaborado por Bresser-Pereira parte de uma visão unilateral e monocausal da crise contemporânea, metodologicamente incorreta e empobrecida no discurso que a explica e legitima. Isso porque tem como base um discurso ilusório sobre a necessidade de inserção passiva e a

qualquer custo na dinâmica internacional. Essa estratégia, contudo, representou uma escolha político-econômica, e não um caminho natural diante dos imperativos econômicos, o que não permite caracterizar o processo dos anos 1990 como uma modernização conservadora do Estado brasileiro, mas sim como um processo de contrarreforma, em uma direção destrutiva das conquistas democráticas que culminaram na Carta constitucional de 1988.

TEORIAS E MODELOS DE GESTÃO QUE NORTEIAM OS PROCESSOS DE REFORMA ADMINISTRATIVA E DO ESTADO

Os primeiros governos que propuseram reformas no antigo modelo administrativo foram o inglês e o americano, a partir da propagação de um sentimento antiburocrático que se aliava à crença de que o setor privado possuía o modelo ideal de gestão. Os principais modelos de gestão pública propostos foram o gerencialismo puro, o *consumerism* e a *public service orientation*. A corrente denominada gerencialismo puro é uma tendência hegemônica de mudança na administração pública, que vem operando no setor nas duas últimas décadas de modo a influenciar as práticas organizacionais no sentido de incorporar a lógica concorrencial, com cortes nos custos e no pessoal, e ênfase na produtividade e eficiência.

O *consumerism*, uma tendência administrativa que prioriza a efetividade e qualidade dos serviços públicos, considera os cidadãos como clientes e consumidores e incentiva a competição entre as organizações públicas ao dispensar maiores recursos financeiros para a instituição que atinge o padrão de excelência estipulado por especialistas.

Outra teoria administrativa se denomina *public service orientation*; ela requer a criação de uma esfera pública e o fortalecimento do poder local baseado na participação dos cidadãos e em medidas de equidade, *accountability* e *empowerment*. O conceito anglo-saxão de *accountability* resume a obrigação de gestores públicos e técnicos

responsáveis pela formulação de políticas públicas de ampliarem a visibilidade das ações desempenhadas em seus múltiplos aspectos, disponibilizando informações qualificadas sobre os procedimentos adotados, seus custos, benefícios e resultados para o conjunto de atores sociais envolvidos. A transparência das ações do governo torna-se a principal condição para a garantia de legitimidade no processo de construção de programas sociais. Ao mesmo tempo, os agentes públicos são responsabilizados pelos rumos da política através de diferentes arenas de negociação e deliberação.

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

Por outra parte, observa-se a expansão da utilização do termo *empowerment* ou “empoderamento”, que significa a expansão da liberdade de escolha e da autoconfiança nas dimensões individual e coletiva. As suas principais estratégias são ações que possibilitem a ampliação da capacidade de organização e participação da comunidade, o acesso à informação, o controle e acompanhamento das decisões públicas e a responsabilidade social. A bibliografia que aborda o tema informa que o “empoderamento” está na possibilidade de incorporar novos atores e demandas sociais, e garantir a interação entre cidadãos e gestores públicos no processo de tomada de decisão.

Temos ainda o enfoque da gerência social, elaborado por Bernardo Kliksberg (2003).⁴ O autor tenta mostrar que é necessário a

⁴ Bernardo Kliksberg é assessor de diversos organismos internacionais, entre eles Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização dos Estados Americanos (OEA), Banco Interamericano de

combinação de unidade do desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, por meio de uma atuação do Estado marcada por capacidade elevada de gerência social, o que ele designa como Estado social. Essa ideia baseia-se num discurso de pacto social entre as classes sociais, com a manutenção real de subsunção formal do trabalho ao capital, a partir da solidariedade que visa à harmonia social no contexto do capitalismo financeiro. O foco na gerência social postula ser eficiente e privilegiar a participação da comunidade, descentralizar para os municípios, propiciar a formação de redes intersetoriais com outros autores da sociedade, praticar a transparência, gerar informação contínua sobre o social e realizar o monitoramento e avaliação dos programas. Esses atributos pressupõem capacidades, atitudes, orientação e critérios gerenciais muito particulares, que não colocam em questão, contudo, o processo de acumulação capitalista contemporâneo.

