

Projeto “Empresariamento na formação e contratação da força de trabalho em saúde:
dimensionamento, repercussões sobre o SUS e perfis socioeconômico e institucional de agentes-chave”
Termo de Execução Descentralizada n.º 153/2023
Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio de Janeiro

Reforma das instituições do setor público e gerencialismo: reflexões iniciais sobre a Força de Trabalho em Saúde

© 2025 – 1.a edição - Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde (GPDES)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

Reforma das instituições do setor público e gerencialismo: reflexões iniciais sobre a Força de Trabalho em Saúde – Documento Zero

Rio de Janeiro, abril de 2025.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva

Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde (GPDES)

DGP/Lattes: <https://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1315420678127698>

www.gpdes.com.br

Projeto “Empresariamento na formação e contratação da força de trabalho em saúde:
dimensionamento, repercussões sobre o SUS e perfis socioeconômico e institucional de agentes-chave”
Termo de Execução Descentralizada n.º 153/2023
Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio de Janeiro

Reforma das instituições do setor público e gerencialismo: reflexões iniciais sobre a Força de Trabalho em Saúde

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde (GPDES)

Rio de Janeiro
Abril de 2024

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE (FTS)	9
NEOLIBERALISMO	13
O capitalismo	13
Os “regimes”, os ciclos do capitalismo	17
Neoliberalismo e Neoliberalismo	18
O neoliberalismo no Brasil	19
REFORMA DAS INSTITUIÇÕES DO SETOR PÚBLICO/ GERENCIALISMO	21
A NOVA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL	26
PRIVATIZAÇÃO: CONCEPÇÕES PARA ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE	31
Privatização e Covid-19	33
Privatização e Qualidade	34

INTRODUÇÃO

A saúde pública no século XXI enfrenta grandes desafios e transformações globais, incluindo a persistência e o aumento das desigualdades e injustiças sociais, as crises climáticas e de saúde planetária, guerras e conflitos, bem como o peso das doenças transmissíveis e não transmissíveis (DNT).

Estes desafios estão interligados e partilham características comuns, na medida em que muitas vezes têm múltiplas causas e uma complexidade social inerente, são interdependentes de outros fatores e exigem que múltiplas partes interessadas trabalhem em soluções; eles compartilham, portanto, um conjunto de características de problemas complexos. Estes desafios atuais e futuros não podem ser resolvidos apenas por uma disciplina ou profissão, mas exigem que vários setores, disciplinas e profissões trabalhem em conjunto, trocando e combinando os seus conhecimentos, competências e métodos.

One Health

A abordagem *One Health* (OH), ou “Uma Só Saúde”¹, considera os profissionais de saúde como agentes de mudança e fornece uma plataforma para gerenciar determinantes da saúde que muitas vezes não são capturados de forma abrangente apenas na medicina ou na saúde pública. No entanto, devido à organização das sociedades e disciplinas, e à alocação setorial de recursos, o desenvolvimento de abordagens *inter* e *trans* requer esforço e perseverança. Portanto, há necessidade de fornecer evidências sobre o valor agregado da *One Health* para governos, pesquisadores, órgãos

1 Para mais sobre One Health, ver a página da Organização Mundial da Saúde: < https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1>. Ver ainda a página no Ministério da Saúde do Brasil: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/uma-so-saude#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20uma%20s%C3%B3,%2C%20animal%2C%20vegetal%20e%20ambiental>. (Acesso em 18/04/2024).

financiadores e partes interessadas. Indicadores e monitoramento da integração de disciplinas, setores e agentes interessados nas iniciativas de saúde: impulsionadores sociais, econômicos e ambientais que conduzem a uma integração de abordagens na saúde e ilustra como estas evocam operações características da *One Health*. Ou seja, pensar, planejar e trabalhar exigem infraestruturas de apoio que permitam aprender, compartilhar e organização sistêmica. Também descreve os resultados de Sustentabilidade (ou seja, saúde e bem-estar, equidade e administração interespecies, eficácia e eficiência), que não são possíveis de obter apenas através de abordagens setoriais, e o seu alinhamento com aspectos do desenvolvimento sustentável baseado na sociedade, meio ambiente e economia.

Portanto, vem ocorrendo uma intensificação das recomendações à promoção e ao fortalecimento do trabalho *inter* e *transdisciplinar* em questões relacionadas com a saúde pública.

FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE (FTS)

A força de trabalho em saúde pública, conceituada como aqueles profissionais “principalmente envolvidos na proteção e promoção da saúde de populações inteiras ou específicas (em oposição às atividades direcionadas ao cuidado de indivíduos)” (*tradução livre de BEAGLEHOLE & DAL POZ, 2003, p. 3*), constitui uma força de trabalho heterogênea de diversas formações profissionais encarregada da prestação de serviços de saúde pública e da execução de operações essenciais de saúde pública (EPHOs), conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Força de Trabalho em Saúde Pública

Os recursos humanos para a saúde abrangem o conjunto de todos os indivíduos envolvidos principalmente na melhoria da saúde das populações. A força de trabalho em saúde pública inclui aqueles envolvidos principalmente na proteção e promoção da saúde de populações inteiras ou específicas (diferentemente das atividades direcionadas ao cuidado de indivíduos). A força de trabalho da saúde pública é caracterizada pela sua diversidade e complexidade e inclui pessoas de uma vasta gama de antecedentes profissionais – por exemplo, médicos, enfermeiros, gestores de saúde, pessoal de saúde e segurança ocupacional, economistas da saúde, especialistas em saúde ambiental, especialistas em promoção da saúde e trabalhadores de desenvolvimento comunitário. A força de trabalho em saúde pública é treinada em vários ambientes institucionais.

Todos os países têm uma força de trabalho em saúde pública, embora com diferentes graus de eficácia e seguindo diferentes padrões organizacionais. Na maioria dos países, o setor público – normalmente os ministérios da saúde e da educação e as autoridades locais – é responsável pela força de trabalho da saúde pública, incluindo a sua formação, desempenho e garantia de qualidade. Estes ministérios têm um papel de liderança no fortalecimento da força de trabalho em saúde pública. Em alguns países, algumas atividades de saúde pública são fornecidas pelo setor privado e por agências

não governamentais, muitas vezes sob contrato com ministérios da saúde ou agências doadoras; isto aumenta a necessidade de coordenação entre todos os prestadores de serviços de saúde pública.

(Tradução livre para o português de BEAGLEHOLE & DAL POZ, 2003, p. 3).

