

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO**

DANIEL DOURADO RAMOS

**VARIÁVEIS ESTRATÉGICAS DO JOGO SOCIAL: uma análise a partir da
implementação da Política de Saúde no Município de Porto Alegre (RS)**

**PORTO ALEGRE
2019**

DANIEL DOURADO RAMOS

**VARIÁVEIS ESTRATÉGICAS DO JOGO SOCIAL: uma análise a partir da
implementação da Política de Saúde no Município de Porto Alegre (RS)**

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em
Administração, junto ao Programa de Pós-
Graduação em Administração da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Estudos Organizacionais

Orientador: Prof. Dr. Daniel da Silva Lacerda

PORTO ALEGRE

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Ramos, Daniel Dourado
VARIÁVEIS ESTRATÉGICAS DO JOGO SOCIAL: uma análise
a partir da implementação da Política de Saúde no
Município de Porto Alegre (RS) / Daniel Dourado Ramos.
-- 2019.
144 f.
Orientador: Daniel da Silva Lacerda.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa
de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre,
BR-RS, 2019.

1. Jogo Social. 2. Política de Saúde. 3. Gestão
Pública Municipal. 4. Organizações. I. Lacerda, Daniel
da Silva, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**VARIÁVEIS ESTRATÉGICAS DO JOGO SOCIAL: uma análise a partir da
implementação da Política de Saúde no Município de Porto Alegre (RS)**

Dissertação aprovada para obtenção do título de
Mestre no Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul pela banca examinadora formada
por:

Porto Alegre, 04 de novembro de 2019.

Prof. Dr. Daniel da Silva Lacerda

Profa. Dra. Sueli Maria Goulart Silva

Profa. Dra. Luciana Pazini Papi

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

*Ao querido Gustavo.
Aos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.*

AGRADECIMENTOS

Aos 7 anos de idade, iniciei uma relação com a UFRGS que perdura, se fortalece e é motivo de orgulho. Como ex-aluno do Colégio de Aplicação, do Curso Técnico em Contabilidade na Escola Técnica da Universidade, da graduação, da especialização e agora do mestrado, na Escola de Administração da UFRGS, reconheço o valor e a importância da universidade pública para a formação profissional, cidadã e ética. Assim, renovo os votos de agradecimento e carinho ao corpo docente e técnico-administrativo da UFRGS.

Agradeço à família querida e amorosa, pela assistência e amparo de sempre, especialmente, no momento em que mais precisei – na internação hospitalar prolongada do filho Gustavo. Obrigado Alceu, Donatela, Adriana, Michelle, Graziela e Gustavo. Aos colegas da Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (ASSEPLA) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA), gratidão pela parceria e confiança. Aos professores e colegas do mestrado em Estudos Organizacionais, na pessoa do meu orientador Prof. Dr. Daniel da Silva Lacerda, agradeço por me auxiliarem na compreensão dos desafios inerentes ao campo profissional que escolhi, qual sejam, as relações de poder, a necessidade do diálogo, a luta, o comprometimento e o estudo permanente.

Nesse sentido, a oportunidade da realização do Mestrado em Estudos Organizacionais, na Escola de Administração da UFRGS, foi etapa fundamental para o meu desenvolvimento, uma vez que possibilitou o acesso a teorias cujos conteúdos, em sua maioria, filosóficos e sociológicos, de cunho crítico-reflexivo, possibilitaram a construção teórico-metodológica para subsidiar o presente estudo, além de oportunizar rico debate acadêmico, em sala de aula, sobre questões sempre atuais da sociedade e da gestão pública brasileira.

Por fim, pelo envolvimento profissional e afetivo que tenho é inegável que me tornei um militante do SUS e, como servidor público atuante no planejamento da SMS/PMPA, pretendo seguir firme contribuindo com esforço, dedicação e conhecimento à causa ideológica e doutrinária original do SUS público como direito de todos.

“Assim, são as jogadas que mostram quem são os jogadores. Por seu lado, os resultados e consequências dos jogos mostram como é o jogo. Isso quer dizer que é possível que nenhum jogador se sinta identificado com os resultados do jogo”.

Carlos Matus

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar as variáveis estratégicas do jogo social, segundo referencial teórico de Carlos Matus, observadas durante a implementação da política de saúde em Porto Alegre (RS) no período de 2018 e 2019. Nas dinâmicas que se estabelecem, assumem particular relevância a identificação e a compreensão do posicionamento de atores sociais, suas operações e estratégias, seus recursos e capacidades e o tempo. Nesse “jogo” em que há deliberado conflito e disputa de interesses, também há cooperação. Na pesquisa, foram identificados e descritos atores sociais específicos na implementação da política de saúde do município; analisadas operações (ou jogadas) e meios estratégicos estabelecidos pelos referidos atores, buscando-se compreender ainda seus recursos, capacidades e a variável estratégica tempo. O estudo foi efetuado em um contexto político bastante limitante para as políticas públicas e para os servidores públicos, pois governos alinhados com a ideologia neoliberal de Estado adotavam como suposta solução para os problemas conjunturais, a desvalorização do funcionalismo e a privatização dos serviços públicos. A pesquisa possui abordagem qualitativa, atribuindo importância à descrição dos fenômenos, aos depoimentos dos atores sociais envolvidos e ao contexto, consistindo em um estudo de caso da experiência da implementação da política de saúde no município de Porto Alegre (RS). Os atores dominantes, que controlavam mais recursos e detinham maiores capacidades acumuladas, o faziam também influenciando nas regras do jogo e buscando alterá-las, continuamente, portanto defendendo e conformando um outro modelo de sistema e não o Sistema Único de Saúde (SUS). As diferenças ideológicas e de interesses desses atores não se coadunam com os princípios e diretrizes preconizados pelo Movimento pela Reforma Sanitária, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica do SUS. Nota-se, assim, que a manutenção do SUS está em risco, sendo, preciso resistir e lutar para valorizar o esforço de negociações, arranjos políticos e conquistas de seus idealizadores e precursores.

Palavras-chave: Jogo Social; Política de Saúde; Gestão Pública Municipal; Organizações.

ABSTRACT

This work aimed to analyze the strategic variables of the social game, according to Carlos Matus' theoretical framework, observed during the implementation of the health policy in Porto Alegre (RS) in the period of 2018 and 2019. In the established dynamics, the identification and understanding of the positioning of social actors, their operations and strategies, their resources and capacities, and the time are of particular relevance. In this "game" in which there is deliberate conflict and dispute of interests, there is also cooperation. In the research, were identified and described as specific social actors at the implementation of health policy of the municipality; operations (or plays) and strategic means established by the mentioned actors were analyzed, seeking to understand their resources, capacities and the strategic variable time. The study was carried out in a very limiting political context for public policies and public servants, as governments aligned with the neoliberal ideology of the State adopted as a supposed solution to the conjunctural problems, the devaluation of functionalism and the privatization of public services. The research has a qualitative approach, attaching importance to the description of the phenomena, the statements of the social actors involved and the context, consisting of a case study of the implementation experience of health policy in the city of Porto Alegre (RS). Dominant actors, who controlled more resources and had greater accumulated capacities, also did so by influencing the rules of the game and continually seeking to change them, thus advocating and conforming another system model rather than the Sistema Único de Saúde (SUS). The ideological differences and interests of these actors were not in line with the principles and guidelines advocated by Movimento pela Reforma Sanitária, established by the Federal Constitution of 1988 and the Organic Law of SUS. Thus, it is noted that the maintenance of the SUS is at risk, and it is necessary to resist and fight to value the efforts of struggles, negotiations, political arrangements and achievements of its creators and precursors.

Keywords: *Social Game; Health policy; Municipal Public Management; Organizations.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Processo de fenoestruturação social.....	22
Figura 2 –	Processo de acumulação social.....	24
Quadro 1 –	Exemplos de operações intermediárias.....	27
Quadro 2 –	Nuances entre posições transparentes e mascaradas.....	29
Quadro 3 –	Referencial analítico das variáveis estratégicas do jogo social.	59
Quadro 4 –	Definição dos meios estratégicos para análise do jogo social..	60
Quadro 5 –	Definição de recursos de poder e capacidades.....	61
Quadro 6 –	Códigos/nós extraídos das entrevistas.....	63
Quadro 7 –	Identificação de atores sociais na política de saúde municipal.....	71
Quadro 8 –	Alinhamento de atores após análise das variáveis estratégicas.....	104
Quadro 9 –	Interesse dos atores em relação às terceirizações e privatizações na saúde.....	109
Quadro 10 –	Síntese dos principais fluxos analisados no jogo social da saúde em Porto Alegre (RS).....	110
Quadro 11 –	Recursos de poder e capacidades acumuladas pelos atores sociais.....	111
Quadro 12 –	Síntese das operações (jogadas) observadas no jogo.....	114
Quadro 13 –	Síntese da operacionalização dos meios estratégicos	116
Quadro 14 –	Possibilidades e restrições da variável estratégica tempo no jogo social da saúde.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASSEPLA/SMS – Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
AV.- Avenida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – porte III
CDS – Conselho Distrital de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina
CF/1988 – Constituição Federal de 1988
CIMS - Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS – Comissão Local de Saúde
CLS – Conselho Local de Saúde
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CMS/POA – Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
COSMAM – Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal de Vereadores de Porto Alegre
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DPE/RS – Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul
EC – Emenda Constitucional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
E-SUS – Sistema E-SUS
EUA – Estados Unidos da América
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania
FASE/RS – Fundação de Atendimento Sócio - Educativo do Rio Grande do Sul
FHC – Fernando Henrique Cardoso

GAMP – Grupo de Apoio à Medicina Preventiva e à Saúde Pública
GERCON – Sistema de Gerenciamento de Consultas de Porto Alegre
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPS – Hospital de Pronto Socorro
IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMESF – Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE – Ministério de Administração e Reforma do Estado
MG – Estado de Minas Gerais
MP – Ministério Público
MPC - Ministério Público de Contas
MPE/RS – Ministério Público Estadual do Rio Grande do Sul
MPF/RS – Ministério Público Federal no Rio Grande do Sul
MPT – Ministério Público do Trabalho
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NEMS/RS – Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul
NOB – Norma Operacional Básica
NT - Nota Técnica
ONG – Organização Não Governamental
OPEP - Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OS – Organização Social
OSC – Organização da Sociedade Civil
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

PAS – Programação Anual em Saúde
PC do B – Partido Comunista do Brasil
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PFL – Partido da Frente Liberal
PI – Estado do Piauí
PIB – Produto Interno Bruto
PMM – Programa Mais Médicos
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PMS - Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPP – Parceria Público Privada
PR – Estado do Paraná
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RAIS – Relatório Anual de Informações Sociais
RG – Relatório de Gestão
RJ – Estado do Rio de Janeiro
RMPA - Região Metropolitana de Porto Alegre
RS – Estado do Rio Grande do Sul
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC – Estado de Santa Catarina
SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIMPA – Sindicato dos Municípios de Porto Alegre
SMS/PMPA – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SP – Estado de São Paulo
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TCE/RS – Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos do estudo	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 A Teoria do Jogo Social e as variáveis da análise estratégica.....	19
2.2 Breve histórico da conformação da política de saúde no Brasil.....	31
2.3 Conceitos do campo das políticas públicas	39
2.3.1 Marco regulatório da participação na política de saúde.....	42
2.4 As organizações na política de saúde	44
2.4.1 A Secretaria e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS).....	47
2.4.2 As organizações privadas no SUS.....	48
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.1 Estratégia de pesquisa.....	53
3.2 O lugar (ou situação) do pesquisador	54
3.3 Considerações Éticas.....	55
3.4 Coleta de dados	56
3.5 Análise dos dados	59
4 O JOGO SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL	65
4.1 O cenário do campo empírico	65
4.2 Identificação de atores no jogo social da saúde em Porto Alegre (RS).....	67
4.3 Operações, meios estratégicos, recursos e capacidades analisados no contexto da implementação da política municipal de saúde.....	72
4.3.1 Fluxo 1 – A formulação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e o ânimo de cooperação entre os atores	72
4.3.2 Fluxo 2 – O caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019 e as estratégias conflitivas.....	79
4.3.3 Fluxo 3 – Os confrontos entre trabalhadores e a gestão da PMPA	84
4.3.4 Fluxo 4 - As terceirizações na saúde	89
4.4 A variável estratégica tempo na implementação da política municipal de saúde	98
4.5 Resenha do Jogo: síntese das dinâmicas de conflito e cooperação	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118

REFERÊNCIAS	121
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com atores sociais	131
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	132
ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS	134
ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – SMS/PMPA.....	139

1 INTRODUÇÃO

Passados 30 anos da organização inicial do Sistema Único de Saúde (SUS) e apesar de 70% da população brasileira ter os seus serviços como única referência (BRASIL, 2015a), o sistema de saúde brasileiro sofre dificuldades em sua manutenção, especialmente no que tange ao acesso, à gestão e ao financiamento. Em 05 de outubro de 1988, a Constituição Federal assim dispôs a respeito da Saúde, lançando as bases legais do SUS:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2019a, p. 65).

Essas bases presentes na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) são fruto de lutas sociais travadas pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira¹ que após duas décadas de ditadura militar no Brasil, tendo passado por um complexo processo de lutas, negociações e arranjos políticos, em 17 de maio de 1988 conseguiu materializar parte de suas demandas no capítulo da seguridade social da CF/1988. Uma vez que realidade social é construída a partir das relações de conflito e cooperação entre diferentes atores que se encontram em distintas situações e posições, o processo de produção social pode ser comparado a uma situação de jogo (social), em que as transformações passam por operações (ou jogadas) que ao produzirem acumulações, alteram o placar desse jogo (MATUS, 2005). No campo das políticas públicas, como no caso da saúde, essa analogia é válida enquanto metáfora do jogo e auxilia na compreensão das dinâmicas em torno das disputas. E como esse jogo está continuamente em andamento, podemos analisá-lo ainda hoje, particularmente no contexto da implementação da política de saúde do município de Porto Alegre (RS).

A produção social é compreendida como resultante das relações políticas e estratégicas entre atores e possibilita influir no futuro, a partir de ação no presente, pois no jogo da produção social “nada se cria do nada” (MATUS, 2005, p. 283). Assim, a formulação e a implementação de políticas públicas são disputadas por atores sociais nas

¹ Movimento político e social que surge nos primeiros anos da ditadura militar como espaço de resistência da ordem política vigente. Seus militantes aspiravam a mudanças radicais na forma de organização do sistema de saúde. Teve atuação fundamental na formação do Sistema Único de Saúde e na democracia brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

arenas políticas ao longo dos seus ciclos. Os atores (agindo individualmente ou em grupo) realizam suas operações, lançando mão de meios estratégicos para dar viabilidade política ao seu plano. Entre os recursos presentes no jogo, estão o poder político, os recursos econômicos, os recursos legais, os conhecimentos, os valores e o tempo. O homem é o ator desse processo produtivo, o qual se exprime através das organizações, que guiadas por motivações semelhantes a uma situação de jogo, lutam por alcançar seus objetivos (sejam eles conflituosos ou cooperativos) e por ampliar os seus recursos e as suas capacidades de ação.

Minha experiência profissional enquanto administrador do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (SMS/PMPA) demonstra que a arena de conflitos e disputas em torno da política de saúde permanece ativa e segue determinante para o futuro do SUS. Após a promulgação da CF/1988, a regulamentação e a implementação do SUS ocorreram a partir de diferentes normativas (emendas constitucionais, leis infraconstitucionais, decretos, etc.) que, na perspectiva teórica adotada neste estudo, representam as “regras do jogo”. A conformação dessas regras sempre foi motivo de disputas político-ideológicas envolvendo articulações, coalizões, aprovações, vetos, entre outros, a partir do emprego de diferentes recursos e capacidades pelos atores. Sendo assim, as regras vigentes nem sempre interessam a todos, o que resulta em movimentos para reconfigurá-las, ou ainda, não as seguir.

A motivação para esta pesquisa é investigar o que está em disputa no jogo da política de saúde municipal, quais as dinâmicas estabelecidas, o posicionamento dos atores e suas estratégias, de forma a auxiliar na compreensão do impacto dessas ações no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, algumas questões foram levantadas: 1ª) O que fundamentalmente está em disputa na política municipal? 2ª) Quem são os principais atores sociais (e coalizões) presentes na política de saúde municipal? 3ª) Como eles operam, ou seja, que tipos de “jogadas” e meios estratégicos empregam no jogo? 4ª) Quais são seus recursos e capacidades para atuação? 5ª) De que modo a variável “tempo” orienta as jogadas nesse jogo?

O estudo foi efetuado em momento político e contexto bastante limitantes para as políticas públicas e para os servidores públicos, pois governos alinhados com a ideologia neoliberal de Estado adotam como suposta solução para os problemas conjunturais a desvalorização do funcionalismo e a privatização dos serviços públicos. Além disso, o

projeto conservador-privatista, com viés autoritário, que chegou ao governo nacional em 2019 traz à memória, de certa forma, a época do regime militar, período em que eclodiram movimentos contestatórios tanto sobre a ordem política quanto sobre o sistema de saúde vigentes, como o Movimento pela Reforma Sanitária. Contudo, mesmo com alguns avanços nos direitos sociais ocorridos após a CF/1988, a disputa em torno da saúde permanece efervescente, como se deu ao longo da história.

Recentemente, observa-se acentuado movimento de gestores governamentais no sentido de repassar a gestão de estabelecimentos e serviços de saúde, regidos pelo Direito Público, para Organizações da Sociedade Civil (como Associações, Organizações Sociais, etc.) que estão sob o Direito Privado. Esse fenômeno envolve a transferência das funções de autoridade sanitária da gestão pública para organizações privadas, com o pressuposto de que a racionalidade da gestão empresarial atenderia de forma mais eficiente à prestação dos serviços e, conseqüentemente, ao direito social e aos princípios da política pública de Saúde. Na realidade, representa verdadeira contraposição aos fundamentos ético-sociais e princípios do SUS (SANTOS, 2019).

Nesse sentido, os diferentes atores sociais em jogo orientam o futuro do SUS sob diferentes formas, seja estimulando um acesso mais universal, ou fomentando negócios privados, ou ainda, apenas cumprindo requisitos técnico-burocráticos desconectados da experiência dos usuários. Por isso a compreensão sobre algumas variáveis estratégicas, no contexto desse sistema, é importante para aproximá-lo dos princípios e diretrizes, enquanto sistema público e universal, contribuindo para a sua manutenção e seu fortalecimento.

A pesquisa possui abordagem qualitativa, atribuindo importância à descrição dos fenômenos, aos depoimentos e ao contexto, consistindo em um estudo de caso da experiência da implementação da política de saúde no município de Porto Alegre (RS) entre os anos 2018 e 2019. O pesquisador realizou 14 entrevistas diretas, semiestruturadas, junto a atores sociais identificados e utilizou também debate em programa de rádio com outros 3, totalizando 17 entrevistas, cujos conteúdos foram analisados com o apoio do *software* NVIVO 12. Além disso, para a coleta dos dados, foram realizadas pesquisas em documentos como: matérias jornalísticas, publicações oficiais, notas técnicas, dentre outros. A observação cotidiana do ambiente de trabalho e a participação em reuniões

(presenciais e à distância) também foram técnicas empregadas e essas notas foram analisadas e interpretadas à luz da teoria escolhida.

A seguir serão demonstrados os objetivos do trabalho na seção 1.1; no capítulo 2 será apresentado o referencial teórico-metodológico que guiou a condução deste trabalho, o qual na seção 2.1 trouxe alguns elementos da Teoria do Jogo Social, de Matus; na seção 2.2 há um breve histórico da constituição do SUS; na seção 2.3, estão conceitos do campo das políticas públicas importantes ao estudo; na seção 2.4, são apresentadas as principais organizações (públicas e privadas) atuantes no campo da saúde e, finalmente, na seção 2.5, é discutido o marco legal da participação na política de saúde. Posteriormente, no capítulo 3 estão descritos os procedimentos metodológicos como a estratégia da pesquisa (seção 3.1), o lugar do pesquisador (seção 3.2), as considerações éticas (seção 3.3.) e as técnicas de coleta e análise de dados empregadas na pesquisa (seções 3.4 e 3.5, respectivamente).

Na sequência, o capítulo 4 demonstrará os resultados obtidos no estudo, a partir da contextualização do campo empírico (seção 4.1), da identificação dos atores no jogo social da saúde em Porto Alegre(RS), na seção 4.2, há a descrição de operações, meios estratégicos, recursos e capacidades (seção 4.3) e a variável estratégica tempo (apresentada na seção 4.4). As dinâmicas observadas no período tiveram como base fluxos de jogadas escolhidos (subseções). Após, a análise será consolidada em uma espécie de “resenha do jogo” (seção 4.5) com a ilustração de quadros-síntese e, finalmente, serão realizadas as considerações finais do estudo, no capítulo 5.

A seguir serão explicitados os objetivos do estudo.

1.1 Objetivos do estudo

O objetivo do trabalho foi analisar as variáveis estratégicas do jogo social observadas durante a implementação da política de saúde em Porto Alegre (RS), no período de 2018/2019.

O estudo teve como objetivos específicos os seguintes aspectos:

- a) identificar **atores sociais** na implementação da política de saúde do município;
- b) analisar **operações** (jogadas) e **meios estratégicos** estabelecidos pelos referidos atores sociais;

- c) descrever **recursos** e **capacidades** dos atores envolvidos no processo de implementação da política de saúde municipal; e
- d) compreender a variável estratégica **tempo** na implementação da política de saúde municipal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico (e metodológico, considerando as características do método) que guiou a condução do trabalho, a partir de elementos da Teoria do Jogo Social, de Matus; traz breve histórico da conformação da política de saúde no Brasil até os dias atuais, demonstrando a estreita relação da saúde com as demais políticas públicas; discute sobre as principais organizações (públicas e privadas) atuantes no campo da saúde e, posteriormente, analisa sucintamente o marco legal da participação na política de saúde, no Brasil.

2.1 A Teoria do Jogo Social e as variáveis da análise estratégica

Esta seção discorre sobre aspectos da Teoria do Jogo Social de Matus (2005), como referência teórica e analítica ao trabalho de campo, cuja opção metodológica se deu em tanto em razão da aderência aos objetivos do trabalho quanto pela importante contribuição das ideias do referido autor para a área do planejamento público e, em especial, para a saúde pública.

Matus, com a preocupação de elevar a qualidade do planejamento público na América Latina e, conseqüentemente, a formulação e implementação de políticas públicas, desenvolveu a Teoria do Jogo Social². O tema do planejamento público ganhou força na América Latina e, em especial no Brasil na década de 1940, quando também recebeu o impulso da Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL.³ No período militar, planos de estilo autoritário e centralizadores eram elaborados, demandando esforço de planejamento, e nas décadas de setenta e oitenta modelos determinísticos de planejamento em saúde foram difundidos pelo CENDES/OPS.⁴

² Essa preocupação foi apresentada por Kilian Zambrano, amigo de Matus e organizador da obra “Teoria do Jogo Social”, no seu prefácio. O livro é uma obra póstuma do autor cujos manuscritos não foram revisados para publicação, pois provavelmente sua intenção primeira foi atender à demanda urgente por métodos de planejamento estratégico, de acordo com Zambrano. A publicação foi organizada por Sol Maria Matus Mac-Niven, sua filha.

³ A CEPAL foi fundada em 1948 com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento econômico da América Latina por meio do fortalecimento da relação dos países entre si e com as demais nações do mundo. Posteriormente, ampliou o trabalho aos países do Caribe e englobou o objetivo de contribuir com o desenvolvimento social (COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 2018).

⁴ A prática de programação em saúde foi inaugurada na América Latina com a elaboração do método CENDES-OPS, cujo eixo central era a busca da transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social e, especificamente, para a saúde (TEIXEIRA, 2010).

Porém, essas iniciativas conhecidas por adotar enfoque normativo ou econômico-instrumental foram criticadas teoricamente por autores como Carlos Matus e Mario Testa (TESTA, 1992). O modo normativo de trabalhar o planejamento público considera que as variáveis de um plano são totalmente controláveis por quem planeja; desconsidera outros atores; não trabalha o conflito; não incorpora a política; e a população é objeto e não sujeito do processo. Segundo Matus (2005, p. 507) “na prática do jogo social há uma concorrência de baixo nível entre o planejamento tradicional e a improvisação. A última vence na maioria das vezes”.

No seu lugar, Matus propôs o enfoque estratégico, que realça o caráter interativo e a natureza política da planificação social (RIVERA, 1995). Para Carlos Matus, é central a importância do planejamento para a transformação social, afirmando que:

Planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos. É projetar-se para o futuro, porque as ações de hoje terão sido eficazes, ou ineficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que pode não acontecer. O planejamento é uma ferramenta para pensar e criar o futuro porque contribui com um modo de ver que ultrapassa as curvas do caminho e chega à fronteira da terra virgem ainda não palmilhada e conquistada pelo homem. Essa visão ampla serve como suporte das decisões de cada dia: os pés no presente e o olhar no futuro. (HUERTAS, 1996, p.12).

O Planejamento Estratégico Situacional (Método PES), proposto por Matus, surge em meados da década de 70, como reconhecimento da superioridade do político sobre o econômico, da complexidade de se introduzir essas ideias e da diversidade de atores-sujeitos que planejam (RIVERA; ARTMANN, 2010). O planejamento situacional – concebido para servir aos dirigentes políticos, estejam no governo ou na oposição – é pensado em um contexto que traça mudanças dinâmicas, conforme a ocorrência de situações e a existência de forças sociais opostas (HUERTAS, 1996). Esse enfoque pode ser aplicado em qualquer órgão que não adote exclusivamente as regras do mercado para planejar, mas sim, as do jogo político, econômico e social, reconhecendo a complexidade, a fragmentação e a incerteza que caracterizam os processos sociais.

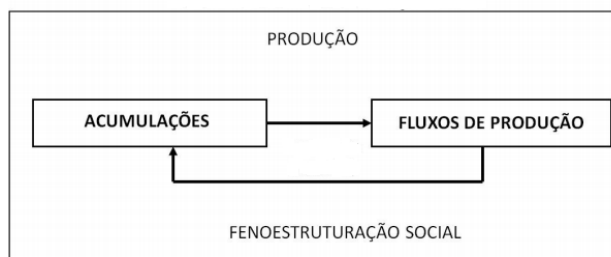
No ideário de Matus, os diagnósticos e ações formuladas pelos planejadores não podem desconsiderar a existência da criatividade e a da subjetividade, bem como a coexistência com atores com visões e objetivos diferentes, que agem a partir de situações e posições distintas no processo de produção social. Por isso, teoriza sobre a produção social explicando que é um processo resultante das relações políticas entre atores,

indeterminado, uma vez que, onde há possibilidade de criação do futuro a partir da ação criativa no presente, não pode haver determinação. Explica com profundidade como a produção social se realiza, buscando uma finalidade prático-operacional para seus conceitos, ou seja, de que é possível melhorar a qualidade dos processos governamentais a partir de uma teoria concebida como um jogo não determinístico, apresentando, para isso, vasta metodologia, como o PES.

Segundo Matus (2005), o processo de produção social é uma rede de práticas humanas históricas em que os seres humanos, a partir de seu estado biológico, transformam-se em pessoas e atores, os quais ao mesmo tempo são produto e produtor, e a natureza em estado bruto transforma-se parcialmente em capital social. O homem, ao adquirir capacidades intelectuais, emocionais e de valoração, bem como capacidades de produção voltadas para o mundo exterior, lidera outras pessoas e passa a criar produtos intelectuais, tais como a linguagem, as ciências, os conceitos, as ideias, as instituições etc. A partir dessas capacidades, serão realizados os fluxos de produção social que dinamizam o jogo social.

Ao processo de transformação dos fluxos de produção social em capacidades de produção social, Matus (2005) denominará de *fenoestruturação*. Essas capacidades são acumulações (ou *fenoestruturas*) que diferem qualitativamente dos fluxos que as constituem e dessa maneira adquirem a propriedade de produzir novos fluxos. A *fenoestruturação* pode ser de três tipos: a) *pessoal*, na qual os fluxos da prática social constroem o mundo interior do homem; b) *convencional*, em que os fluxos da prática social geram um patrimônio de coisas que, por acordo, constituem a realidade social; c) *material*, na qual os fluxos da prática social transformam parte da natureza virgem em capital social, que passa a constituir a realidade social independente de vontade ou convenções. Portanto, há no jogo social esses três tipos de patrimônio, em constante renovação, como resultado do processo de *fenoestruturação* social.

Figura 1 – Processo de fenoestruturação social



Fonte: MATUS (2005, p. 272).

De acordo com Matus (2005), toda a pessoa, ou todo ator, realiza sua prática em dois mundos inter-relacionados: o interior e o exterior. Esses atores produzem voltados para o exterior (para si ou para outrem) e produzem também seu próprio mundo interior. Esses produtos constituirão a base das relações sociais. A estruturação do mundo interior do homem determina três características importantes: 1ª) a tomada de consciência da existência do outro; 2ª) a capacidade de reflexão crítica; e 3ª) a sensibilidade emocional. Essa conjunção cria e reforça a intencionalidade coletiva, surgindo daí o conceito de jogo social.

Matus (2005) afirma que “o sistema social é um grande jogo, complexo, nebuloso e de final aberto, composto de vários jogos individuais entrelaçados que são jogados simultaneamente e no mesmo espaço físico, cada qual com sua dinâmica própria e particularidades especiais” (MATUS, 2005, p.319). O jogo social pode ser comparado a um jogo esportivo, pois também nele há competição, cooperação e conflito entre os jogadores. Contudo, se apresenta de forma mais livre, flexível, criativa e complexa que qualquer outro jogo conhecido.

Os participantes do grande jogo social desenvolvem luta constante pelo poder e, nesse caso, o poder pode ser considerado “meio” e “fim”. Sendo assim, é gratificante ter tanto a sua posse quanto o seu uso. O poder reside na desigualdade das regras do jogo, que confere vantagens a uns e desvantagens a outros, encerrando assim dois tipos de conflito: a luta para impor o jogo dominante e a luta pelo poder dentro de cada jogo. A força é o aproveitamento da potencialidade do poder com base na desigualdade das regras e nas desigualdades pessoais.

Matus (1996), ao discutir o poder em Weber, ressalta que, em sua visão, pode ter poder mesmo quem não possa impor a sua vontade sobre outro indivíduo ou grupo. Para isso, o economista chileno faz uso da compreensão de poder, segundo Galbraith (1986),

para quem o poder tem três fontes ou origens: a personalidade, a propriedade e a organização. A personalidade revela a capacidade de produção social, independentemente dos recursos que controla, pois envolvem valores, afinidades e habilidades pessoais. A propriedade, por sua vez, está relacionada à posse de recursos materiais e à utilização de controles políticos, econômicos e militares. E a organização é complementar às outras, visto que uma organização eficiente produz melhores fatos do que as ineficientes. Matus (1996) acrescenta, à sua compreensão sobre poder, a motivação (ou paixão) e as ciências e tecnologias. As intenções ou motivações podem ser fator de multiplicação das energias e das capacidades e, por fim, as ciências e tecnologias podem ser utilizadas na prática social como elementos de cooperação ou disputa.

Poder é uma potencialidade que possibilita a acumulação de força e força é uma acumulação concreta e já realizada num jogo, dentro do espaço de possibilidades permitidas pela distribuição do poder nesse jogo, não podendo se acumular mais força que a permitida pelas regras de distribuição do poder (MATUS, 2005). O poder concretiza-se ou não em força, uma vez que vai depender da personalidade do ator, da situação, dos oponentes, das circunstâncias do contexto, etc.