No Brasil, a Constituição de 1988 foi o resultado de mobilizações e pressões exercidas por vários segmentos da sociedade durante o processo de resistência e luta contra o regime ditatorial vigente no período anterior. Um significativo avanço propiciado por esse processo foi a formalização e a definição, na Carta Magna, de arranjos institucionais, principalmente os conselhos gestores de políticas públicas, que visam promover e garantir a participação das coletividades no processo de gerenciamento público, entendendo essa participação como fundamental à consolidação da democracia brasileira. Essa nova forma de conceber a participação, centrada na tentativa de elevar a sociedade civil a uma esfera política ampliada, coloca o desafio de articulação e implantação de modelos de gestão coerentes com o desenho universalista e participativo da política social almejada. Ou seja, os avanços normativos alcançados requerem uma nova ordem institucional que ultrapasse a lógica

Desenvolvimento (BID) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Foi diretor do projeto da Organização das Nações Unidas para a América Latina de Modernização do Estado e Gerência Social e coordenador do Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social (Indes/BID).

privatista no trato do social, em favor dos interesses da coletividade e assegurando a igualdade social. Porém, como caminhar nesse sentido diante do processo de mundialização financeira que destrói o legado das conquistas históricas dos trabalhadores, que focaliza as políticas sociais públicas, que requer um Estado mínimo para o social, deslocando a responsabilidade da justiça social para a iniciativa privada?

Esse cenário é marcado pelo que Coutinho denomina visão minimalista da democracia, em que “a democracia se reduz ao cumprimento de regras formais, que de resto excluem explicitamente a ideia de soberania popular” (2002, p. 19). Cabe ressaltar que a transição democrática brasileira foi condicionada principalmente pelo endividamento externo e interno; isso compõe uma tutela financeira que limita a construção de uma democracia social ou de massa (Netto, 1996), para a qual é fundamental a ampla participação social, construída na dinâmica da relação Estado/sociedade civil. Esse seria um traço tensionador identificado por Ianni (1982, p. 34) em sua obra *O ciclo da revolução burguesa*. O autor considera que essa é a matriz histórica de nossa cultura e de nossas instituições públicas, inclusive no contexto de afirmação dos direitos de cidadania, em que os governantes, intelectuais e classes representadas no bloco do poder estabeleceram como parâmetro a cidadania tutelada. Nas características presentes na gênese da formação da sociedade brasileira, prevalece historicamente o domínio da lógica clientelista e da lógica da lucratividade no processo de formulação e implantação das políticas sociais.

É no processo de contrarreforma que emerge a proposta de que a sociedade civil pode dar conta da redução das desigualdades sociais, da ineficiência e ineficácia dos serviços públicos, aparecendo como um campo de forças que não sofre os influxos culturais e sociais que determinam e produzem tal cenário no funcionalismo público. Ao que nos parece, se observarmos a história brasileira, veremos que em nossa sociedade as relações de favor e de dependência atravessaram a formação da política brasileira desde a Primeira

República (1890-1930), com a modernização pelo alto. O governo federal é projetor do desenvolvimento da sociedade sem que haja a participação social direta nesse desenvolvimento. Os investimentos econômicos e decisões são pactuados entre as elites, sem a quebra das oligarquias que constituíram uma nova aristocracia, caracterizando a ausência de ruptura na mudança de regime e uma consolidação conservadora da dominação burguesa no Brasil (Fernandes, 2006).

Bravo (2001) considera a democracia representativa uma vitória parcial da sociedade civil, pois a hegemonia da classe dominante faz as principais decisões econômicas serem tomadas de acordo com os interesses do setor privado. Na perspectiva da soberania popular, a política social não é vista como um paliativo e sim como o aspecto central para o desenvolvimento equilibrado e sadio. Porém, nos marcos da concepção de democracia representativa vigente, em meio ao contexto de contrarreforma do Estado, há uma tendência à implantação de estratégias e programas fundados em noções de vulnerabilidade e riscos sociais, cujo principal propósito é amenizar os efeitos da acumulação capitalista na vida da classe popular empobrecida, provendo acesso aos serviços públicos essenciais. Portanto, não se coloca o desafio das políticas universais e redistributivas, grande impasse da atualidade, mas ressalta-se a manutenção da ordem diante do capitalismo financeiro, na constante busca por respostas a sua própria crise.