Da reflexão de Sell et al (2022): “O contexto de trabalho da força de trabalho da saúde pública é moldado por um conjunto de particularidades, incluindo o trabalho a nível global, regional, nacional, local e comunitário em desafios cada vez mais complexos, como os descritos acima, a diversidade cultural, a evolução das doenças, o trabalho com partes interessadas na saúde pública, dinâmica dos setores público e privado, desigualdades, crises financeiras e ênfase na abordagem dos determinantes sociais e económicos da saúde e na inserção da saúde pública na agenda política. Internamente, a força de trabalho da saúde pública enfrenta uma crescente mobilidade de pessoal e colaboração internacional, restrições orçamentárias, uma crise de identidade profissional, uma necessidade urgente de educação mais baseada em competências e aprendizagem transformadora e melhor retenção da força de trabalho, bem como a escassez de pessoal, agravada durante a pandemia de COVID-19. Para aqueles que ocupam funções de liderança na força de trabalho em saúde pública, os trabalhos interdisciplinar e interprofissional, juntamente com o trabalho colaborativo, global e digital, foram destacados como capacidades fundamentais no século XXI” *(tradução livre de SELL et al., 2022, p. 2).*

Assim, a relevância do trabalho disciplinar múltiplo é fortemente enfatizada e evidentemente necessária na saúde pública, mas as referências a estes conceitos carecem muitas vezes de clareza, definição e operacionalização.

Multi, inter e transdisciplinaridade são termos frequentemente usados para descrever as especificidades do trabalho em equipe multidisciplinar, situado em um continuum de envolvimento. O trabalho disciplinar múltiplo no contexto da saúde (pública) destina-se a abordar problemas complexos, a reunir diferentes perspectivas, a desenvolver hipóteses

testáveis em investigação, a criar definições e diretrizes e a fornecer serviços e educação de saúde abrangentes. Em particular, a transdisciplinaridade é vista como um método para investigadores que trabalham em problemas do mundo real, conforme priorizado pelas partes interessadas e/ou políticos.

Definições afirmam que a multidisciplinaridade “baseia-se no conhecimento de diferentes disciplinas, mas permanece dentro dos limites desses campos”, a interdisciplinaridade “analisa, sintetiza e harmoniza os vínculos entre as disciplinas em um todo coordenado e coerente”, e a transdisciplinaridade “integra as ciências naturais, sociais e da saúde em um contexto de humanidades e, ao fazê-lo, transcende cada uma de suas fronteiras tradicionais” (*tradução livre* de Choi & Pak, 2006)². Para circunstâncias em que o grau de envolvimento de diferentes disciplinas não é claro, sugere-se o uso do termo “disciplinar múltiplo.” Outras perspectivas referiram-se ao continuum de trabalho disciplinar múltiplo como “interdisciplinaridade”, com trabalho unidisciplinar em uma extremidade e trabalho transdisciplinar na outra extremidade do continuum.

O trabalho multiprofissional, por outro lado, é um termo frequentemente empregado para descrever o trabalho de múltiplas profissões trabalhando juntas dentro de uma disciplina. O termo é usado em particular num contexto de saúde, por exemplo, fisioterapeutas, médicos e enfermeiros colaborando, com conhecimentos destas diferentes profissões sobrepostos, mas não integrados na prática uns dos outros.

2 “Multidisciplinarity draws on knowledge from different disciplines but stays within their boundaries. Interdisciplinarity analyzes, synthesizes and harmonizes links between disciplines into a coordinated and coherent whole. Transdisciplinarity integrates the natural, social and health sciences in a humanities context, and transcends their traditional boundaries.” (Choi & Pak, 2006, p. 351)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAGLEHOLE, R.; DAL POZ, M.R. Public health workforce: Challenges and policy issues. **Hum. Resour. Health**, v. 1, n. 4, 2003.

CHOI, B.C.K.; PAK, A.W.P. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. **Clin. Investig. Med.**, v. 29, p. 351–364, 2006.

EVANS, D. Taking public health out of the ghetto: The policy and practice of multi-disciplinary public health in the United Kingdom. **Soc. Sci. Med.**, v. 57, p. 959–967, 2003.

FISCHER, F.; ARNOLD, L.; HOMMES, F.; SELL, K. Special Issue Public Health Workforce in Times of Global Transformations: Past, Present, and Future Developments. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 2021.

PICKETT, K.E.; WILKINSON, R.G. Income inequality and health: A causal review. **Soc. Sci. Med.**, v. 128, p. 316–326, 2015.

RAZUM, O.; DOCKWEILER, C. Generalists or Specialists? Interdisciplinarity in, and Scientific Development of, Public Health in Germany. **Gesundheitswesen**, v. 77, p. 831–833, 2015.

RÜEGG, S.R.; MCMAHON, B.J.; HÄSLER, B.; ESPOSITO, R.; NIELSEN, L.R.; IFEJIKA SPERANZA, C.; EHLINGER, T.; PEYRE, M.; ARAGRANDE, M.; ZINSTAG, J.; et al. A Blueprint to Evaluate One Health. **Front. Public Health**, v. 5, p. 20, 2017.

SELL, K.; HOMMES, F.; FISCHER, F.; ARNOLD, L. Multi-, Inter-, and Transdisciplinarity within the Public Health Workforce: A Scoping Review to Assess Definitions and Applications of Concepts. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, p. 10902, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710902>. Acesso em: 19/04/2024.

WHO EUROPE. **Roadmap to Professionalizing the Public Health Workforce in the European Region**. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, 2022.

WINSLOW, C.E. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, p. 23–33, 1920.

NEOLIBERALISMO

O CAPITALISMO³

Retornar a teoria social “grande escala” – uma teoria crítica do capitalismo que visa explicitamente integrar críticas ecológicas, feministas e pós-coloniais.

O capitalismo, categoria ou conceito chave de enquadramento para toda teorização social séria. Nem todos compartilham essa suposição.

Padrão nas esquerdas era (e ainda é) liberalismo de um tipo ou de outro, seja igualitário de esquerda ou individualista libertário.

Décadas de 1930-1950: experiência esquerda radical, fragilidade estrutural de todo o sistema social levando muitas pessoas a radicalizarem o seu pensamento, a procurarem as raízes profundas dos problemas sociais e identificar as mudanças estruturais necessárias para superá-los.

Versus “Tempos Normais:” reformas para expandir direitos e oportunidades. Certamente não há oposição aos esforços táticos para apoiar certos tipos de reformas em situações historicamente específicas. Mas quando o reformismo se torna a perspectiva padrão única, tem como efeito desviar a atenção dos princípios fundamentais estruturas da totalidade social. Uma perspectiva política e intelectualmente incapacitante a longo prazo – sobretudo em tempos de crise aguda.

A crítica estrutural da totalidade social diminuiu nos círculos progressistas. As críti-

3 Esta seção incorpora as reflexões de Nancy Fraser. Ver: FRASER, Nancy. O que é Capitalismo?. Blog da Boitempo, 24 set. 2021. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2021/09/24/nancy-fraser-o-que-e-capitalismo/>. Acesso em: 19 abr. 2024.

cas feminista e antirracista, abandonaram a Teoria Crítica (amnésia da economia política) de todo tipo de pensamento igualitário. Foco unilateral nas questões de reconhecimento ou políticas de identidade articuladas e efetivamente reforçadas pelo processo da neoliberalização então em curso.