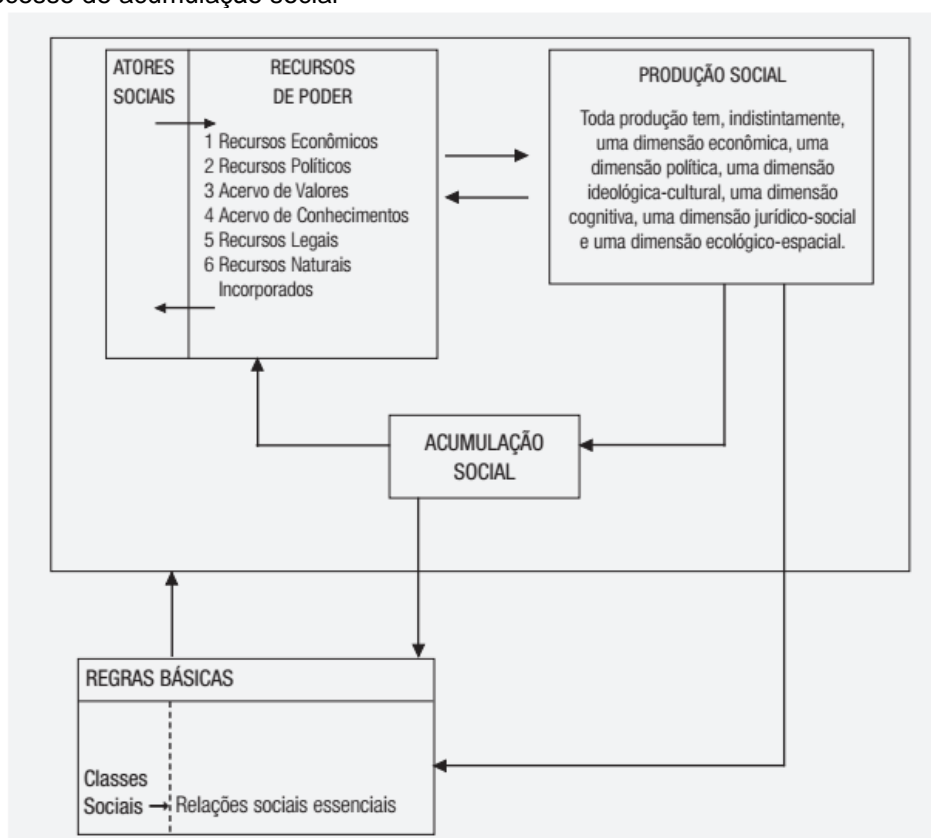
No jogo social, as regras sociais criam uma desigual distribuição das possibilidades de êxito, pois não há condições iniciais válidas para todos, nem as mesmas estão em “pé” de igualdade. Mudar as regras do jogo exige grande poder político para vencer a resistência de outros jogadores, especialmente daqueles que se beneficiam com regras de desigualdade. Assim, a ideia do cálculo interativo (relação do eu com o outro) - que é uma propriedade de todos os jogos - proporciona base teórica para a compreensão do jogo social, apesar das diferenças.

Conforme Matus (2005), constituir o jogo e jogá-lo são coisas distintas, pois esclarece que jogar não significa somente produzir jogadas, pois pode-se jogar regulando, acumulando e gerando fluxos. Caso as regras sejam eficazes do ponto de vista dos atores que as projetaram, o curso do jogo será naturalmente a produção dos resultados almejados por esses mesmos atores. No entanto, no âmbito do jogo social, essa evolução caracteriza-se pelo encadeamento de situações, conforme capacidades e características dos jogadores, influenciada por múltiplas causas.

Regular significa atuar na configuração do jogo, ou seja, criando ou modificando as regras do jogo de forma a alterar a capacidade de produção das jogadas e o modo de jogar.

A acumulação representa o controle das capacidades de produção das jogadas, sendo objeto de disputa entre atores, pois desse controle depende a possibilidade de traçar, manter ou modificar as regras. E a geração de fluxos é capacidade de produção de fatos, situações que trarão novas conformações ao jogo social.

Figura 2 – Processo de acumulação social



Fonte: MISOCZKY (2002, p. 44) adaptado de Matus

As regras macroconstitutivas definem as normas que asseguram um mínimo de liberdade individual e um mínimo de igualdade; as regras constitutivas criam instituições e organizações e as regras reguladoras pautam as atividades das duas anteriores. As regras fundamentais, que vigoram desde antes do início do jogo, são denominadas por Matus (2005) de *genoestrutura* desse jogo, conferindo a identidade que o difere dos demais.

Matus (2005) esclarece ainda que em um jogo específico tomam parte atores específicos, predominando sua lógica particular. Por lógica de um jogo é entendido o conjunto de forças e critérios que determinam seu funcionamento de acordo com regras específicas. É importante a compreensão de que um jogo não tem começo nem fim bem

definidos, ou seja, é cumulativo, contínuo e tem história, pois a realidade vai acumulando mudanças, os jogadores vão acumulando poder, experiências, valores, recursos econômicos, etc.

As desigualdades provêm, portanto, da carga histórica do jogo, cujas regras defendem ou consagram as desigualdades acumuladas. Vencer implica superar obstáculos desiguais uma vez que, em cada jogo concreto, cada jogada exige para a sua produção a aplicação de um conjunto de recursos particulares. Esses recursos tratam-se principalmente de: (a) recursos econômicos; (b) recursos políticos; (c) acervo de valores; (d) acervo de conhecimentos e (e) recursos legais. Sem recursos não se pode jogar, ou seja, só é possível ficar observando o jogo e/ou beneficiar-se ou padecer com os resultados que os jogadores produzirem. Identificar os recursos que dotam atores de poder para influenciar seu meio social tem sido a motivação central de diversos autores clássicos que estudaram o tema, tais como Lukes (1980), Galbraith (1986), Bourdieu (2007), Morgan (1996), dentre outros.

Matus (2005), ao diferenciar as relações do homem com a natureza (ação instrumental), do homem com outros homens (ação social) e do homem consigo mesmo (ação pessoal) afirma que nascem desse intercâmbio problemas, cooperação e conflitos de naturezas diversas. Os conflitos provêm de diferentes modos de conhecer e apreciar a realidade (conflito cognitivo); de relações de simpatia ou antipatia pessoais entre os atores (conflito emocional); ou ainda, quando os benefícios de uns são as perdas de outros (conflito de interesses). Já a cooperação no jogo social pode se dar em um ambiente transparente e de intercâmbio de informações ou de opacidade de intenções e conversações, não sendo necessariamente sinônimo de ajuda.

Matus (1996) propõe ainda quatro variáveis para a análise estratégica do “jogo social”, considerando que a intervenção sobre uma realidade não se dá de forma objetivamente conhecida, mas sim compreendida como um jogo não determinístico. São elas: *ator, operações, meios estratégicos e tempo*.

O conceito de **ator social** é definido como segue:

Os atores são os motores da mudança, aqueles que declaram as insatisfações, que processam ou ignoram as teorias para entender a realidade em que vivem; acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudança e incapacidades; criam visões diferenciadas, como se usassem óculos que os fazem ver a realidade com lentes de diferentes cores e graus; rebelam-se contra o evitável e geram conflito; lutam pelo poder e governam no âmbito particular de seus domínios. São portadores e às vezes criadores de ideias. (MATUS, 1996, p. 203).

O ator é participante ativo de um jogo, ou seja, não é mero espectador, possui uma identidade e deve preencher alguns requisitos, como:

- a) tem ação criativa e singular com sentidos, cognição, memória, motivações e força, não seguindo simplesmente as leis. É produto e produtor do sistema social;
- b) tem um projeto que orienta a sua ação mesmo que seja incoerente ou equivocado;
- c) controla parte importante dos recursos de um jogo, tendo força e capacidade de acumulá-la ou desacumulá-la, possuindo, portanto, condições de produzir fatos no jogo social;
- d) tem presença forte e estável no sistema o que lhe permite atrair, a partir de suas ideias, uma coletividade social; e
- e) pode ser um ator-pessoa ou ator-grupo, no caso em que se trate de um líder ou de um coletivo.

Esses requisitos permitem diferenciar ator social de outras categorias como *agentes*, utilizadas na teoria econômica, pois não há em sua *práxis* apenas conduta ou comportamento, mas sim estratégia e imprevisibilidade conforme as circunstâncias. Este trabalho adota a visão de atores indivíduos, pois entende que organizações (como órgãos públicos, entidades ou empresas) não são homogêneas, e os indivíduos podem atuar de modo distinto apesar de terem a mesma filiação. Desse modo, associa-se exatamente à perspectiva de Matus (1994)⁵ citado por Artmann (2000) de que alguém deve sempre responder pelo projeto (ou plano), portanto não seria correto nem útil dizer que a secretaria de saúde ou a prefeitura são os atores.

Segundo Matus (2005), cada jogador ou ator está situado em relação aos demais em um ambiente de competição, luta, conflito e cooperação, vivendo a realidade do jogo como uma situação particular e tomando posição. Tomar posição é alinhar-se num modo de jogar coerente com o propósito perseguido, conforme disposição de cooperação, de conflito ou de indiferença, dependendo do grau de choque ou concordância com os seus objetivos.

⁵ MATUS, C. **Guia de Análisis Teórico**. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación ALTADIR, 1994.

As posições dos jogadores se exprimem por meio de suas jogadas, sinônimo de **operação** para Matus, ou seja, pelo modo de intervenção dos atores no jogo. Em um jogo específico, cada ator social possui ou controla um conjunto variado de recursos e cada jogada possui uma função de produção, que exige uma determinada proporção de cada um desses recursos. As jogadas alteram o jogo e geram problemas para uns e benefícios para outros. O propósito que move um ator a produzir uma operação é o de enfrentar os problemas gerados pelo jogo. As operações mudam ou amplificam os problemas redistribuindo as oportunidades e as ameaças.

No jogo da produção social, os movimentos, jogadas ou ainda operações são o que os jogadores realizam para alterar suas capacidades ou acumulações, bem como modificar a sua situação pela via da ação humana. Os jogadores estão motivados por valores de acumulação, lucro, prestígio, ideologias etc., que são conflituosos, e sem os quais o jogo careceria de dinâmica interativa. O interesse de um ator social por certas jogadas não é algo arbitrário e instável, pois tem uma estrutura lógica a partir de uma raiz ideológica, que Matus chama de marco ético-ideológico. A partir dessa raiz é possível compreender seus interesses mais estáveis e afinidades conjunturais, sendo útil para isso conhecer seus valores, planos, ideias, ações que admita ou rejeite, etc.

Matus (1996) utiliza como metáfora o jogo de futebol para esclarecer que no jogo social são combinadas basicamente dois tipos de operações (ou jogadas): as operações intermediárias e as operações terminais. As intermediárias, também chamadas de jogadas táticas ou OK são como os passes em um jogo de futebol, que não alteram o placar do jogo. Já, as terminais (OP) são como os gols, que influenciam no resultado final da partida.

Quadro 1 – Exemplos de operações intermediárias

Tipo de Operação OK	Propósito
OPERAÇÕES DE CONCESSÃO	CEDER, ABRANDAR, GANHAR APOIO
OPERAÇÕES DE REAÇÃO	RESPONDER
OPERAÇÕES DE MOBILIZAÇÃO POPULAR	PRESSIONAR
OPERAÇÕES DE COMUNICAÇÃO	DIFUNDIR, PERSUADIR, ESCLARECER
OPERAÇÕES DE DECLARAÇÃO	FIXAR POSIÇÃO, EMITIR DIRETRIZ

OPERAÇÕES DE INTIMIDAÇÃO	AMEAÇAR, DISSUADIR, ANUNCIAR UM CASTIGO
--------------------------	--

Fonte: adaptado de Matus (1996, p. 219)

Matus (2005) propõe três sinais básicos para distinguir o interesse dos atores por certas operações: apoio (+), rejeição (-) e indiferença (0). Essas três posições podem ser definidas da seguinte forma:

- a) apoio (+): o ator (jogador) assume haver um benefício atribuível à realização da operação, estabelecendo vontade e força de cooperação positiva com outros atores com o mesmo sinal e de conflito com atores de sinal contrário;
- b) rejeição (-): o ator assume haver um custo atribuível à realização da operação, estabelecendo vontade e força para impedi-la, gerando conflito com atores que apoiam e possibilidades de cooperação com os atores que também a rejeitam; e
- c) indiferença (0): que implica não tomar posição.

Matus (2005) reconhece que as definições são imprecisas e insuficientes para representar a complexidade do jogo real. Para tanto procura refinar os sinais de interesses básicos, pois há nuances entre os diversos tipos de apoio, rejeição ou indiferença. Sabe-se que há graus de apoio ou rejeição, às vezes de modo aberto, outras de forma oculta ou mascarada, sendo preciso estabelecer distinções que permitam explicar a diferença entre posições transparentes e posições mascaradas.

As posições transparentes exprimem interesse aberto, público, sem duplicidade nem ocultação, indicando que a intenção declarada ou seus sinais exteriores correspondem à intenção real. Isso se verifica pela sinceridade da posição conhecida. Já as posições mascaradas ocultam o verdadeiro interesse por meio de uma aparência de interesse capaz de desorientar os outros jogadores acerca do seu verdadeiro interesse. As posições mascaradas representam uma diferença entre a intenção declarada, ou seus sinais exteriores, e a intenção real. Domina a insinceridade.

O quadro 2 abaixo demonstra a diferenciação entre as posições transparentes e as posições mascaradas.

Quadro 2 – Nuances entre posições transparentes e mascaradas

Posições transparentes	Sinal	Posições Mascaradas	Sinal
Apoio firme	++	Apoio Aparente	+ -
Apoio duvidoso ou condicional	+		0
Rejeição firme	--	Rejeição Aparente	- +
Rejeição duvidosa	-		0
Indiferença pura	0	Indiferença tática	00
Indiferença por desconhecimento	∅	Indiferença oportunista	?

Fonte: Matus (2005, p. 375).

De acordo com Matus (2005), as posições transparentes podem ser distinguidas conforme segue:

- apoio firme (++) é um apoio decidido e sem condições;
- apoio duvidoso ou condicional (+) é um apoio que exige certas circunstâncias ou condições explícitas para ser efetivo;
- rejeição firme (--) é uma rejeição decidida sob quaisquer circunstâncias;
- rejeição duvidosa ou condicional (-) é uma rejeição que depende de outras variáveis;
- indiferença pura (0) quando a jogada carece de importância ou valor;
- indiferença por desconhecimento (∅) quando o tema está fora do foco da atenção do ator e não há tomada de posição a respeito.

Já as posições mascaradas podem ser distinguidas conforme segue:

- apoio aparente (+-) ou (+0) mostra de propósito mais apoio do que o real;
- rejeição aparente (-+) ou (-0) mostra de propósito mais rejeição do que a real;
- indiferença tática (00) tenta enganar os outros jogadores acerca do valor da operação e a posição que é conveniente (a operação tem valor, mas se oculta sob um manto de indiferença); e
- indiferença oportunista (?) postura utilitária, de convicções e fins individuais, que se esconde por trás da aparência de indiferença até saber qual é a posição vencedora.

Os **meios estratégicos** são estratégias específicas formadas por um conjunto de operações intermediárias, em virtude de suas funções especiais e do uso reiterado, envolvem operações viáveis (que não têm motivação de rejeição, ou seja, quando há consenso) ou operações conflitivas que são aquelas que envolvem pressão de apoio e o uso da força. São múltiplos os meios que um jogo oferece aos jogadores como dialogar com o outro, persuadi-lo, negociar, impor-se, etc. A seleção e uso dos meios estratégicos dependem do estilo político, das características e da realidade do jogo e mudam sua natureza de acordo com a sua finalidade.

Os meios estratégicos mais utilizados são: a *imposição* – uso da autoridade e da hierarquia em relação ao outro ator; a *persuasão* – capacidade de sedução do líder, compreendendo uma ação de convencimento, de sedução em relação ao outro ator na busca de apoio ou adesão, sem que para isto tenha de fazer qualquer concessão em relação ao seu projeto; a *negociação* – conciliação de diferentes interesses com a outra parte, com disposição de ceder algo se o outro também o fizer (tipos: cooperativa, conflitante e mista); *recompensa e intercâmbio* – cooperação do outro pela recompensa; a *mediação* – quando o conflito de interesses não é resolvido pela negociação; o *juízo em tribunais*; a *coação* – ameaça para que o outro pague um preço significativo pela não adoção da conduta imposta; o *confronto* – medição de forças na ausência de acordo; a *dissuasão* – ameaça da força, privando o adversário de liberdade; e a *guerra* – medição violenta de força com uso de meios bélicos (MATUS, 1996; ARTMANN, 1993).

A quarta variável da análise estratégica é o **tempo**. Este é o mais escasso dos recursos, sendo contínuo e irreversível, visto não estar em disputa, pois não pode ser criado, assim como não se pode apropriar-se do tempo do outro. É recurso compartilhado em que transcorre a estratégia⁶, podendo impor restrições e oferecer possibilidades. No tempo convergem a relação dos atores com seus possíveis aliados e adversários, a realização das operações e a seleção dos meios estratégicos. O tratamento inadequado do tempo pode impedir alianças, levar à perda de oportunidades e assim tornar inviável a estratégia (MATUS, 1996).

⁶ Estratégia é a arte do líder em modificar situações para o alcance da situação-objetivo (HUERTAS, 1996, p. 72).

As variáveis da análise estratégica do jogo social servirão como suporte teórico e analítico e, portanto, metodológico para a pesquisa. Na próxima seção será apresentado um breve histórico da política de saúde no país.

2.2 Breve histórico da conformação da política de saúde no Brasil

A Saúde torna-se objeto de Estado a partir da conformação do capitalismo moderno – compreendido no período histórico entre os séculos XV e XIX – momento em que a nova ordem social e econômica exigia a reprodução da força de trabalho. A transição do modo de produção baseado em territórios (feudos) para a lógica setorial (categorias profissionais) contribuiu nesta relação Estado/Saúde. Na Europa, a política social - em especial a Saúde - se fortaleceu com o advento do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) que emergiu na segunda metade do século XX (ELIAS; DOURADO, 2011).

No Brasil, a intervenção estatal na área da Saúde remonta ao início do período republicano, cujo marco histórico importante ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, com a proposta do sanitarista Oswaldo Cruz para erradicar a Febre Amarela em 1904.⁷ Nesta época, a assistência à saúde ofertada pelo Estado limitava-se às ações de saneamento e ao combate às endemias (peste, cólera, varíola, entre outras). O sanitarismo de campanha visava dar sustentação ao modelo econômico agroexportador, garantindo a saúde dos trabalhadores da produção e exportação (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Outro exemplo de intervenção estatal foi a Lei Elói Chaves, editada em 1923, que regulamentou aposentadorias, pensões e assistência médica, traçando paralelo ao que ocorria na Europa, desde o século anterior, e vinculando este tipo de assistência ao mundo do trabalho. Apenas os trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia (ferroviários e portuários, por exemplo) recebiam assistência, mediante o seu financiamento, através de desconto compulsório de empregados e empregadores, na folha de pagamento. Esta assistência era conhecida como seguro-saúde e o Estado não tinha qualquer participação no custeio, através de recursos fiscais (ELIAS; DOURADO, 2011).

Em 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde. A partir de 1933, o modelo de assistência às corporações de trabalhadores estruturou-se nos Institutos de

⁷ Em 1904, a vacinação obrigatória contra Febre Amarela desencadeou uma insurgência popular que ficou conhecida como “Revolta da Vacina” (ELIAS; DOURADO, 2011).

Aposentadorias e Pensões (IAP), por categoria profissional, mediante contribuição compulsória sobre o salário e vinculação a emprego com carteira assinada. A partir deste modelo e, com o passar dos anos, foi-se formando vultosa poupança previdenciária, cujos beneficiários eram tratados de diferentes formas e ocasionando um tensionamento crescente na relação público/privado para a compra de serviços assistenciais (ELIAS; DOURADO, 2011).

Entre as décadas de 30 e 40, a atenção governamental passou a se voltar também para a assistência médica individual, visto que até então as ações tinham caráter coletivo. Em 1953, ainda sob a influência do *Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia)* do Governo Eurico Gaspar Dutra, é criado o Ministério da Saúde, separando-o da Educação, para atuar nas campanhas coletivas e na vigilância sanitária. O interesse concentrava-se na manutenção da força de trabalho saudável que estava cada vez mais urbana (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Com o acentuado processo de industrialização e urbanização observado no governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), foi-se aprofundando a necessidade de uma atenção à saúde do trabalhador, pelo Estado, para manutenção e restauração da sua capacidade laboral. Em agosto de 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, a qual equalizou direitos e deveres dos trabalhadores e facilitou, em 1966, a fusão dos IAP dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS foi o órgão unificador e responsável pela condução estatal da área de previdência e o principal financiador dos serviços de saúde.

No período conhecido como “milagre econômico”, o Brasil alcançou taxas médias de crescimento econômico muito elevadas, em virtude da política econômica adotada e do cenário internacional favorável (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2009). Contudo, como o modelo implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, e agravado nos “anos de chumbo” (1967-1973) adotou mecanismos repressivos aos opositores, silenciamento das contestações e suspensão do Estado de Direito, fez com que a dinâmica da sociedade civil irrompesse em movimentos contestatórios quanto ao pouco avanço em políticas sociais como o acesso a serviços de saúde.

Foi nesse período que surgiu o Movimento Sanitário, reunindo intelectuais, profissionais da área da saúde, organizações e associações, que possuíam como referencial ético a saúde como valor universal, se constituindo como resistência à ordem

política vigente e defendendo propostas políticas e técnicas de democratização do sistema de saúde (TEIXEIRA, 2010). O movimento futuramente tornar-se-ia referência no campo da luta em torno das políticas públicas e impactaria fortemente no relacionamento estado-sociedade.

Na década de 70, a política de saúde pública ainda se concentrava nas ações de caráter coletivo, como vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, sem uma atenção individualizada. Um exemplo foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS que focalizou populações marginalizadas da região Nordeste. A assistência médica individual, a cargo do INPS, estimulou a privatização dos serviços e o desenvolvimento da atenção hospitalar. Nessa época, houve a primeira tentativa de regulamentar o papel dos municípios na política de saúde, com Lei nº 6.229/1975, em cujo escopo estavam previstas as competências de manutenção de pronto-socorro, da vigilância epidemiológica e da integração dos planos locais de saúde com os estaduais e federais (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), desenhando um novo modelo institucional para o sistema previdenciário. O INAMPS passou a ser o órgão coordenador das ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social. Assim, o novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo INPS para duas novas instituições: a assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios (BAPTISTA, 2007).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde já reconhecia que deveria ser atribuição dos municípios a organização e manutenção de uma rede de serviços básicos (atenção primária à saúde) deixando os atendimentos mais complexos (atenção secundária e terciária) para a União e Estados. Contudo, nenhum movimento concreto foi efetuado nesse sentido (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Em nível mundial, a Crise do Petróleo iria influenciar fortemente na política econômica e social dos países.

Com a desestabilização econômica mundial causada pela crise do Petróleo de 1973⁸ e a desregulamentação do mercado financeiro, a transição da década de 70 para os anos 80 marcou o enfraquecimento do modelo de Bem-Estar Social – de intervenção estatal nas várias dimensões da sociedade – para a lógica do Estado Neoliberal⁹ na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA). Ressurgiram as ideias liberais (*laissez-faire*), cujos principais expoentes no período foram a Primeira Ministra Britânica Margaret Thatcher e o presidente Ronald Reagan nos EUA.

Com esse impacto, e a crise político-ideológica e fiscal instalada no Brasil (fim do “milagre econômico”), expressa por recessão, desemprego e queda na arrecadação previdenciária, emergem novos atores reivindicando espaços institucionais, de representação e de pactuação de interesses em torno da política de saúde. Foi nesse contexto que a Câmara dos Deputados sediou, em 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em que o pensamento crítico oposicionista-reformista apontou para a necessidade da democratização da sociedade como forma de superar a crise no sistema de saúde do país (FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006).

Em 1981, como forma de atender aos segmentos sociais, o Governo cria o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP com representação mista, mas não paritária, entre governo e sociedade, para atuar no aperfeiçoamento da assistência médica e elaborar critérios para a racionalização dos recursos previdenciários. Em sua atuação, o CONASP foi tornando visíveis os projetos em disputa em torno da saúde, como a) o projeto conservador privatista (setor privado contratado); b) o modernizante privatista (medicina de grupo); c) o estatizante (técnicos ministeriais e oposição); e d) o liberal (parte dos técnicos e da medicina liberal). Segundo Carvalho (1995), predominou o pensamento médico-liberal e dos técnicos vinculados ao projeto contra-hegemônico com a derrota do segmento privado contratado (FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006).

Em 1982, como medidas do CONASP, foram instituídos convênios trilaterais para o financiamento e a contratação de serviços entre Ministério da Previdência Social, Ministério

⁸ Fato histórico que ficou conhecido pelo aumento dos preços do petróleo pelos países árabes integrantes da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), causando reflexos econômicos no mundo todo.

⁹ A concepção neoliberal de Estado pressupõe, dentre outros, que o dinamismo na economia deve se dar pela liberdade de atuação de empresas privadas no mercado, uma vez que controles estatais inibem investimentos. Duménil e Lévy (2007) definem o neoliberalismo como uma configuração de poder particular dentro do capitalismo, na qual o poder e a renda da classe capitalista foram restabelecidos depois de um período de retrocesso, considerando o crescimento da renda financeira e o progresso das instituições financeiras que faz lembrar as primeiras décadas do século XX nos EUA.

da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, os quais posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas em Saúde (AIS). As AIS tinham por objetivo universalizar o acesso da população aos serviços de saúde, abrindo, assim, espaço para a participação dos municípios no desenvolvimento e execução da política de saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Além dessas medidas, foram instituídas as comissões interinstitucionais de saúde (CIS, CRIS, CIMS ou CLIS) com a participação de gestores governamentais, prestadores de serviços de saúde (públicos ou privados), profissionais e usuários visando a concertação de interesses (FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006).

Nesse período, em meio ao embate entre sociedade e Estado, em torno da política de saúde, no plano macropolítico processava-se a transição do regime militar para a democracia representativa. Em 1985, depois do movimento das “Diretas Já”, com a morte do presidente eleito Tancredo Neves, assume o posto de Presidente da República, José Sarney. Em 1986, instala-se a Assembleia Nacional Constituinte – liderada por Ulysses Guimarães – o que fez emergir também, nos espaços de transição política e redemocratização, o embate entre setores privatizantes e segmentos sociais estatizantes em torno das políticas públicas, em especial na saúde, estabelecendo-se estratégias de legitimação, controle, negociações e concessões políticas. A Nova República encontrou um movimento sanitário mobilizado e articulado, com acúmulo histórico de lutas e repertório de propostas organizadas para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial. A mobilização continuou crescendo e culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em março de 1986, reunindo aproximadamente cinco mil pessoas da sociedade civil organizada. A força do movimento sanitário auxiliou na criação do Programa Nacional de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDs (FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006).

Assim, foi na década de 1990 que se estruturou o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes¹⁰ estão definidos na Lei Federal nº 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS – BRASIL, 2017a), regulamentada posteriormente pelo Decreto-Lei nº 7.508/2011

¹⁰ São princípios do SUS: a universalidade (acesso universal e gratuito); a igualdade (no acesso e às ações e serviços de saúde); e a equidade (no sentido de corrigir distorções regionais). São diretrizes do SUS: a descentralização (de recursos e responsabilidades entre União, Estados e Municípios); a integralidade (atendimento integral mediante conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde); a participação social (constituição e funcionamento dos conselhos de saúde); e o financiamento (com recursos de União, Estados, Distrito Federal, Municípios e outras fontes) (ELIAS; DOURADO, 2011).

(BRASIL, 2011). A partir de então começou a vigorar o conceito de seguridade social em substituição ao seguro-saúde, condição na qual o acesso aos serviços de saúde independia de vínculo trabalhista e de contribuição pecuniária (ELIAS; DOURADO, 2011).

A intenção dos idealizadores foi a compreensão da saúde como um direito de cidadania e, nesse contexto, que as ações e serviços de saúde se constituíssem como um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e ser de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), conforme o pacto federativo brasileiro. O SUS deveria seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional não se tratando, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “Sistema” estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum.

O Governo Collor de Mello (1990-1992), promulgou a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), mesmo com 25 vetos e, após pressão contra-hegemônica, sancionou a Lei nº 8.142/1990, que dispõe a respeito da participação da comunidade e do financiamento do SUS (BRASIL, 1990). Após o seu *impeachment*, o governo Itamar Franco (1992-1995), incentivou a descentralização da saúde, tornando possível a implementação da Norma Operacional Básica 93 (NOB 93), que instituiu níveis progressivos de gestão local do SUS, representando um “divisor de águas” na política de saúde (ARRETCHE, 2005).

Após o processo de descentralização da saúde, iniciada pelo seu antecessor, o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) possibilitou a transferência de recursos federais para os governos locais através da edição da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) implementada em 1998 (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Ainda em 1998, este governo propôs e sancionou a lei das Organizações Sociais (OS)¹¹ o que, na área da saúde, é considerada por muitos especialistas a expressão do fenômeno da privatização dos serviços públicos de saúde (MORAIS et al., 2018). Em 2000, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 passou a garantir o financiamento do SUS, constitucionalmente.

¹¹ A Lei Federal nº 9.637/1998 qualifica como Organizações Sociais (OS) as “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à assistência social, ao ensino, à pesquisa e à cultura” e serviu de base para as promulgações subsequentes das leis subnacionais (BRASIL, 2019b, p. 1). Teve como marco orientador a definição de OS proposta pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), entendida como um modelo de organização pública não estatal tratando-se de uma parceria entre o Estado e a sociedade baseada em resultados de desempenho (MORAIS et al., 2018).

Na sequência, os governos Lula e Dilma (2003-2016) buscaram fortalecer a capacidade de atuação do Estado brasileiro, ampliando os investimentos públicos. Um exemplo, foi a ampliação do quadro de pessoal na administração pública brasileira que registrou, segundo dados da RAIS/MTE, um acréscimo de 30,2%, no período 2003-2010 (CARDOSO JÚNIOR; NOGUEIRA, 2011), com impactos positivos no âmbito do Ministério da Saúde. Na área da saúde, os governos Lula e Dilma implantaram importantes programas como o Farmácia Popular, Mais Médicos (PMM), expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Brasil Sorridente, ações voltadas para grupos específicos, como Atenção Integral à Saúde da Mulher e Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (MENICUCCI, 2011).

Na economia, ambos governantes procuraram manter o combate à inflação, mas, de certa maneira, deram continuidade ao ajuste fiscal iniciado em períodos anteriores, com privatizações, contrarreforma da previdência e avançaram, também, na Reforma do Estado proposta por Bresser-Pereira em 1995. Por isso, ao incentivarem o programa de construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), fomentaram também o seu gerenciamento por Organizações Sociais (OSs), bem como Parcerias Público-Privadas e a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). Esses governos ainda contribuíram com o desenvolvimento da legislação infraconstitucional acerca do planejamento em saúde, assim como da metodologia de planejamento no SUS.

Somente após vinte e um anos da promulgação da Lei Orgânica do SUS, o Decreto-Lei nº 7.508/2011 a regulamentou (BRASIL, 2011). Outro marco importante foi a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentou o § 3º, do artigo 198, da CF/1988, estabelecendo valores e percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012a). Por sua vez, à época foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.135/2013, que estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS¹² (BRASIL, 2013a).

Os governos FHC, Lula e Dilma, no entanto, não diferiram de forma significativa no que tange aos gastos em saúde. De acordo com estudo realizado por Soares e Santos (2014), os gastos em saúde, no período de 1995-2012, variaram apenas 1,8% do PIB, em média. Ressaltam que apenas nos dois primeiros anos do Governo Dilma (2011-2012)

¹² Revogada pela Portaria de Consolidação nº 1 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

houve aumento de gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), chegando ao valor *per capita* de R\$ 400,06 ante a média de R\$ 286,82 no período supracitado, com valores corrigidos pelo IPCA/IBGE.

Em 2016, após *impeachment* do Governo Dilma, assume o poder o Governo Temer. Esse governo, de questionada legitimidade, recuperou forte compromisso com a agenda neoliberal propondo nova onda de privatizações de empresas estatais e de extinção de órgãos públicos como condição para concessão de “socorro financeiro” da União a Estados e municípios em dificuldades fiscais. Além disso, medidas como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, representam retrocesso às políticas sociais do país, pois preveem – por vinte exercícios financeiros – a limitação de despesas com saúde e educação (BRASIL, 2016a). Em 2017, o governo decidiu fechar centenas de unidades próprias do programa Farmácia Popular.¹³

Em 2019, inicia o governo Jair Bolsonaro cujo Ministro da Economia, Paulo Guedes, já sinalizou sua intenção de desvincular receitas orçamentárias das políticas sociais; antes mesmo de o governo estudar alternativa, fragilizou o Programa Mais Médicos prejudicando os municípios que dependiam dos profissionais contratados para o atendimento às comunidades; aprovou alterações na previdência dos trabalhadores com reconhecidos prejuízos aos mais vulneráveis; e editou decretos extinguido diversos conselhos de políticas públicas que, além de previstos constitucionalmente, são fundamentais para a fiscalização e o acompanhamento dos atos governamentais pela sociedade civil, reforçando o caráter clientelista e patrimonialista do sistema político brasileiro.

Esse breve histórico da conformação da política de saúde brasileira organiza os fatos cronologicamente e os vincula à importância das políticas públicas, em especial, da estreita relação entre políticas sociais e econômicas, o que será melhor discutido no próximo tópico. Finalmente, o desenvolvimento e o fortalecimento da política de saúde parecem estar alicerçados em propostas que fortaleçam o Estado de Direito, por meio de políticas públicas que visem à sustentabilidade social, ambiental e econômica, percebendo-se ainda, recentemente, uma relação entre maior institucionalidade democrática e maior bem-estar social.