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS: CONCEPÇÕES, DISSENSOS E PERSPECTIVAS

A teoria neoliberal tem se apropriado da democracia para dar resposta às contradições do capital financeiro, imprimindo a estratégia da participação como modo de construção de legitimidade. Assim, diante da nova realidade econômica e política, a participação tem sido incorporada pelas políticas sociais de cunho neoliberal como forma de consenso e/ou parceria na mediação de

conflitos. Nesse sentido, a concepção representativa de democracia tem sido manejada principalmente como dimensão estratégica para o Estado neoliberal por conferir legitimidade ao processo decisório e seus resultados eleitorais. O tema da participação, por sua vez, está vinculado diretamente ao processo de democratização política, concebido por vários autores como um processo histórico relacionado à soberania popular.

No seio dessas contradições, o conceito de esfera pública “constitui a renovação mais importante na teoria democrática da segunda metade do século XX, que permite ir mais além do debate elitista democrático e republicano” (Avritzer, 2000, p. 78). Tendo por base esse conceito, vem se desenvolvendo uma concepção democrática deliberativa que incorpora os ideais republicanos os quais, segundo Pereira (2004), representam um projeto de construção de um sistema político global centrado na capacidade de articulação da sociedade civil.

Entendemos que a sociedade não se sustenta fora do Estado, e muito menos em oposição dicotômica a ele. Ela é uma figura do Estado e modifica a natureza do fenômeno estatal, ou seja, articula-se dialeticamente *ao* e *com* o Estado. Estamos aqui tratando do Estado em sentido amplo, tal como definido por Gramsci, como sociedade política mais sociedade civil, isto é, hegemonia escudada em consenso e coerção (Coutinho, 1999).

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

populares constroem sua cidadania e lutam pelos seus direitos de igualdade.

Coutinho (1997) afirma que a divisão da sociedade em classes constitui limites intransponíveis à afirmação consequente da democracia, ou seja, só uma sociedade sem classes, uma sociedade socialista, pode realizar o ideal da plena cidadania e, como tal, da democracia. Para Gohn:

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

Concordamos com essa análise, que destaca a importância desse novo cenário da sociedade civil, em que o espaço público passa a ser ocupado por atores que anteriormente não tinham tal acesso e sequer tinham o direito de reivindicá-lo ante o Estado. É relevante que nesse contexto surjam canais de expressão e atendimento das demandas populares, as quais podem valer-se desses espaços como veículos para o controle social das políticas públicas.

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

Porém, os cargos de gestores das políticas sociais e sua equipe ainda são decididos no jogo político partidário, em compromisso com quem lhes delegou o poder, de modo que a população fica à disposição de interesses particularistas, clientelistas e populistas –

interesses que frequentemente geram descontinuidade de atividades sociais exitosas, causando a impressão de que em cada gestão uma nova prática se fará e dando base para a ineficiência e incompetência dos serviços públicos, aprofundando o histórico traço assistencialista e a regressão dos direitos. Nesse contexto, as políticas públicas que garantem direitos sociais são deslocadas para a iniciativa privada ou individual, ao serem impulsionadas por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado. Essas são as marcas de uma época associada ao consumo, ao mundo do dinheiro e do mercado.

Os caminhos de resistência estão na luta política, na prevalência do debate público e na democracia aliada ao direito de participação dos cidadãos por intermédio dos movimentos sociais, fatores importantes para o desenvolvimento social. Essa seria uma forma de alcançar uma qualidade de vida melhor e fazer que as prioridades centrais do Estado se voltassem para as necessidades humanas, mais do que para as necessidades do mercado.

Considerando essas referências, podemos afirmar que tivemos alguma modernização do aparelho de Estado brasileiro por meio da qual a estrutura administrativa e a burocracia pública ganharam legitimidade, com o uso intensivo de práticas modernas e racionais.