Processo não consiste em adicionar novas variáveis ou “sistemas” a paradigmas marxistas existentes. Em vez disso, requer revisitar o conceito de capitalismo e pensando de forma diferente.

Incluir na definição de capitalismo “o pano de fundo, condições de possibilidade” que têm sido a base fundamental do desenvolvimento capitalista.

O capitalismo não é simplesmente um sistema econômico. Essa é a acepção dos economistas tradicionais, dos atores corporativos e também a do senso comum, do bom senso, incluindo progressistas, e até mesmo de muitos que se autodenominam marxistas. Mas esta acepção do capitalismo é reducionista. O capitalismo, longe de ser uma mera “economia”, é uma “ordem social institucionalizada” no mesmo nível, por exemplo, do feudalismo. Assim como o feudalismo não era simplesmente um sistema econômico nem um sistema militar, nem um sistema político, mas uma ordem social mais ampla que englobava todas essas dimensões.

O capitalismo é uma forma de organização, não apenas econômica de produção e troca, mas a relação de produção e troca com uma ampla gama de relações, atividades e processos sociais, vistos como não-econômicos, que tornam a economia possível.

Condições sem as quais uma economia capitalista não poderia existir: quatro antecedentes não-econômicos:

- I. reprodução social – ou, como muitos a chamam agora, “trabalho de cuidado”, incluindo todas as atividades que criam, socializam, nutrem, sustentam e reabastecem o ser humano, seres que ocupam cargos na economia. Não existe uma economia capitalista sem “trabalhadores” que produzam mercadorias sob a égide de empresas com fins lucrativos. Tampouco esses trabalhadores existem sem “cuidadores” que reproduzam seres humanos

em ambientes externos à economia oficial. O trabalho de cuidado inclui gestação, parto, amamentação, alimentação, banhar, socializar, educar, curar, proteger, consolar – em suma, tudo que é essencial para sustentar seres que são ao mesmo tempo biológicos e sociais. Historicamente, grande parcela deste trabalho não é remunerado e é realizado por mulheres – muitas vezes em domicílios, mas também nas comunidades, bairros e aldeias; em associações da sociedade civil, do setor público agências e cada vez mais hoje em dia em empresas com fins lucrativos, como escolas e casas de repouso, asilos. A reprodução social é uma pré-condição indispensável para produção econômica – portanto, para a obtenção de lucro e a acumulação de capital. No entanto, o capital não mede esforços para evitar pagar pelos cuidados – ou, na sua falta, para pagar o mínimo possível para isso. Um primeiro traço dos é: como as sociedades capitalistas incentivam as empresas a se valerem do trabalho de cuidados sem nenhuma obrigação de reabastecê-lo, se consolida uma tendência profunda para a crise sócio reprodutiva, bem como uma ordem que subordina as mulheres.

- II. Uma segunda pré-condição para uma economia capitalista é ecológica. Assim como um capitalista depende do trabalho de cuidado, portanto também pressupõe a disponibilidade de energia; produção de energia e substratos materiais, incluindo “matérias-primas”, para a mão de obra transformar. O capital depende, em suma, da “natureza” – no sentido, primeiro, de substâncias específicas introduzidas diretamente na produção; e segundo, das condições ambientais gerais, como ar respirável, água potável, solo fértil, níveis do mar relativamente estáveis, condições habitáveis clima, e assim por diante. Pela sua própria concepção, a sociedade capitalista incentiva os proprietários tratam a natureza como um tesouro “não-econômico”, uma apropriação como se fosse infinitamente auto-regeneradora, não necessitando de reposição ou reparo. Uma receita para o desastre. As sociedades capitalistas institucionalizam uma tendência estrutural para a crise ecológica.
- III. Uma terceira condição para a possibilidade de acumulação de capital é o confisco de riqueza de populações subjugadas. Quase sempre racializadas, tais populações são

designadas para expropriação, em oposição à exploração. Privados de proteção estatal e direitos acionáveis, suas terras e trabalho podem ser tomados sem remuneração e canalizados para os circuitos de acumulação. A expropriação é frequentemente vista como uma característica inicial e substituída de um sistema que acumula riqueza através da exploração. A produção capitalista não seria lucrativa sem um fluxo contínuo de insumos baratos, incluindo recursos naturais e recursos não livres ou trabalho dependente, confiscado de populações submetidas à conquista, escravização, troca desigual, encarceramento ou dívida predatória e, portanto, incapaz de reagir. Por trás de Manchester estava o Mississippi, o que significa que o trabalho escravo forneceu o algodão bruto barato que alimentou as icônicas fábricas têxteis no início de industrialização. Mas o mesmo acontece hoje: coltan para *iPhones* extraído barato, às vezes por crianças congoleesas. A sociedade capitalista é necessariamente imperialista, criando continuamente populações para expropriação. A sua economia não funciona se todos receberem salários que cubram seus verdadeiros custos de reprodução. Não funciona, sem uma linha que divida populações segundo cores e daquelas que são “meramente” exploráveis daquelas que são francamente “expropriáveis.” Ao institucionalizar essa divisão, o capitalismo também consolida as relações racial-imperiais, a opressão e as lutas políticas que lhe conferem sustentação.

- IV. A quarta condição de fundo para uma economia capitalista é o PODER – paradigmaticamente, mas não apenas, poder estatal. A acumulação não pode prosseguir sem tal poder em seu núcleo histórico: sem sistemas jurídicos que garantam a propriedade privada e troca contratual. Também são essenciais as forças repressivas que controlam as dissidências, reprimem rebeliões e impõem hierarquias de status que permitem às corporações expropriarem populações racializadas no país e no exterior. O sistema não pode funcionar, sem regramentos e bens públicos, incluindo infraestruturas de vários tipos e política monetária estável. Estes são requerimentos indispensáveis para a acumulação, mas não podem ser fornecidos pelo mercado. Pelo contrário, só podem ser assegurados pelo exercício de poder público. O capital precisa desse poder,

portanto, mas também atua erodindo as bases do poder público-estatal, mediante evasão fiscal, desregulações e captura de agências e recursos públicos. Consequentemente o conjunto de tensões internas entre “o econômico” e “o político” – estimula crises.

As sociedades capitalistas instituem relações contraditórias entre suas economias e suas bases não econômicas destas últimas. Essas relações tornam-se visíveis apenas quando se compreende o capitalismo de forma ampla – não como um “mero” sistema, mas como uma ordem social institucionalizada que também inclui a reprodução social, a espoliação da natureza, a riqueza expropriada de populações racializadas e poder público – todos essenciais para a acumulação.

A substituição da definição restrita de capitalismo como sistema econômico por uma concepção ampliada permite compreender por que as sociedades capitalistas são singularmente e não acidentalmente propensas a crises sistêmicas – algumas das quais parecem ser “não econômicas”, também integra os interesses de longa data dos socialistas na exploração com as preocupações de feministas, ambientalistas, antirracistas, anti-imperialistas e democratas radicais.