¹³ BRÊTAS, Pollyanna. Governo fechará 393 unidades do Farmácia Popular a partir de maio. **Extra**, Rio de Janeiro, 13 abr. 2017. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/economia/governo-fechara-393-unidades-do-farmacia-popular-partir-de-maio-21202769.html>. Acesso em: 06 jun. 2018.

Na próxima seção, serão apresentados conceitos importantes no campo das políticas públicas.

2.3 Conceitos do campo das políticas públicas

Neste trabalho, para fins de melhor compreensão, foram utilizados os termos *políticas públicas*, *política social*, *política econômica* e *política de saúde*, em separado, sem, contudo, deixar de estar em sintonia com o pensamento de Dagnino, Cavalcanti e Costa de que as políticas públicas compõem um corpo de conhecimentos associados em que o desenvolvimento econômico e desenvolvimento social são inseparáveis.

Segundo Dagnino, Cavalcanti e Costa (2016), o termo *política* pode ser empregado de muitas maneiras, como por exemplo, para designar: a) um campo de atividade ou de envolvimento governamental; b) um objetivo ou situação desejada (ex: estabilidade econômica, inflação controlada, etc.); c) decisões do governo frente a situações emergenciais; d) uma autorização formal (diploma legal); e) um programa, ou seja, um “pacote” envolvendo leis, organizações, recursos; e f) os resultados e impactos e a relação entre as ações empregadas.

A política pública é conceituada como “a proposta de resolução dos problemas trazidos pelos atores que o governo tem que implementar mediante o Estado” (DAGNINO; CAVALCANTI; COSTA, 2016, p. 189). Para os autores, as políticas públicas são essenciais para a justiça social, para a consolidação da democracia e, nesse contexto, responsáveis por traduzirem mudanças na maneira como se relacionam o Estado e a sociedade. Inspirados em autores como Lindblom (1981)¹⁴ e Hogwood e Gunn (1984)¹⁵, os autores sugerem alguns procedimentos a serem seguidos pelos formuladores de políticas de maneira que possam implementá-las adequadamente e assim alcançar os objetivos e os impactos visados. Para isso apresentam metodologias de planejamento alternativas às usualmente adotadas por organizações públicas, cuja ineficácia tem sido constantemente apresentada.

Lindblom (1981), propõe cinco fases para o ciclo de políticas públicas que reúne:

¹⁴ LINDBLOM, C. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora da Univ. de Brasília, 1981.

¹⁵ HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. **Policy analysis for the Real World**. New York: Oxford University Press, 1984.

1. os diferentes problemas e reclamações, sociais ou de governo, que chegam ao processo decisório e convertem-se em temas da agenda de política dos dirigentes;
2. as pessoas ou atores concretamente envolvidos com o processo que concebem, formulam ou descrevem esses temas objeto da ação governamental;
3. o planejamento da ação futura, os riscos e as potencialidades envolvidas, as alternativas, os objetivos previstos e os resultados esperados;
4. a aplicação ou implementação da política formulada;
5. a avaliação, o que pressupõe a construção de metodologias específicas para este tipo de análise.

A sequência de passos para a formulação de políticas não deve ser entendida como rígida ou completa e, em muitas situações, é necessário realizar as etapas em ordem inversa da apresentada. A esse respeito, Dagnino, Cavalcanti e Costa (2016) concordam com Lindblom (1981) que as etapas que compõe o ciclo de retroalimentação (formulação, implementação, avaliação) não sejam seriais porque sua formulação e implementação, especialmente, não se realizam apenas pelo caráter tecnocrático. A implementação das políticas, por exemplo, é fortemente marcada por conflitos em ambientes de desigualdade de poder, influência e controle.

As relações de poder que moldam as políticas dão diferentes nuances para a sua implementação, de acordo com o cenário dessa disputa, algo que Arretche (2001) chama de “contingências da implementação”. Ainda, segundo Lipsky (1980)¹⁶, citado por Lotta (2012), os burocratas de rua, como os profissionais de saúde, possuem grande importância na implementação de políticas públicas, pois participam com os políticos do processo de tomada de decisão, além de possuírem a sua discricionariedade. A discricionariedade dos burocratas tem fontes diversas, podendo ser inerentes ao exercício da sua função, da proliferação de regras incompletas e/ou ambíguas, ou ainda, da influência de suas escolhas pessoais.

Dagnino, Cavalcanti e Costa (2016) apontam que a elaboração de políticas apresenta como restrições fatores como o tempo decorrido entre a decisão, a formulação e a verificação dos resultados obtidos; a obtenção de informação qualificada e em tempo oportuno; e a preponderância de valores e diferenças de visão política no decorrer dos

¹⁶ LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public service. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

processos. Afirmam que a essas restrições deveriam se somar outras especialmente importantes nos países periféricos, como o fato de que as políticas aqui geradas e implantadas se dão em um ambiente marcado por uma grande desigualdade de poder, de capacidade de influência e de controle de recursos entre os diversos atores o que aponta para as dificuldades de adotar-se rigorosamente as etapas que compõe o ciclo da política pública.

Assim, a implementação é considerada uma das etapas mais importantes do ciclo de políticas, pois é o momento em que as ideias formuladas previamente se materializam em ações concretas. Segundo Papi, Rosa e Hamerski (2017), o planejamento seria uma etapa central na implementação de políticas públicas, situando-se entre as fases de formulação e a implementação, pois segundo a proposição de Matus (1993)¹⁷ é instrumento potente para ordenar ou apontar caminhos metodológicos para a execução das ações deliberadas, evitando-se o improvisado, o desperdício de tempo, o baixo rendimento das entregas de serviços, dentre outros, configurando-se, desse modo, como elemento fundamental para a efetividade das políticas públicas.

Fleury e Ouverney (2012) conceituam política social como “o conjunto de ações que objetivam a promoção da igualdade e do bem-estar” (FLEURY; OUVERNEY, 2012, p. 36). A política social, como ação de proteção social, envolve relações, processos, atividades e instrumentos que buscam desenvolver responsabilidades públicas, para a promoção da seguridade social e do bem-estar. Os autores situam a política de saúde enquanto política social e, como consequência disso, a saúde passa a ser considerada um direito inerente à condição de cidadania, pois o indivíduo se insere enquanto cidadão em sua participação na sociedade política.

Paim e Teixeira (2006), entendem a política de saúde como uma resposta estatal (ação ou omissão) a demandas de saúde de uma população, que envolvem condicionantes e determinantes sociais, bem como a relação Estado-Sociedade. A política de saúde envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais, institucionais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um desses elementos em um momento definido. Isso se dá porque a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

¹⁷ MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

Justamente em função dessa dificuldade de delimitação é que a política de saúde é produto de disputa em que atores agem dentro e fora das esferas institucionais de participação, sendo necessário o estabelecimento de regras para esse jogo. A seguir será discutido o marco regulatório da participação na política de saúde.

2.3.1 Marco regulatório da participação na política de saúde

O ciclo da política de saúde no Brasil é regido por um marco jurídico no qual a cada quatro anos, os entes da federação deveriam elaborar os seus Planos de Saúde – contendo diretrizes, objetivos e metas para a área no período – compatibilizando os instrumentos de planejamento do SUS¹⁸ com os instrumentos de gestão governamental.¹⁹ Nesse esforço é preconizado a integração das políticas de saúde com outras políticas governamentais, bem como o diálogo e a participação da comunidade na busca de melhores resultados em saúde e, ainda, o monitoramento e a avaliação contínua das ações executadas pelo poder público.

Após o fim do período militar, a temática da participação social nas decisões relativas às políticas públicas ocupou espaço destacado. A descentralização político-administrativa intencionada pela CF/1988 almejou ampliar o poder político da comunidade, rompendo com as formas autoritárias e repressivas vigentes no período militar, que estabeleciam relações assimétricas de poder entre o Estado e a Sociedade. Buscou ainda equilibrar a relação federativa entre centralização e descentralização definindo responsabilidades, algo que está em permanente debate no país (ELIAS; DOURADO, 2011).

Na Saúde, o relatório final da VIII CNS conteve em sua proposta de estrutura e de política a necessidade de participação social dos segmentos envolvidos com o SUS (BRASIL, 1986). Foi prevista a participação de dirigentes institucionais (gestores), prestadores de serviço, trabalhadores em saúde e, principalmente, os usuários dos serviços de saúde nas decisões sobre a política. No item 25, tema 2 – *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*, do referido relatório, consta que:

Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade

¹⁸ Os principais instrumentos de planejamento do SUS são: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios de Gestão (RG) (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017b).

¹⁹ Os instrumentos de gestão governamental mais conhecidos são: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017b).

(usuários e prestadores de serviços), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução, fiscalização dos problemas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida. (BRASIL, 1986, p. 18).

Na Lei Orgânica do SUS, se destacam duas diretrizes que vêm no espírito da constituição cidadã, a *descentralização* e a *participação da comunidade*. Assim, os Conselhos de Saúde nascem juntamente com o SUS e a partir da necessidade de pactuação entre os órgãos gestores do SUS. A Lei Federal nº 8.142/1990 assim prevê em seu artigo 1º, § 2º:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, p. 1).

A estratégia de organização dos Conselhos de Saúde, para exercerem o controle social²⁰ sobre o SUS, segue o critério de composição paritária, qual seja: igual participação entre os usuários e os demais segmentos. A Resolução Federal nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Essa norma estabelece que o(a) presidente(a) será eleito(a) entre os membros do Conselho, em reunião plenária; o número de conselheiros será definido para cada Conselho de Saúde; e as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. (BRASIL, 2012b, p. 2).

Outro marco importante sobre a participação na política de saúde é a Lei Complementar nº 141/2012, que prevê a fiscalização da gestão da saúde, dentre outros órgãos, pelo Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas e pelos Conselhos de saúde. A Sociedade Civil, representada nos Conselhos de Saúde, é

²⁰ Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, controle social é a forma pela qual se garante o direito de participação real da sociedade na formulação, implementação e controle de políticas e ações de Saúde. Ele dá-se também, mas não exclusivamente, por meio dos conselhos de Saúde e das conferências de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2013).

fundamental na formulação, implementação e fiscalização dos rumos da política. Por meio desse conselho, a comunidade participa da gestão pública, manifestando ideias e demandas de seu grupo, além de articular os interesses do conjunto dos usuários dos serviços de saúde. Esses representantes fazem o elo entre o conselho e a coletividade representada, através de mobilização do segmento, reuniões, boletins informativos e consultas (BRASIL, 2013b).

De acordo com Fonseca (2016), os conselheiros de políticas públicas são expressões importantes da democracia, uma vez que combinam democracia representativa com democracia direta, assim como democracia institucional com democracia popular. Os conselhos, as conferências, as audiências públicas e tantas outras formas, inclusive digitais, de participação propiciariam a resolução negociada dos conflitos, diminuindo tensões e contradições. Ainda assim, as disputas, os vetos e os conflitos estão igualmente presentes nesses espaços, sendo cada um desses um *lócus* de negociação política em nível local.

A governança dos mecanismos de participação e a institucionalização da política de saúde passam por diversas organizações que compõem o campo da saúde e, portanto, levantam importantes questões organizacionais. A próxima seção irá discutir o papel das organizações na política de saúde.

2.4 As organizações na política de saúde

Segundo Carvalho e Vieira (2007), as organizações estão presentes em todas as dimensões da vida social e influenciam no ambiente econômico, nas dimensões religiosas, culturais e nas disputas políticas que são travadas no espaço social. É possível estudar as organizações sob distintas perspectivas e dimensões de análise. A visão clássica dos estudos organizacionais as considera como um grupo de pessoas que se reúne e, por meio do direcionamento das atividades desses indivíduos, busca alcançar algum objetivo em comum (HALL, 2004). Contudo, esse paradigma tende a subestimar ou ignorar o papel do conflito.

Morgan (1996, p. 146), ao examinar as organizações como sistemas políticos, afirma que, ao se tentar desvendar “a detalhada política da vida organizacional, é possível compreender qualidades importantes da organização que são, frequentemente, encobertas

ou ignoradas”. Reconhecer as organizações como produto das ações individuais e coletivas, dotadas de sentido e significado, e que a busca por objetivos pessoais as transforma em “arenas” de disputa por espaços e poder, é imprescindível para o presente estudo.

As organizações não são apenas arenas de disputa do poder, mas também meios de exercício do poder na sociedade. Para Vieira e Lacerda (2010, p. 2), “as organizações têm sido tratadas como expressões concretas de exercício de poder”. Os autores, citando Kouzmin (1980, p.134)²¹, elucidam que a “organização significa um método de controle social, uma forma de impor regularidade à sociedade e à ação coletiva”. Afirmam que as formas de exercício do poder e de dominação (no sentido weberiano) refletem a evolução do processo de racionalização do mundo, em especial, o do trabalho. Finalmente, Matus (1996, p. 494) afirma que “a condução do jogo social obriga a formalizar a intencionalidade coletiva por meio de organizações”.

Nesse sentido, a formulação e a implementação da política pública de saúde passam por organizações dentre as quais têm como propósito a prestação de serviço público, a garantia de direitos, o lucro, a promoção religiosa, cultural, dentre outros. Ainda assim, devido à institucionalização da política de saúde no âmbito da administração pública brasileira, as instituições aí presentes são as que possuem maior influência sobre a sua conformação.

Dentre as organizações que atuam no campo da saúde, têm papel central àquelas que possuem função administrativa diretamente ligada aos instrumentos institucionais da política pública. Segundo Di Pietro (2009), a administração pública é o aparato do Estado moderno formado pelo conjunto de agentes e estruturas juridicamente estabelecidos para administrar a coisa pública. Di Pietro (2009, p. 49) a define em dois sentidos:

- a) em sentido subjetivo, formal ou orgânico ela designa os entes que exercem a atividade administrativa; compreende pessoas jurídicas, órgãos e agentes públicos incumbidos de exercer uma das funções em que se triparte a atividade estatal: a função administrativa;
- b) em sentido objetivo, material ou funcional, ela designa a natureza da atividade exercida pelos referidos entes; nesse sentido, a Administração Pública é a própria função administrativa que incumbe, predominantemente, ao Poder Executivo.

²¹ KOUZMIN, A. Control and organization: towards a reflexive analysis. In: BOREHAM, P.; DOW, G. (Orgs.). **Ideology and control in the capitalist labour process**. Melbourne: McMillan, 1980.

Atualmente, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são as instituições legalmente responsáveis pelas funções executivas ligadas ao SUS. Ao Ministério da Saúde, competem as atribuições de natureza estratégica, como formulação, apoio, implementação e avaliação das políticas prioritárias em âmbito nacional (BRASIL, 2019c); e aos estados, cabe à coordenação regional, como o monitoramento e avaliação das redes hierarquizadas, a elaboração e sistematização de planos, o apoio técnico e financeiro aos municípios nas suas ações.

Conforme visto na seção 2.1, a partir da segunda metade da década de 80 e o início dos anos 90, ocorreu o período de maior mobilização política em prol de mudanças na organização da área da saúde com a VIII CNS, em 1986, e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. A partir de então, as mudanças começaram a ter diferentes impactos nos municípios brasileiros, em função das conjunturas políticas locais e por alguns gestores municipais guardarem interesses divergentes do que foi preconizado pela VIII CNS, quanto aos modelos de atenção e de gestão à saúde. Contudo, as primeiras discussões a respeito da municipalização de um sistema de saúde universal havia começado a ser formulado na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, e já no final da década de 1970, experiências municipais exitosas marcavam uma nova forma de organizar os serviços de saúde no país, como foi o caso de Niterói (RJ), Londrina (PR), Lages (SC), Montes Claros (MG), Piracicaba (SP), Campinas (SP), Teresina (PI) e São José dos Campos (SP).

Com o passar dos anos, sobretudo a partir da municipalização da saúde ocorrida na década de 90, as Secretarias Municipais de Saúde foram definidas como os órgãos gestores do SUS no âmbito dos municípios, tendo como atribuição precípua a coordenação da política de saúde e o estabelecimento de ações integradas e intersetoriais com as outras esferas de gestão do SUS (estadual e federal). São responsáveis pela execução de serviços de atenção primária à saúde, vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde local, dentre outros.

A seguir, serão apresentados os principais órgãos que participam diretamente do jogo da política de saúde analisado: a Secretaria Municipal de Saúde (Estado) e o Conselho Municipal de Saúde (Sociedade Civil); bem como a natureza jurídica das organizações privadas (mercado).

2.4.1 A Secretaria e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS)

A Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre (RS) foi instituída pela Lei Municipal nº 2.662 de 1963 (PORTO ALEGRE, 1994) e desde então apenas a Lei Municipal nº 7.414/1994 (PORTO ALEGRE, 2000) alterou de forma substancial as suas competências (separando a saúde da assistência social e a transformando em Secretaria Municipal de Saúde). Basicamente, as competências originais permanecem em vigor, pois as alterações estruturais realizadas desde então, via decreto, focalizaram a organização interna das unidades de trabalho. Em decorrência do processo de municipalização da saúde ocorrido na década de 90, a SMS/PMPA se configurou como a principal instituição responsável pela política de saúde no âmbito local, com atribuição precípua de coordenar a política de saúde local e estabelecer ações integradas e intersetoriais com as outras esferas de gestão do SUS (estadual e federal).

A SMS/PMPA conta atualmente com cerca de quatro mil servidores públicos, das mais diversas categorias profissionais, como médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, administradores, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, engenheiros, arquitetos, pessoal administrativo, entre outros. Possui um orçamento aproximado de R\$ 1,8 bilhão e estão sob sua responsabilidade o Hospital de Pronto Socorro (HPS), o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), a Diretoria Geral de Vigilância em Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 140 Unidades de Saúde distribuídas pelo território do município, dentre outros serviços especializados como os em saúde mental, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (PORTO ALEGRE, 2019).

Em Porto Alegre, o Conselho Municipal de Saúde (CMS/POA) foi instituído em 1992, por meio da Lei Municipal Complementar nº 277, de 20 de maio (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992), muito embora as iniciativas de participação popular organizada remontem à década anterior.²² O núcleo de coordenação do CMS/POA é formado por 8 membros, sendo um cargo de Coordenador(a), um de Vice-Coordenador/(a) e seis de

²² A Comissão Interinstitucional de Saúde de Porto Alegre – CIMS foi criada em 1984 e, a partir de 1989, se consolidou como fórum de gestão das ações de saúde, deliberando, normatizando, fiscalizando e controlando a política de saúde no município. A CIMS contou com as Comissões Locais de Saúde (CLIS) que dividiam o município em onze regiões. As CLIS, assim como a CIMS, eram constituídas pelos prestadores de serviço, pelos trabalhadores da área de saúde, pelas instituições governamentais e pelas associações de moradores (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2002, p. 4).

Coordenadores(as) adjuntos(as) os quais, inscritos em chapa, são eleitos(as) em reunião plenária para um mandato de 2 anos. A composição da chapa deverá respeitar a paridade prevista em lei, ou seja, quatro membros serão representantes do segmento “usuários”, dois do segmento “trabalhadores”, um dos prestadores de serviços e um, representante do governo (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008).

O município conta também com Conselhos Distritais de Saúde (CDS) e Conselhos Locais de Saúde (CLS), que são instâncias descentralizadas e regionalizadas do CMS/POA. Atualmente, o CMS/POA possui quarenta e nove diferentes entidades na composição de seu Plenário, sendo essas, representativas dos diferentes segmentos (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008). O CMS/POA, em seus vinte e sete anos de existência, tem se dedicado a temas como o planejamento, a gestão e o financiamento da política de saúde, além da fiscalização dos atos e do combate à corrupção na área da saúde. O CMS/POA, como espaço de cidadania e defesa do interesse público, também reforça a importância das políticas públicas em sua totalidade.

A seguir serão apresentadas as principais organizações privadas no SUS.

2.4.2 As organizações privadas no SUS

Esta seção efetua breve discussão sobre a atuação de organizações privadas no SUS, pois a CF/1988, sem excluir a participação de terceiros e pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, previu no artigo 199 a atuação, de forma complementar, de instituições privadas na Saúde, com preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, conforme abaixo:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
(BRASIL, 2019a, p. 65).

A Lei Orgânica do SUS, no que se refere a sua composição, previu a atuação estatal e da iniciativa privada subdividindo a organização do sistema em prestação direta (estado) e prestação complementar dos serviços (privados), sem, contudo, especificar e detalhar esses conceitos. Essa imprecisão pode gerar alguma confusão e tem levado a diferentes interpretações, conforme os interesses em jogo. Posteriormente, a Lei nº 9.656 de 03 de

junho de 1998 (BRASIL, 2019d), disporia sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, organizando a chamada saúde suplementar, que atualmente é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não tendo vinculação direta ao SUS.

A prestação de ações e serviços públicos de saúde diretamente pelo Estado é de responsabilidade de todos os entes federativos, mas especialmente dos municípios, após a municipalização da saúde, uma vez que mais próximos da população seriam capazes de identificar onde, como e quais serviços de saúde deverão ser prestados. O artigo 197 da CF/1988 revela que as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2019a, p. 65).

Conforme leitura do texto constitucional, se observa que a atuação de organizações privadas na política de saúde deveria ter caráter complementar efetuando-se a contratação somente para serviços ou ações que não existam ou cuja oferta seja insuficiente pelo setor público. A instituição privada deveria ainda atuar em acordo com as normas técnicas do SUS, integrando-se pelo planejamento à rede regionalizada e hierarquizada (ROESE, 2012). Por sua vez, a chamada “saúde suplementar” abriga os serviços privados de saúde, prestados exclusivamente na esfera privada, por meio da atuação dos planos de saúde, e conforme referido, não possuindo vínculo direto com SUS, sendo regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

A partir desse arcabouço jurídico e no contexto da reforma neoliberal impulsionada no Governo FHC - pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) - foi prevista a atuação de entidades paraestatais, terceiro setor e entidades da administração indireta para atuar nas políticas públicas, inclusive na saúde. Os tipos mais conhecidos são as Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as fundações públicas de direito privado. O objetivo da criação desse tipo de organizações foi a descentralização da prestação de serviços públicos, acreditando-se que seriam mais eficientes caso prestados por entes não estatais.

Sabe-se que a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº. 101, de 4/5/2001) foi o dispositivo motivador para que estados e municípios aderissem fortemente ao modelo de gestão baseado em entidades privadas e do terceiro setor, uma vez que a referida lei impõe um teto de gastos da receita corrente líquida com despesas de pessoal criando condicionalidades financeiras (FLEURY *et al.*, 2010). No âmbito do terceiro setor, o instituto mais utilizado na saúde do país são as Organizações da Sociedade Civil compostas, dentre outras, por Organizações Sociais (OS) e Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP).

Uma OS é a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por particulares, que recebe delegação do Poder Público, mediante contrato de gestão para desempenhar serviço público cuja natureza é social. Sua atuação foi disciplinada, no âmbito federal, pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. A Lei Federal nº 9.790/99 (BRASIL, 2014), regulamentada pelo decreto nº 3.100/99 (BRASIL, 2016c), denomina OSCIPs as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, instituídas pela iniciativa de particulares para desempenhar serviços sociais não exclusivos do estado, com incentivo e fiscalização do poder público mediante vínculo instituído por termo de parceria.

Por sua vez, a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014 (BRASIL, 2015c), alterada pela lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015 (BRASIL, 2015d), estabeleceu o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos estabelecidos em termos de colaboração, fomento ou cooperação. Os objetos sociais definidos pela Lei nº 13.019/2014 e alterados pela Lei nº 13.204/2015 que compõem o escopo de atuação das Organizações da Sociedade Civil são basicamente os mesmos estabelecidos pela Lei nº 9790/1999 (OSCIPs), depreendendo-se desse fato, portanto, que não há diferença substancial entre OSCIP, OS e OSC, sendo esta última uma denominação genérica de toda e qualquer instituição que desenvolva projetos sociais com finalidade pública como OSs, OSCIPs e ONGs, por exemplo.

É previsto que as parcerias com o setor público deverão respeitar, em todos os seus aspectos, as normas específicas das políticas públicas setoriais relativas ao objeto da parceria e as respectivas instâncias de pactuação e deliberação como os conselhos setoriais de políticas públicas. Contudo, o modelo de OSC possui questionamentos quanto ao profissionalismo e capacidade de assegurar o direito à saúde previsto

constitucionalmente, visto que há uma inequívoca flexibilização das relações de trabalho cujos altos índices de rotatividade de pessoal afetam a qualidade dos serviços prestados. Entende-se, que o Estado ao priorizar as transferências de recursos para entidades de direito privado respondem a interesses do complexo médico-industrial-financeiro e de serviços privados de saúde e não ao interesse público (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

A atuação de organizações da sociedade civil, preponderantemente em relação à prestação direta, é o que Di Pietro (2012) chama de privatização. Contudo, segundo a autora, não é fácil definir o termo, podendo corresponder em sentido amplo, a todas as medidas adotadas com a finalidade de diminuir o tamanho do Estado e que compreendem fundamentalmente em: a) diminuir a intervenção do Estado no domínio econômico; b) a venda de ações de empresas estatais ao setor privado (desestatização); c) a concessão de serviços públicos e mais recentemente as Parcerias Público Privadas (PPPs); e d) os *contracting out* (forma pela qual a administração pública celebra acordos de variados tipos buscando a colaboração do setor privado para a prestação de serviços. É nesta modalidade que se encontra o instituto da *terceirização*.

Di Pietro (2012) conceitua como terceirização cada vez que a administração pública recorre a terceiros para a execução de atividades de sua competência, esclarecendo que a intenção de fugir ao regime jurídico, imposto à administração pública e assim driblar concursos públicos e licitações, cumpre com o real objetivo de privatizar a forma de gestão do serviço público. A jurista afasta a possibilidade de que particular assuma a gestão de determinado serviço de saúde admitindo-se apenas a contratação de parceiros para a execução de atividades-meio (limpeza, vigilância, serviços técnicos especializados).

Entretanto, a temática ficou ainda mais controversa recentemente, com a autorização expressa de terceirização nas atividades-fim, ratificada pelo STF, ao permitir expressamente a contratação de empregados terceirizados em todas as funções da empresa. A compreensão é que esse modelo ocasionará maior precarização das relações de trabalho, pois para se assegurar lucro às empresas será necessário reduzir os salários dos trabalhadores. Além disso, a medida representa um verdadeiro retrocesso do ponto de vista organizacional que poderá causar a “quarteirização” e até “quinteirização” dos serviços prestados.

Portanto, o referencial teórico-metodológico abordou conceitos importantes para a realização do trabalho. A seguir serão demonstrados os procedimentos metodológicos utilizados para a pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo demonstra os procedimentos metodológicos adotados para que os objetivos da pesquisa fossem alcançados. Apresentará a estratégia utilizada, o lugar (ou situação) do pesquisador, as considerações éticas e as técnicas (de coleta e análise de dados) empregadas.

3.1 Estratégia de pesquisa

Esta pesquisa teve abordagem qualitativa, atribuindo importância à descrição dos fenômenos, dos elementos, aos depoimentos, aos discursos, aos significados e aos contextos (VIEIRA, 2006). Consistiu em um estudo de caso, buscando analisar e descrever as percepções a respeito da situação em questão, permitindo gerar conhecimento a partir dos eventos vivenciados (MINAYO, 2010).

Conforme Godoy (2010), o estudo de caso tem como vantagem o enfoque de problemas práticos, decorrentes de interações sociais e individuais cotidianas, não deixando de considerar o contexto presente nas atividades, sentimentos e pensamentos dos sujeitos da pesquisa, precisando adotar olhar holístico sobre a situação. Esta tipologia adota também um enfoque indutivo no processo de coleta e análise de dados e os pesquisadores precisam deixar “em suspenso” suas concepções sobre o tema que está sendo estudado. É preciso desenvolver conceitos e compreender padrões que emergem dos dados ao invés de verificar hipóteses (GODOY, 2010).

O tipo de corte desta pesquisa é seccional, pois o interesse foi a análise do jogo social no momento da implementação da política de saúde municipal no período compreendido entre os anos 2018 e 2019 que, por sua vez, estava inserido no espaço temporal da gestão municipal 2017/2020. A análise do campo empírico foi sobre as dinâmicas empregadas em âmbito municipal apesar de considerar as influências da política de Estado, União e atores privados.

A pesquisa apresentou como limitação a impossibilidade de detalhamento à exaustão das variáveis estratégicas analisadas, ou seja, de atores sociais, das operações, dos meios estratégicos, de recursos e capacidades e sobre o tempo. A seguir será apresentada a situação do pesquisador.

3.2 O lugar (ou situação) do pesquisador

É importante frisar que, mesmo na condição de pesquisador, não deixei de atuar, no período do estudo, como trabalhador da área de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Não há aqui, portanto, o pressuposto de neutralidade ou separação total entre o pesquisador e seu objeto de pesquisa. Nesse sentido, a pesquisa foi conduzida por uma perspectiva crítica, por um lado, porque há no processo uma relação orgânica entre sujeito e objeto e, por outro, porque os pressupostos das práticas analisadas são questionados à luz do contexto sócio-econômico-político das organizações.

Enquanto administrador efetivo do quadro da SMS/PMPA desde 2015, com lotação na Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (ASSEPLA/SMS), minha preocupação é atuar no sentido de contribuir com ações que promovam o aprimoramento da política de saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS. Assim, a reflexividade também foi importante no desenvolvimento da pesquisa, aqui compreendida como uma propriedade que permite pensar conscientemente sobre as ações e circunstâncias sociais sendo:

Um processo mental, privado, subjetivo, sob a forma de diálogo, que pressupõe sempre a relação com o lugar que os indivíduos ocupam no espaço social e nos contextos por onde se movem. O seu exercício conduz ao autoconhecimento, mas fomenta também, indissociavelmente, a compreensão da realidade exterior. Os processos reflexivos não esgotam as dinâmicas da vida interior e não se esgotam na interioridade das mentes individuais. (CAETANO, 2011, p. 163).

No lugar de pesquisador, possuía o interesse em compreender melhor quem participa do jogo de influências, seus posicionamentos, suas jogadas, estratégias que eram exercidas sobre grupos e processos burocráticos e, ao fim, impactam na assistência à saúde da população. Procurei manter a postura ética e o espírito científico durante todas as etapas da pesquisa com relação aos participantes e aos achados, mantendo discrição para evitar transtornos, viés e também para aproveitar a oportunidade de aproximação com os entrevistados, muitos dos quais inicialmente eram desconhecidos.

A situação do pesquisador é indissociável dos aspectos éticos mais gerais da pesquisa. Eles serão abordados a seguir.

3.3 Considerações Éticas

Os princípios de ética na pesquisa foram respeitados de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 510/2016, normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2012c; 2016d). Este projeto de estudos foi encaminhado para apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Administração da UFRGS, ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (ANEXO A) e, como copartícipe ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS/POA (ANEXO B), sob os números 3.007.440 e 3.040.470, respectivamente.

O projeto foi aprovado em 8 de novembro de 2018 pelo Comitê de Ética da UFRGS e em 27 de novembro de 2018 pelo CEP da SMS/POA. Somente após as aprovações, os participantes foram convidados a colaborar. No momento dos convites, foram prestadas as informações a respeito dos objetivos do estudo e de como se daria o processo de entrevistas.

As entrevistas (APÊNDICE A) foram realizadas em diferentes locais da preferência do entrevistado, desde que resguardadas as condições de silêncio e privacidade e conforme entendimento mútuo entre pesquisador e entrevistado. À participação dos entrevistados foi assegurada a sua desistência a qualquer momento em caso de risco ou desconforto, sem qualquer ônus ou constrangimento, o que não ocorreu. Antes de iniciar as entrevistas, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE B), ficando uma com ele e uma com o pesquisador, sendo esclarecido, no ato, sobre eventuais dúvidas acerca dos riscos, do sigilo, entre outros, para somente após dar início à entrevista.

Apesar de não haver nenhuma recusa após o consentimento em conceder a entrevista, três usuários, dois prestadores de serviços e um trabalhador não aceitaram participar. Houve desconforto inicial, também, no momento do convite, por parte de um Gestor Municipal do SUS, mas que aceitou conceder a entrevista. Era esperado que o processo dialógico das entrevistas servisse também aos participantes como um processo reflexivo sobre a sua atuação e o impacto de suas ações para a política de saúde do município de Porto Alegre (RS), o que foi de certa forma alcançado.

Como ocorre com a maioria das investigações em estudos organizacionais, o tema tratado é sensível por abordar dinâmicas de disputas que podem expor indivíduos, caso

não sejam tratadas com o devido cuidado. Dediquei-me com o máximo afinho na ocultação de nomes e preservação de informações. Algumas vezes os entrevistados manifestaram desconforto em falar sobre alguns tópicos e, portanto, tiveram total liberdade para não o fazer, sem a insistência do entrevistador.