O recente Plano de Aceleração Econômica (PAC) do governo Luiz Inácio Lula da Silva (PAC 2007-2010), cujo objetivo foi a expansão do investimento em infraestrutura, entendido como condição para a aceleração do desenvolvimento sustentável, teve como metas: a eliminação dos impasses para o crescimento da economia; o aumento da produtividade; a busca de superação dos desequilíbrios regionais e das desigualdades sociais; o planejamento estratégico de médios e longos prazos; o fortalecimento da regulação e da competitividade; os instrumentos financeiros adequados ao investimento de longo prazo; as parcerias entre público e privado; e a articulação entre os entes federativos.

De acordo com a nota técnica nº 41, de janeiro de 2007 (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos),

nicos, 2007), o PAC revela uma ação governamental planejada com vistas à retomada da capacidade do Estado de orientar o crescimento econômico do país, pelo incremento da taxa de investimento público e privado em áreas consideradas estratégicas. O principal ponto positivo desse plano é a retomada do papel do Estado como promotor e indutor do crescimento econômico, tanto na infraestrutura econômica quanto no âmbito social. No bloco de medidas fiscais, foi prevista, a longo prazo, a intervenção sobre a gestão pública e a governança.

Essas premissas estão concatenadas com a técnica de regulação⁵ que visa promover a universalidade do acesso aos serviços e equipamentos públicos nas áreas de cultura, educação, lazer e saúde. Contudo, a ênfase do governo Lula (eleito em 2002 e reeleito em 2006) na função do Estado como regulador e fiscalizador dos serviços sociais intensificou a relação entre público e privado, o que sinaliza a manutenção das medidas neoliberais firmadas e priorizadas no governo de Fernando Henrique Cardoso com os organismos internacionais, em especial com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional.

Nesse contexto, a gestão pública, principalmente no setor de saúde, tem o incremento e a consolidação do interesse privado, direcionamento legitimado pelo decreto nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004, que instituiu normas gerais para licitação e contratação de parceria entre o setor público e o setor privado no âmbito da União, Distrito Federal, estados e municípios. Assim, a administração pública exporta para a gestão social os modelos da gestão privada, com ênfase na satisfação do consumidor, no desempenho, na eficiência e na racionalidade dos gastos. Essa condução é justificada com o argumento de que é necessário promover uma mudança radical na qualidade dos serviços prestados ao cidadão, sendo defendido que isso se daria mais facilmente com a gestão privada dos

⁵ Regulação é entendida como um novo modelo de gestão pública brasileira que articula a política, a economia e o direito num cenário do desenvolvimento do capitalismo.

equipamentos públicos, de modo a alcançarem um padrão de efetividade na provisão dos direitos garantidos constitucionalmente.

Na saúde, o caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada pela Constituição Federal de 1988, que deixou claro em seu artigo 199 que a iniciativa privada é livre para prestar assistência à saúde, mas que a participação do setor privado no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser realizada de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080/1990, em seu artigo 24, estabeleceu que o SUS poderia utilizar os serviços ofertados pela iniciativa privada quando essa participação complementar se fizesse necessária em face de situações de insuficiência da capacidade instalada do setor público, em determinada área geográfica, a fim de garantir a cobertura assistencial à população. Portanto, o motivo original da participação da iniciativa privada no SUS encontra-se na impossibilidade do poder público garantir o atendimento em saúde em algumas regiões do país diante das diversidades e do tamanho do território nacional.

A recente portaria GM/MS nº 399/2006 reforça esse preceito e estabelece requisito de planejamento local na efetivação de contratos ou convênios com entidades privadas, como se lê no artigo 2º: “Quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e comprovada e justificada a necessidade por meio de plano operativo da rede própria, o gestor poderá complementar a oferta com serviços de assistência à saúde”.

Consideramos importante discutir a possibilidade desse arranjo público/privado descaracterizar e comprometer o papel do Estado na gestão das instituições públicas executivas, responsáveis pela implantação das políticas sociais universalistas que mobilizaram a população brasileira na elaboração da Constituição de 1988, ganhando assim a sua legitimidade jurídico-institucional.