Os “REGIMES”, OS CICLOS DO CAPITALISMO

Segundo uma lógica diacrônica o capitalismo experimentou quatro “regimes”: capitalismo mercantil, capitalismo liberal, capitalismo gerido pelo Estado e o contemporâneo, o capitalismo-financeirizado. Outros teóricos como Immanuel Wallerstein ou Wolfgang Streeck, também se valem dessas demarcações, cada nova fase do capitalismo seria uma reação, um ajuste às contradições e tensões que surgiram na fase anterior.

Como afirma Nancy Fraser, o capitalismo tem como principal “defeito” a geração de crises também pode ser criticado em bases normativas. É um sistema social moralmente injusto, consolida múltiplas formas de dominação estrutural através

das quais se grupo de pessoas floresce graças à opressão de outros. A dominação de classe, baseada na exploração de trabalhadores assalariados (duplamente) livres por capitalistas no ponto de produção, é um exemplo disso. Mas, prossegue a autora, a dominação de gênero está igualmente arraigada na sociedade capitalista. E o mesmo se aplica à opressão racial e imperialista. São injustiças estruturais⁴.

Em geral, então, a aceção ampliada do capitalismo como uma ordem social institucionalizada implica uma crítica normativa das múltiplas injustiças inerentes ao sistema. Adicionalmente, autores enfatizam uma crítica ética do capitalismo, que se concentra na “maldade” do sistema, e reificação, que nos impedem de viver boas vidas. Em outras palavras: o capitalismo é uma má forma de vida – não porque algumas pessoas estejam roubando outras, nem porque esteja comendo o próprio rabo e sempre em crise, mas porque isso nos atrapalha e bloqueia nossa capacidade de viver bem.

NEOLIBERALISMO E NEOLIBERALISMO

O neoliberalismo como uma aliança de correntes dominantes de novos movimentos sociais e multiculturalismo e direitos LGBTQ), por um lado, e serviços “baseados em promessas de serviços de alta qualidade ofertados por setores empresariais e fundos financeiros. Forças progressistas se uniram efetivamente ao capitalismo financeirizado. Porém, involuntariamente, os primeiros emprestam o seu carisma aos segundos. Ideais como diversidade e empoderamento, que poderiam, em princípio, servir fins diferentes, agora encobrem políticas que devastaram a indústria e o que antes eram o ganha-pão das classes médias.

Eleição de Bill Clinton em 1992. Clinton foi o principal engenheiro e porta-estandarte do “Novos Democratas”, o equivalente norte-americano do “Novo Trabalhismo” de Tony Blair. No lugar do New Deal coalizão de trabalhadores industriais sindicalizados,

4 Ver: FRASER, Nancy. Entrevista: O que está errado com o capitalismo? Eleuterio Prado Blog, 31 out. 2021. Disponível em: <https://eleuterioprado.blog/2021/10/31/o-que-esta-errado-com-o-capitalismo/>. Acesso em: 19 abr. 2024.

afro-americanos e classes médias urbanas, ele forjou uma nova aliança de empresários, suburbanos, novos movimentos sociais e jovens, todos proclamando sua boa fé moderna e progressista, abraçando a diversidade, o multiculturalismo e direitos das mulheres.

Sinais de colapso da hegemonia neoliberal foram emitidos com a votação do Brexit etc. Outras Decisões eleitorais, se caracterizaram pela rejeição da combinação letal de austeridade, comércio livre, dívida predatória e trabalho precário e mal pago. Contudo, o ataque aos sistemas de proteção social, por vezes, veio acompanhado por um verniz emancipatório e identificação do “progresso” com meritocracia em vez de igualdade.

O NEOLIBERALISMO NO BRASIL

No Brasil são notórias as peculiaridades do neoliberalismo dos anos 1990, que rezou pela cartilha da austeridade e privatizações, mas se valeu de uma máscara conservadora em relação a pautas emancipatórias. Ou seja, um neoliberalismo com face conservadora. Os governos populares avançaram agendas democratizantes e ampliaram espaços para a vocalização de demandas identitárias. Um padrão que poderia ser caracterizado como um social-liberalismo progressista ou reformismo fraco segundo pesquisadores da área de ciências políticas.

A onda de protestos sociais que precedeu um forte abalo no sistema político, não parece ter deslocado o poder das elites de sempre e seus interesses. O governo Bolsonaro não levou adiante uma agenda nacionalista e protecionista.

Com a eleição de Lula, mesmo a recomposição da matriz democráticas das instituições nacionais parece ainda não permitir reformas mais estruturantes. Ou seja, é plausível supor uma oposição não entre o neoliberalismo *tout-court*, mas entre matizes de neoliberalismo. Um panorama sugestivo do vigor de capitalismo financeirizado periférico e suas consequências para as proposições de um sistema de saúde público, igualitário e equânime.

REFERENCIAS INICIAIS INTERNACIONAIS

FRASER, Nancy; MONTICELLI, Lorenzo. Progressive Neoliberalism isn't the solution. We need a radical, counter-hegemonic and anti-capitalist alliance. A conversation with Nancy Fraser. **Emancipations: A Journal of Critical Social Analysis**, v. 1, n. 1, p. 2, 2021.

REFERENCIAS INICIAIS NACIONAIS

MATTOS, L.V. **Financeirização, neoliberalismo e sistema de saúde no brasil: estudos em economia política da saúde**. Tese de Doutorado. IESC-UFRJ, 2021.

MORAES, Leonardo de Lima. **Saúde no Brasil: uma longa relação entre os setores público e o privado**, 2024 (No Prelo).

REFORMA DAS INSTITUIÇÕES DO SETOR PÚBLICO/GERENCIALISMO⁵

Durante o intervalo temporal 1930 e 1980, a tendência central em diversos países foi o crescimento contínuo do governo, das despesas públicas e das organizações do setor público, especialmente em domínios da política social como a saúde, a educação e a segurança social. O crescimento do Estado de bem-estar social foi apoiado pelos partidos democrata, trabalhista e socialistas-democráticos que eram bem-sucedidos eleitoralmente, garantindo o apoio político dos sindicalistas e dos eleitores da classe trabalhadora que valorizavam a proteção social proporcionada por serviços públicos. Estavam vivas as memórias da Grande Depressão da década de 1930 e mais tarde da Segunda Guerra Mundial.

Os EUA lideraram o *New Deal* da década de 1930 sob o presidente F.D. Roosevelt que aumentou substancialmente o escopo dos programas do governo federal. No Reino Unido, as indústrias estratégicas (como o carvão e o aço) foram nacionalizadas e instituído um estado de bem-estar social básico, após a eleição de um governo trabalhista em 1945. Em muitos países capitalistas avançados foram organizadas grandes instituições públicas e profissões integradas ao setor público (médicos, enfermeiros, professores, advogados, pesquisadores, etc.)