Por ocasião da divulgação dos resultados, o anonimato foi preservado por meio da atribuição de identificações fictícias aos participantes, como Participante 1, Participante 2, etc. e a sua atribuição para fins deste estudo (Gestor Municipal do SUS, Trabalhador do SUS, Usuário do SUS, etc.) utilizando-se o artigo no gênero masculino, independente do gênero do participante. Teve-se também o cuidado para não facilitar associações diretas entre a fala do participante e sua identificação pessoal, à exceção dos dados coletados a partir da entrevista pública concedida em programa de debates, em rádio local, pelo Secretário Municipal de Saúde, pelo Prestador de Serviços de Saúde e pelo Diretor do SIMPA.

Destaca-se que os participantes da pesquisa não tiveram benefício pessoal, mas a sua colaboração contribuiu para a qualificação do conhecimento na área, o que, no futuro, poderá fortalecer o SUS, no âmbito do município de Porto Alegre. A próxima seção detalhará as técnicas empregadas para coletar os dados da pesquisa.

3.4 Coleta de dados

As técnicas de coleta de dados empregadas foram as entrevistas semiestruturadas, a pesquisa em documentos e a observação. A combinação de diferentes técnicas apresenta grande potência para a interpretação e desvelamento de fenômenos sociais complexos e esse processo também é conhecido como triangulação de dados (FLICK, 2009).

Na coleta dos dados foram priorizadas situações ou fatos ocorridos na política de saúde, compreendidos especialmente no período entre junho/2018 e junho/2019, os quais consistiram em decisões formalizadas em documentos (públicos); matérias veiculadas na imprensa ou *sites* oficiais; experiências relatadas por atores sociais, nas quais vivenciaram situações de deliberada divergência (disputas e conflitos), convergência (consenso, cooperação e negociação) ou imposição em torno de questões específicas relativas à política de saúde. São temas que compõem a pesquisa: a identificação, a descrição e a análise das variáveis estratégicas (atores, operações, meios estratégicos e tempo); os

recursos e capacidades dos atores; o planejamento e a gestão em saúde, traduzidos pela participação nos processos decisórios, as relações e coalização entre os diferentes grupos; e o modelo de operacionalização da política de saúde.

A pesquisa com entrevistas tem como foco a experiência individual do participante, não se prendendo apenas a uma reprodução ou representações do conhecimento existente, mas propondo uma interação com um tema que faz parte do conhecimento produzido nessa situação. A entrevista semiestruturada obedece a roteiro apropriado pelo pesquisador e, por ter apoio na sequência das questões, assegura aos menos experientes que seus pressupostos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2010). O roteiro prévio (APÊNDICE A) sofreu adaptações de acordo com a posição dos entrevistados, especialmente, para aqueles que não participavam cotidianamente da principal arena deliberativa sobre a política de saúde - a reunião plenária do CMS/POA - como nos casos do Auditor, do Promotor, do Procurador, do Defensor, do Jornalista e dos Gestores Estadual e do Ministério da Saúde.

A amostra para as entrevistas foi selecionada por conveniência e os participantes foram convidados a participar da pesquisa a partir de convite via telefone, redes sociais (WhatsApp, Facebook), e-mail ou pessoalmente. Foram incluídos na lista de participantes indivíduos com protagonismo no jogo da saúde, a partir de destacada participação (assiduidade, frequência, manifestações) nas reuniões plenárias do CMS/POA, bem como aqueles que tomavam decisões importantes, emitiam orientações e se manifestavam publicamente a respeito da saúde. Devido à existência de inúmeros atores com interesse no jogo analisado e da complexidade do campo da saúde, os convites foram direcionados àqueles que, entende-se, participavam naquele momento, abertamente, da política de saúde municipal a cujo acesso seria viável. O conhecimento empírico enquanto trabalhador da saúde, a partir das observações cotidianas, também contribuiu para escolher a amostra.

As entrevistas diretas foram realizadas no período compreendido entre 14/12/2018 a 12/03/2019 (após a aprovação pelos comitês de pesquisa da UFRGS e da SMS), e a pesquisa utilizou, também, material de áudio gravado diretamente do programa de debate *Contraponto*, da Rádio Guaíba, ocorrido em 14/01/2019 e apresentado pelo jornalista e radialista Fabiano Brasil. O programa teve a participação do Secretário Municipal de Saúde, Pablo de Lannoy Stürmer, do médico Geraldo Jotz, Gerente de Ensino do Grupo Hospitalar

Conceição (importante prestador de serviços de saúde da capital) e, também, de Alberto de Moura Terres, Diretor do Sindicato dos Municípios de Porto Alegre (SIMPA). O material gravado foi transcrito e analisado, pois o tema do debate compreendeu exatamente o interesse da pesquisa, qual seja, o posicionamento deles em relação à política de saúde no município.

Além das entrevistas (diretas e material gravado), foram realizadas pesquisas em documentos e participação em reuniões, presencial ou virtualmente, com vistas a interpretar e desvelar os fatos apresentados no jogo social. Segundo Roesch (2010), os documentos são fontes de dados muito utilizados em pesquisas na área da Administração: foram consultados planos, relatórios, leis, notas técnicas, reportagens jornalísticas e matérias e artigos publicados em *sites*.

A observação cotidiana das relações no ambiente de trabalho e a participação em reuniões foram importantes para captar as dinâmicas, sendo possível ouvir falas, observar intenções e compreender jogadas. Um exemplo importante foi a observação de reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, que ocorre tradicionalmente a cada quinze dias, às quintas-feiras, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde (Av. João Pessoa, 325 – térreo – Centro de Porto Alegre - RS). A reunião plenária é a instância máxima do Conselho Municipal de Saúde, na qual são tomadas decisões de forma colegiada que influenciam a política de saúde. A análise de reuniões plenárias do CMS/POA compôs rico material para compreender operações, meios estratégicos, recursos e capacidades empregados no jogo.

Houve reuniões em que o pesquisador participou presencialmente (07/06/2018, 21/06/2018, 05/07/2018, 19/07/2018, 22/11/2018 e 06/12/2018) e, em outras, se extraíram informações das gravações das reuniões plenárias disponíveis no Facebook (18/01/2018, 15/03/18, 19/04/2018, 07/02/2019), já que recentemente as mesmas passaram a ser transmitidas ao vivo pela rede social. Optou-se por essa fonte de dados, tendo em vista que as atas das reuniões de 2018 e 2019 não estão disponíveis, devido a problemas com a empresa contratada para a confecção das mesmas, e pela possibilidade de captar elementos comportamentais interacionais não presentes em uma ata transcrita (gestos, olhares, tom de voz, interrupções, etc.).

Apesar de outras arenas decisórias fazerem parte da pesquisa de campo, tais como a Câmara de Vereadores, os espaços de atuação do MP e o Tribunal de Contas, a

Plenária do CMS é um espaço particularmente importante para esse trabalho, pois reúne presencialmente a maioria dos atores pesquisados e, portanto, um espaço rico para observação das dinâmicas.

A próxima seção apresentará a técnica utilizada analisar os dados coletados.

3.5 Análise dos dados

Segundo Roesch (2010), a análise dos dados tem o propósito de interpretar os dados coletados. A técnica utilizada neste estudo foi a análise de conteúdo das entrevistas, dos documentos e dos diários de campo gerados na observação participante. A análise de conteúdo permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos científicos (MINAYO, 2010).

Para Bardin (2011, p. 48), a análise de conteúdo pode ser definida da seguinte forma:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Como resultado deste estudo, esperava-se uma descrição densa e interpretativa dos achados, através de um processo criativo e intuitivo, com sensibilidade para o aparecimento de pressupostos não estabelecidos e articulados (GODOY, 2010). Para tanto, foi efetuada leitura atenta dos conteúdos dos documentos selecionados, das entrevistas transcritas, bem como dos registros das observações. As entrevistas foram transcritas e analisadas interpretativamente à luz da revisão da literatura com o apoio do *software* NVIVO 12. Além do roteiro de entrevista (APÊNDICE A), os quadros referenciais a seguir serviram de guia para a condução da pesquisa.

Quadro 3 – Referencial analítico das variáveis estratégicas do jogo social

Referencial	Categoria Constitutiva	Elementos	Definição Constitutiva	Definição Operacional
Variáveis estratégicas (MATUS, 1996; HUERTAS, 1996)	Atores sociais	Aliados e adversários	- Participantes ativos de um jogo social que tem ação criativa e singular, um projeto que orienta a sua ação, controlam	- Aqueles que estabelecem alianças e disputas com impacto direto na política de saúde.

			recursos, e têm presença no sistema (MATUS, 1996)	
	Operações	Operações intermediárias (OK) Operações terminais (OP)	Movimentos ou jogadas, pela via da ação humana, visando alterar capacidades ou acumulações no jogo da produção social (MATUS, 1996)	- Ações cujos movimentos ou resultados produzem acumulações e alteram a correlação de forças no jogo social da saúde em Porto Alegre (RS)
	Meios estratégicos	- imposição - persuasão - negociação - recompensa e intercâmbio - julgamento em tribunais - coação - confronto	São estratégias específicas formadas por um conjunto especial de operações em virtude de suas funções e do uso reiterado (ver quadro 4)	(ver quadro 4 - (Definição Operacional)
	Tempo	restrições possibilidades	- A realização das operações e meios estratégicos ocorrem no transcurso do tempo (MATUS, 1996).	- Restrições e possibilidades que o tempo oferece no jogo social da saúde como os atores percebem essa variável.

Fonte: adaptado de MATUS, 1996; 2005; HUERTAS, 1996.

Quadro 4 – Definição dos meios estratégicos para análise do jogo social

ESTRATÉGIA	Definição Constitutiva		Definição Operacional
	Situações	Meios	
IMPOSIÇÃO	Autoridade, hierarquia/Diretrizes	Diretrizes	Movimentos impostos por autoridades constituídas com poder hierárquico amparado por lei.
PERSUASÃO	Diferentes focos de atenção;	Motivação, sedução	Jogadas realizadas a partir de motivação e sedução entre os participantes do jogo social da saúde.

NEGOCIAÇÃO	Interesses diferentes e objetivos comuns	Negociação	Operações realizadas por atores sociais com interesses distintos, porém com objetivos comuns onde prevaleceu o diálogo e a negociação.
RECOMPENSA E INTERCÂMBIO	Interesses conciliáveis	Prêmios	Operações em que os interesses eram de alguma forma conciliáveis e cujos resultados fossem vistos como prêmios ou recompensas.
MEDIAÇÃO	Interesses opostos sem ânimo de confronto	Mediação e arbitragem	Jogadas mediadas ou arbitradas por terceiros (com poder para isso) em que os interesses opostos não guardavam ânimo de confronto.
JULGAMENTO	Interesses opostos submetidos a regras jurídicas	Defesa e acusação em tribunais	Operações realizadas pelos atores sociais cujos interesses opostos, ou não atendidos, foram submetidos a julgamentos jurídicos.
COAÇÃO	Interesses opostos com ânimo de imposição	Ameaça de fazer pagar um custo	Jogadas que, em função de interesses opostos, ameaçavam o oponente a pagar um custo por manter a sua posição.
CONFRONTO	Interesses irreconciliáveis	Medição política de forças	Movimentos em que os interesses irreconciliáveis foram motivo de medição política de forças, por vezes chegando ao confronto físico.

Fonte: adaptado de MATUS, C. **Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi** – Estratégias Políticas. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 222.

Quadro 5 – Definição de recursos de poder e capacidades

Apresentação constitutiva		Definição operacional	
Recursos de Poder	Capacidades	Recursos de Poder	Capacidades
1. Recursos Econômicos	1. Econômica	1. Detenção ou controle de capital financeiro, de meios de produção ou outros bens materiais.	1. Ordenamento sobre o orçamento público, a folha de pagamento de salários, sobre os meios de produção e bens materiais no serviço público.

2. Recursos Políticos	2. Política	2. Articulação e contato com outros atores com recursos de poder.	2. Acúmulo de capital político capaz de influenciar outros atores a aderirem aos seus objetivos. Articulação e mobilização comunitária, sindical, institucional e político-partidária.
3. Acervo de Valores	3. Motivação e paixão	3. Conjunto de princípios e sentimentos que norteia a ação dos atores.	3. Força emocional empregada pelos atores na defesa de seus princípios ideológicos.
4. Acervo de conhecimentos	4. Cognitiva	4. Conjunto de saberes (humanos, éticos, profissionais) dos atores.	4. Capacidade de empregar e difundir os conhecimentos adquiridos. Ex. práticas e técnicas profissionais.
5. Recursos Legais	5. Jurídica	5. Lei e regulamentos.	5. Aplicação da lei e dos regulamentos capaz de influenciar a ação de outros atores.

Fonte: elaborado pelo autor baseado em Matus (2005)

Previamente à coleta dos dados, foram selecionadas as categorias constitutivas *atores, operações, meios estratégicos e tempo*, para comporem o quadro referencial analítico da pesquisa, por representarem explicitamente as quatro variáveis da análise estratégicas do jogo social de Matus. O quadro 5 de recursos de poder e capacidades foi inserido após a coleta dos dados, uma vez que emergiram informações nesse sentido e foram importantes para a análise e para o alcance dos objetivos do trabalho (a inclusão do objetivo específico c) na seção 3.1 também foi *a posteriori*).

A partir da transcrição das entrevistas, foram gerados quinze arquivos de texto (.doc), os quais foram inseridos no *software* NVIVO 12 com o objetivo de organizá-los e categorizá-los e, assim, apoiar a análise dos conteúdos. O próximo passo foi a releitura dos textos com a finalidade de identificar, classificar e agrupar temas de interesse do pesquisador. Com essa releitura foram selecionados extratos do texto, como destaques, os quais foram codificados como “nós”. Inicialmente, emergiram vinte e três “nós” compostos pelos temas identificados no quadro 6 abaixo, e que foram posteriormente vinculados às categorias teóricas conforme as definições operacionais.

Quadro 6 – Códigos/nós extraídos das entrevistas

1. Processo de elaboração do PMS 2018-2021
2. Posicionamentos ideológicos
3. Confrontos trabalhadores <i>versus</i> gestão PMPA
4. Foco no usuário do SUS
5. Barreiras na comunicação
6. Participação na política de saúde
7. Modelo ideal de funcionamento do SUS
8. Equilíbrio no poder de decisão entre os atores
9. Cenário político e econômico-financeiro
10. A variável estratégica tempo
11. Relações interfederativas (Município, Estado e União)
12. Operações (jogadas)
13. Marco legal do SUS
14. Cooperação
15. Caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019
16. Casos de corrupção
17. Meios Estratégicos
18. Parceiros
19. Recursos/capacidades
20. Nota Técnica do MP
21. Terceirizações na Saúde
22. Atores Sociais
23. Perspectivas para o SUS

Fonte: elaborado pelo autor.

Inicialmente, o foco da análise buscou as quatro categorias analíticas definidas *a priori*, quais sejam: *Atores sociais*, *Operações*, *Meios Estratégicos* e *Tempo*. A partir da categoria/código 22 - *Atores Sociais* foi criada a seção 4.2 *Identificação de atores no jogo social da saúde em Porto Alegre (RS)*, sendo que alguns dos participantes já haviam sido observados previamente à elaboração da pesquisa e outros foram sendo identificados no transcurso, como o Prestador de Serviços de Saúde, o Jornalista, o Procurador da República do MPF/RS, o Promotor de Justiça do MPE/RS, o Auditor do TCE/RS e os Gestores Estaduais da Assistência Social e da Saúde e o Gestor do NEMS/RS.

Os códigos 9 - *Cenário político e econômico financeiro* e 11 - *Relações interfederativas (Município, Estado e União)* foram analisados no âmbito de todo o trabalho e particularmente na seção 4.1 *O cenário do campo empírico*. A categoria/código 10 - *A variável estratégica tempo* foi analisada mais especificamente na seção 4.4 *A variável estratégica tempo na implementação da política municipal de saúde*. As categorias/códigos 12 – *Operações (jogadas)*; 17 - *Meios Estratégicos*; e 19 -

Recursos/capacidades foram analisadas conjuntamente ao longo de toda a seção 4.3. *Operações, meios estratégicos, recursos e capacidades analisados no contexto da implementação da política municipal de saúde*, que por sua vez foi organizada em quatro fluxos de produção das jogadas.

Os seguintes códigos foram transformados em fluxos de produção na seção 4.3: 1 - *Processo de elaboração do PMS 2018-2021* foi trabalhado na subseção 4.3.1 *Fluxo 1 – A formulação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e o ânimo de cooperação entre os atores*; 15 – *Caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019* foi descrito e analisado na subseção 4.3.2 *Fluxo 2 – O caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019 e as estratégias conflitivas*; 3 - *Confrontos trabalhadores versus gestão da PMPA* foi transformado na subseção 4.3.3 *Fluxo 3 – Os confrontos entre trabalhadores e a gestão da PMPA*); e 21 - *Terceirizações na Saúde* foi trabalhado na subseção 4.3.4 *Fluxo 4 – As terceirizações na saúde*.

Ainda na seção 4.3, outros códigos auxiliaram na identificação de jogadas, nos meios estratégicos, nas coalizões, nos recursos e capacidades, tais como: 2 - *Posicionamentos ideológicos*; 4 - *Foco no usuário do SUS*; 5 - *Barreiras na comunicação*; 6 - *Participação na política de saúde*; 7 - *Modelo ideal de funcionamento do SUS*; 8 - *Equilíbrio no poder de decisão dos atores*; 13 - *Marco legal do SUS*; 14 - *Cooperação*; 16 - *Casos de corrupção*; 18 - *Parceiros*; 20 - *Nota Técnica do MP*; e 23 - *Perspectivas para o SUS*.

Uma vez constituídos os “nós”, foram relidos em separado e, em esforço de síntese, efetuado um pequeno resumo, visando registrar as manifestações mais recorrentes sobre o tema em questão, dando sentido ao texto, à luz do referencial teórico mediado pelas definições operacionais. No próximo capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa.

4 O JOGO SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL

Este capítulo analisa as variáveis estratégicas do jogo social observadas durante a implementação da política de saúde em Porto Alegre (RS) no período 2018/2019. Na seção 4.1 será apresentado o cenário observado no campo empírico; na seção 4.2 será realizada a identificação de atores no jogo social da saúde em Porto Alegre (RS); Na seção 4.3 serão analisadas operações, meios estratégicos, recursos e capacidades dos atores no contexto da política municipal de saúde a partir de quatro principais fluxos estabelecidos; Na seção 4.4 será discutida a variável estratégica tempo; e, por fim, na seção 4.5 será realizada uma síntese das variáveis estratégicas consolidando os principais achados da pesquisa, em uma “resenha do jogo”.

4.1 O cenário do campo empírico

O município de Porto Alegre (RS) possui população estimada de 1.481.019 habitantes (IBGE, 2016), com ritmo lento de crescimento populacional, população predominantemente adulta, economicamente ativa e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal considerado alto (0,805), sendo a 7^a capital no ranking nacional (PORTO ALEGRE, 2017a). A cidade é administrada pelo Prefeito Nelson Marchezan Jr. filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O Prefeito, quando ainda em campanha, apresentou a área da saúde como prioritária de seu governo e, uma vez eleito, precisou explicitar suas propostas nos instrumentos de gestão governamental e nos instrumentos de planejamento do SUS, cumprindo, assim, com requisitos legais do processo de formulação da política de saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi concebido a partir de projeto da equipe técnica da Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (ASSEPLA/SMS) ainda em novembro de 2016, período esse que representou a transição da gestão municipal 2013-2016 (José Fortunati) para a gestão 2017-2020 (Nelson Marchezan Jr.). Em fevereiro de 2017, com a atual gestão da SMS/PMPA, o processo de planejamento preliminar foi realizado conjuntamente com diretorias, coordenações, Gerências Distritais, assessorias e Conselho Municipal de Saúde. O roteiro de trabalho seguiu sugestão metodológica da ASSEPLA/SMS que, amparada pelas normativas de planejamento do SUS, buscou realizá-

lo, em um segundo momento, de forma descentralizada e participativa entre as diferentes regiões da cidade.²³ O trabalho contou com a participação de diferentes interessados como usuários, lideranças comunitárias, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores da saúde, gestores, acadêmicos e outros.

Dentre os principais aspectos diagnosticados no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 estavam o enfrentamento às doenças crônicas (cardiovasculares, neoplasias e respiratórias); às doenças transmissíveis como a sífilis, a tuberculose e o HIV (Porto Alegre até então era a cidade brasileira com maior número de casos novos nos últimos 10 anos e maior mortalidade); e aos transtornos de saúde mental como depressão, ansiedade e o uso de drogas, diretamente relacionadas aos índices de suicídio (o maior dentre as capitais brasileiras) (PORTO ALEGRE, 2017a). A população apresentava ainda hábitos e estilo de vida que interferiam nos resultados em saúde, pois era o município com maior taxa de tabagismo entre adultos, com alto consumo de açúcar, sal e pouca prática de atividade física, se comparado com as demais capitais brasileiras (VIGITEL, 2016e).

A cidade é referência também para mais 3 milhões de pessoas da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), além dos demais municípios do Estado e da região Sul do país que procuram os serviços de alta complexidade como cirurgias, exames e internações hospitalares (PORTO ALEGRE, 2017a). Além disso, é fundamental a compreensão de que tanto os residentes no município (naturais), quanto os visitantes e imigrantes também são beneficiários dos serviços prestados pelo SUS como, por exemplo, a atenção primária à saúde, as campanhas de imunizações, beneficiando-se da vigilância da qualidade da água e de alimentos, do combate às endemias (ex. dengue e sarampo), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do Hospital de Pronto Socorro, maternidade, dentre outros.

A implementação da política de saúde na gestão Marchezan Jr. cumpriu algumas de suas promessas de campanha, tais como a abertura de postos de saúde até às 22h, a utilização do recurso de Telessaúde/Telemedicina e a redução de filas de espera estava se concretizado paulatinamente. Além dessas, questões polêmicas envolvendo a alta rotatividade no secretariado, a pauta das finanças públicas e do funcionalismo público - como o atraso/parcelamento dos salários e a retirada de direitos adquiridos - também

²³ Foram realizadas oficinas de planejamento nas 8 Gerências Distritais do município. São elas: Centro; Norte Eixo-Baltazar; Leste-Nordeste; Sul-Centro-Sul; Restinga Extremo Sul; Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas; Partenon-Lomba do Pinheiro; e Glória-Cruzeiro-Cristal (PORTO ALEGRE, 2017a).

marcaram o Governo Marchezan, até então. Essas questões influenciaram fortemente nos fluxos das operações e nos meios estratégicos observados como será evidenciado a seguir.

Em 2019, houve alteração no quadro político do governo federal e estadual com a posse de Jair Bolsonaro e Eduardo Leite, respectivamente como presidente e governador do estado. No que tange ao Governo Federal e às ações empreendidas verifica-se que há transtornos à população em decorrência da fragilização do Programa Mais Médicos especialmente nos municípios menores; as intenções em relação às alterações na Previdência apresentam nítidos prejuízos aos trabalhadores mais vulneráveis; a maior facilidade para a posse de armas trará consequências para a saúde pública; o decreto nº 9.759/2019 (BRASIL, 2019e) que extinguiu conselhos de políticas públicas que são fundamentais para a fiscalização e acompanhamento dos atos de gestão pela sociedade civil; e a sombra da Emenda Constitucional nº 95 - que congelou recursos das políticas sociais (BRASIL, 2016a) - paira no horizonte do financiamento da saúde.

Em relação ao governo Eduardo Leite, a crise nas finanças públicas estadual pautou o governo nos primeiros meses de mandato. O tema das privatizações de empresas estatais e o funcionalismo público ocuparam a agenda governamental pois, na educação pretende-se realizar parcerias com o setor privado para a prestação de serviços como escolas de tempo integral e, em relação ao funcionalismo público, o governo estadual mantém a política de atrasos e parcelamento de salários unicamente dos servidores do executivo. Na saúde, o governo afirma que está trabalhando para colocar em dia os repasses para hospitais liquidando os pagamentos atrasados em até 36 meses para os municípios.

Portanto, o cenário se traduz por um verdadeiro “campo adversário” para o jogo social da saúde, uma vez que dificuldades de diversas ordens (legais, econômicas, políticas) se apresentam como limitantes para a implementação de políticas públicas. Na próxima seção serão identificados os principais atores sociais pesquisados.

4.2 Identificação de atores no jogo social da saúde em Porto Alegre (RS)

Esta seção identifica e descreve atores sociais no jogo social da saúde em Porto Alegre, no período pesquisado. Buscaram-se pessoas ou grupos que naquele momento estivessem atuando no jogo social, a partir de presença estável e que, por meio de suas

operações, do controle de recursos, de suas capacidades pudessem assim influenciar na política de saúde municipal. A identificação de atores não foi exaustiva e se limitou a informantes-chave que participaram das operações analisadas durante a coleta de dados e que fossem suficientes para demonstrar a aplicação das variáveis analíticas dos quadros teóricos utilizados.

Os 17 (dezessete) indivíduos a seguir descritos possuíam participação ativa no jogo analisado, naquele momento. Dessas 17 (dezessete) pessoas, 14 (quatorze) participaram diretamente da pesquisa contribuindo também com relatos em entrevistas, 3 (três) indiretamente a partir de suas manifestações públicas em programa de debate no rádio e outros não descritos contribuíram apenas através da observação de suas ações (como no caso do Prefeito Municipal, por exemplo).

Foi identificada uma pessoa qualificada como Usuário do SUS em virtude de seu vínculo com o sistema de saúde, mas também pelo seu engajamento na política de saúde, sob a forma de participação ativa nas atividades do CMS/POA. No momento da pesquisa, desenvolvia atividades na condição de representante de Conselho Distrital de Saúde. Anteriormente, já havia exercido funções de coordenação no CMS/POA. Dentre os recursos que possuía, foram identificados o acervo de valores, por sua motivação e paixão na defesa do SUS, bem como pela sua capacidade política de articulação e mobilização comunitária – devido a sua presença cotidiana nos serviços de saúde próximos ao seu local de moradia; além desses requisitos, mantinha presença assídua e participativa nas reuniões plenárias do CMS/POA, com poder de voz e voto e cujas manifestações, muitas vezes, apresentavam indignação e inconformidade com os rumos da política de saúde e o seu apoio aos trabalhadores do SUS.

Foram identificadas três pessoas qualificadas como Trabalhadores do SUS, todos eles servidores de carreira da SMS/PMPA e cujas características eram muito semelhantes. Além de serem todos experientes na carreira pública, mantinham atuação destacada no controle social da saúde, histórico de defesa do SUS, dos trabalhadores, por meio de atividade sindical e/ou da atividade como conselheiros de saúde no CMS/POA. No momento da pesquisa, todos eram assíduos, influentes e atuantes nas plenárias do CMS/POA com poder de voz e voto nas reuniões plenárias, portanto possuindo recursos políticos, acervo de valores e de conhecimentos. Além disso, dois deles ainda controlavam recursos econômicos e legais do CMS/POA.

A identificação de duas pessoas qualificadas como Gestores Municipais do SUS se deu em virtude de suas atuações na assessoria de gestão da SMS/PMPA. Esses participantes tomavam decisões, emitiam orientações, exerciam representações oficiais, controlavam recursos econômicos e possuíam capacidades políticas. Influenciavam nas reuniões plenárias do CMS/POA por meio de voz e voto. Uma pessoa foi identificada e qualificada como Gestor Estadual da Assistência Social, que apesar de atuar, principalmente, em outra esfera de governo e em outra política social (a assistência social) era representante governamental no CMS/POA atuando na arena deliberativa da política de saúde municipal como conselheiro municipal de saúde. Era assíduo nas reuniões plenárias, possuindo voz e voto e motivação e paixão pelo SUS.

O Auditor Público Externo do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul (TCE-RS) foi identificado como um ator social relevante, pois realizava auditorias, inspeções e orientações à SMS/PMPA. Frequentemente, era acionado para esclarecer divergências e – suas resoluções – influenciavam nos rumos da política de saúde no município. O ator pesquisado possuía capacidade política, vasto acervo de conhecimentos a respeito do funcionamento da gestão pública, além de possuir ampla capacidade jurídica em virtude do controle de recursos legais, como a possibilidade de aplicação de sanções e multas aos gestores públicos municipais.

O Defensor Público da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE/RS) foi identificado como um ator social, pois cotidianamente encaminhava pedidos de providências à SMS/PMPA no sentido de garantir direitos constitucionais aos usuários do SUS, incidindo, assim, diretamente na execução da política. O participante convidado era importante elo nas diversas frentes de trabalho conjuntas entre SMS/PMPA e DPE/RS. Possuía grande acervo de conhecimentos a respeito dos direitos dos cidadãos, detinha habilidade política, bem como grande capacidade jurídica pelo controle de recursos legais.

O Promotor de Justiça Estadual do Ministério Público Estadual no RS, muito frequentemente era acionado, por outros atores em jogo, no sentido de representar judicialmente para equacionar conflitos e esclarecer divergências. Tomava importantes decisões com base em recursos legais, possuindo amplas capacidades política, cognitiva e jurídica que influenciam fortemente nos rumos da política de saúde municipal. Sua presença no jogo da saúde era estável.

O Procurador da República do Ministério Público Federal no RS (MPF/RS) foi identificado como um ator social relevante no jogo social da saúde, pois à semelhança do participante anterior, com frequência era acionado para mediar conflitos, se utilizando muito do instituto das audiências públicas. Tomava decisões e emitia orientações, amparado pelo recurso legal (CF/1988 e Legislação do SUS), possuindo ampla capacidade jurídica, demonstrando também, seu acervo de conhecimentos a respeito dos direitos constitucionais e sua motivação pelo SUS.

O Jornalista, da editoria de saúde de jornal de grande circulação do RS, foi identificado, devido às constantes matérias jornalísticas publicadas, a respeito da política de saúde municipal. Tendo em vista a potencial instrumentalização da opinião pública, o teor das matérias publicadas, poderiam gerar simpatia ou antipatia dos cidadãos em relação ao SUS, influenciando também na percepção da população sobre a qualidade dos serviços prestados e sobre a competência das autoridades públicas no gerenciamento do sistema de saúde.

Foram identificadas duas pessoas atuantes nas esferas federal e estadual do SUS, qualificadas respectivamente como Gestor do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no RS (NEMS/RS) e Gestor Estadual do SUS pela Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS). Ambos eram corresponsáveis pela formulação, operacionalização e financiamento da política de saúde municipal, controlando recursos econômicos, políticos e legais, possuindo grande capacidade política de articulação institucional. Também acompanhavam a política municipal a partir da posição em que se encontravam (Estado e União) e de uma forma mais próxima por meio da participação em comissões intergestores²⁴, sendo, portanto, atores relevantes.

O Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre é ator protagonista da política de saúde local, uma vez que estando no topo de sua instituição, toma decisões, controla recursos econômicos, legais, possui recursos políticos e detém grande capacidade cognitiva. Esse ator possuía amplas condições de produzir fatos no jogo social, além de ter um projeto político que orientava a sua ação. Um gestor do Grupo Hospitalar Conceição

²⁴ As principais são a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que são fóruns negociação, pactuação e deliberação entre gestores federal, estaduais e municipais, quanto a diversos aspectos operacionais do SUS. A CIT envolve representantes dos três entes federativos enquanto a CIB reúne gestores estaduais e municipais (BRASIL, 2019c).

também foi identificado com um ator social relevante e será qualificado como prestador de serviços de saúde. A exemplo do Secretário Municipal, uma vez exercendo cargo de gestão em sua organização, tomava decisões, controlava recursos econômicos e cognitivos tendo presença estável no sistema de saúde, possuindo grandes condições de produzir fatos no jogo social.

E, por fim, o Diretor do Sindicato dos Municipários de Porto Alegre (SIMPA) foi identificado como ator social relevante no jogo social da saúde no município, pois ao estar no topo de sua entidade sindical, tomava decisões, detinha recursos políticos, possuindo acervo de conhecimentos a respeito do funcionamento da Prefeitura Municipal, dos direitos dos cidadãos e dos trabalhadores municipais. Além disso, possuía grande capacidade política de mobilização sindical liderando assembleias, paralisações e greves de servidores públicos municipais.

O quadro 7 a seguir sintetiza quais foram os atores sociais identificados na implementação da política de saúde de Porto Alegre e como serão designados no transcurso do trabalho.

Quadro 7 – Identificação de atores sociais na política de saúde municipal.

Participante	Ator
P1	Gestor Municipal do SUS
P2	Gestor Municipal do SUS
P3	Trabalhador do SUS
P4	Usuário do SUS
P5	Trabalhador do SUS
P6	Jornalista
P7	Trabalhador do SUS
P8	Gestor Estadual da Assistência Social
P9	Auditor do TCE/RS
P10	Procurador da República do MPF/RS
P11	Promotor de Justiça do MPE/RS
P12	Gestor do NEMS/RS
P13	Defensor Público da DPE/RS
P14	Gestor Estadual do SUS (SES/RS)
P15	Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS)
P16	Prestador de Serviços de Saúde (GHC)
P17	Diretor do Sindicato dos Municipários (SIMPA)

Fonte: elaborado pelo autor.