Torna-se, então, necessário problematizar a natureza do papel do Estado na regulamentação e na implantação da política de

saúde, identificando, também, o papel das classes sociais e das forças políticas que se organizam na sociedade civil na defesa de uma gestão democrática e participativa, a fim de garantir o acesso igualitário e equânime aos serviços de saúde.

DILEMAS E CONTRADIÇÕES ENTRE A GESTÃO NO SETOR DA SAÚDE E O DESAFIO DE AVANÇAR A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA

A participação popular e a territorialidade vêm inovando o desenho das políticas públicas com bases legais, principalmente no setor da saúde, implicando na reordenação dos serviços e na busca pela constituição de redes assistenciais. Diversos autores analisam o território e sua apropriação pelo SUS. Mendes (1993), por exemplo, considera que se desenvolveram duas correntes: uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica, burocrática; e outra, que entende o território-processo como produto de uma dinâmica social na qual se tensionam sujeitos sociais postos na arena política (Mendes, 1993, p. 166). De acordo com Santos (2001), é fundamental o estudo desse espaço-território utilizado ao longo da história com seus sistemas de ações, seus fixos e fluxos.

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

Para apreender a complexidade desse processo é importante analisar como as questões de saúde chegam à agenda de gerentes e gestores, de que forma se processa sua ação, de que maneira se aplicam as medidas escolhidas e por quais meios esses serviços/ações podem ser avaliados. Isso porque, diante dos pressupostos gerenciais instrumentais que caracterizam a forma como os modelos de gestão da iniciativa privada vêm orientando a administração no setor público, consideramos relevante colocar e discutir a indagação sobre quais são as possibilidades da ação política na gestão local, na medida em que o Estado, de um lado, se utiliza do arcabouço legal e institucional para modificar práticas em saúde e, de outro, cria procedimentos relativos à gestão dos equipamentos públicos orientados pelo interesse privado no setor.

Quanto a isso, é importante lembrar que, a partir da década de 1980, governos neoliberais passaram a utilizar a participação comunitária em outra direção, como bandeira político-ideológica na formulação jurídico-legal de políticas sociais, de modo que dividir responsabilidades com a população passou a ser visto como aprofundamento da democracia. Segundo K. R. S. Lima:

Os anos 1980 foram pautados por uma crescente articulação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) com o objetivo de coordenar e supervisionar as políticas macroeconômicas dos países membros, principalmente daqueles que recorrem ao Fundo, mas também como forma de submeter o financiamento de projetos na área social a novas condições. (2010, p. 66)

Para o consultor do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) Bernardo Kliksberg, “as complexidades sociais e econômicas mundiais e a estabilização da democracia social, como forma de enfrentar a gravíssima questão social, são desafios postos para os gestores públicos que precisam enfrentar e superar as demandas existentes” (1997, p. 58). Em suma, o contexto de reorientação neoliberal dos Estados ocidentais, analisado anteriormente, coloca-nos o

desafio de produzir uma gestão democrática e participativa, com a criação de dispositivos e arranjos institucionais que efetuem o aumento da participação popular na tomada de decisões, pois, assim, a “esfera restrita que diminui os direitos sociais e políticos cede progressivamente lugar à nova esfera pública ampliada, com ampla participação social” (Coutinho, 1999, p. 30).

No contexto do autoritário Estado brasileiro, esse ideário orientou as bandeiras de luta do movimento da Reforma Sanitária, muitas das quais foram incorporadas, logo depois, à Constituição Federal de 1988, principalmente na lei nº 8.142/1990, que assegura e regulamenta a participação popular na gestão do SUS, criando os conselhos e as conferências de saúde. Em relação a essa conquista, há consenso na literatura sobre participação popular de que a possibilidade da sociedade civil intervir na gestão pública representa um novo padrão de interação entre governo e sociedade civil no Brasil. Bravo (2001), porém, ao destacar que a concepção de Estado participativo é muito recente na história brasileira, problematiza sua viabilidade quando se tem uma conjuntura que desmobiliza ou redireciona a participação popular, com ampla defesa de um Estado mínimo, como preconizado no projeto neoliberal.