Na década de 1960 e especialmente no início da década de 1970, o crescimento dos gastos com saúde, educação e outras políticas sociais foi significativo, mesmo nos EUA

5 Esta seção possui aportes elaborados pela pesquisadora Ligia Bahia no Relatório: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Relatório Final: Da Comissão Paritária, instituída pelo Magnífico Reitor, através da Portaria nº 9.069, de 23 de agosto de 2023, com o objetivo de avaliar a evolução institucional dos Hospitais Universitários Federais que estão sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Rio de Janeiro: UFRJ, 2023. Disponível em: <https://ufrj.br/wp-content/uploads/2023/12/RELATORIO-FINAL.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

(no qual havia explícita aversão a “governo grande”), programas da “sociedade grande” da década de 1960 introduziram robustos programas sociais, como o Medicare e o Medicaid⁶.

No mesmo período, países nórdicos da Europa também construíram Estados de Bem-Estar Social. Organizações do setor público altamente profissionalizadas – como hospitais e universidades – mas com estratégias de crescimento incrementais e instituições geridas profissionalmente com um núcleo corporativo fraco, refletiram seus valores igualitários fundamentais (provenientes de uma aliança “vermelho-verde” – trabalhadores urbanos e rurais).

Em meados da década de 1970, as elevadas taxas de crescimento económico, que tinham sido uma forma relativamente indolor de financiar a expansão dos serviços públicos, entraram em colapso. Choques nos preços do petróleo, sucedidos por um processo de “estagflação” (aumentos simultâneos na estagnação da economia, do desemprego e da inflação). Adicionalmente, um efeito defasado dos “acontecimentos políticos de 1968” trouxe para dentro do setor público setores de uma esquerda menos tradicional. Delegados sindicais, mais espontâneos do que aqueles das antigas hierarquias sindicais nacionais, tornaram-se particularmente fortes no setor público.

Críticas ao aumento das despesas públicas e a “captura” de instituições públicas por profissionais de esquerda (advogados comunitários, médicos de saúde pública, pesquisadores de políticas públicas) tornaram-se esteio para a ascensão política e intelectual de críticas reiteradas as instituições públicas dos estados de bem-estar social. Mudanças políticas-ideológicas as quais estavam subjacentes o crescimento do eleitorado de classe média e encolhimento da classe trabalhadora, cujos membros passaram a manifestar apoios políticos voláteis em eleições.

A expansão das despesas públicas expostas a um escrutínio mais intenso por parte de opositores e céticos passou a estimular questionamentos sobre a relação custo-benefício, capacidade de resposta e acusações de (in)governabilidade das grandes organizações de serviços

6 Programas de assistência à saúde para idosos e indivíduos e famílias situados abaixo da linha da pobreza.

públicos. Em síntese para os reformadores da gestão pública a burocracia tradicional (BT) teria problemas estruturais tais como: (i) na ausência de mercados, de preços ou de escolha dos consumidores, os órgãos públicos provavelmente crescem (burocratas públicos racionais buscam aumentar o orçamento de suas instituições), já que tal crescimento está correlacionado com status e poder pessoal; (ii) embora o controle nominalmente recaia sobre os políticos eleitos, na prática, os altos burocratas detém controle sobre informações-chave (informais e formais) e são propensos a manter baixa visibilidade sobre desempenho; (iii) Os políticos também são movidos por interesses eleitorais e tendem a apoiar a expansão de despesas públicas em áreas politicamente sensíveis (por exemplo, aumento dos níveis de benefícios para clientelas organizadas e visíveis); (iv) ao longo do tempo, o incremento contínuo dos níveis de despesa pública resulta na necessidade de aumentar os níveis globais de tributação que estimulou uma “revolta dos contribuintes” em vários países na década de 1980.

A caracterização sociológica anterior de Max Weber (1946) do alto funcionário público como motivado por um senso de vocação e agindo como um defensor do interesse público passou a ser considerada ingênua. Burocratas abrigados sob a retórica do interesse público, estariam pressionando aumentos dos orçamentos. Do diagnóstico sobre o comportamento da BT examinada como portadora de interesses econômicos, que incentivavam crescimento de gastos passou-se à prescrição: uma agenda de reforma do setor público pautada pela maior concorrência na oferta de serviços públicos, privatização e externalização, realinhamento dos incentivos aos burocratas públicos e a restrição de orçamentos.

Desde o final dos anos 1970 e especialmente na década de 1980, as denominadas reformas da gestão pública voltadas a mudanças na burocracia tradicional (BT) weberiana transformaram as formas organizacionais tradicionais do setor público em diversos países do mundo. Mudanças originadas por movimentações no cenário político e econômico, nas políticas públicas, se projetaram em propostas de reconfiguração da organização do setor público. Vantagens e desvantagens da BT têm sido amplamente debatidas.

A BT forma original e “padrão” da modernidade tem como características essenciais: (i) As jurisdições fixas e oficiais, ordenadas por regras, leis e regulamentos; (ii) O

princípio da hierarquia como principal mecanismo de coordenação, pelo qual estruturas em repartições públicas são estabelecidas com superiores e subordinados (para que haja uma cadeia vertical de titulares de cargos com cargos mais baixos que se reportam aos superiores); (iii) A gestão baseada em informações registradas extensamente sobre casos e decisões para facilitar a referência e para transmissão aos futuros titulares de cargos; (iv) ocupação dos cargos balizada em expertise e treinamento (mérito meritocrático, cargos não podem ser negociados mediante políticas ou interesses econômicos, o acesso ao cargo ocorre por meio de concurso público (exames formais); (v) pessoal é empregado em tempo integral, o emprego prevê uma carreira para toda a vida laboral (em oposição a nomeações de curto prazo ou carreiras que misturam cargos nos setores público e privado); (vi) e a administração das instituições públicas é pautada por regras (administração do escritório segue regras gerais estáveis, que conformam um corpo de conhecimento do campo de conhecimentos do direito administrativo).

Pontos frágeis da BT ou algumas manifestações “patológicas” de ciclos burocráticos viciosos incluem: (i) desenvolvimento de um conjunto cada vez mais vasto de regras e procedimentos detalhados, escritos e impessoais, especificando o que deve ser feito em todas circunstâncias e aspectos concebíveis; (ii) A centralização da tomada de decisões no topo, estabelecendo enorme distância entre quem tem que decidir e quem tem informações relevantes para a tomada de decisões; (iii) criação de estratos hierárquicos isolados uns dos outros; (iv) criação de canais e relações de colaterais informais, em torno de grupos e indivíduos que lidam com contingências e incertezas, mas que estimula regras adicionais. Ora os níveis elevados de burocratização foram tomados como marcas de sociedades paralisadas, exigentes de reformas, ora defendidas as virtudes duradouras do modelo de BT, tais como a neutralidade, o tratamento igual de casos iguais, a probidade e a imposição de limitações em torno de atitudes personalizadas e carismáticas, em síntese as conexões entre o modelo de gestão pública e regime político que não pode ser instável, idiossincrático.