A próxima seção detalhará as principais operações, meios estratégicos, recursos e capacidades observadas a partir dos fluxos em que se estabeleceram.

4.3 Operações, meios estratégicos, recursos e capacidades analisados no contexto da implementação da política municipal de saúde

Serão analisados nesta seção operações, meios estratégicos, recursos e capacidades dos atores no contexto dos seguintes fluxos: subseção 4.3.1 *Fluxo 1 – A formulação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e o ânimo de cooperação entre os atores*; 4.3.2 *Fluxo 2 – O caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019 e as estratégias conflitivas*; 4.3.3 – *Fluxo 3 – Os confrontos entre trabalhadores e a gestão da PMPA*; e 4.3.4 *Fluxo 4 – As terceirizações na saúde*.

4.3.1 Fluxo 1 – A formulação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e o ânimo de cooperação entre os atores

O assunto sobre formulação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 serviu para traçar a “situação inicial” do jogo. Abordá-lo no início das entrevistas também ajudou a aumentar a disposição dos entrevistados ao abrir com relatos de acontecimentos que não os comprometia de nenhuma forma, encontrando nessas primeiras respostas indicações de onde as disputas permaneciam abertas. A análise do PMS, em grande medida, é parte da *genoestrutura* do jogo social em torno da política de saúde.

Quando o assunto foi abordado nas entrevistas, os atores que participaram de sua elaboração em 2017 concordaram que foi uma etapa importante de debate, com a participação de diversas partes interessadas, havendo cooperação. Foi destacado ainda que houve uma evolução no aspecto metodológico se comparado à formulação de planos anteriores. A esse respeito um Gestor Municipal do SUS assim se manifestou:

Foi um trabalho bem complexo, bastante efetivo, que envolveu muitas pessoas em um período médio de tempo. Talvez o período **(de elaboração)** tivesse que ter sido maior [...]. (P1 – Gestor Municipal do SUS).

Ao todo, o período de formulação do PMS 2018-2021 compreendeu aproximadamente um ano de trabalho (de novembro de 2016 a novembro de 2017). Essa etapa contemplou, dentre outras, uma fase de discussões em 8 (oito) regiões da cidade

(correspondente aos territórios das Gerências Distritais de saúde), o trabalho de levantamento de dados pelas equipes técnicas (vigilância em saúde, planejamento), as decisões do núcleo gestor da SMS/PMPA e a realização de um seminário de avaliação do plano municipal pelo CMS/POA, em setembro/2017. Houve, portanto, importante participação na formulação do principal instrumento da política de saúde. O Usuário do SUS, que participou desse processo e de anteriores, fez a seguinte avaliação:

Foi uma experiência muito boa, porque a gente viu os problemas, a gente pode mostrar onde precisava ter um fortalecimento das ações. Eu achei bem importante, eu gostei de ter participado. (P4 – Usuário do SUS).

Em relação à implementação do que está formalizado nesse documento central da política de saúde, o mesmo participante comenta que há forte ingerência dos gestores sobre isso, o que evidencia divergências de interesses entre os atores envolvidos:

Desde as duas conferências **[municipais de saúde]** que eu participei, têm metas muito boas, que até hoje não foram implementadas, pois no planejamento da saúde tem metas que se não forem do interesse do gestor elas vão ficando para trás, isso é notório, a gente sabe que é assim. (P4 – Usuário do SUS).

O exemplo do que foi mencionado pelo Usuário do SUS é a meta de *Implantação da mesa municipal de negociação do SUS* que constou tanto no PMS 2014-2017 (meta nº 56) e foi consignada novamente no PMS 2018-2021 (meta nº 61) (PORTO ALEGRE 2013; 2017a), sem cumprimento. A meta prevê a existência de um fórum paritário e permanente de negociação que reuniria gestores públicos, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde, aos moldes da Mesa Nacional de Negociação do SUS, com o objetivo de estabelecer espaço de negociação para tratar conflitos e demandas decorrentes das relações de trabalho no âmbito do SUS (BRASIL, 2019f). Ao término do primeiro ano de vigência do PMS 2018-2021, a meta não havia sido atingida e a justificativa dada por gestores foi que a *“situação ainda carece de definições junto à gestão central da Prefeitura Municipal de Porto Alegre”* (PORTO ALEGRE, 2019, p. 161).

Nesse caso, gestores da SMS/PMPA se utilizam de estratagemas em que ocultam a real intenção de não realizar a meta prevista, deixando em aberto um leque de múltiplas interpretações possíveis, através da imprecisão. A observação cotidiana permite afirmar que existência de um fórum de negociação, com a presença de diferentes atores para tratar conflitos e demandas decorrentes das relações de trabalho no âmbito do SUS, não é do

interesse dos gestores, pois poderá resultar em redistribuição de recursos e capacidades políticas, cognitivas e econômicas.

No que se refere à elaboração dos Planos Municipais de Saúde (em Porto Alegre), foi avaliado por um Trabalhador do SUS como o processo estando mais participativo, mas ainda existindo imposições pelos gestores.

[...] os processos têm sido participativos, têm sido cada vez mais [...] os meus apontamentos, que eu achei meio problemáticos, foi que a gente fez no território toda uma discussão, indicou inclusive prioridades locais e foi solicitado uma análise situacional de cada distrito. E tiveram coisas que a gente não concordou e que a gente não pode mudar, isso eu achei bem ruim né, por exemplo, a gente discordou da questão do cálculo da cobertura da atenção básica, dos índices que apareceram ali, e aí como veio uma coisa mais normativa da secretaria, a gente pensou “ah, é padrão pra todos”, então tinha que ser daquele jeito e, então acho que sempre tem a questão assim, até que ponto vai a participação, né? Como que você pode, até onde você pode decidir? (P5 – Trabalhador do SUS).

A manifestação do Trabalhador do SUS se refere a sua discordância em relação às informações disponibilizadas pela gestão da SMS/PMPA em relação ao indicador denominado *Cobertura populacional estimada pela Atenção Básica* que é o dado utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica em um território. Conforme o relato do participante, o material que disponibilizado pela SMS/PMPA para o planejamento não correspondia à realidade do seu território de atuação e não pode ser questionado, indicando assim uma imposição limitante ao processo de participação.

No que tange à política de saúde mental, o mesmo participante exemplificou que foi apresentada uma proposta de meta para o PMS 2018-2021 – *redução de recursos financeiros para o componente hospitalar (internações) e ampliação de verbas para o componente substitutivo aos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS* - que não foi aceita pela gestão. Pela análise do documento final do PMS 2018-2021, é possível verificar que duas metas foram explícitas sobre a temática do componente substitutivo na área de saúde mental: *Meta 21 - Reduzir a taxa de reinternação de saúde mental em 20%* e *Meta 22 - Ampliar o número de CAPS de 12 para 15* [...]. Muito embora a meta de redução de recursos para o componente hospitalar, referida pelo participante, não tenha sido consignada no planejamento é possível perceber que houve uma certa conciliação de interesses na política

de saúde mental, uma vez que as duas metas registradas foram aprovadas pelo conjunto dos participantes do processo.²⁵

O planejamento em saúde desperta interesse também em usuários, lideranças comunitárias, movimentos sociais ligados à saúde que enxergam no processo de elaboração do PMS a possibilidade legítima de demonstrar a sua motivação e paixão pelo SUS, materializando ideias e influenciando nos rumos da política de saúde, através da sua participação. Dessa forma, também podem ampliar suas capacidades políticas e cognitivas. Em função da necessidade de aprovação do plano em tempo hábil, previsto em lei, temas polêmicos ao debate no SUS foram apenas tangenciados, uma vez que tais tensionamentos poderiam inviabilizar a aceitação do documento, atrasando a sua execução, sendo assim, adiados para a etapa da implementação. Foi o que ocorreu com a *Meta 64 - Qualificar 100% dos Pronto Atendimentos em UPA (MS)* (PORTO ALEGRE, 2017a) que, apesar de ter sido aprovada, não ficou explícito, naquele momento, que seria implementada por meio de terceirização, conforme será visto na sequência do trabalho na seção 4.3.4.

Desse modo, o PMS 2018-2021 foi aprovado pela unanimidade dos conselheiros de saúde presentes em reunião plenária do CMS/POA em novembro de 2017, predominando, naquela ocasião, o meio estratégico da negociação, adotando-se concessões, uma vez que foi possível conciliar diferentes interesses visando o objetivo comum: a formalização do Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Nesse processo ficou evidente que metas foram aceitas, não de forma consensual; que metas com ânimo de rejeição também foram formalizadas demonstrando assim diversas nuances de posições (abertas e mascaradas) dos atores que participaram da aprovação do PMS visando concretizar, minimamente, o instrumento de planejamento da política de saúde.

A avaliação é que o predomínio do meio estratégico da negociação na formulação do PMS 2018-2021 se deu em virtude do interesse dos diferentes atores em: a) existir um documento oficial norteador das ações (materialização das intenções seja elas convergentes ou não); b) a gestão municipal atender dispositivo legal de formulação do plano (evitando judicialização sobre isso); e c) possibilitar o recebimento de recursos

²⁵ Ao término do primeiro ano de vigência do PMS 2018-2021, a meta 21 não havia sido atingida e a meta 22 havia sido atingida parcialmente visto que foi aberto um CAPS no território da Gerência Distrital Centro. (PORTO ALEGRE, 2019, p. 147-148).

federais para o financiamento da saúde municipal. Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre não se apresenta como mero instrumento burocrático feito apenas “para constar”, pois o documento é um instrumento político que enseja cooperação e conflitos na sua formulação e na implementação de suas ações, como será visto na sequência.

Outras situações foram observadas com ânimo de cooperação entre os atores sociais durante o período pesquisado. Nas decisões relativas à aprovação de verbas extras para saúde havia cooperação, pois era perceptível - nas reuniões plenárias - que repasses via convênios, emendas parlamentares e transferência de recursos financeiros de outras esferas governamentais para Porto Alegre eram facilmente aprovados. Era consenso entre os presentes nas reuniões (Gestores Municipais, Usuários, Trabalhadores e Prestadores de serviços do SUS) a importância da deliberação tempestiva sobre a destinação de verbas suplementares para financiar os serviços de saúde.

Tal situação demonstra que a aprovação de verbas é um objetivo comum entre os atores, uma vez que os recursos econômicos oriundos dessa deliberação serão utilizados, em certa medida de maneira compartilhada entre eles. Por exemplo, a aquisição de equipamentos novos para unidades de saúde melhora o atendimento aos usuários, qualifica as ferramentas dos trabalhadores e aumenta o capital político dos gestores, sendo assim, de interesse comum.

A estratégia da cooperação também foi enfatizada pelo Auditor do TCE/RS que ressaltou o caráter colaborativo que tem adotado em sua atuação; pelo Procurador do MPF/RS que tem se utilizado de estratégia de medição e arbitragem em assuntos com posicionamento distinto entre grupos; e pelo Promotor de Justiça do MPE/RS que destacou a importância do diálogo na condução das políticas públicas.

Nós fizemos bastante auditorias com esse viés de conformidade/regularidade na SMS, mas agora o nosso núcleo tem o objetivo de priorizar as auditorias com viés operacional e tem até um caráter assim mais colaborativo com a gestão. A nossa pretensão principal é ajudar a gestão pública a se aprimorar, não tem tanto aquele viés punitivo que o tribunal também tem como um instrumento de atuação, de responsabilizar o gestor, de penalizar, de multar ou imputar débito... não, nós pretendemos fazer com que o gestor se comprometa com aquelas situações que nós estamos apontando como irregulares e aprimore, dando prazo para que ele faça as adequações necessárias e que a gente consiga, assim, contribuir com uma gestão melhor [...]. (P9 – Auditor do TCE/RS).

O referido entrevistado ainda utilizou as expressões “interesse público” e “objetivo ao fim” para demonstrar que há interesses conciliáveis e objetivos comuns na atuação do

TCE/RS e da SMS/PMPA, no jogo da saúde. O viés colaborativo de preferência ao viés punitivo, se estabelece, segundo ele, por meio de diálogo, do esclarecimento técnico e legal e da negociação apazada. Já o participante abaixo se utiliza de outro meio estratégico, a mediação e arbitragem, em sua atuação:

Eu gosto muito de utilizar o instrumento da audiência pública porque eu acho que a gente já começa um trabalho ouvindo todos os lados, porque eu tenho bem claro assim que, enquanto membro do Ministério público, que não tem formação na área da saúde, a gente pode ser um instrumento para facilitar alguma questão dentro das políticas de saúde, mas nós não temos conhecimento, não somos gestores, então acho que nosso papel é bem de intermediação, então acho bem importante chamar, que aí a gente chama os gestores, todas as partes envolvidas, os profissionais que entendem do assunto e a partir dali a gente consegue desenvolver uma linha de atuação que eu considero legítima assim, e tudo até agora, todas as questões que eu trabalhei dessa forma foram as questões que mais tiveram um resultado positivo e efetividade [...]. (P10 – Procurador da República MPF/RS).

A referida estratégia, além de demonstrar a motivação, disposição e o estilo do ator é reforçada pela sua autoridade e capacidade jurídica para tal, uma vez que só conseguirá mediar assuntos divergentes entre grupos se tiver recursos para isso. O participante abaixo ressalta a importância do diálogo, acreditando que, institucionalmente, o Ministério Público seja mais cooperativo do que conflitivo em suas ações, procurando ainda não adentrar nas competências executivas da SMS/PMPA.

Acredito que o Ministério Público é muito mais cooperativo do que de conflito, até porque o nosso papel, e eu sempre digo isso e nossos colegas todos têm essa posição, nós não somos o gestor, o gestor da saúde é o Secretário Municipal de Saúde, tá. Agora, evidente que, se a gente tá vendo que vai acontecer uma ilegalidade, que tem alguma coisa que pode estar errada, é nosso papel convidar o secretário para expor o nosso ponto de vista e a partir daí estabelecer o diálogo e através do diálogo buscar os mínimos consensuais. (P11 – Promotor de Justiça MPE/RS).

Evidentemente, há muitas instâncias e profissionais no âmbito do Ministério Público Estadual, cada qual com seus valores e conhecimentos acerca da política de saúde, no entanto, segundo a manifestação do entrevistado, em seu conjunto, essas pessoas procuram cooperar com os gestores da saúde. Ainda a respeito da importância do diálogo, o Defensor Público da DPE/RS afirmou que falhas de comunicação, muitas vezes por desconhecimento sobre o funcionamento da rede de serviços de saúde, geravam processos judiciais que impactavam financeiramente o erário público. Citou interessante

caso ocorrido em Santa Maria (RS) em que interlocutores dispostos a evitar a judicialização²⁶ na saúde atuavam diminuindo as barreiras na comunicação.

Olha, nós temos dentro da Defensoria, no Núcleo de Defesa da Saúde, já em andamento na região central do estado, um projeto que foi feito de uma maneira bastante simples e que consistiu basicamente em conversas estabelecidas com os secretários municipais de saúde de cada município do entorno e também de Santa Maria, para que se chegasse a um entendimento capaz de fazer com que as falhas de comunicação parassem de gerar processos judiciais. E se constatou que falta de conhecimento sobre o funcionamento da rede também era um problema que acabava impactando financeiramente. [...] Através de um melhor conhecimento da rede e de estabelecimento de canais diretos de diálogo entre a Defensoria e as respectivas secretarias municipais de saúde, se conseguiu reduzir custos para o poder público e mantendo, mesmo assim, o atendimento de qualidade ao usuário que buscava o seu tratamento de saúde, fosse com medicamentos, fosse com cirurgias, fosse com outros tipos de tratamento necessários [...]. (E13 – Defensor Público do Estado – DPE/RS).

Nesse caso, foi possível identificar que o baixo acervo de conhecimentos de agentes públicos impactava na capacidade econômica do Estado. Houve, no caso em tela, a cooperação da DPE/RS com secretários municipais de saúde da região central do Estado, visando o estabelecimento de acordos, no sentido de priorizar-se o processo administrativo em detrimento da ação judicial. A motivação das partes em difundir de informações corretas apropriando-se, mutuamente, de conhecimentos a respeito da rede de saúde contribuiu para um menor ajuizamento de ações. Estratégia semelhante foi relatada pelo participante, em relação à política de saúde mental e de regulação de pacientes aos serviços de saúde em Porto Alegre.

Esse primeiro fluxo analisado enfatizou possibilidades de cooperação entre os atores. Na sequência, serão analisadas jogadas e meios estratégicos conflitivos, que foram amplamente observados no jogo.

²⁶ A judicialização da política de saúde diz respeito ao fenômeno observado nos últimos anos, em que o sistema judicial passa a decidir, principalmente, sobre o acesso a serviços e produtos do SUS, como por exemplo, com medicamentos, responsáveis por grande parte das demandas judiciais na saúde. Segundo Ventura *et al.* (2010), o processo judicial desse tipo teve início na década de 90 a partir de reivindicações das pessoas vivendo com HIV para medicamentos e procedimentos médicos. As reivindicações fundamentam-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no SUS.

4.3.2 Fluxo 2 – O caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019 e as estratégias conflitivas

Identificou-se, como momento importante no jogo social da saúde, em que se processaram várias jogadas para o rearranjo das acumulações de recursos e capacidades quando, no início de 2018, foi realizado processo eleitoral para a escolha de novos dirigentes ao Núcleo de Coordenação do CMS/POA - Gestão 2018/2019. A partir da renúncia integral de uma primeira comissão eleitoral formada para conduzir o pleito (em 19/12/2017), o Plenário do CMS/POA, em 11/01/2018, escolheu nova comissão (a segunda) para os trabalhos. Com a presença do então Secretário Municipal Adjunto, Pablo de Lannoy Stürmer e de outros gestores na sessão, ficou deliberado pela prorrogação do mandato do Núcleo de Coordenação 2016/2017 até a escolha dos novos dirigentes, bem como, que para atender a paridade legal estabelecida na composição das chapas, que o representante dos prestadores de serviços de saúde²⁷ iria se associar à chapa vencedora, independente de qual fosse.

A eleição foi marcada para 22/02/2018, no entanto, na véspera, publicação no Diário Oficial de Porto Alegre apresentou edital da SMS/PMPA, assinado pelo ex-Secretário Municipal de Saúde, Erno Harzheim, determinando a anulação da convocação de Eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA.²⁸ O documento apontava ainda, dentre outros: o descumprimento ao disposto no artigo 55 do regimento interno do CMS/POA; a imposição do § único do artigo 56 que dispõe que “comissão conduzirá todo o processo eleitoral, desde a sua instalação até a conclusão do pleito que elegerá o Núcleo de Coordenação”; consideração de que o primeiro pleito não fora conclusivo; e a necessidade de regularizar a legislação do CMS/POA.

Prontamente, o CMS/POA adotou operação de reação à publicação, entendendo não ser de competência do Secretário tal medida, acionando o Ministério Público Estadual para decidir sobre a questão e mantendo a reunião plenária do dia seguinte. Na referida reunião, dos 41 conselheiros presentes aptos a votar, 32 exerceram o voto e restou eleita a Chapa 1 com 21 votos, tendo a Chapa 2 (situação) recebido 10 votos e ainda houve 1 voto em branco. A posse da chapa eleita foi marcada para o dia 1º/03/2019.

²⁷ Neste caso se trata de outro prestador de serviços de saúde e não do participante da pesquisa.

²⁸ Edição extra do Diário Oficial de Porto Alegre de 21/02/2018.

Na véspera da posse, em 28/02/2018, por meio de memorando circular (em uma operação de declaração e intimidação), o Secretário Municipal de Saúde enviou a todos os trabalhadores da SMS/PMPA, aos serviços conveniados ao SUS no município, às secretarias e órgãos municipais, uma série de restrições relativas à sua participação em atividades junto ao CMS/POA. Dentre as restrições impostas estavam a proibição de participar de reuniões plenárias, dos conselhos distritais e locais de saúde, comissões, uso das dependências da SMS/PMPA por membros do CMS/POA, além de bloqueio aos e-mails e ao *site* do CMS/POA. O documento ainda ameaçava com abertura de Processo Administrativo Disciplinar em caso de descumprimento das diretrizes impostas.

Rejeitando firmemente o memorando circular, membros do CMS/POA mantiveram a posse dos conselheiros eleitos, que fora realizada no pátio da SMS/PMPA, de forma improvisada, já que o auditório em que tradicionalmente se realizam as sessões plenárias foi proibido de ser utilizado. Em 02/03/2018, o Ministério Público Estadual (MPE/RS), por meio da Promotoria de Justiça dos Direitos Humanos de Porto Alegre, ajuizou uma ação civil na 2ª Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre requerendo, liminarmente, a nulidade dos atos do Secretário Municipal de Saúde, no que se refere às restrições ao funcionamento do CMS/POA.

Em 13/03/2018, em uma operação “OP” (terminal), a Justiça Estadual deferiu liminar parcial favorável ao CMS/POA, em resposta à ação civil impetrada pelo MPE/RS. De acordo com a liminar sentenciada, o município de Porto Alegre deveria viabilizar o funcionamento do CMS/POA, pois tratando-se de órgão com função essencial para a manutenção da política de saúde deveria abster-se de aplicar as restrições impostas pelo memorando circular (nº 3378995).

Analisando o caso, percebeu-se que recursos legais foram utilizados tanto pelo Secretário Municipal de Saúde, quando apontou descumprimento de aspectos regimentais, quanto pelo Plenário do CMS/POA, quando evocou sua soberania (também regimental) para decidir sobre assuntos de seu interesse, ambos se utilizando da estratégia do confronto. A partir dessa divergência, o Secretário Municipal de Saúde se utilizou do veículo de publicação oficial da PMPA, o DOPA, para impor diretriz conforme o seu entendimento a respeito da situação; o CMS/POA por sua vez buscou auxílio junto ao MPE/RS - instituição provida de capacidade jurídica para encaminhar a questão ao poder judiciário - não

atendendo a diretriz do Secretário Municipal e mantendo a eleição marcada e a estratégia do confronto.

Na véspera da posse da chapa eleita novamente o Secretário Municipal de Saúde enviou diretriz a um grande conjunto de pessoas, com restrições à participação, realizando, assim, operações de declaração e intimidação ao se utilizar memorando circular (*online*), deixando explícita a estratégia da coação. Entra em cena, novamente, o MPE/RS, em operação de reação, em que se utilizou de recursos legal (ajuizou uma ação) requerendo, liminarmente, a nulidade dos atos do Secretário Municipal de Saúde. E, finalmente, a Justiça Estadual julgou o caso de forma favorável ao CMS/POA impondo à SMS/PMPA o dever de abster-se de aplicar as restrições previstas pelo memorando circular (nº 3378995), em uma operação terminal e de julgamento.

Aprofundando o assunto nas entrevistas foram se obtendo mais elementos sobre operações e meios empregados no caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018/2019. A contribuição do Auditor do TCE/RS é elucidativa, pois em 12/04/2018, o TCE-RS emitiu medida cautelar também determinando ao Executivo Municipal de Porto Alegre que se abstivesse de impor restrições à atuação dos membros do CMS/POA, para o biênio 2018/2019. A decisão detectou “*aparente ilegalidade na determinação emitida pelo Secretário Municipal de Saúde, exigindo a anulação do Edital de Convocação da Eleição do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – 2018/2019*”²⁹, uma vez que tal determinação não seria da competência do Secretário Municipal de Saúde.

[...] como entrevista acadêmica me sinto mais à vontade para falar sobre o assunto e me parece que esse conflito começou por diferentes ideologias, visão de mundo, do Conselho e do Governo eleito do Marchezan... eu participei de algumas audiências na Câmara Municipal, lá na Comissão de Saúde e Meio Ambiente, a COSMAM, em que iam representantes do Conselho, às vezes representantes de sindicatos dos enfermeiros, de outras categorias profissionais que trabalham no SUS e percebi, assim, que o discurso era mais contra o governo do que contra política pública em si sabe [...]. (P9 – Auditor TCE/RS).

Destaca-se, nessa fala do Auditor, os diferentes posicionamentos ideológicos e que os tensionamentos na política de saúde ocorrem em diferentes arenas, como no caso

²⁹ Medida Cautelar constante no processo nº 7634-02.00/18-9. Disponível em: <http://portal.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/noticias_internet/Decisoes/pmportoalegre1304.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

referido, na Câmara Municipal de Vereadores de Porto Alegre. O participante segue afirmando:

[...] a primeira reunião que nós tivemos com o secretário - assim que muda o governo nós sempre nos apresentamos, nos colocamos à disposição - me lembro que chamou a atenção o fato do secretário falar assim: "ah, não sei o que tu pensa do conselho, mas são as mesmas pessoas há 20 anos, que não muda, não renova"... ele já de início mostrou que não era favorável àquele grupo no conselho ou, então, eu não consegui fazer a leitura adequada, se era a própria existência do conselho como um ator democrático, como um grupo democrático, não sei se ele tinha esse preconceito contra o conselho ou contra aquele grupo né, mas me chamou a atenção essa fala, então acho que os dois lados, tanto o secretário, que acaba contaminando a equipe né, ou vice-versa, quanto o conselho já não foram de peito aberto ao diálogo, já foram com um pé atrás e acho que foi isso, aos poucos foi piorando. O secretário, então, acabou utilizando do tecnicismo para fragilizar o conselho, foi a leitura que eu fiz assim, porque os problemas de legitimidade, dos mandatos, dos membros, aconteciam há muitos anos [...]. (P9 – Auditor TCE/RS).

Na sua fala, o participante deixou explícito o posicionamento do Secretário Municipal de Saúde a respeito de sua oposição ao CMS/POA, seja em relação ao grupo que estava a sua frente, seja enquanto instituição existente no jogo da saúde, não sabendo diferenciar claramente a origem do conflito. A respeito da regularidade dos mandatos dos conselheiros de saúde e da documentação exigida, o participante afirma:

Até a legislação está equivocada. Houve o envio de um projeto de lei para Câmara para ajustar isso, pois os mandatos eram para ser de um ano e as entidades deveriam enviar a cada ano um documento, um ofício, renovando o mandato, mudando o representante e não faziam isso. Era feito nas coxas porque a legislação é antiga e também não fizeram força na Câmara Municipal (**os representantes do atual governo**) para atualizar a lei, porque o projeto de lei havia sido enviado pelo governo anterior, pelo Fortunati. E daí vem a fala " ah, não, mas eu quero rediscutir esse projeto", que até tem legitimidade para rediscutir, mas que tem que ser feito ao tempo adequado e já tem uma legislação nacional que há muito tempo exige essa mudança. Então, se valerem acho que do tecnicismo para fragilizar o conselho e eu acho que com esse pé atrás que já disse antes em relação ao grupo... não sei se em relação à **[atual coordenadora do CMS/POA]** especificamente ou enfim, por achar que eles estão há muito tempo lá, talvez com uma visão diferente de política pública, não sei, de querer tornar, estatizar tudo [...]. (P9 – Auditor TCE/RS).

A partir desse esclarecimento constata-se o uso de recursos legais de modo contingente, de acordo com o interesse percebido em cada jogada, uma vez que lacuna jurídica a respeito dos mandatos dos conselheiros foi utilizada pela gestão da SMS/PMPA como elemento para questionar toda legitimidade do processo eleitoral e não reconhecer o seu resultado. O tempo necessário para regularizar a legislação do CMS/POA junto à Câmara Municipal prolongaria em demasiado o mandato anterior, o que também não foi permitido pela justiça e manteria as capacidades acumuladas pela gestão da SMS até

àquele momento. A análise é que, a gestão da SMS/PMPA, ao vislumbrar a possibilidade de acirramento de confrontos políticos com os membros eleitos do CMS/POA 2018-2019, por conta do antagonismo ideológico, realizou jogadas de ataque visando aumentar sua força, produzir novas situações de acumulação, com ganhos de capacidade, se utilizando de recursos econômicos, políticos e jurídicos visando diminuir a oposição aos seus interesses. De outra banda, os membros do CMS/POA se defenderam, o que motivou novas jogadas.

Com o passar do tempo e a potencialização dos conflitos e desentendimentos, a estratégia adotada pela autoridade máxima da saúde municipal, foi a indiferença tática a partir do afastamento pessoal da Plenária do CMS/POA. A decisão foi pelo envio de representantes, como porta-vozes, postura essa que foi adotada tanto pelo ex-secretário titular, Erno Harzheim, que deixou o cargo em meados de janeiro/2019 para assumir função estratégica no Ministério da Saúde, quanto pelo seu sucessor, Pablo Stürmer (participante indireto das entrevistas).

[...] é exigido por lei que tu saiba conviver com conselho, saiba conviver com o gestor, e é algo que a gente ficava chateado né, porque as coisas não andavam e, enfim, está judicializado isso [...]. (P9 – Auditor TCE/RS).

Os participantes mais experientes informaram que já houve secretários de saúde anteriores que entraram em confronto político com o controle social, mas não ao ponto de não comparecerem às plenárias. A estratégia de não responder e/ou de não comparecer nos espaços de participação legalmente constituídos para concertação de interesses foi assim abordada por um Trabalhador do SUS:

[...] a gestão não comparece nas plenárias, muitas vezes não comparece nas reuniões né, vem através da representação, mas aí, no momento em que teria que fazer a representação, ela não faz, aí tem que ter o representante do local, que está correto, mas aí o representante do local sempre tem um motivo que ele não pode estar. (P7- Trabalhadores do SUS).

A manifestação abaixo, do usuário do SUS, menciona que gestores anteriores da Saúde encaravam de forma diferente as críticas e até ofensas proferidas pelos participantes das plenárias do CMS/POA, explicitando que a atual gestão não tem a mesma disposição e a sua ausência tornava a reunião menos resolutiva:

A gente já teve **[menciona dois secretários anteriores]** eles iam, levavam pau, xingavam a gente, mas estavam ali representando. Agora, quando tu transfere, em vez do Secretário tá lá, mandar um funcionário, ele pode, mas seria melhor ele mesmo ir discutir e ele não tem esse, como é que eu vou dizer, essa sensibilidade, aí é ruim né, porque daí tu só vê a fala dos usuários e tu não tem a resposta na hora

do gestor. Porque o gestor pode contrariar as pessoas, mas se ele tá ali é ele que tá falando, é ele que tem o poder da caneta [...] eu vim ali discutir saúde, eu quero saber porque que tá faltando tal remédio, eu quero saber porque ainda tem gente dormindo lá no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), no chão. Eu quero saber porque que o hospital da Restinga não tá fazendo os exames que deveria tá fazendo... eu acho que essa discussão tem que ser mais profunda e eu acho que tanto conselheiros, quanto gestores, eles têm que ter essa sensibilidade de se desarmar um pouco e poder construir [...]. (P4 – Usuário do SUS).

O Secretário Municipal de Saúde, ao ser representado nas reuniões, legitima a reunião plenária do CMS/POA como espaço de jogo. Ao abster-se da participação haveria prejuízos judiciais, econômicos (em função da não aprovação de verbas para a saúde, por exemplo) e brusca redução de capital político. A reunião plenária é a arena deliberativa prevista legalmente em que são necessários consensos mínimos entre os atores, pois todos possuem diferentes capacidades e recursos naquele espaço. O que se observou é que havia dificuldades no estabelecimento dessa cooperação mínima devido à estratégia, por parte da gestão, de manter o questionamento judicial com relação ao processo eleitoral do Núcleo de Gestão do CMS/POA 2018/2019.

Ainda assim, os maiores confrontos observados durante a pesquisa, foram os que ocorreram no entorno das relações entre trabalhadores e gestão da PMPA, conforme será descrito a seguir.

4.3.3 Fluxo 3 – Os confrontos entre trabalhadores e a gestão da PMPA

Assim como ocorre em outras políticas sociais, a saúde é intensiva de pessoal, pois a força de trabalho é fundamental para a prestação de serviços. Os trabalhadores do SUS defendiam que a política de saúde deveria ser implementada com a sua presença, o seu trabalho e o seu esforço. Adotavam o tom, nas reuniões plenárias do CMS/POA, de legítimos “porta-vozes” dos usuários do SUS, uma vez que conhecem a sua realidade e necessidades, estando presentes no dia a dia das comunidades, até mesmo quando ocorrem mudanças de governo.