De outra parte, partindo do pressuposto de que a democracia é um processo que devemos conceber como em permanente construção, Coutinho (2003) afirma que a democracia no Brasil somente se realizará com a incorporação ao processo social, como autênticas protagonistas, das grandes massas de excluídos. Nessa acepção, a gestão participativa pode ser compreendida como um espaço de intermediação que requer novos mecanismos decisórios com capacidade para incorporar uma grande pluralidade de atores e interesses, afinal, a gestão participativa caracteriza-se, no contexto das teorias administrativas, por valorizar a possibilidade de que os indivíduos decidam sobre a administração das organizações (Maximiano, 2006).

Hoje, apesar de mais de vinte anos de experiência em fóruns participativos na saúde, permanece a necessidade de relacionar o

cotidiano dos serviços com o problema da construção de formas de gestão participativas, a fim de fortalecer a universalidade e a integralidade da assistência à saúde. Nesse sentido, o tema da gestão participativa vem acompanhando o debate político no SUS, compondo a agenda de políticas públicas, como a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde (ParticipaSUS) e a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, na qual se afirma que “a participação social não pode estar restrita às instâncias formalizadas. Ela deve ser valorizada e incentivada nos serviços do SUS” (Brasil, 2003), de maneira que as instâncias governamentais procurem modificar a forma da gestão pública, inserindo diversos segmentos sociais no processo de tomada de decisão sobre as políticas públicas.

Um dos grandes conflitos com o qual hoje se defronta o sistema de saúde é dar conta do acesso justo com base nas necessidades relativas ao processo saúde-doença-cuidado. No que diz respeito a isso, é importante lembrar que, como característica principal da evolução histórica dos modelos assistenciais de saúde no Brasil, prevaleceu o modelo médico-assistencial privatista, em que a organização dos serviços se dá a partir da livre demanda ou demanda espontânea:

As preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. Outras vezes é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, mas coerente com interesses mercantis, que determinaria o consumo de serviços médicos. (Paim, 1999, p. 243)

Em direção diversa, a concepção ampliada da saúde nos possibilita apreender as demandas como sendo “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de expressão ativa e participativa do exercício de direitos de cidadania, entre os quais ao trabalho, ao salário justo, a participação nas decisões e gestões de políticas institucionais” (Luz,

1991, p. 29). Nessa dinâmica, as demandas não são apenas reprodução de necessidades, mas também um instrumento de descoberta, interpretação e luta social, que coloca questionamentos e princípios para a democratização dos processos institucionais de gestão. Desse modo, a relação entre gestão e demanda nos remete à disputa de interesses e projetos políticos distintos em um contexto de luta por concretização do atendimento, o que confere à gestão participativa a complexa e contraditória tarefa de produzir mediações, muitas vezes conflituosas, entre demandas, ofertas e acesso, movimento imprescindível para a garantia e a construção social dos direitos de cidadania.

Conforme argumenta Stotz, “participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação no pensamento social, de um longo processo histórico” (2007, p. 293). Nessa perspectiva, as demandas por ações e serviços de saúde permitem compreender o modo de vida local, porque nelas estão diretamente envolvidos indivíduos e coletivos, as formas de planejar e distribuir recursos de acordo com a realidade do lugar, aspectos a serem observados em relação a uma gestão compartilhada.

Portanto, é nesse contexto que o debate sobre a gestão em saúde ganha relevância, pelo seu aspecto de mediação entre as demandas de saúde das comunidades e grupos sociais e as respostas organizadas pelo modelo de saúde vigente. Nessa direção, Góis (2008, p. 103) afirma que a saúde comunitária propõe uma alternativa crítica aos serviços tradicionais e envolve todas as atividades realizadas na e com a comunidade em nome da saúde dos seus moradores. O autor assinala, ainda, que o profissional de saúde deve estar envolvido diretamente com a comunidade e com a forma de planejamento e distribuição dos serviços de saúde, partindo da compreensão de que o lugar físico e social é a fonte para entender e organizar as ações e serviços necessários. Nessa perspectiva, o foco em um território específico é uma tentativa de abordar os problemas e necessidades de saúde mediante a compreensão da saúde como expressão das condições objetivas de vida, isto é, como resultado das condições

de habitação, alimentação, emprego, saneamento, educação, renda, acesso aos serviços de saúde etc.