Durante os anos 1980 e 1990, houve repetidas tentativas de “reformular” as instituições públicas. Em geral, as reformas concebidas sob a égide da *new public management*

(NPM) buscaram reduzir o âmbito das atribuições governamentais e ampliar os mercados ou quase mercados e reduzir o poder dos sindicatos e das profissões do setor público em favor de uma gestão mais assertiva bem como reduzir a despesa pública e os níveis de tributação. No Reino Unido, o “inverno do descontentamento” (1978-1979) com as suas sucessivas crises e as greves dramatizaram uma narrativa de setor público desgovernado e ingovernável que repercutira pela eleição dos conservadores em 1979 e depois pela reeleição de Margareth Thatcher (1983 e 1987). A expressão TINA (“there is no alternative”) cunhada nesse contexto político de direita atravessou o oceano, nos EUA Reagan dizia que o governo era o problema, e não a solução.

Contemporaneamente, resultados das reformas da NPM têm sido intensamente criticados. Afirmções sobre melhor ou pior desempenho de instituições públicas NPM, são questionáveis. Para diversos ganhos limitados em dimensões de desempenho, como eficiência, não compensam perdas em outras dimensões do desempenho, como eficácia. No âmbito internacional o debate contemporâneo sobre os modelos de gestão segue aberto. A famosa afirmação que a gestão pública e privada “podem ser semelhantes, mas apenas em aspectos sem importância”, tem como substrato a compreensão de que as forças de mercado e a vinculação legislativa são duas estruturas de governança radicalmente distinta. Em sentido oposto, situam-se argumentos baseados na tese que o objetivo principal (mesmo que implícito) de uma burocracia pública é ampliar constantemente o seu orçamento e jurisdição, sem qualquer interesse em estratégias particularistas ou sobre o custo ou a qualidade dos serviços que fornece aos cidadãos (ao contrário das empresas de alta qualidade que são centradas no cliente) e que aprende como inovar constantemente.

Reflexões acadêmicas sugerem que a NPM não foi inteiramente bem-sucedida, críticas às reformas iniciais suscitaram novas tentativas de reforma. Pressões das despesas públicas em resposta a mudanças demográficas, epidemiológicas e reestruturação dos mercados de trabalho, insatisfação com acesso e qualidade dos serviços públicos e programas sociais e descontentamento com acesso e uso de serviços sociais seguem tensionando governos, partidos políticos e movimentos sociais. Contudo

mesmo os analistas mais desfavoráveis a NPM, entre os quais se destacam os que afirmam a resiliência do modelo BT, admitem que a influência das ideias originais dos reformadores da gestão pública persiste. Formas híbridas situadas na fronteira entre os setores público tradicional e privado se expandiram.

A NOVA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil os ataques aos “marajás” pelo Presidente Collor, eleito pelo voto popular em 1990 foram acompanhados pela redução de ministérios e demissão de mais de cem mil servidores públicos. Contudo, as propostas e as reformas da administração pública alinhados com as proposições teóricas da NPG só entraram no país como projeto político nacional no governo FHC⁷, no final dos anos 1990 (Lei 9637/98). As consequências em torno dos preceitos da NPM foram heterogêneas. Em 1997, o governo do Estado do Rio de Janeiro terceirizou hospitais (Lei 2878) (legislação revertida em 1999) e em 1988, durante o mandato de Mario Covas, São Paulo contratou entidades qualificadas como Organizações Sociais para administrar dez hospitais (Lei Complementar 846).

Ainda em 1988, o PT (partidos dos trabalhadores) e o PDT (partido democrático trabalhista) ajuizaram uma ação direta de inconstitucionalidade⁸ relativa ao funcionamento

7 A Emenda Constitucional 19/98, a “Emenda da Reforma Administrativa”, envolveu um conjunto de atos políticos e legislativos, a exemplo entre outros temas, a qualificação das entidades como organizações sociais e prevê a realização com elas de contratos de gestão e a criação do Programa Nacional de Publicização. Essa reforma foi desencadeada pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), documento desenvolvido pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare).

8 Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/DF, de 01/12/98, na qual ingressaram como interessados a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a Academia Brasileira de Ciências (ABC), o Sindicato dos Trabalhadores Públicos de Saúde no Estado de São Paulo (Sindsaúde/SP) e o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. As partes contrárias ao modelo Organizações Sociais alegaram, em síntese, as seguintes violações da Lei 9.637/9855: i) ofensa aos deveres de prestação de serviços de saúde, educação, proteção ao meio ambiente, patrimônio histórico e acesso à ciência; ii) violação à impessoalidade e interferência indevida do Estado em associações; iii) descumprimento do dever de licitação; iv) ofensa aos princípios da legalidade e do concurso público na gestão de pessoal; v) descumprimento de direitos previdenciários dos servidores; vi) insubmissão a controles externos; e vii) restrição da atuação do Ministério Público.

das Organizações Sociais. Apesar da oposição, as Organizações Sociais de Saúde (OSS), uma tradução brasileira de NPM se disseminaram pelos estados (secretarias estaduais de saúde) e logo depois para municípios de maior porte. O novo modelo de gestão, adotado inclusive em cidades e unidades da federação governados por partidos de oposição e da situação, permitiu contratar pessoal e expandir a oferta de serviços de saúde sem ferir as regras impostas pela legislação de responsabilidade fiscal e atender exigências de órgãos de controle de celeridade nos processos administrativos.

As expectativas consolidadas durante o longo processo de luta pela redemocratização do país e Constituição de 1988 em torno da expansão de políticas sociais e instituições públicas foram ajustadas a um contexto econômico recessivo e forte adesão a modelos de gestão NPM. Demandas de movimentos sindicais, especialmente aqueles relacionados com servidores públicos da saúde, pelo exercício de mais de um vínculo de trabalho (emenda constitucional aprovada em 2001) introduziram uma singularidade ao Regime Jurídico Único (servidores públicos sem dedicação exclusiva).

A partir dos anos 2000, pari passu a expansão da estratégica de atenção primária no SUS, as OSS passaram a deter maior protagonismo na gestão de redes municipais e estaduais. Denúncias e escândalos de corrupção em diversos locais não detiveram a marcha de uma NPM que permaneceu paradoxalmente rígida em termos jurídicos-legais. Em 2015 o Supremo Tribunal Superior (após 17 anos) considerou o modelo organização social compatível com a Constituição.⁹

Um fenômeno de maior “flexibilização” do trabalho, mediante a denominada “pejo-

9 “1. A atuação da Corte Constitucional não pode traduzir forma de engessamento e de cristalização de um determinado modelo preconcebido de Estado, impedindo que, nos limites constitucionalmente assegurados, as maiorias políticas prevaletentes no jogo democrático pluralista possam pôr em prática seus projetos de governo, moldando o perfil e o instrumental do poder público conforme a vontade coletiva. 2. Os setores de saúde, educação, cultura, desporto e lazer, ciência e tecnologia e meio ambiente configuram serviços públicos sociais, em relação aos quais a Constituição, ao mencionar que “são deveres do Estado e da Sociedade” e que são “livres à iniciativa privada”, permite a atuação, por direito próprio, dos particulares, sem que para tanto seja necessária a delegação pelo poder público, de forma que não incide, in casu, o art. 175, caput, da Constituição. A atuação do poder público no domínio econômico e social pode ser viabilizada por intervenção direta ou indireta.” (extrato da decisão).

tização”¹⁰, que faculta a menor incidência de custos advindos dos direitos trabalhistas foi incorporado no cotidiano dos serviços públicos de saúde. A conjugação da “pejotização” com a “plantonização” (decorrente da permissão de múltiplos vínculos e redução da carga horária de determinados servidores civis) afeta profunda e estruturalmente os serviços públicos de saúde.