Nesse sentido, a participação dos trabalhadores do SUS nos processos decisórios e o conseqüente empoderamento podem ser fatores de apoio à implementação da política de saúde ou, caso contrário, de atritos e resistências. Foi-nos exemplificada, por um trabalhador, a supressão de importante espaço de planejamento e avaliação do trabalho, qual seja, a reunião semanal de equipe, com a justificativa dada pela gestão de priorizar-

se o tempo de trabalho para o atendimento à população. Diferentemente do que foi manifestado anteriormente pelo mesmo participante - que os processos de formulação dos planos estavam mais participativos - mencionou o seguinte sobre a etapa da implementação:

[...] a primeira ação da gestão foi tirar, diminuir as reuniões de equipe, reunião de equipe é o espaço digamos primordial para construção do processo de trabalho, é lá que você vai poder planejar, analisar, repactuar. Então, quando uma gestão chega e diz assim, "- olha, esse espaço aqui não é mais importante", porque se você tira esse espaço, você está dizendo o quê? [...]. (P5 – Trabalhador do SUS).

A aparente contradição do ator pesquisado, apenas reforça a existência de diferentes interesses envolvidos na etapa da formulação do plano para a etapa de implementação. A supressão (ou diminuição) de espaços de diálogo entre os trabalhadores desmobiliza a atuação organizada desse grupo e o fragiliza, representando uma ameaça. Trata-se de importante jogada da gestão, pelo meio estratégico da imposição, visando diminuir a força dos trabalhadores, sob o argumento de maior dedicação de tempo para o atendimento à população. A respeito do trabalho na saúde municipal, o Diretor do SIMPA, se manifestou do seguinte modo:

[...] nos últimos anos diminuiu o número de trabalhadores na área da saúde, tem diminuído sistematicamente o número de servidores e posso dizer aqui: em dezembro de 2016 existiam 4610 servidores na área da saúde, em janeiro de 2018 tem 4264, isso dados do Dieese que buscou em um relatório emitido pelo Tribunal de Contas do Estado. Então, está diminuindo o número de trabalhadores, aumentando a demanda e, portanto, o serviço está sendo sucateado pela política implantada pelo gestor. (P17 – Diretor Geral do SIMPA).

Mesmo com divergência nos quantitativos, pois segundo dados constantes nos relatórios de gestão oficiais da SMS/PMPA de dezembro de 2016 a dezembro de 2018 passou-se de 5.386 trabalhadores (PORTO ALEGRE, 2017b) para 4.599 (PORTO ALEGRE, 2019), a diminuição no efetivo de trabalhadores estatutários é também uma forma de enfraquecer os sindicatos e desaccumular suas capacidades políticas e econômicas. Essa operação está diretamente ligada às terceirizações como será visto na sequência do trabalho.

A gestão municipal da PMPA realizou diversas jogadas, valendo-se de recursos econômicos e capacidade política, visando desaccumular capacidades dos municipais.³⁰

³⁰ Por trabalhadores municipais serão designados os profissionais de carreira do município (concursados efetivos) incluindo os Trabalhadores do SUS.

Operações amplamente divulgadas pela imprensa local, como o atraso e o parcelamento dos salários, a falta de negociação com representantes do funcionalismo municipal e a retirada de direitos foram ilustradas por trabalhadores como atos de desvalorização e desprestígio aos trabalhadores. Sobre disso um trabalhador do SUS se manifestou:

[...] Além do salário não estar sendo pago em dia, o reajuste, que é um reajuste constitucional do ponto de vista do município, está na lei orgânica que deve ter e não acontece, então em que pese todas as ações aí do nosso sindicato, que tem ganho as ações, também é difícil de fazer a execução do que se ganha judicialmente, é muita morosidade[...]. (P7 – Trabalhador do SUS).

Uma vez que a gestão municipal entende que a jogada do parcelamento e do atraso de salários é possível (mesmo proibidas), pois não sofre perdas significativas com essa operação, se constata que a lei, nesse caso, é recurso de poder ineficiente, prevalecendo a força de outros recursos, como, por exemplo, os econômicos e os políticos. À luz da Teoria do Jogo Social, isso pode ter impactos na *genoestrutura* do jogo, pois significa que novos fluxos poderão alterar as regras a partir de operações realizadas. Por exemplo, o Governo do Estado do RJ descumpriu a legislação atrasando e parcelando salários dos servidores, o Governo do Estado do RS fez o mesmo, a gestão municipal da PMPA também e assim, sucessivamente.

Sob a alegada justificativa de crise nas finanças públicas do município (baixa capacidade econômica) e da necessidade de redução de despesas para prestar melhores serviços à população, o governo municipal se utilizou de capacidade política para o envio de sucessivos projetos de lei à Câmara Municipal com o objetivo de retirar direitos adquiridos dos servidores (reduzindo a capacidade jurídica e econômica desse grupo), o que potencializou os confrontos entre os trabalhadores e o governo, com paralisações, protestos e greves. Uma matéria veiculada no Jornal do Comércio, de 30/08/2018³¹, destacou que o Poder Legislativo precisou intervir e solicitar a retomada do diálogo entre a Prefeitura e o SIMPA para chegar a um acordo e pôr fim a greves que somadas chegavam, naquela ocasião, a 74 dias e 125 atos de protesto contra o governo. Contudo, o diálogo não foi retomado.

O que se observou é que o Governo Municipal adotou um estilo político que o impedia de negociar com qualquer representação organizada dos servidores municipais,

³¹ Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/politica/2018/08/646334-legislativo-solicita-dialogo-da-prefeitura-com-municiparios.html>. Acesso em 30 ago. 2019.

por ser contrário aos seus interesses e preferiu o uso de meios estratégicos como o confronto, a coação e o julgamento nos tribunais. Em uma operação de mobilização popular do Diretor do SIMPA e de outras lideranças, os trabalhadores foram às ruas protestar e os confrontos foram às vias de fato quando, em 25/03/2019, servidores públicos, guardas municipais e policiais militares entraram em combate físico e pessoas ficaram feridas, na área externa da Câmara Municipal de Porto Alegre, onde o plenário da Casa votava projeto modificando o plano de carreira da categoria³². Em 26/03/2019, data em que se comemorava o aniversário da cidade de Porto Alegre, a Câmara de Vereadores aprovou o projeto que cortou gratificações e avanços salariais de servidores da Capital.

Sobre essa temática, o Jornalista entrevistado observou que, de uma forma geral, existem resistências por parte dos servidores públicos municipais em se atualizar nos processos de trabalho (renovar seu acervo de conhecimentos), mas também considera legítimas as reivindicações para a garantia de seus direitos e de sua dignidade:

[...] vejo que às vezes, por mais que a prefeitura queira implementar uma tecnologia que é muito importante, os funcionários às vezes estão meio resistentes a isso, e alguns até receberam o treinamento, mas aquela coisa... por exemplo, em alguns dos postos **[de saúde]**, o pessoal me falou que o E-SUS³³ não existia praticamente, não era usado e aí eu fiquei **[pensando]**, “puxa né, porque é uma coisa importante, facilita muito” e aí talvez precise de uma atenção, assim de uma insistência talvez, alguém que vai lá, que fique cobrando, principalmente os funcionários mais velhos [...], mas aí claro, a questão do salário não tem como o funcionário não ficar descontente né, por mais que eles às vezes até entendam a crise, eu acho que faz parte deles pressionar, tem que seguir buscando os direitos. (P6 - Jornalista).

Outros atores sociais entrevistados não adentraram particularmente nos confrontos entre a gestão da PMPA e trabalhadores, contudo o Gestor Estadual da Assistência Social disse, em outras palavras, que infelizmente o município “aprendeu com o Estado” e está seguindo o mesmo caminho adotado pelo Governo Estadual, atrasando e parcelando salários do funcionalismo público, o que reforça a análise anterior de que ações como essas geram fluxos que impactam nas regras vigentes.

Os fluxos observados se interligaram na medida em que um Gestor Municipal do SUS entrevistado afirmou que a atuação exercida pelo Núcleo de Coordenação do

³² Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADtica/confronto-entrevistados-e-pms-deixa-feridos-em-frente-%C3%A0-c%C3%A2mara-de-porto-alegre-1.328830>. Acesso em: 30 ago. 2019.

³³ O E-SUS é o sistema eletrônico de prontuário do cidadão recentemente implementado nos municípios, por orientação do Ministério da Saúde, para padronizar o gerenciamento das informações dos usuários e dos procedimentos realizados. (BRASIL, 2019c).

CMS/POA 2018-2019 estava enviesada pelos interesses dos trabalhadores, que pautavam as suas necessidades nas reuniões, em detrimento das demandas da população. Por esse motivo acreditava também estar havendo conflitos.

O que não está cooperando neste momento é o controle social, mais no sentido da gestão do controle social que está hoje, porque é trabalhador. Então, às vezes eu fico até resgatando o usuário do SUS nas discussões, porque as pessoas esquecem do usuário e eu acho que, se o controle social não está fiscalizando para o usuário, eu não sei que papel está fazendo [...]. (P2 – Gestor Municipal do SUS).

Pelo posicionamento do participante, acredita não estar havendo cooperação, pois a coordenação do controle social não está fazendo o que deveria ser feito (fiscalizar a política de saúde em prol do usuário). Nesse sentido, a eleição de uma trabalhadora do SUS como coordenadora do CMS/POA 2018-2019 potencializou os embates. Contudo, a plenária do CMS/POA é espaço legítimo para tratar temas objeto do interesse de todos os participantes do jogo com representação naquele fórum.

O Secretário Municipal de Saúde, em sintonia ao posicionamento do gestor anterior, afirmou em programa de rádio que o controle social não se faz somente no espaço do CMS/POA e que imprensa, redes sociais, opinião pública também são mecanismos de controle sobre as políticas públicas. Ao se utilizar dessa operação de comunicação, o Secretário minimiza a importância do espaço do CMS/POA, buscando tirar força desse órgão e também justificar o seu afastamento.

Ocorre que para a política de saúde municipal ser implementada é necessário que haja a compreensão de que os trabalhadores da saúde também são relevantes nesse jogo, pois também possuem recursos e capacidades como seu acervo de conhecimentos e de valores. Nesse sentido, se observou que os atrasos, parcelamentos e arrocho salarial causaram descontentamento e desmotivação para a prestação de serviços, pois as interrupções no trabalho por meio de greves e paralisações interferiram na implementação da política de saúde local.

Como a gestão municipal necessita que a prestação de serviços de saúde à população não tenha interrupções, pois perde capital político com isso, adotará a estratégia pela via da terceirização dos serviços de saúde, interferindo fortemente na genoestrutura do jogo. A temática também é elucidativa sobre posicionamentos e coalizões, como será visto a seguir.

4.3.4 Fluxo 4 - As terceirizações na saúde

A identificação de posicionamentos era um desafio ao pesquisador uma vez que todos os atores pesquisados se manifestavam em direção à defesa do SUS, do seu adequado funcionamento, da necessidade de sua manutenção e qualificação. Além disso, todos os pesquisados à exceção do usuário do SUS e do Jornalista eram servidores públicos, alguns dos quais profissionais da área da saúde e com histórico de envolvimento comunitário.

A partir das diferenças de ideias sobretudo na forma de organização, estruturação, modalidade de prestação de serviços para se obterem os resultados em saúde - e do estudo e reflexão mais cuidadosa - foi se compreendendo que os projetos em disputa desde o período da concepção do SUS permanecem ativos. Esses projetos, que influenciam na carga histórica do jogo, podem ser de algum modo representados, por segmentos conservadores privatistas; liberais privatistas; estatizantes; agregando-se, mais recentemente, a opinião da sociedade civil (usuários) no âmbito dos conselhos municipais de saúde. Essas disputas irão aparecer na temática das terceirizações na saúde.

O termo utilizado genericamente como *terceirização* emergiu fortemente tanto a partir dos entrevistados, quanto pelos documentos analisados (matérias jornalísticas, por exemplo). O tema será abordado adotando-se o conceito em sintonia com Di Pietro (2012), como uma prática da contratação de organizações privadas para a prestação de atividades-meio (higiene e limpeza, segurança, etc.), quanto no que concerne à administração pública recorrer a terceiros privados para a execução de suas funções precípuas.

A respeito das diferentes posições ideológicas quanto ao modo de funcionamento do SUS, o Gestor do NEMS/RS fez o seguinte apontamento:

Nós temos algumas concepções ideológicas (visões) de como deve se organizar o modelo assistencial. Com a participação mais ativa do setor privado ou não. Isso muitas vezes é muito mais uma questão ideológica, mas também temos alguns interesses externos, muitas vezes escusos, travestidos de interesses públicos. A própria indústria farmacêutica ela tem a sua influência e isso está documentado mundialmente de quais são os mecanismos que ela tem, muitas vezes interesses políticos e interesses de poder; a própria forma de quem conduz o processo de implementação (**da política de saúde**), tem influência. Nem todas as influências quer dizer que sejam ruins, mas são óticas diferentes que você tem de implementar em um sistema tão grande e complexo[...]. (E12 – Gestor do NEMS/RS).

O posicionamento do entrevistado evidencia a possibilidade de convivência harmônica entre setor privado e o setor público no SUS mesmo reconhecendo a existência de alguns interesses escusos. O Secretário Municipal de Saúde e o Prestador de Serviços de Saúde ressaltavam as vantagens de modelos de sistema de saúde com maior inserção da iniciativa privada, mencionando, como exemplos de sucesso, os sistemas britânico e canadense, que atuam por meio de contratualização e terceirização de serviços.³⁴ O Secretário abordou o tema, conforme segue:

[...] quando a gente fala terceirização, terceirização por si já tem um tom depreciativo, deixamos para um terceiro cuidar. Acho que a gente tem que evoluir para discutir a contratualização. Sempre que tem alguém com a fonte de recursos e alguém que presta um serviço a gente está fazendo um contrato, seja ele um contrato para o servidor fazer o seu trabalho, seja o contrato para empresa prestar o seu serviço, então a gente tem que avançar na discussão de contratualização [...]. (P15 – Secretário Municipal de Saúde).

Em sua fala, o Secretário Municipal procura desvincular-se do termo “terceirização” substituindo-o por “contratualização” ou ainda por “parceirização”, como observado no cotidiano. Na prática jurídica e na realidade organizacional esses termos guardam o mesmo efeito, sendo essa uma operação de comunicação visando persuadir ouvintes a naturalizar esse processo. Na sequência, exemplificou que, em estados brasileiros recentemente governados por partidos políticos com linha ideológica de esquerda (Partido dos Trabalhadores – PT, Partido Comunista do Brasil – PC do B e Partido Socialista Brasileiro – PSB), a relação com a iniciativa privada está mais avançada.

[...] na questão de parcerias público-privadas, que esse é um nicho que o Estado precisa avançar muito, tanto o Estado quanto a cidade de Porto Alegre, é um tema que independe de partidos, lidar com a economia de mercado é algo que qualquer um de nós lida, [...] então, se a gente olhar para estados do nordeste, por exemplo, governados por partidos de esquerda, estão há anos-luz avançando em parcerias público-privadas porque sabem que o importante é a prestação de serviço para a população, não ficam no mundo do não, do contra, estão sempre buscando alternativas para prestar serviços à população [...]. (P15 – Secretário Municipal de Saúde).

O Secretário exemplifica com propriedade, na medida em que, o governo Jaques Wagner (PT), na Bahia, além de não substituir as formas indiretas de gestão (OS e OSCIPs) das administrações anteriores “Carlistas” (Partido da Frente Liberal – PFL), ampliou o

³⁴ Essa ideia foi reforçada pelo atual Secretário Municipal de Saúde, Pablo de Lannoy Stürmer e pelo Secretário anterior, Erno Harzheim, em artigos como “Mais saúde com foco nas pessoas” e “Menos Estado, Mais Saúde”, do jornal Zero Hora, respectivamente de 28/05/2019, p.19 e de 12/12/2018, p. 27.

modelo de terceirização da prestação de serviços através de Parceria Público Privada para a gestão e prestação de serviços do Hospital Subúrbio, sendo esta considerada a primeira “PPP da Saúde” no país (BISPO JÚNIOR, 2015).

Ainda na opinião do Secretário, a vantagem dos contratos é que quando não estão funcionando podem ser modificados, suspensos, diferente de soluções puramente estatais. Nesse aspecto, ele emite informação equivocada, declarando ser impossível modificar e/ou suspender atividades prestadas por servidores públicos, uma vez que essa relação trabalhista deve ser disciplinada, orientada ou até rompida quando esses não cumprirem com os seus deveres. Nos termos dos estatutos que regem as atividades dos servidores públicos, estão previstas advertências, sanções e demissões, cabendo aos gestores aplicá-las, após o devido Processo Administrativo Disciplinar (PAD).

O Prestador de Serviços de Saúde, em grande sintonia com o Secretário Municipal, pensa que hoje uma solução puramente estatal é inviável, mas apresenta contradição ao afirmar que “o melhor para o serviço público, não necessariamente precisa ser público”, conforme segue:

Hoje a gente pensar só numa solução estatal é totalmente inviável, com todo respeito [...], mas eu vejo assim, primeiro que as instituições tem que ver a sua atividade-fim, até porque eu entendo o gestor, o secretário, existe a Lei de Responsabilidade Fiscal, temos limite de gasto, [...] eu concordo com o secretário, eu acho que a gente tem que evoluir nesse assunto, tu não está tirando emprego de ninguém, pelo contrário, tu está dando emprego na iniciativa privada, e eu acho que essa visão a gente tem que ter, porque se não a gente não evolui nessa missão de cuidar das pessoas, [...] a gente quer o melhor para o serviço público, não necessariamente precisa ser público, mas a gente quer o melhor serviço prestado para a população, então, indo nessa esteira do secretário eu concordo com ele [...]. (P16 – Prestador de Serviços de Saúde).

As manifestações permitem identificar forte alinhamento ideológico entre os dois atores anteriores, o qual será reforçado pela posição do Gestor Estadual do SUS (SES/RS), conforme segue:

[...] bom, ao longo do tempo, o papel da secretaria é um papel de gestão, não é um papel de execução, entende... essa execução direta do serviço, ela cria na secretaria e até mesmo na prefeitura uma questão de tu te envolver demais, e aí tu precisa ter funcionários públicos para ter esse tipo de atendimento, então acho que a questão de planejar a contratação disso, reduz custos, o papel realmente tem que ser de gestão, a gente tem que tá criando as redes, olhando essas redes, monitorando as redes, desde a gestante, pré-natal, onde é que a criança vai nascer, qual a referência, como é que vai ser atendido... quer dizer, a rede tem que tá, tu tem que ter essa gestão... agora, o atendimento de ponta, eu acho que pode sim e ao longo dos anos isso vem acontecendo cada vez mais porque se mostra mais eficiente no sentido de que essa é uma especificidade que as empresas têm que ter, podem avançar e o que setor público fica muito engessado né, nas questões de

tu poder, vamos dizer assim, tem uma burocracia maior... então quando tu contrata, bom, aquela empresa, aquela organização, aí são várias formas e a gente vê os governos falando cada vez mais em parcerias público-privada que é uma coisa que vem nesse sentido, mesmo que não seja uma coisa que tenha ganho financeiro, as parcerias público-privadas já mostram que o governo cada vez mais precisa ficar na gestão e deixar que especialistas entrem na questão da execução das atividades. (P14 – Gestor Estadual do SUS).

Esse entrevistado também apresenta certa contradição ao afirmar inicialmente que a execução indireta dos serviços apresenta como vantagens a redução de custos e, posteriormente dizer que PPP poderá não trazer ganhos financeiros. Os três referidos atores pensam, em conformidade com o destacado por Nogueira (2010), de que a administração pública direta possui baixa autonomia técnico-administrativa, falta de agilidade em virtude das normas e procedimentos (licitações, concurso público), bem como limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, como admissão e expansão dos recursos humanos. Entretanto, parecem desconsiderar ou relativizar o caráter de complementariedade na atuação de organizações privadas no SUS.

Em contraponto, o Diretor do SIMPA amplia o contexto da discussão ao afirmar que em todos os setores, não só na saúde, a pauta hoje é sobre entregar as políticas públicas para a iniciativa privada.

Em todos os setores, não só na saúde, na educação, nos aeroportos, enfim, quer dizer, tem toda uma pauta hoje na sociedade sobre entregar ou não as políticas públicas para o setor privado. Infelizmente, nesse governo Marchezan, existe uma política de entregar para a iniciativa privada todas as políticas públicas, ela passa pela Fundação de Assistência Social (FASC), está agora tendo apontamento da própria educação entregando lá a educação infantil para terceirizados, privatizando a educação, a saúde, transformando a saúde em mercadoria, ou seja, jogando a vida das pessoas para ser disputada pelo mercado. (P17 – Diretor do SIMPA).

O entrevistado, em sintonia com os fundamentos do SUS, entende que a saúde é um direito de cidadania, um bem social, não podendo ser considerado um bem de consumo que se adquire como uma mercadoria (KRÜGER; REIS, 2019). O sindicalista exemplificou o caso da empresa terceirizada prestadora de serviços de higienização ao Hospital de Pronto Socorro (HPS), que não pagava o salário de seus funcionários há 3 (três) meses e que isso, em última instância, prejudicava diretamente os usuários que estavam lá internados. Sua manifestação sinaliza que também há interrupções na prestação dos serviços terceirizados por greves, má gestão, enfim por divergências nas relações trabalhistas, afetando os usuários dos serviços e causando também impactos ao erário público.

Em relação à temática, o Usuário do SUS mostrou-se dividido, deixando transparecer que a prestação do serviço de saúde se sobrepujava à forma de contratação dos trabalhadores, uma vez que a abertura de serviços à comunidade é como se fosse um prêmio para ele.

Esse ano para nós lá na Restinga, a gente tá ganhando uma coisa que tá aguardando há mais de 10 anos, que é o **CAPS AD III**³⁵. Para nós vai ser muito importante. Eu gostaria que fosse com funcionários da prefeitura, funcionário próprio, mas vai ser com uma prestadora de serviços, uma terceirização. Mas eu acho que a gente tem que ter muito cuidado com essas terceirizações e o que a gente tem que ter, fiscalização, pessoas qualificadas para fiscalizar, tanto do âmbito de conselho, quanto trabalhador da saúde, porque vai ser um baita de um serviço, mas a gente tem que fiscalizar, porque largar assim a gente tá vendo o que tá acontecendo, contratos mal feitos ou contratos que não tiveram a participação de conselhos ou dos órgãos de fiscalização de usuários. (P4 – Usuário do SUS).

A temática é envolta de uma série de interesses e, diante das carências sociais e dificuldades de acesso, a abertura de serviços à comunidade ser vista como uma grande conquista, é compreensível. De fato, em virtude das demandas, a ampliação de serviços é fundamental e deve ser feita considerando-se as várias dimensões envolvidas, em especial, os princípios consagrados para a boa gestão pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Ainda assim, mesmo diante da posição dividida do usuário anterior entrevistado, a opinião de conselheiros de saúde (em sua maioria usuários) manifesta em reunião plenária do CMS/POA, em 9 de maio de 2019, foi pela preferência na prestação direta dos serviços públicos de saúde. Na referida ocasião, em que foi deliberado sobre o Edital de Chamamento Público nº 01/2019 - apresentado pela gestão da SMS/PMPA - para a contratação de Organização da Sociedade Civil para o gerenciamento dos Pronto Atendimentos Lomba do Pinheiro e Bom Jesus (visando atender a *Meta 64* do PMS 2018-2021), o projeto foi rejeitado pela unanimidade dos conselheiros presentes. O fato foi destacado no artigo “Vidas não são mercadorias”³⁶, de Maria Letícia de Oliveira Garcia, coordenadora do CMS/POA 2018-2019.

Aqui se nota que apesar da *Meta 64 - Qualificar 100% dos Pronto Atendimentos em UPA (MS)* (PORTO ALEGRE, 2017a) ter sido aprovada pela unanimidade dos conselheiros

³⁵ O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) é o ponto da Rede de Atenção Psicossocial destinado à atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, cujo funcionamento é nas 24 (vinte e quatro) horas do dia (BRASIL, 2019g), sendo uma das metas consignadas no PMS 2018-2021.

³⁶ Jornal Zero Hora, 23/05/2019, p. 23.

de saúde por ocasião da deliberação sobre o PMS 2018-2021, a solução apresentada pela gestão da SMS/PMPA, quanto à forma de operacionalizar parte da meta - por meio de terceirização - não atendeu aos anseios dos conselheiros de saúde. Isso demonstra que mesmo havendo um objetivo comum, que é a qualificação dos pronto atendimentos, há interesses opostos que se traduzem pelo modo de funcionamento dos serviços do SUS, reforçando assim o caráter dinâmico do posicionamento dos atores.

O Gestor Estadual da Assistência Social, por sua vez, mencionou bons exemplos de “CAPS terceirizados”, criticou um serviço prestado diretamente por servidores do município e na área hospitalar ilustrou interesses em jogo (ciência e tecnologia como poder).

[...] O ideal é que tudo fosse nosso, da prefeitura, mas esses conveniamentos são usados por causa da tecnologia. É claro que daí, o poder também fala mais alto, tu vai pegar um aparelho como Clínicas e em algumas determinadas situações ele converge os casos de alta complexidade para ele por um motivo científico, um motivo extraclasse. Quando tu tem um menino aos 9 anos com a terceira tentativa de suicídio, que é uma coisa totalmente atípica, esse menino acessa o Clínicas. Agora, aquele que tá começando a deprimir aos 9, vai chegar aqui aos 11, que aos 15 vai ter a primeira tentativa porque tá preso na FASE/RS, esse vai passar desapercibido por essa rede. (P8 – Gestor Estadual da Assistência Social).

Em defesa das parcerias privadas, um Gestor Municipal do SUS citou o caso da reforma e estruturação do Hospital Santa Ana³⁷ com uma velocidade que o poder público não poderia suportar sozinho devido às restrições de capacidade econômica e empecilhos jurídicos (licitações). Assim como o caso do Hospital Santa Ana, outros serviços de saúde da Capital tiveram cobertura jornalística pela imprensa local, em matérias como: “*Gestão do HPS deve ser terceirizada na Capital*”³⁸; “*Pronto Atendimentos terão gestão privada na Capital*”³⁹; e “*Terceirização já recebe 29% do orçamento da Saúde na Capital*”⁴⁰. Quando questionado a respeito do tema, em entrevista, o Jornalista falou o seguinte:

Eu vejo que existe até uma questão ideológica nesse sentido, as pessoas às vezes têm receio de entregar as coisas para a iniciativa privada, por medo que os serviços

³⁷ Serviço hospitalar com 205 leitos, para receber pacientes socorridos em emergências de hospitais e outros Pronto Atendimentos da Capital que necessitem de internação por mais tempo. Reformado pela Associação Educacional São Carlos (AESC)

³⁸ Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/04/prefeitura-de-porto-alegre-pretende-terceirizar-gestao-do-hospital-de-pronto-socorro-cjuafn1if00n401o14r44nc81.html>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

³⁹ Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/geral/2019/04/679829-pronto-atendimentos-terao-gestao-privada-em-porto-alegre.html>. Acesso em: 17 abr. 2019.

⁴⁰ Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/04/modelo-elogiado-por-marchezan-terceirizacao-da-saude-recebe-29-do-orcamento-da-area-em-porto-alegre-cjulhv511038101rt6jtaoewz.html>>. Acesso em 18 abr. 2019.

fiquem mais caros [...], eu acho que é um receio, talvez um desconhecimento da população [...] a imprensa tem um pouco essa questão ideológica que envolver iniciativa privada é uma coisa mais da direita e a maioria da imprensa vai para o outro lado, então... a gente tem uma desigualdade muito grande, têm muitos empresários que às vezes não são malvados, eles querem ajudar, mas não sabem por onde ajudar [...]. (P6 – Jornalista).

Já o Auditor do TCE/RS, que se disse concretista, afirmou precisar analisar cada caso, de acordo com o interesse da população:

Olha, eu costumo dizer que eu não parto nem de ideologia de direita, nem de esquerda, nem de mais estado, nem de menos estado, eu gosto sempre de avaliar o caso concreto, me considero um concretista, eu me autodenomino um concretista, porque esses discursos mais estado, menos estado, para mim são vazios, não enfrentam o problema... o que eu enxergo assim é que tem que ser analisado o interesse da população, tem que ver os prós e os contras, tem que ver como ele vai tá sendo melhor atendido. (P9 – TCE).

O participante pensa que serviços e estabelecimentos de saúde possam ser terceirizados, a partir de estudos técnicos que apontem para o gestor qual o melhor caminho.

Então, a minha opinião é essa, predominantemente começa com gestão pública, a Secretaria Municipal por óbvio não se discute, não pode terceirizar as suas atividades ali, mas especificamente nas unidades de saúde, nos estabelecimentos como eu disse, tem que ter estudo técnico que aponte para o gestor qual o melhor caminho. (P9 – Auditor TCE/RS).

O Procurador da República do MPF/RS acredita que se os serviços públicos fossem prestados por servidores públicos haveria muito mais garantias. Contudo, acredita que a terceirização é um caminho sem volta. A grosso modo, não compreende como é que a terceirização pode gerar economia para os cofres públicos, sendo isso, para ele, uma “equação que não fecha”.

Pois é, eu acho que, sem dúvidas, se fosse prestado por servidores públicos, pelo próprio município, eu acho que teriam muito mais garantias, mas atualmente parece que é um caminho que está indo cada vez mais, [...] eu não consigo entender como é que tu pode terceirizar para ter uma economia e aí aquela empresa, aquela OS enfim, quem vai administrar, ela ainda que seja uma organização sem fins lucrativos, ela vai ter que ter um capital, para se manter para pagar os administradores dela, tudo, [...], a lógica disso não me parece muito clara [...]. (P10 – Procurador da República MPF/RS).

O processo de terceirização dos serviços de saúde enseja a reflexão sobre a qualidade na gestão dos recursos públicos. Repassar a prestação de serviços a terceiros não garante eficiência e a correta aplicação dos recursos, pois casos recentes de corrupção como o do Instituto Sollus e o do Grupo de Apoio à Medicina Preventiva e à Saúde Pública

(GAMP) foram relatados por participantes, especialmente, por trabalhadores do SUS que vivenciaram tais situações.

Em 2007, o Instituto Sollus - uma OSCIP de Sorocaba (SP) - foi contratada (sem licitação) para administrar cerca de 84 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). A entidade não tinha nenhuma tradição em saúde e, na ocasião, sua contratação não foi aprovada pelo CMS/POA. Em 2009, a Prefeitura Municipal rescindiu o contrato com o Instituto, após escândalos que envolveram sua contratação, pois boa parte dos trabalhos contratados pelo Sollus não eram efetivamente realizados. Em 2010, a Polícia Federal e o Ministério Público Federal descobriram esquema que desviou aproximadamente R\$ 400 mil por mês, por meio de pagamentos de serviços não prestados com a emissão de notas fiscais falsas. A terceirizada se apropriou, ainda, de mais de R\$ 4 milhões destinados a encargos trabalhistas, 13º salário e férias dos funcionários contratados. Em 2018, foram devolvidos cerca de R\$ 10 milhões à Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Sobre esse caso, um Trabalhador do SUS relatou a sua experiência, da seguinte forma:

[...] Na verdade, a experiência que a gente tem em Porto Alegre, é que a corrupção, o volume de corrupção acontece dentro da iniciativa privada, quando ela vem prestar serviço para o município. Esse caso do Sollus foi exatamente isso, exatamente isso. O Sollus era um instituto, uma OSCIP, que não tinha nenhuma tradição em prestar serviços onde quer que fosse, se constituiu de forma fraudulenta e foi contratado pelo Prefeito, pelo Secretário de Saúde, que fez uma baita defesa, embora o conselho (**CMS/POA**) tenha previamente avisado, então quando surgiu o rombo, que a gente denunciou e foi aí que o Ministério Público Federal tomou a decisão, fez uma ação conjunta com a Polícia Federal e desbaratou as quadrilhas. A gente dizia, isso foi a crônica de uma morte anunciada, porque lá atrás a gente já disse, a gente já preveniu, a gente já sabia que a própria constituição da OSCIP era fraudulenta. (P7 – Trabalhador do SUS).

Nesse contexto, já envolto em polêmicas e disputas entre gestores e trabalhadores do SUS, como proposta de solução para o tema, em 2011, foi criado o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), através da Lei Municipal nº 11.062, de 06 de abril de 2011, como uma Fundação Pública de Direito Privado, com o objetivo de operar os serviços de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O instituto é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e tem autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária, englobando a contratação e gestão de convênios públicos. Os empregados públicos que integram a sua equipe são regidos pela CLT. Novamente, não houve aprovação do

CMS/POA para a criação do IMESF, cuja constitucionalidade estava em discussão no STF a partir de questionamentos judiciais levantados por entidades sindicais.⁴¹

Recentemente, no município de Canoas (RS), houve o caso do GAMP, contratado pela SMS daquela cidade para fazer a gestão do Hospital Universitário, do Pronto-Socorro, de duas Unidades de Pronto Atendimento e de quatro unidades de atendimento psicossocial. A empresa desviou pelo menos R\$ 40 milhões da verba pública da saúde, se valendo dos recursos em benefício próprio ou de outrem, através por supostas aquisições, cujos produtos não foram entregues - total ou parcialmente. Nesse caso, por decisão da justiça, a prefeitura municipal de Canoas precisou reassumir imediatamente as unidades de saúde anteriormente administradas pelo GAMP.⁴²

Os casos de corrupção na saúde e iniciativas de terceirização dos serviços mobilizaram diferentes instâncias do Ministério Público no RS a editar, conjuntamente, em 2018, uma Nota Técnica (NT) sobre o tema. O intuito principal da *Nota Técnica nº 01/2018/MPE/MPC/MPT/MPF* (2018), subscrita em 14/12/2018, é orientar e facilitar a transparência e a fiscalização para evitar fraudes nas contratações de OS na saúde, no Estado do RS. O tema foi pauta de discussão na plenária de 07/02/2019 do CMS/POA sendo saudada como positiva por alguns conselheiros, em função da suposta possibilidade de coibir a atuação de entidades fraudulentas na área da saúde.