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

A participação nas decisões sobre as ações e sobre as demandas por saúde revela a complexidade e a heterogeneidade dessas categorias que, tomadas como referências conceituais, servem à análise desenvolvida neste texto e nos ajudam a problematizar a presença e os efeitos contraditórios que a contrarreforma administrativa tem imprimido na consolidação do Sistema Único de Saúde. No caso, a inserção dos conflitos em torno de demandas por saúde, em processos institucionais de gestão participativa, indica ser condição necessária para a democratização das políticas de saúde, em direção oposta ao discurso gerencialista que tem norteado as reformas administrativas e as práticas da gestão pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, M. A. *Subsídios para a reforma do Estado: contratos de gestão*. Rio de Janeiro: Ipea/Enap/Ibam, 1994. V. 4.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2000.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua Nova*, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a03n50.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2013.

BEHRING, E. R. *Política social e capitalismo contemporâneo: um balanço crítico bibliográfico*. 1993. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) -

Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

_____. *Política social no capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direi-tos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BOBBIO, N. et al. *Dicionário de política*. 12. ed. Brasília: Editora UnB, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 18.055, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. Câmara da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Cosac/SAS/MS, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. _____. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003*. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. Decreto nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004a. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez.

2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. _____. _____. *Luta pela saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série D. Reuniões e Conferências; Série Cadernos Metropolitanos).

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, A. P. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

_____. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 243-241, 1999.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira*. Brasília: Mare/Enap, 1995.

_____. *A reforma do Estado para a cidadania*. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____. *A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismo de controle*. Brasília, Mare. 1997.

_____. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: SACHS, I.; WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S. (org.). *Brasil: um século de transformações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 223-259.

_____. *O conceito de desenvolvimento do ISEB rediscutido*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. (Textos para discussão, 137).

COHN, A.; ELIAS, P. E. M.; JACOBI, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 38, p. 90-93, 1993.

COUTINHO, C. N. A democracia como valor universal. *Encontros com a Civilização Brasileira*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 33-47, mar. 1979.

_____. Notas sobre a cidadania e modernidade. *Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1997.

_____. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Cortez, 1999.

_____. *A democracia como valor universal e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Salamandra, 2002.

_____. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2003.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). Principais aspectos do Programa de Aceleração do Crescimento. *Nota técnica*, São Paulo, n. 41, p. 1-10, jan. 2007. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/notatecnica/2007/notatec41PAC.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013.

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

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisas*. São Paulo: Atlas, 2006.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2003.

GÓIS, W. L. *Saúde comunitária*. São Paulo: Hucitec, 2008.

HARVEY, D. *Coleção pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1989.

_____. *O novo imperialismo*. Rio de Janeiro: Loyola, 2000.

IANNI, Octavio. *O ciclo da revolução burguesa*. Petrópolis: Vozes, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2000: população*. Disponível em: <http://ibge.net/home/estatistica/população/censo2000>. Acesso em: 10 jul. 2012.

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

KLIKSBERG, B. *O desafio da exclusão: para uma gestão social eficiente*. São Paulo: Fundap, 1997.

_____. *Falácias e mitos do desenvolvimento social*. São Paulo: Cortez–Unesco, 2003.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____ (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez–Cedec, 1995. p. 151-178.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 101-138, 1996.

LIMA, J. C. F. *Trabalho e formação em saúde: na corda-bamba de sombrinha*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

LIMA, K. R. S. “Terceira via” ou social-liberalismo: bases para refundação do projeto burguês de sociabilidade. *Revista Universidade e Sociedade*, Brasília, n. 32, p. 11-21, 2010.

_____; MARTINS, A. S. Pressupostos, princípios e estratégias. In: NEVES, L. M. W. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel T. Racionalidades médicas terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 108-128, 1991.

_____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MAXIMIANO, A. C. A. *Teoria geral de administração: da revolução urbana à revolução digital*. São Paulo: Atlas, 2006.

MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo sanitário no SUS*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. A modelagem das redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em: 25 jul. 2014.

NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial de saúde. 2000. Disponível em: www.who.int/whr/2000/. Acesso em: 10 jul. 2012.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.

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

STOTZ, E. N. (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.