Especificamente na área da saúde, as avaliações sobre as OSS são bastante negativas¹¹ e ensejaram tentativas de implementar modelos de gestão alternativos compatíveis com os debates sobre a necessidade e premência de carreiras públicas para o SUS. A fundação estatal de direito privado, proposta durante o segundo mandato do Presidente Lula pelo então Ministro da Saúde José Temporão, como uma estratégia para formalização dos vínculos trabalhistas precários das OSS, foi rejeitada por entidades representativas de profissionais de saúde.

Uma segunda alternativa as OSS, a EBSERH, criada por legislação originada pelo Poder Executivo em 2011 (Projeto de Lei n.º 1.749-B), no primeiro governo da Presidente Dilma Roussef, apresenta traços distintos do modelo fundação estatal de direito privado. Compreende os hospitais universitários federais, foi implementada, e se organiza em termos burocráticos como instituição com natureza mais centralizada. É plausível supor semelhanças entre ambos os modelos no sentido da busca de mitigação de efeitos negativos das OSS como a fragmentação das ações de saúde e dificuldades de coordenação, preços e qualidade discutíveis e sobretudo ausência de critérios para contratação de profissionais de saúde.

10 Modalidade de contratação em a relação de emprego é descaracteriza mediante a substituição da pessoa física pela contratação do trabalhador como pessoa jurídica. A expressão pejotização é um neologismo decorrente da sigla “PJ”, que é usada para identificar o termo “pessoa jurídica”. Na prática, para que a contratação se efetive, o empregador exige que o trabalhador constitua uma empresa individual. A partir daí, no lugar do correto contrato individual de trabalho é formalizado um contrato comercial ou civil, embora, de fato, exista uma prestação de serviços.

11 As citações aqui realizadas se restringem a área da saúde. O Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI), por exemplo, contrata seis organizações sociais que administram: o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE), o Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais (CNPEM), o Instituto Nacional De Matemática Pura e Aplicada (Impa), Associação Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (Embrapii), o Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM) e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP).

Entretanto em termos de magnitude e relevância é preciso reconhecer que as OSS, após mais de 20 anos dos primeiros contratos, predominam na gestão da rede de serviços do SUS e que a EBSEH ocupa um espaço importante no debate sobre administração pública, mas ainda restrito a um conjunto de hospitais. Dinâmicas políticas e jurídico-legais como por exemplo, a opção do governo estadual do Piauí, no quinto mandato do PT, decidir contratar OSS ou ainda a decisão da 2ª Turma do STF, em junho de 2023, reconhecendo a legalidade de pejetização de médico reafirmam a robustez do modelo dotado de menor reconhecimento aos direitos trabalhistas.

A trajetória de modelos de gestão inspirados pela NPM e sua incidência na rede pública de serviços de saúde, portanto requerem um exame pormenorizado. Como a melhoria do desempenho deveria ser um componente perene de todas as organizações públicas e não apenas daquelas com características mais ou menos próximas a racionalidade do mercado, seria necessário verificar os impactos de outras dimensões dos modelos NPM. Mas medir resultados organizacionais é difícil. Em contextos complexos e avaliações positivas ou negativas tendem a ser contestadas. Sistemas de informação efetivamente mais transparentes e contratos efetivamente baseados em desfechos para a saúde (e não em metas de produção de atividades) e o controle efetivos de conselhos (frequentemente decorativos) escapam do radar das análises sobre os novos modelos de gestão no Brasil.

PRINCIPAL REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FERLIE, Ewan; ONGARO, Edoardo. **Strategic management in public services organizations: concepts, schools and contemporary issues**. New York, NY: Routledge, 2022.

PRIVATIZAÇÃO: CONCEPÇÕES PARA ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Um consenso que se destaca em vários trabalhos sobre privatizações é a grande confusão que tem gerado a necessidade de designar uma configuração específica de um sistema de saúde, como predominantemente público ou privado, quando nestas classificações predominam o componente ideológico sobre as análises que propõem uma conceituação do componente privado e com base nas evidências empíricas que sustentam suas afirmações. Nesse sentido, o primeiro elemento que se destaca é o esforço para definir com precisão o que se entende por público e privado e em quais casos pode ser observado um processo de privatização. Ao mesmo tempo, há que considerar a necessidade de procurar enquadramentos que permitam identificar novas configurações em que as fronteiras entre o público e o privado se tornam cada vez mais obsoletas e se deve considerar um continuum ou leituras menos estáticas.

Paul Starr propõe uma análise aprofundada do que implica o conceito de privatização, identificando as principais causas que causam confusão no debate em torno do tema, os limites no seu tratamento por algumas perspectivas teóricas e, por fim, propõe uma série de dimensões a serem consideradas. capaz de abordar uma análise mais adequada e precisa. O autor estrutura o trabalho, a partir de uma consideração central subdividida em quatro eixos: ideia, teoria, retórica e prática política. Em relação à compreensão da privatização como ideia, destaca, por um lado, a complexidade envolvida na definição dos limites entre o público e o privado e, por outro lado, o seu significado político. Outro aspecto central que o autor destaca é que existem diferentes graus em que o processo pode se desenvolver, e o grau em que ele é realizado é central para avaliar as possíveis consequências, em relação ao impacto social dessas políticas. Nesse sentido, dá ênfase à identificação do grau em que se movem a propriedade, as finanças e a responsabilidade do setor público.