Em Porto Alegre, apesar de não haver lei específica regulamentando a atuação de OS, pois utiliza o marco regulatório estabelecido pela Lei Federal nº 13.019/2014 – OSC (BRASIL, 2015c), coincidentemente, após o lançamento dessa nota técnica, foi veiculada⁴³ a contratação da consultoria paulista Planisa pela PMPA para estudar a viabilidade de OS gerenciar o HPS. Andreazzi e Bravo (2014) exemplificam que, no município do Rio de Janeiro, a opção de trabalhar com OS na administração de Eduardo Paes, em 2009, se deu mesmo com posição contrária do Conselho Municipal de Saúde. A aprovação pelos

⁴¹ Após o trabalho de campo e próximo à conclusão da pesquisa, em 12/09/2019, o STF decidiu que a lei que criou o IMESF era inconstitucional, pois o artigo 37 da CF/1988 determina que é necessário haver lei complementar, em nível nacional, regulamentando a atuação desse tipo de fundação, o que não existe. A Prefeitura Municipal de Porto Alegre, após afirmar ter esgotado os recursos, anunciou que iria extinguir a Fundação e demitir os cerca de 1800 trabalhadores. Como solução lançaria edital emergencial para contratar uma entidade privada sem fins lucrativos para fornecer profissionais à atenção básica à saúde e, em 2020, pretende contratar uma Organização da Sociedade Civil de forma definitiva. A solução da PMPA parece desconsiderar a existência de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (PI-MPT 520/2004 e PA-MPF 952/2003), de 3/09/2007, em que o Município de Porto Alegre firmou compromisso de abster-se de contratar profissionais para atenção básica sem a realização de concurso ou processo seletivo público.

⁴² Fonte: Jornal Zero Hora, 8 e 9 de dezembro de 2018, p. 17.

⁴³ Jornal Zero Hora de 10/04/2019, p. 17.

Conselhos Municipais de Saúde é uma das condicionalidades da referida Nota Técnica para a atuação das OS na Saúde.

Assim, percebe-se que o tema é envolto em uma série de interesses relacionados a recursos e capacidades que impactam nas ações empregadas na política de saúde. Nesse sentido, outra variável a se considerar na implementação da política de saúde é o tempo, cujas possibilidades e restrição condicionam fortemente as jogadas e meios estratégicos. A próxima seção irá destacar alguns aspectos observados e relatados no jogo social.

4.4 A variável estratégica tempo na implementação da política municipal de saúde

Esta seção discute a variável estratégica tempo no jogo social, uma vez que esse é o mais escasso dos recursos, de distribuição compartilhada, de que os atores dispõem para alcançar seus objetivos (MATUS, 2005).

Viu-se que a aprovação de verbas, considerada urgente, era importante recurso para aumentar a capacidade econômica dos atores e representava um objetivo comum. No caso da aprovação PMS 2018-2021, que precisava atender à lei, sua deliberação tempestiva também foi visando articulá-lo aos demais instrumentos de planejamento do SUS, no tempo oportuno, em especial, à Lei Orçamentária Anual que condiciona o financiamento da saúde.

A respeito dos prazos para elaboração dos planos de saúde, um aspecto interessante foi citado pelo Gestor do NEMS/RS, ao identificar contradições na periodicidade exigida para a elaboração dos planos estaduais e do Plano Nacional de Saúde, que, pelas normativas atuais, devem ser formulados concomitantemente, fragilizando o processo de ascendência no planejamento do SUS.

Do plano municipal para o estadual, você tem o prazo de 2 anos para poder contribuir, mas do estadual para o da União não tem o mesmo período (**precisa ser feito de forma concomitante**) [...] então como você vai fazer esse processo de ascendência, sendo que a própria normativa hoje é limitante para conseguir promover essa ação? [...]. (P12 – Gestor do NEMS/RS).

Caso esse paralelismo trouxesse perdas significativas para a capacidade econômica dos estados, impedindo a agilidade nos fluxos técnicos e políticos na política de saúde, os gestores estaduais já teriam se mobilizado para a alteração na norma, o que parece não ocorrer. Mesmo assim, o planejamento deveria ser prioridade para os gestores da saúde e

o seu aspecto ascendente, a partir da base municipal, passando pelos estados e impactando no plano nacional, fortaleceria o SUS. Segundo Roese (2012), esse talvez ainda seja um dos maiores desafios para a gestão regionalizada e hierarquizada do Sistema e potente mecanismo em busca da unicidade.

Os usuários do SUS têm suas necessidades em saúde, têm pressa e são a razão de existir da política de saúde, ou seja, são os principais afetados pela ineficiência da política de saúde ou principais beneficiários pela sua efetividade. Cotidianamente, se utilizam do meio estratégico do julgamento, neste caso a judicialização, procurando o sistema judiciário, para o atendimento dos seus objetivos, já que muitos não vislumbram a garantia dos seus direitos pelo emprego de outras estratégias. O município, como principal executor dos serviços de saúde, sofre pressão crescente e a situação tem influência direta na implementação da política de saúde. A partir de estudo de Silveira (2015), dentre as principais causas das demandas judiciais em Porto Alegre (RS), encontram-se a falta de condições financeiras dos usuários, a falta de medicamentos disponíveis e, também, a falta de informação da população.

Segundo o Gestor Estadual do SUS entrevistado, grande parte do tempo de trabalho da Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES/RS) era voltado para diminuir a judicialização:

[...] hoje grande parte do trabalho da secretaria ele é voltado para diminuir a judicialização, para gente poder trabalhar isso, fazer os juízes entenderem o que é o SUS, quais são realmente as atribuições do SUS, qual é o nosso limite, que isso não é uma coisa fácil né, existe muita judicialização, às vezes desnecessária, porque as pessoas nem sequer consultam se tem medicamento, mas o juiz já diz que é para dar... então assim, esse tem sido um trabalho, é uma prioridade do governo [...]. (P14 – Gestor Estadual do SUS).

O Procurador da República do MPF/RS manifestou preocupação com a excessiva judicialização no SUS do seguinte modo:

[...] cada vez entrando mais medicamentos oncológicos novos, caríssimos, [...] a impressão que eu tenho, o medo que dá é que canalize muito recurso para isso **[judicialização]**, [...] é uma coisa um pouco assustadora essa judicialização da maneira como ela tem sido [...]. (P10 – Procurador da República MPF/RS).

Ambas manifestações ressaltam a interferência do judiciário na política de saúde, sendo que a primeira sugere haver baixo acervo de conhecimentos por parte de juízes de direito a respeito do SUS, os quais, a seu turno, se utilizam de sua capacidade jurídica para imporem ações aos gestores do poder executivo. Na mesma linha, a segunda manifestação destaca a capacidade de influência do recurso jurídico sobre a capacidade econômica dos

entes governamentais. O jornalista destacou a sua percepção sobre o tempo na política de saúde e a judicialização como um problema, defendendo a ampliação dos recursos econômicos à disposição do SUS.

[...] É um dos **(sistemas de saúde)** mais avançados do mundo, mas às vezes a lentidão, a morosidade dele faz com que algumas pessoas até morram, esperando um exame, esperando uma cirurgia [...] Às vezes a gente vê pessoas que precisam de um tratamento específico, que não tem no SUS, é muito triste, elas têm que judicializar, isso aí já é um problema também, tanto para justiça, quanto para o dinheiro que acaba sendo um valor muito alto. Então, quanto mais o país conseguisse investir no SUS para universalizar ainda mais o sistema, o país só teria a ganhar [...]. (P6 – Jornalista).

Observou-se também que, em geral, os usuários estavam em sintonia com os trabalhadores, pois reconheciam, em suas manifestações e ações, o esforço daqueles que permanecem na administração da máquina pública reduzindo as naturais interferências das interrupções dos mandatos políticos. O Usuário do SUS ilustrou o desenvolvimento do sistema de informação Gercon⁴⁴, como sendo fruto do trabalho de anos, liderado por servidores de carreira e que, recentemente, foi implantado gerando benefícios à rede municipal de saúde municipal.

O usuário tem um tempo muito rápido, ele precisa da saúde hoje [...] o gestor está ali num papel temporário, pode ficar 4 anos, pode ficar 2, pode ficar 6. Mas quem faz o planejamento da saúde normalmente é o trabalhador concursado e às vezes ele não é respeitado, mesmo ele tendo boas ideias, porque às vezes o gestor tem uma outra visão [...]. (P4 – Usuário do SUS).

Segundo um Trabalhador do SUS, se o gestor estiver interessado (vontade política), a diferença entre os “tempos” (técnico e político) irá se ajustar, pois o tempo é o da construção do SUS.

O tempo é o tempo da construção, então se o gestor estiver interessado em construir de forma coletiva o Sistema Único de Saúde, com certeza teremos o tempo necessário para construir. Ou, então, o gestor quer o tempo da política partidária, ele quer fazer as coisas no tempo dele para que o seu Prefeito seja reeleito, para dizer: na minha gestão eu implementei tais e tais políticas. Então, o tempo para mim é o tempo de construção coletivamente. Agora, infelizmente, a maioria dos gestores querem o tempo deles, o tempo de mandato, que é quatro anos, e nesses quatro anos eles querem colocar lá no final do seu governo: olha eu fiz isso, eu fiz aquilo, apenas observando o tempo político, nem é o tempo político, é o tempo eleitoral, aí isso nós não podemos aceitar, que se faça pelo tempo eleitoral. O SUS está aí há 30 anos, então esse tempo de 30 anos é que nós estamos construindo o SUS, muita coisa boa já aconteceu nesses 30 anos, então esse é o tempo de construção permanente do Sistema Único de Saúde. (P3 – Trabalhador do SUS).

⁴⁴ Sistema de Informações para gerenciar as consultas especializadas, desenvolvido pela SMS/PMPA e pela Companhia Municipal de Processamento de Dados.

A variável tempo na política de saúde foi ressaltada por participantes como de difícil equalização. Segundo o Procurador da República do MPF/RS, a manutenção, no âmbito federal, da mesma plataforma política por um período de tempo razoável foi exemplificada como aspecto positivo para a construção e consolidação da política de saúde no país:

Ultimamente a gente teve a sorte de não ter que vivenciar esse problema **(descontinuidade na política de saúde)**, no âmbito federal durante muito tempo se teve continuidade e felizmente acho que aqui no Estado e no Município de Porto Alegre também se conseguiu se ter assim, muda partido, tudo, mas acho que se conseguiu ter mais ou menos uma continuidade. Houve gestores, tanto no município, quanto no Estado, e lá em Brasília, um pessoal técnico qualificado, um pessoal que entrou com uma preocupação, com conhecimento [...] Já, quando há uma mudança muito grande, aí de fato é muito complicado porque os tempos são distintos, uma política de saúde não é uma coisa que tu faça em um ano para executá-la naqueles quatro anos e vai ter um resultado efetivo, uma mudança [...]. (P10 – Procurador da República do MPF/RS).

O Promotor de Justiça do MPE/RS adotou um tom mais crítico, justamente por vivenciar maior alternância em plataformas político-partidárias no âmbito do estado e de municípios, segundo ele de dois em dois anos, conforme manifestação abaixo:

[...] Ao mesmo tempo, a gente tem necessidades de governo, que são pautadas pelas suas prioridades e o que é pior, porque o governo troca de dois em dois anos, para nós de dois em dois anos, porque num ano tu tem eleição para prefeito e dali a dois anos tu tem para governador, então isso dá um desajuste, porque às vezes quando tu consegue fazer com que o secretário municipal de saúde e o estadual se conversem em algumas áreas que são importantes, mudou um... então, assim, para nós é de dois em dois anos, não é de quatro em quatro, porque existe essa dissonância[...] **(É uma situação que potencializa conflitos)** Potencializa e muito, porque às vezes tu consegue acertar aqui, aí assume o novo governo, troca o secretário estadual e aquilo que foi combinado deixou de valer[...] porque as pessoas que estavam fazendo o diálogo na mesa de negociação mudam [...] tu tem que dar no mínimo 3 meses para a pessoa entender o que está acontecendo [...]. (P11 – Promotor de Justiça do MPE/RS).

A implantação de ações em uma política de saúde demanda a realização de diversas operações intermediárias antes que uma operação terminal seja feita e tenha o efeito desejado, mas com as mudanças ocorridas nos atores em jogo, no meio das operações, muitas nunca chegam ao final. Exemplo disso, são as pactuações de obras em equipamentos públicos de saúde, realizadas por gestores anteriores, que por não serem do interesse de novos governantes, não se concretizam.

O Secretário Municipal de Saúde, os Gestores Municipais do SUS e os prestadores de serviços destacaram as suas realizações ao longo do tempo de gestão. Na percepção

do Secretário Municipal de Saúde, havia realizado importantes ações na saúde municipal, com inovações e abertura de serviços à comunidade. Contudo, percebeu-se que os embates travados no âmbito do controle social eram vistos como obstáculo e, nesse sentido, as operações empregadas estavam fortemente ligadas à variável estratégica tempo.

Retomando a análise de algumas operações e meios vistos na seção 4.3, como na publicação de edital anulando a convocação de eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018/2019, operação de imposição e comunicação, que fora realizada na véspera da eleição para tentar surtir efeito; ou também do memorando circular da SMS nº 3378995, restringido a participação, nas vésperas da posse do Núcleo de Coordenação do CMS/POA eleito. A impressão é que essas ações visavam “ganhar tempo” com a manutenção do Núcleo de Coordenação do CMS/POA anterior (talvez por não representar maior adversidade aos objetivos do grupo da gestão da SMS/POA) e procrastinar a atuação da nova gestão do CMS/POA, inclusive com a possibilidades de transferência do embate político para outra arena, a Câmara de Vereadores, com a discussão sobre a atualização da lei de constituição do CMS/POA naquele espaço, o que não ocorreu.

Após, observou-se que a indiferença tática do Secretário Municipal de Saúde em relação ao CMS/POA, a partir do envio de representantes, sinalizou que a autoridade não queria “perder tempo” com os debates daquele ambiente, mas mesmo assim não deixou de estar presente, por representação, quando convinha. Outro exemplo visto, foi a supressão de reuniões semanais de equipe, em que um trabalhador entrevistado citou como argumento apresentado pela gestão que seria necessário dedicar mais tempo à assistência aos usuários dos serviços de saúde. Todas essas jogadas, que consideram a variável tempo, alteram a correlação de forças e impactam nas capacidades acumuladas no jogo, sendo assim, os atores como não querem perdê-las, lutam para mantê-las ou ampliá-las.

Finalmente, o Governo Municipal, antes de enviar Projetos de Lei suprimindo diretos dos servidores municipais, atuou na ampliação de sua capacidade política junto aos vereadores e decidiu o momento oportuno para o fazer. As operações de resposta lideradas pelo SIMPA, com mobilização de trabalhadores para greves e paralisações, também eram vistas por gestores municipais e parte da opinião pública, como tempo não trabalhado e passível de sanções e punições, de acordo com os regulamentos existentes. Portanto, se

observa que a implementação do projeto político defendido pelos atores depende da assertividade de suas operações no transcurso do tempo, assim como da resistência por meio de operações defensivas precisas.

A próxima seção discutirá de forma consolidada as operações e meios estratégicos analisados no jogo social da saúde buscando destacar os recursos e capacidades utilizados nos fluxos de acumulação.

4.5 Resenha do Jogo: síntese das dinâmicas de conflito e cooperação

Esta seção retoma, de forma consolidada, a análise das variáveis estratégicas observadas no jogo social da saúde, a partir dos fluxos relatados, apresentando também o alinhamento e coalizões dos atores.

Foi visto que os atores sociais possuem recursos e capacidades de diferentes ordens como as econômicas, as políticas, a motivação e paixão, as cognitivas e jurídicas, as quais, a partir de operações e fluxos, são reconfiguradas a todo momento no jogo social. Na implementação da política de saúde isso foi posto à prova ensejando momentos de cooperação e de conflito. Enquanto administrador na SMS/PMPA, já havia participado anteriormente à realização da pesquisa acadêmica, de reuniões plenárias do CMS/POA como ouvinte. Minha percepção era de que nessa arena deliberativa, partindo de manifestações verbais e histórico de votações, que trabalhadores do SUS, usuário do SUS e Diretor do SIMPA (que possui assento no CMS/POA) sintonizavam em muitos aspectos e se posicionavam de forma alinhada. Já Gestores Municipais do SUS e prestadores de serviços de saúde constituíam um grupo alinhado ao Secretário Municipal de Saúde tendo em vista seu histórico de manifestações e votações.

Já os outros atores pesquisados, compunham um conjunto de pessoas cuja posição inicial era desconhecida, justamente por não serem conhecidos e por não frequentarem cotidianamente a referida arena deliberativa. Portanto, esses eram objeto de maior curiosidade e investigação. A partir da pesquisa documental, das entrevistas e da observação, foi possível elaborar o quadro 8 abaixo, que não é definitivo nem estanque, mas que representa, de forma aproximada, as posições de alinhamento no jogo social, naquele momento e de acordo, com os atores pesquisados.

Quadro 8 – Alinhamento de atores após análise das variáveis estratégicas

Alinhamento					
Bloco 1		Bloco 2		Bloco 3	
P3	Trabalhador do SUS	P9	Auditor TCE/RS	P15	Secretário Municipal de Saúde
P5	Trabalhador do SUS	P11	Promotor de Justiça MPE/RS	P2	Gestor Municipal do SUS
P7	Trabalhador do SUS	P12	Gestor do NEMS/RS	P1	Gestor Municipal do SUS
P17	Diretor do SIMPA			P16	Prestador de serviços
P4	Usuário do SUS	-	-	P14	Gestor Estadual do SUS SES/RS
P8	Gestor Estadual da Assistência Social	-	-	P6	Jornalista
P10	Procurador MPF/RS	-	-	P13	Defensor Público DPE/RS

Fonte: elaborado pelo autor.

O Bloco 1 possui composição de acordo com a percepção inicial recebendo o reforço do Gestor Estadual da Assistência Social e do Procurador do MPF/RS. A partir dos posicionamentos desses últimos sobre as terceirizações, suas colaborações junto ao CMS/POA e o emprego de estratégias mediadoras, conclui-se que ambos possuem maior sintonia com os outros atores alinhados ao Bloco 1. Quanto à posição do Usuário do SUS, mesmo considerando a abertura de serviços à comunidade como um prêmio, independente da modalidade de prestação do serviço (diretamente ou de forma terceirizada), ficou perceptível que suas ideias sobre o planejamento e a gestão do SUS (importância dos trabalhadores, postura desejável aos gestores públicos) encontraram maior afinidade aos demais participantes do Bloco 1.

Nos casos do Auditor do TCE/RS, do Promotor de Justiça MPE/RS e do Gestor do NEMS/RS não foi detectado maior alinhamento ideológico nem ao Bloco 1 (liderado por Trabalhadores do SUS) nem ao Bloco 3 (liderado pelo Secretário Municipal de Saúde). O Auditor, ao mesmo tempo em que o buscava realizar seu trabalho com viés mais colaborativo do que punitivo em relação à gestão da saúde e era relativamente favorável às terceirizações de serviços (desde que resguardado o interesse público), foi muito crítico no que se referiu à postura da gestão da SMS/PMPA com relação ao processo eleitoral para escolha do Núcleo de Coordenação 2018/2019 e da relação como o CMS/POA, de

forma geral. Dessa forma, o Auditor reconhece que todos são jogadores legítimos e todos possuem recursos de poder e capacidades, sugerindo a busca pela convergência, preferencialmente.

O Promotor de Justiça MPE/RS, foi manifestamente favorável ao processo de constituição do IMESF em 2011 e destacou aspectos positivos da gestão em saúde em Porto Alegre. Devido à natureza de suas atribuições envolver representações e sanções, sua posição não era estanque, alterando-se a cada fato concreto. Reconheceu a necessidade de seus colegas ingressarem com ação civil pública na 2ª Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre requerendo liminarmente a nulidade dos atos do Secretário Municipal de Saúde, no que se referia às restrições ao funcionamento do CMS/POA. Destacou a importância do SUS enquanto política de Estado e, por fim, participou do Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (PI-MPT 520/2004 e PA-MPF 952/2003), de 3/09/2007, em que o Município de Porto Alegre firmou compromisso junto ao Ministério Público de abster-se de contratar profissionais para atenção básica sem a realização de concurso ou processo seletivo público.

O Gestor do NEMS/RS, em sua entrevista, valorizou o SUS, suas conquistas sociais, normativas, os trabalhadores, o controle social e os aspectos técnicos envolvidos na política de saúde, como a metodologia participativa de formulação do PMS 2018-2021 de Porto Alegre. Em sua ação cotidiana foi possível detectar que prestava apoio a diversos municípios buscando contribuir com a qualificação da gestão do SUS. Contudo, não deixou transparecer sua posição quanto ao tema das terceirizações e outros pontos polêmicos.

Diferentemente, a posição do Jornalista, do Defensor Público da DPE/RS e do Gestor Estadual do SUS (SES/RS), que por suas ações, manifestações e ideias compreendeu-se que encontraram maior guarida nos atores alinhados ao Bloco 3. Nesse grupo, gestores municipais do SUS e prestadores de serviços mantêm o posicionamento ideológico alinhado ao Secretário Municipal de Saúde. O jornalista muito embora procurasse realizar cobertura jornalística equilibrada quanto ao teor das matérias publicadas, ora cobrando a gestão da SMS/PMPA e ora apontando seus sucessos, era deliberadamente favorável à inserção de organizações privadas na saúde pública. Mas, também se mostrou solidário quanto à insatisfação do funcionalismo público em relação aos atrasos e parcelamentos de salários e a importância da defesa de seus direitos.

O Defensor Público da DPE/RS, que atuava cotidianamente em favor dos usuários do SUS, utilizando-se da judicialização em muitos casos, guardava grande entusiasmo nos projetos, reuniões e ações conjuntas empregadas com gestores municipais do SUS e com o Secretário Municipal e, por isso, apesar de não deixar transparecer sua posição sobre temas polêmicos como as terceirizações na saúde, concluiu-se que possuía maior alinhamento aos atores do Bloco 3. Finalmente, o Gestor Estadual do SUS (SES/RS), abertamente favorável ao processo de terceirizações na saúde, também participava de forma colaborativa em ações conjuntas com o Secretário Municipal e gestores municipais do SUS, em fóruns intergestores.

Em função de objetivos comuns, tanto na discussão sobre o PMS 2018-2021 e quanto nas aprovações de verbas para a saúde, predominou o meio estratégico da negociação e a cooperação entre os atores envolvidos (Secretário Municipal de Saúde, Gestores Municipais do SUS, Trabalhadores e Usuários do SUS e Prestadores de Serviços de Saúde). Desse modo foi possível conciliar diferentes interesses, mesmo em um processo cheio de nuances nos posicionamentos. O processo planejamento também foi útil ao Secretário e gestores, para apropriação das condições epidemiológicas do município e dos aspectos organizacionais da SMS/PMPA, ampliando assim seu acervo de conhecimentos e capacidades cognitivas sobre a instituição e seus trabalhadores. Contudo, observou-se também que a imposição legal de entrega, em prazos estabelecido pela legislação, fez com que os gestores se dedicassem ao tema.

A atuação do Auditor do TCE/RS, do Promotor do MPE/RS, do Procurador do MPF/RS e do Defensor da DPE/RS era mais cooperativa do que conflitiva talvez por seus estilos e também por já possuírem capacidades acumuladas e controle de recursos suficientes para atuar no jogo. Diferentemente do que ocorria entre usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestores do SUS que disputam maior espaço, recursos e capacidades, cotidianamente, dando ensejo a maiores conflitos, o que representa de fato os maiores interesses em jogo na política de saúde municipal. Nesse sentido, foi visto que o julgamento nos tribunais tem sido meio estratégico, frequentemente, utilizado no jogo, ocorrendo essa judicialização na saúde tanto no que diz respeito ao acesso a serviços e produtos por usuários do SUS, quanto pela relação institucional do CMS/POA com a gestão da SMS/PMPA, bem como de sindicatos e associações de trabalhadores para com a gestão municipal da PMPA.

Em função de resultado desfavorável aos interesses da gestão da SMS/PMPA no processo de Eleição do Núcleo de Gestão do CMS/POA 2018/2019, diversas operações de ataque e defesa foram empregadas pelos diferentes atores. A possibilidade do rearranjo de forças e de capacidades permeava fortemente essa disputa. As sucessivas discussões nos tribunais eram sustentadas pela gestão da SMS/PMPA de que houve descumprimento aos dispositivos regimentais do CMS/POA, considerando nula a eleição do Núcleo de Coordenação 2018-2019, tendo dificuldades em reconhecer a sua legitimidade. Por sua vez, os representantes eleitos desse Núcleo 2018/2019 sustentam que as decisões foram válidas, tomadas a partir de processo transparente e democrático, uma vez calcadas na soberania do plenário do órgão.

A partir de então diversas jogadas que se seguiram acirraram o ânimo de confronto e dificultaram a participação. Algumas jogadas se configuraram, como verdadeira tentativa de bloqueio ao CMS/POA, buscando diminuir a sua oposição. Situação análoga e, em função de interesses irreconciliáveis, foi observada na estratégia de bloqueio por parte da gestão da PMPA às representações oficialmente constituídas de trabalhadores municipais (sindicatos, associações) visando diminuir a sua força e influência. Os meios estratégicos da imposição, da coação, do julgamento nos tribunais e do confronto predominaram na relação da gestão municipal da PMPA com os municipais.

O estilo político conflituoso em que por diversos momentos o Prefeito Municipal adotou em relação ao conjunto dos trabalhadores, impactou na implementação da política de saúde através de paralisações, greves e descontentamento por partes dos servidores que tiveram atrasos e parcelamentos salariais, bem como perda de direitos adquiridos. Em decorrência da concepção ideológica neoliberal do atual governo municipal não há interesse de sua parte em fortalecer as carreiras públicas e a prestação de serviços executada diretamente por servidores concursados partindo para terceirização dos serviços.

O tema das terceirizações na saúde, por sua vez, foi representativo em relação às divergências dos atores quanto ao modo de funcionamento do SUS e elucidativo quanto aos seus posicionamentos. Os, alinhados ao Secretário Municipal de Saúde, defendem um modelo em que o SUS seja operacionalizado através de organizações privadas do terceiro setor em detrimento da prestação direta dos serviços realizada por meio de servidores públicos. Uma jogada importante que ocorreu em relação a essa temática foi a emissão da

Nota Técnica nº 01/2018/MPE/MPC/MPT/MPF (2018), cuja principal justificativa é a prevenção à corrupção na saúde, o que no entanto, representa um respaldo à contratação de OS na Saúde, ficando suas diretrizes no plano hipotético por serem de difícil aplicabilidade.

A partir dos dados coletados foram perceptíveis as posições de apoio firme (++) às terceirizações pelo Secretário Municipal, pelo prestador de serviços de saúde, pelo Jornalista e pelo Gestor Estadual da SES/RS. Esses atores, por suas manifestações e ações, mantêm um apoio decidido a respeito do tema. Manifestaram apoio duvidoso ou condicional (+) os Gestores Municipais do SUS, o Promotor de Justiça do MPE/RS e o Auditor do TCE/RS. Esse tipo de apoio exige certas circunstâncias ou condições explícitas para ser efetivo. No caso do Auditor do TCE/RS e do Promotor de Justiça, segundo afirmaram e (e já atuaram) suas decisões dependem de cada caso, tendo, o último, manifestado que se posicionou favoravelmente ao processo de constituição do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) em 2011 - que alterou a modalidade de prestação de serviço público de saúde na Capital – e estava sendo questionado no âmbito do STF. Já no caso dos gestores municipais do SUS, provavelmente o apoio condicional se dê em virtude de suas relações trabalhistas e do vínculo com o SUS, pois à exceção de um entrevistado, o outro é servidor de carreira, o que o leva a efetuar melhor cálculo de custo-benefício a respeito do processo de terceirizações.

Mantêm rejeição firme (--) a essa prática o Diretor do SIMPA e os Trabalhadores do SUS, pois há convicção de que a política de terceirizações na saúde representa prejuízo às suas atividades profissionais, perdendo capacidades e recursos, e empregando vontade e força para impedi-la. O Usuário do SUS preferiria que os serviços fossem executados por servidores, mas a abertura de serviços é um prêmio para ele. De maneira similar, o Procurador da República do MPF/RS acredita que se serviços fosse executados por servidores públicos teriam maior estabilidade e garantias, embora acreditasse que esse seja um processo sem volta e o Gestor Estadual da Assistência Social afirmou que o ideal é que “tudo fosse da Prefeitura”, mas valorizava serviços terceirizados bem prestados. Percebeu-se que o Defensor Público da DPE/RS não quis adentrar ao assunto quando abordado e a posição do Gestor do NEMS/RS também não ficou transparente.

O quadro 9 abaixo sintetiza a posição dos atores pesquisados em relação às terceirizações na Saúde.

Quadro 9 – Interesse dos atores em relação às terceirizações e privatizações na Saúde

Entrevistado	Ator	Interesse pela operação
P1	Gestor Municipal do SUS	(+)
P2	Gestor Municipal do SUS	(+)
P3	Trabalhador do SUS	(--)
P4	Usuário do SUS	(-)
P5	Trabalhador do SUS	(--)
P6	Jornalista	(++)
P7	Trabalhador do SUS	(--)
P8	Gestor Estadual da Assistência Social	(-)
P9	Auditor TCE/RS	(+)
P10	Procurador MPF/RS	(-)
P11	Promotor de Justiça MPE/RS	(+)
P12	Gestor do NEMS/RS	(?)
P13	Defensor Público DPE/RS	(?)
P14	Gestor Estadual do SUS SES/RS	(++)
P15	Secretário Municipal de Saúde	(++)
P16	Prestador de Serviços de Saúde	(++)
P17	Diretor do SIMPA	(--)

Fonte: elaborado pelo autor com base em Matus (2005).

Outro meio estratégico observado no jogo social da saúde foi a persuasão. Ficou perceptível a utilização dessa estratégia nas reuniões plenárias do CMS/POA em que participantes mais experientes, desinibidos e articulados acabavam por influenciar o voto dos menos experientes, inibidos e com menor grau de informação a respeito do tema em debate. Um relato sobre isso foi efetuado pelo Usuário do SUS:

Quando eu vim pro conselho, eu não sabia nada, nada, e continuo não sabendo. Eu sei um pouquinho... mas a vivência de tu conversar com outras pessoas, tu te interessar, ver que tem leis que te garantem a participação, de que tu pode propor, pode levar [...] às vezes tu não vota e tem muitas pessoas que vêm na reunião do conselho e não votam, mas fazem uma fala tão boa, que influencia no voto do conselheiro e isso é importante[...] porque as pessoas têm a visão **(do assunto em discussão)** [...] às vezes eu ficava olhando o que o outro tava falando e ficava pensando “- ah, ele tem razão, é por aí” e daí isso influencia o voto. (P4 – Usuário do SUS).

Esse é recurso muito interessante, especialmente, quando se trata dos assuntos de natureza técnica como, por exemplo, os relacionados às áreas das ciências da saúde, em que uma boa argumentação e poder de persuasão podem atuar sobre os rumos da política de saúde, que dependem de votação. E, por fim, se observou ainda que, no cotidiano,

colegas servidores de carreira eram fortemente persuadidos pela ideia de que o problema dos serviços públicos são os próprios servidores, acabando sutilmente por colaborar com estratégias, cujas consequências são o enfraquecimento dos serviços públicos, via terceirizações e privatizações, o que representa um verdadeiro “gol contra”.

A seguir serão apresentados os quadros-síntese dos principais fluxos analisados (quadro 10), dos recursos de poder e capacidades (quadro 11), das operações (quadro 12), dos meios estratégicos (quadro 13) e de possibilidades e restrições envolvendo a variável estratégica tempo (quadro 14).