Numa perspectiva de análise e de preocupações teórico-metodológicas semelhantes à de Starr, encontramos o trabalho de Maarse. O pressuposto que se mantém é que existem múltiplas fronteiras na relação público/privado nos cuidados de saúde. Uma de suas propostas centra-se na necessidade de incorporar o caráter evolutivo do processo, bem como identificar as nuances existentes na relação público/privado para compreender o processo de privatização. Para tanto, propõe analisar o processo de privatização “como uma sequência contínua de jornadas.” Outro elemento-chave da sua proposta teórica é uma abordagem pragmática para investigar a privatização, partindo de quatro perspectivas diferentes: “o financiamento dos cuidados de saúde, a prestação de cuidados de saúde, a administração e gestão e, finalmente, o investimento nos cuidados de saúde.” Ou seja, na identificação de quais os fatores que impulsionaram a privatização e quais atuaram como barreiras à mesma. Os resultados apresentados sugerem que “há evidências de que os cuidados de saúde na Europa se tornaram mais privados”. O fundamental, entre outros aspectos, é que o crescimento da fração pública nos gastos com saúde estagnou desde a década de 1980 e a fração privada aumentou substancialmente. Entre os fatores que estimularam a privatização identifica-se: ideias neoliberais, estagnação dos gastos no orçamento da saúde pública, baixa qualidade do setor público e processos políticos e sociais mais amplos. Relativamente aos fatores que funcionaram como barreira à privatização, encontramos: o acesso universal aos serviços de saúde, os valores existentes na sociedade, as estruturas de governança corporativa (relações entre os vários agentes que geram uma cultura de ajustamento mútuo através da procura de consenso e política compromissos) e falhas do setor privado.

Saltman avança uma proposta teórica, a partir da qual se compreendem os limites cada vez menos definidos que existem entre o público e o privado, nos sistemas de saúde dos países europeus. Destaca algumas concepções errôneas sobre a privatização, como associá-la à introdução de maior concorrência, a processos de autonomização e corporatização. Refuta a ideia de associar o comportamento competitivo à privatização, uma vez que existem empresas públicas altamente competitivas. Sua proposta teórica busca

superar a dicotomia público/privado. Localiza dentro da categoria pública duas categorias gerais: estatais e outras organizações de propriedade pública, mas não controladas pelo Estado; enquanto a categoria privada inclui organizações sem fins lucrativos, bem como organizações com fins lucrativos.

Após analisar essas relações em diversos sistemas de saúde, como Suécia, Inglaterra, Alemanha e Espanha, Saltman observa que essas novas configurações, nas quais os componentes público e privado são mais difusos, não podem mais ser pensadas como anomalias. Quanto às principais conclusões do trabalho, o autor destaca que “a noção de ‘público’ é cada vez mais variada e difusa, e a noção do que é ‘privado’ está num processo semelhante neste aspecto” (tradução livre de Saltman, 2003)¹². O autor postula a importância do papel do Estado para o controle rigoroso, com fortes medidas restritivas desses novos arranjos público/privados, de modo a evitar comprometer os objetivos clínicos e sociais que devem ser priorizados nos sistemas de saúde.

A análise de Bamba, que toma como referência a proposta de Esping-Andersen sobre a desmercantilização em seu estudo sobre os regimes de *Welfare State*, e desenvolve o índice de desmercantilização da saúde – *The Health Decommodification Index*¹³. O índice de desmercantilização é construído a partir de dados sobre gastos privados em saúde, como percentual do Produto Interno Bruto (PIB), leitos em hospitais privados, como percentual do total de leitos existentes, e percentual da população coberta pelo sistema público de saúde.

PRIVATIZAÇÃO E COVID-19

A globalização e as políticas neoliberais contribuíram para mudanças nos cuidados de saúde dos países sistemas nas últimas décadas, com mais privatizações e comercialização

12 “First, the notion of ‘public’ is becoming more variegated and diffuse, more similar to the notion of ‘private’ in this regard” (Saltman, 2003, p. 27-28). Ver: Saltman, Richard B. “Melting public-private boundaries in European health systems.” *The European Journal of Public Health* 13.1 (2003): 24-29.

13 BAMBRA C. Cash Versus Services: ‘Worlds of Welfare’ and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services. *Journal of Social Policy*. 2005;34(2):195-213. doi:10.1017/S0047279404008542.

justificadas como meios de melhorar a eficiência e impulsionar o crescimento económico.

Os resultados apresentados acima indicam que os gastos privados em saúde aumentam significativamente as taxas de prevalência e mortalidade da COVID-19 entre os países, controlando o seu rendimento, urbanização, estrutura demográfica, exposição à globalização e sistema político. Estes achados acrescentam à literatura existente que evidencia a inadequação dos sistemas privados de saúde na abordagem de outras doenças infecciosas como a tuberculose.

Os benefícios a curto prazo das políticas de privatização - por ex. redução de custos, tempos de espera mais curtos - devem ser ponderados em relação aos danos a longo prazo que tais políticas podem causar na capacidade dos países para lidar com uma doença infecciosa que se dissemina rapidamente.

PRIVATIZAÇÃO E QUALIDADE

Ao longo dos últimos 40 anos, muitos sistemas de saúde que antes eram propriedade pública ou financiados se modificaram no sentido de privatizar os seus serviços, principalmente através da subcontratação ao setor privado. Um objetivo fundamental desta transição é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através de uma maior participação da concorrência no mercado e benefícios de um setor privado mais flexível e centrado no paciente. No entanto, reformas poderiam resultar em piores cuidados, em parte porque é mais fácil reduzir custos do que aumentar qualidade dos cuidados de saúde. Muitas destas reformas ocorreram há décadas e existem numerosos estudos que examinaram seus efeitos na qualidade do atendimento recebido pelos pacientes. Revisamos esta literatura, com foco nos efeitos da terceirização de serviços de saúde em países de alta renda. Descobrimos que os hospitais que passaram de públicos para propriedade privada tendem a obter lucros mais elevados do que os hospitais públicos que não se convertem, principalmente por meio de admissão seletiva de pacientes e reduções no número de funcionários. Observamos também que os aumentos agregados na privatização frequentemente correspondiam a piores resultados de saúde para os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS INICIAIS

.....

ASSA, J.; CALDERON, C. Privatization and pandemic: a cross-country analysis of COVID-19 rates and health-care financing structures. **Res Gate**, v. 2008, p. 1-23, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.19140.65929>. Acesso em: 19 abr. 2024.

GOODAIR, B.; REEVES, A. The effect of health-care privatisation on the quality of care. **The Lancet Public Health**, v. 9, n. 3, p. e199-206, mar. 2024.

LUZURIAGA, M.J.; BAHIA, L. Procesos de expansión y límites a la privatización de la atención de la salud en América Latina: más allá de las tipologías. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00127616, 2 out. 2017.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS INICIAIS – MÉDICOS

.....

BODENHEIMER, T. The right-wing health agenda. **Journal of Public Health Policy**, v. 20, n. 3, p. 261-267, jan. 1999.

FREIDSON, Eliot. **Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge**. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

FREIDSON, Eliot. **Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge**. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

LARSON, M.S. **The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis**. Berkeley: University of California Press, 1977.

LEVIN, J.M.; BUKOWSKI, L.A.; MINSON, J.A.; KAHN, J.M. The political polarization of COVID-19 treatments among physicians and laypeople in the United States. **Proc Natl Acad Sci U S A**, v. 120, n. 7, e2216179120, 14 fev. 2023. doi: 10.1073/pnas.2216179120. PMID: 36753464; PMCID: PMC9963903.

SANGER-KATZ, Margot. “Your surgeon is probably a Republican, your psychiatrist probably a Democrat.” **New York Times**, 2016.