Quadro 10 – Síntese dos principais fluxos analisados no jogo social da saúde em Porto Alegre (RS)

Fluxos	Síntese
4.3.1 - A elaboração do PMS 2018-2021	Momento representativo da participação de diferentes atores sociais e da disposição ao meio estratégico da negociação. A gestão municipal da saúde ainda se apropriava das questões organizacionais e das informações sobre a política de saúde facilitando a conciliação dos interesses.
4.3.2 - O caso da eleição ao Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018/2019	Momento que representou ruptura nas relações entre a gestão da saúde e os membros eleitos para o Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019. A avaliação do pesquisador é de que o distanciamento se deu, preponderantemente, pelo fato de o grupo eleito representar oposição aos interesses da gestão municipal.
4.3.3 - A relação da gestão municipal da PMPA com os trabalhadores municipais	Identificada como conflituosa em virtude do estilo político da gestão municipal e devido a interesses irreconciliáveis na condução da política de pessoal a partir do posicionamento dos grupos. A avaliação é que os trabalhadores são atores importantes no jogo.
4.3.4 - As terceirizações na saúde	O tema é representativo das disputas históricas travadas em torno da política e saúde e emergiram no modo de funcionamento do SUS. O posicionamento da gestão municipal e de atores alinhados é defender um modelo em que a saúde seja prestada através de organizações privadas em detrimento da prestação direta por meio de servidores públicos, o que contraria as atuais regras do jogo (complementariedade constitucional).

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 11 – Recursos de poder e capacidades acumuladas pelos atores sociais

Ator Pesquisado	Recursos de poder	Capacidades acumuladas
Trabalhadores do SUS	<u>Políticos</u> : voz e voto nas plenárias do CMS/POA, além de articulação com outros atores com recursos de poder.	<u>Política</u> : articulação política com trabalhadores, com movimentos sindicais e sociais e outros atores simpáticos à causa dos trabalhadores. Alta capacidade de influência nas reuniões e decisões plenárias do CMS/POA.
	<u>Acervo de valores</u> : movidos pela causa do SUS público e universal.	<u>Motivação e paixão</u> : articulação com outros atores que possuem os mesmos princípios.
	<u>Acervo de conhecimentos</u> : sobre a legislação do SUS, seu histórico e referente a profissões da área da saúde.	<u>Cognitiva</u> : administrativa e técnica na SMS/PMPA.
	<u>Legais</u> : estatuto dos servidores e legislação do SUS.	<u>Jurídica</u> : detinham capacidades acumuladas em relação à legislação trabalhista (vínculo estatutário) e à legislação do SUS.
Usuário do SUS	<u>Políticos</u> : voz e voto nas plenárias do CMS/POA, além de representar forte liderança comunitária.	<u>Política</u> : forte articulação comunitária, político-partidária, com trabalhadores, com movimentos sociais e outros atores simpáticos à causa do SUS.
	<u>Acervo de valores</u> : movido pela causa do SUS público e universal, reconhecendo a sua importância.	<u>Motivação e paixão</u> : Alta capacidade de influência nas reuniões plenárias do CMS/POA devido as suas manifestações em defesa do SUS.
	<u>Acervo de conhecimentos</u> : sobre os seus direitos como cidadão.	<u>Cognitiva</u> : Sabedoria popular e experiência de vida.
Gestores Municipais do SUS	<u>Econômicos</u> : Controle de recursos financeiros, humanos, comunicacionais e materiais da SMS/PMPA	<u>Econômica</u> : Tomada de decisão em nível estratégico sobre o orçamento público, influência direta sobre equipe de trabalhadores e alocação de bens materiais da SMS/PMPA.
	<u>Políticos</u> : voz e voto nas plenárias do CMS/POA, exercendo representação institucional.	<u>Política</u> : influência nas reuniões plenárias do CMS/POA e forte articulação institucional e política com outros atores com poder de decisão.
	<u>Acervo de conhecimentos</u> : sobre a legislação do SUS e relativos a profissões da área da saúde.	<u>Cognitiva</u> : gerencial e técnica na SMS/PMPA.
	<u>Legais</u> : controlavam os regulamentos internos da SMS/PMPA	<u>Jurídica</u> : pela posição na hierarquia da SMS/PMPA possuíam influência na conformação dos regulamentos internos.
Secretário Municipal de Saúde	<u>Econômicos</u> : Controle sobre recursos financeiros, humanos, comunicacionais e materiais da SMS/PMPA.	<u>Econômica</u> : Tomada de decisões em caráter oficial pela SMS/PMPA. Ordenamento sobre o orçamento público, influência sobre a folha de pagamento dos servidores e controle sobre meios de produção e bens materiais da SMS/PMPA.
	<u>Políticos</u> : Agente político com projeto de governo; influência e representação política. Possuía voz e voto em reuniões plenárias do CMS/POA, mesmo que exercidos de forma indireta (por representação).	<u>Política</u> : Membro do governo municipal com presença constante junto ao Prefeito Municipal. Articulação política e institucional com outros atores com poder de decisão. Alta capacidade de regular o jogo.
	<u>Acervo de conhecimentos</u> : sobre a legislação do SUS, conhecimento técnico da área médica.	<u>Cognitiva</u> : gerencial e estratégica na SMS/PMPA.

	<u>Legais:</u> representa a autoridade sanitária local com poder de orientação, sanção e multas. Controle dos regulamentos internos da SMS/PMPA.	<u>Jurídica:</u> estando no topo da hierarquia da SMS/PMPA possuía forte influência na configuração dos regulamentos internos e na legislação aplicável ao SUS.
Jornalista	<u>Políticos:</u> Articulação e contatos com atores com poder de decisão.	<u>Política:</u> capacidade de expressar seu posicionamento a um grande número de pessoas ao mesmo tempo.
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> difusão de informações por veículo de imprensa (jornal impresso e online).	<u>Cognitiva:</u> capacidade de instrumentalização da opinião pública por meio da veiculação de notícias sobre o sistema de saúde local.
Gestor do NEMS/RS	<u>Econômicos:</u> à disposição do Núcleo do Ministério da Saúde no RS (financiamentos e repasses).	<u>Econômica:</u> verbas gerenciadas pelo NEMS/RS.
	<u>Políticos:</u> Articulação e contatos com outros atores com poder de decisão.	<u>Política:</u> articulação institucional intergestores com poder de decisão.
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> Conhecimento técnico de profissão da área da saúde, legislação do SUS e seu histórico.	<u>Cognitiva:</u> gerencial e estratégica no NEMS/RS
	<u>Legais:</u> Normativas regulamentadoras do MS/RS	<u>Jurídica:</u> Execução de ações precípuas do MS com amparo na legislação.
Gestor Estadual da Assistência Social	<u>Políticos:</u> Voz e voto em reuniões plenárias do CMS/POA;	<u>Política:</u> Articulação institucional com atores com poder de decisão.
	<u>Acervo de valores:</u> reconhecimento da importância do SUS enquanto política pública universal.	<u>Motivação e paixão:</u> presença assídua nas plenárias do CMS/POA
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> sobre as políticas sociais, direitos e a gestão pública.	<u>Cognitiva:</u> quanto ao funcionamento do setor público e da área da política de assistência social e do SUS
Prestador de Serviços de Saúde	<u>Econômicos:</u> controle de recursos econômicos, organizacionais, cognitivos do GHC	<u>Econômica:</u> grande capacidade econômica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (maior prestador hospitalar de Porto Alegre).
	<u>Políticos:</u> Articulação e contatos com outros atores com poder de decisão.	<u>Política:</u> - Articulação institucional com outros atores com poder de decisão. Tomada de decisão em caráter estratégico pelo GHC.
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> Conhecimento sobre a legislação do SUS e técnico da área médica.	<u>Cognitiva:</u> Influência sobre o ensino e a aprendizagem no GHC.
Auditor do TCE/RS	<u>Legais:</u> controle de recursos legais com poder de orientação, sanção, punição e multa a gestores públicos.	<u>Jurídica:</u> auditoria, inspeção, fiscalização e orientação à SMS/PMPA. Alta capacidade de regular o jogo.
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> sobre a legislação do SUS, sobre gestão e finanças públicas.	<u>Cognitiva:</u> difundir orientações sobre controle e transparência na gestão pública.
	<u>Políticos:</u> Influência e representação institucional.	<u>Política:</u> Articulação institucional entre atores com poder de decisão.
Promotor de Justiça do MPE/RS	<u>Legais:</u> controle sobre recursos legais com poder de orientação, sanção, punição e multa a gestores públicos.	<u>Jurídica:</u> possibilidade de representar judicialmente contra gestores públicos. Alta capacidade de regular o jogo.
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> conhecimento sobre a legislação do SUS, direitos sociais e a gestão pública.	<u>Cognitiva:</u> por meio de orientações pode influenciar nos aspectos cognitivos de gestores públicos incidindo sobre suas ações.

	<u>Políticos:</u> Influência e representação institucional	<u>Política:</u> articulação institucional com outros atores com poder de decisão. Tem presença estável em ações no âmbito da política de saúde municipal.
Procurador da República do MPF/RS	<u>Legais:</u> controle sobre recursos legais com poder de orientação, sanção, punição e multa a gestores públicos.	- <u>Jurídica:</u> possibilidade de representar judicialmente contra gestores públicos. Alta capacidade de regular o jogo.
	<u>Acervo de conhecimentos</u> - conhecimento sobre o SUS, direitos fundamentais e sobre a gestão pública.	- <u>Cognitiva:</u> por meio de orientações poderia influenciar nos aspectos cognitivos de gestores públicos incidindo sobre suas ações.
	<u>Políticos:</u> Influência e representação institucional	- <u>Política:</u> Alta capacidade de mediação e arbitragem entre grupos com interesses distintos.
Diretor do SIMPA	<u>Políticos:</u> Influência e representação sindical. Voz e voto em reuniões plenárias do CMS/POA.	<u>Política</u> - Alta capacidade de articulação política e representação sindical. Alta capacidade de influência nas decisões do CMS/POA.
	- <u>Acervo de valores:</u> defesa do SUS, dos trabalhadores do SUS e dos serviços públicos.	<u>Motivação e paixão:</u> emprega força na defesa dos princípios ideológicos que espousa.
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> sobre o SUS, seu histórico, sobre direitos dos trabalhadores, outros direitos sociais e técnico em profissão da área da saúde.	<u>Cognitiva:</u> administrativa técnica no âmbito da PMPA.
	<u>Legais:</u> estatuto dos servidores, legislação do SUS	<u>Jurídica:</u> representação coletiva de trabalhadores em juízo.
Gestor Estadual do SUS (SES/RS)	<u>Econômicos:</u> controle de recursos financeiros e humanos da SES/RS	<u>Econômica:</u> Tomada de decisões pela SES/RS deliberando sobre recursos econômicos.
	<u>Acervo de conhecimentos:</u> sobre o SUS, seu histórico, sobre a gestão pública.	<u>Cognitiva:</u> experiência no SUS, conhecimento do seu histórico e sobre o funcionamento da gestão pública estadual.
	<u>Políticos</u> : voz e voto no Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). Influência e representação em fórum intergestores bipartite (CIB).	<u>Política:</u> Alta capacidade de regular o jogo. Articulação política e institucional com atores com poder de decisão.
	<u>Legais:</u> atribuições legais da SES/RS	<u>Jurídica:</u> conferida pelas normativas do SUS e do Estado do RS, com possibilidade de alterá-las.

Fonte: elaborado pelo autor

Quadro 12 – Síntese das operações (jogadas) observadas no jogo

Operações	Tipo	Ator Social (produtor da jogada)
Aprovação unânime do PMS 2018-2021	Terminal	Conselheiros de Saúde
Aprovação de verbas para a saúde	Terminal	Conselheiros de Saúde
Realização de audiências públicas	Intermediária	Procurador do MPF/RS
Realização de auditorias operacionais com viés colaborativo ao invés de punitivo	Intermediária	Auditor do TCE/RS
Reuniões com secretários municipais para evitar processos judiciais	Intermediária	Defensor Público DPE/RS
Judicialização por medicamentos, internações e tratamentos	Intermediária	Usuário do SUS
Trabalho voltado a diminuir a judicialização	Intermediária	Gestor Estadual da SES/RS
Publicação de edital anulando a convocação de eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018/2019	Intermediária	Secretário Municipal de Saúde
CMS/POA instou o MPE/RS a ingressar com ação civil pública para manter a Eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018/2019	Intermediária	Conselheiros de Saúde
Manutenção da reunião plenária para eleição dos membros do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018/2019 rejeitando o Edital de anulação das eleições publicado pela SMS/PMPA	Terminal	Conselheiros de Saúde
Memorando circular da SMS/PMPA nº 3378995 impondo restrições à participação na política de saúde	Intermediária	Secretário Municipal de Saúde
Manutenção da cerimônia de posse dos conselheiros de saúde eleitos para o biênio 2018/2019 com sua realização no pátio da SMS, tendo em vista as restrições contidas no memorando circular nº 3378995	Terminal	Conselheiros de Saúde
Ingresso com ação civil pública nº 9011912-46.2018.8.21.0001 pelo MPE/RS na 2ª Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre	Intermediária	Promotor MPE/RS
Concessão de liminar favorável à ação civil nº 9011912-46.2018.8.21.0001 pela 2ª Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre	Terminal	Juiz de Direito
Medida Cautelar Processo nº 7634-02.00/18-9 TCE/RS	Terminal	Auditor do TCE/RS
Afastamento da arena deliberativa (Plenária do CMS/POA) e envio de representantes	Intermediária	Secretário Municipal de Saúde

Supressão de reuniões semanais de equipe (espaço de diálogo, planejamento e avaliação pelos trabalhadores)	Terminal	Gestores Municipais do SUS
Atraso e parcelamento de salários dos servidores municipais	Intermediária	Prefeito Municipal
Envio de sucessivos projetos de Lei com a retirada de direitos dos servidores municipais	Intermediária	Prefeito Municipal
Pautar temas de interesses dos trabalhadores nas reuniões plenárias do CMS/POA	Intermediária	Conselheiros de Saúde membros do Núcleo de Coordenação do CMS/POA
Mobilização para greves e paralisações de servidores municipais	Intermediária	Diretor do SIMPA
Afirmação pública de que controle social não se faz somente no espaço do CMS/POA	Intermediária	Secretário Municipal de Saúde
Abertura de serviços à comunidade como os CAPS e Hospital Santa Ana	Terminal	Secretário Municipal de Saúde e gestores municipais do SUS
Edital de Chamamento Público nº 01/2019 (Contratação de OSC para gerenciar as operações dos PA Bom Jesus e Lomba do Pinheiro)	Intermediária	Secretário Municipal de Saúde e gestores municipais do SUS
Emissão de Nota Técnica nº 01/2018/MPE/MPC/MPT/MPF	Intermediária	Membros do Ministério Público
Cobertura jornalística equilibrada quanto ao teor das matérias publicadas, ora cobrando a gestão da SMS/PMPA e ora apontando seus sucessos.	Intermediária	Jornalista
Participação assídua em reuniões e votações plenárias do CMS/POA	Intermediária	Gestor Estadual da Assistência Social
Apoio técnico aos municípios para qualificação da gestão no SUS	Intermediária	Gestor do NEMS/RS

Fonte: elaborado pelo autor com base em Matus (1996)

Quadro 13 – Síntese da operacionalização dos meios estratégicos

ESTRATÉGIA	MEIO	OPERACIONALIZAÇÃO	Ator Social
IMPOSIÇÃO	Diretrizes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinação de anulação da convocação para eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018/2019; 2. Liminar da Justiça Estadual favorável ao CMS/POA; 3. Teor da Medida Cautelar do TCE/RS; 4. Supressão de reunião semanais de equipe; 5. Conteúdo da Nota Técnica nº 01/2018/MPE/MPC/MPT/MPF; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretário Municipal de Saúde 2. Juiz de Direito 3. Auditor do TCE/RS 4. Gestores Municipais do SUS 5. Promotor de Justiça MPE/RS e Procurador da República MPF/RS
PERSUASÃO	Motivação, sedução	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persuadir conselheiros municipais de saúde menos experientes, em plenárias do CMS/POA; 2. Persuadir servidores públicos à política de terceirizações/privatizações; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conselheiros Municipais de Saúde 2. Gestores Municipais do SUS
NEGOCIAÇÃO	Negociação soma positiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consenso dos conselheiros municipais de saúde na aprovação do PMS 2018-2021; 2. Consenso dos conselheiros municipais de saúde na aprovação de verbas para a saúde como emendas parlamentares, convênios entre outros; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conselheiros Municipais de Saúde 2. Conselheiros Municipais de Saúde
RECOMPENSA E INTERCÂMBIO	Prêmio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abertura de serviços à comunidade como o CAPS na Restinga e o Hospital Santa Ana 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretário Municipal de Saúde, Gestores Municipais e Usuário do SUS
MEDIAÇÃO	Mediação e arbitragem	<ol style="list-style-type: none"> 1. A realização de audiências públicas entre grupos com interesses opostos, sem ânimo de confronto 2. A realização de reuniões com secretários municipais de saúde visando evitar a judicialização na saúde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procurador da República MPF/RS 2. Defensor Público da DPE/RS
JULGAMENTO	Defesa e acusação em tribunais	<ol style="list-style-type: none"> 1. A judicialização no caso da eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019 2. A judicialização por usuários para acesso a medicamentos e serviços no SUS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diversos atores 2. Usuários do SUS
COAÇÃO	Ameaça de fazer pagar um custo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conteúdo do Memorando Circular com ameaças de Processo Administrativo Disciplinar em caso de descumprimento 2. Desconto de salário e vantagens temporais em virtude de paralisações e greves 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretário Municipal de Saúde 2. Secretário e Prefeito Municipal
CONFRONTO	Ação política de medir forças	<ol style="list-style-type: none"> 1. Embates políticos na Câmara Municipal de Vereadores em relação a projetos de lei do executivo municipal contendo a retirada de direitos dos trabalhadores 2. O confronto físico entre municipais e a Guarda Municipal em manifestações 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diversos atores 2. Municipários

Fonte: elaborado pelo autor com base em Matus (1996)

Quadro 14 – Possibilidades e restrições da variável estratégica tempo no jogo social da saúde

Restrições	Possibilidades
Sucessivas jogadas de ataque e defesa em curto espaço de tempo em virtude de interesses irreconciliáveis entre representantes da Gestão da SMS/PMPA e do Conselho Municipal de Saúde no caso da Eleição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA 2018-2019.	Objetivos comuns levaram à aprovação célere do PMS 2018-2021 e da aprovação de verbas para a saúde, demonstrando a cooperação de atores em operações relativas à política de saúde.
As autoridades políticas encararem as ações relativas ao SUS considerando majoritariamente os interesses do governo vigente (foco no tempo de mandato).	As autoridades políticas adotarem ações relativas ao SUS com foco na continuidade e sustentabilidade das ações encarando a saúde como Política de Estado.
A grande demanda do SUS faz com que existam longas filas de espera para consultas, exames e cirurgias (tempo do usuário).	A utilização do meio estratégico da judicialização é uma forma adotada pelos usuários para terem seus objetivos alcançados.
Os prazos definidos pela legislação para a formulação dos planos de saúde estaduais e o Plano de Saúde Nacional é conflitante.	Os planos municipais de saúde deveriam subsidiar o estabelecimento de ações ao plano estadual de saúde e, esses, por sua vez, apontarem caminhos ao Plano Nacional de Saúde.

Fonte: elaborado pelo autor com base em Matus (1996).

A seguir serão apresentadas as considerações finais deste trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de pesquisa teve como objetivo analisar as variáveis estratégicas do jogo social, segundo referencial teórico de Carlos Matus, observadas durante a implementação da política de saúde em Porto Alegre (RS) no período de 2018/2019. Foram identificados e descritos como atores sociais específicos agiram na implementação da política de saúde do município; analisadas operações (ou jogadas) e meios estratégicos estabelecidos pelos referidos atores, buscando-se compreender seus recursos, capacidades e a variável estratégica tempo neste jogo.

Passados 30 anos do período em que militantes do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira conseguiram impactar em mudanças no sistema de saúde, os princípios e diretrizes preconizados por eles não se concretizaram e nesse momento histórico se afastam cada vez mais. Para que suas ideais se concretizassem, seriam necessários maiores investimentos, força de trabalho qualificada, gestores comprometidos com a saúde coletiva, mobilização e conscientização social sobre a importância do SUS, o que ainda é frágil. As regras projetadas, em parte pelo Movimento, não estão sendo eficazes e o resultado do jogo segue a partir de produções diferentes das almejadas inicialmente.

A desigualdade de capacidades para a atuação dos atores provém de acumulações históricas, pois projetos em torno das políticas públicas e da saúde, desde a concepção do SUS, seguem em disputa no jogo social (privatizante estatizante, medicina liberal). As regras estatuídas a partir da CF/1988, que deveriam assegurar um maior equilíbrio, ao não serem consideradas, consagram as desigualdades acumuladas. Mesmo que, de uma forma geral, a lei tenha garantido avanços e conquistas sociais importantes no campo da saúde - pois houve muitas melhorias ao se comparar o SUS ao modelo de sistema anterior adotado no país (hospitalocêntrico e de acesso mediante contribuição individual) – observa-se que ainda os direitos não são assegurados.

Pela análise do jogo observado e de acordo com Matus (2005), as jogadas alteram o jogo gerando problemas para uns e benefícios para outros, portanto, as operações mudam ou amplificam os problemas redistribuindo as oportunidades e as ameaças e isso é o que realmente está em disputa: os diferentes recursos (políticos, econômicos, conhecimentos, valores, legais) e capacidades (jurídica, política, econômica, cognitiva) dos atores para incidir sobre os rumos da política de saúde.

Os atores elencados no Bloco 3 (quadro 8) controlavam mais recursos e possuíam as maiores capacidades acumuladas. Ficou perceptível também que esse grupo influenciava fortemente as regras do jogo, buscando reconfigurá-las, o fazendo pela via infralegal, pela interpretação e aplicação conforme seus interesses e objetivos, uma vez que dispositivos constitucionais e legais não haviam sido alterados nesse período. Muito embora tal situação esteja em sintonia com a análise matusiana, de que os atores que dominam o jogo buscam criar ou modificar as regras visando controlar as capacidades de produção das jogadas, é possível afirmar que estes atores estão defendendo também um outro modelo de sistema e não o SUS, pois as diferenças ideológicas e de interesses não se coadunam com os princípios e diretrizes preconizados pelo Movimento pela Reforma Sanitária, estabelecidos pela CF/1988 e pela Lei Orgânica do SUS.

O exemplo mais contundente foi a tendência acentuada de inversão na lógica constitucional, no caso das terceirizações de serviços, em que organizações privadas, que deveriam atuar de forma complementar ao Estado vêm substituindo a administração pública direta na prestação dos serviços públicos de saúde. Outra situação observada foi a dificuldade em respeitar a diretriz da participação social de trabalhadores e usuários do SUS nos rumos da política de saúde. Houve ainda o descumprimento, por parte da PMPA, do estatuto de pessoal ao atrasar e parcelar salários do funcionalismo.

As operações observadas influenciam fluxos que impactam na genoestrutura do jogo social criando nova conformação, mesmo sem ser pactuada socialmente pela via das representações, alterando pilares do serviço público e do sistema de saúde. Por isso, atores ligados ao Bloco 1 precisarão empregar muita força para superar tanto os obstáculos já existentes, quanto as desigualdades que serão consagradas nos próximos anos, implicando produção de jogadas extraordinárias, para manter e talvez reverter o placar do jogo, em algum momento.

É importante frisar que a implementação da política de saúde depende de uma institucionalidade que torne eficaz os atos e, para isso, os regulamentos são implantados. Quando recursos econômicos e políticos se tornam acumulações mais poderosas do que os recursos legais, todo o sistema fica vulnerável aos interesses de poucos, perdendo seu caráter universal e igualitário. Esse fato é extremamente perigoso uma vez que há uma tradição brasileira de desrespeito às leis, que envolve nepotismo e apadrinhamento, que somada aos ideais neoliberais, tem levado a

mecanismos de fuga ao regime jurídico do direito público, sob o pretexto de ineficiência da administração pública. A busca pela eficiência na prestação dos serviços públicos, objeto de preocupação dos gestores públicos, não pode subverter o princípio da legalidade, pois segundo Di Pietro (2012, p. 304) “sem este não se pode falar em Estado de Direito”.

No plano da acumulação de recursos e capacidades, é simplismo analisar a questão das privatizações e terceirizações apenas como uma questão de eficiência, pois segundo o Professor Alcides Silva de Miranda em entrevista a Santos (2019) representa verdadeiramente a transferência das funções de autoridade sanitária da gestão pública estatal para a égide do Direito Privado dificultando o Estado de intervir (regulando, mediando, impondo-se) aos problemas sociais e, assim, corre-se o risco de reduzir o SUS a sistema complementar do setor privado. Também não é possível que governantes se coloquem à frente de legisladores, ignorando o regime de direito público vigente no país, pois quem arcará com as consequências é a população mais vulnerável.

Foi visto ainda que os atores alinhados aos Blocos 1 e 3 estavam mais propensos a adotar estratégias cooperativas (de negociação) quando se tratava de deliberação de verbas para a saúde, situação em que todos aumentavam as suas capacidades. Os, do Bloco 2, demonstravam maior disposição à cooperação com os outros dois Blocos sem distinção aparente. Os atores alinhados aos Blocos 1 e 2, geralmente, adotavam reação às operações de declaração e intimidação empregadas pelos atores do Bloco 3. E as operações de mobilização popular eram empregadas por atores ligados ao Bloco 1. Os meios estratégicos do julgamento, da coação e do confronto foram amplamente utilizados no jogo pelos atores sociais envolvidos.

As dinâmicas estudadas se alteram o tempo todo, diferentemente da raiz ideológica dos atores que é mais estável. Por isso, a pesquisa sobre este tema, em distintos momentos, enriqueceria o conhecimento e, desse modo, há curiosidade em investigações futuras em contextos de governos mais progressistas e democráticos, podendo-se traçar equivalências e/ou distanciamentos, pois segundo Matus “são as jogadas que mostram quem são os jogadores”. Portanto, concluo esta etapa de estudos com a percepção renovada para atuar nesse jogo de alta complexidade cujos resultados são imprevisíveis, mas que pela análise da dinâmica de funcionamento permite antecipar algumas jogadas dos atores a partir de seus interesses.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. *In*: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

ARRETCHE, Marta. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In*: MOREIRA, Maria Cecília Roxo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC SP, 2001. p. 43-56.

ARTMANN, Elizabeth. **O Planejamento estratégico situacional: à trilogia, matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa**. 1993. 228p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. **Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local**. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo, Edições 70, 2011. 279p.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Participação em saúde – avanços e entraves na democratização do poder político**. Salvador: EDUFBA, 2015. 201p.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 322p.

BRASIL. **A Gestão do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, [2015b]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_sus_conass.pdf. Acesso em: 03 ago. 2019.

BRASIL. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2013b]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em 19 ago. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2019a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999**. Regulamenta a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2016c]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3100.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, DF: Presidência da República, [2019e]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2016a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em 20 ago. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2012a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2017a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998**: dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2019b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 19 ago. 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2019d]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9790.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.019 de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília, DF: Presidência da República, [2015c]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.204 de 14 de dezembro de 2015**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília, DF: Presidência da República, [2015d]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed., rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2019f]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-e-regulacao-do-trabalho-em-saude/mesa-nacional-do-sus>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde – 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência**. Brasília, DF: Governo Federal, [2015a]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. **Portaria de consolidação nº 1 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017b]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 19 ago. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2013a]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 19 ago. 2019.

BRASIL. **Relatório Final – 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, [2012b]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, [2012c]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**: o dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, [2016d]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Saúde mental**: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2019g]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. **Site Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2019c]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2015**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2016e]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A crise financeira global e depois: um novo capitalismo? **Novos Estudos**, v. 29, n. 1, p. 51-73, mar. 2010.

CAETANO, Ana. Para uma análise sociológica da reflexividade individual. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 66, p. 157-174, 2011.

CARDOSO JÚNIOR, José Celso; NOGUEIRA, Roberto Passos. Ocupação no setor público brasileiro: tendências recentes e questões em aberto. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 62, n. 3, jul./set. 2011.

CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Poder nas Organizações**. São Paulo: Thomson Learning, 2007. 138p.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Sobre a CEPAL**. Santiago de Chile: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2018. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/cepal-0>. Acesso em: 15 mai. 2018.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Porto Alegre). **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2008. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Porto Alegre). **10 anos do CMS – 1992-2002 – Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**: uma década de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS. Porto Alegre, 2002. 38p.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Porto Alegre). **Lei nº 277 de 20 de maio de 1992**. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre: Conselho Municipal de Saúde, [1992]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-complementar/1992/27/277/lei-complementar-n-277-1992-dispoe-sobre-o-conselho-municipal-de-saude-de-porto-alegre>. Acesso em: 15 dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF: CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2013. Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

DAGNINO, Renato; CAVALCANTI, Paula Arcoverde; COSTA, Greiner. **Gestão Estratégica Pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016, 496p.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 22. ed. São Paulo, Atlas, 2009. 864p.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 9. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2012. 465p.

DUMÉNIL, Gérard; Lévy, Dominique. Neoliberalismo – neo-imperialismo. **Economia e Sociedade**. Campinas, v. 12, n. 1, p. 1-19, abr. 2007.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; DOURADO, Daniel de Araújo. Sistema de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. *In*: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora; Cealag, 2011. p.102-125.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da Silva; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. **A construção do SUS – histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 300p.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-57.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Luiz Mafort; KRONEMBERGER, Thais Soares; ZANI, Felipe Barbosa. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FLICK, Uwe. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164p.

FONSECA, Francisco. A trama conflituosa das políticas públicas: Lógicas e projetos em disputa. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. Edição Especial, p. 406-417, jul. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295p.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Verbete**: Milagre Econômico Brasileiro. Fundação Getúlio Vargas, 2009.

GALBRAITH, John Kenneth. **La Anatomia del Poder**. México: Edvisión, 1986. 224p.

GODOY, Arilda Schmidt. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa da. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 115-146.

HALL, Richard H. **Organizações: estruturas, processos e resultados**. 8. ed. Prentice Hall Brasil, 2004. 336p.

HUERTAS, Franco. **O método PES: entrevista com Matus**. São Paulo: Fundap, 1996. 139p.

KRÜGER, Tânia Regina; REIS, Camila. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 135, p. 271-289, mai./ago. 2019.

LOTTA, Gabriela Spanghero. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). **Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: EDPUC Minas, 2012. 406p.

LUKES, Steven. Poder e autoridade. In: BOTTOMORE, T.; NISBET, R. **História da análise sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

MATUS, Carlos. **Estratégias Políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo: Fundap, 1996. 294p.

MATUS, Carlos. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: Fundap, 2005. 524p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-32, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec Ltda., 2010.

MISOCZKY, Maria Ceci. **O campo da Atenção à Saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa Editora/PDGSaúde, 2002. 186p.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. MINISTÉRIO PÚBLICO DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Nota Técnica nº 01/2018/MPE/MPC/MPT/MPF**. [2018]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/nota_tecnica__01-2018.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; CAZUZU, Ana Karina Interaminense; SILVA, Nadine Anita Fonseca da. **Organizações Sociais da Saúde: uma expressão**

fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018.

MORGAN, Gareth. **Images of Organization**. 2. ed. California: SAGE Publications, 1996. 485p.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. *In*: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 24-47.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, Planejamento e gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-8, 2006.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PAPI, Luciana Pazini; ROSA, Taciana Barcelos; HAMERSKI, Bruna. O planejamento como ferramenta estratégica para a implementação de políticas públicas: os casos da saúde e assistência social em Porto Alegre. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, 2., 2017, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: UnB, 2017. Disponível em: https://anepcp.org.br/acp/anaisenepcp/18_O_planejamento_como_ferramenta_Luciana_Papi.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p.13-19, dez. 2006.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, [2013]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, [2017a]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

PORTO ALEGRE. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2017b. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

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

PORTO ALEGRE. **Lei nº 12.488 de 27 de dezembro de 2018**. Estima a receita e fixa a despesa do Município de Porto Alegre para exercício econômico-financeiro de

2019. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, [2018]. Disponível em: http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/2722_ce_243659_1.pdf. Acesso em 15 ago. 2019.

PORTO ALEGRE. Lei nº 2662, de 18 de dezembro de 1963. Cria cargos e dá outras providências. Porto Alegre: Câmara Municipal, [1994]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1963/266/2662/lei-ordinaria-n-2662-1963-cria-cargos-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 15 ago.2019.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 7.414 de 14 de abril de 1994**. Dá nova redação aos dispositivos da Lei nº 4.308, de 13 de julho de 1977, que autorizou o município a instituir a Fundação de Assistência Social e Cidadania, altera denominação e atribuições da Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social (SMSSS) instituída pela Lei nº 2.662, de 18 de dezembro de 1963 e dá outras providências (denominação alterada pela Lei nº 8.509/2000). Porto Alegre: Prefeitura Municipal, [2000]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1994/741/7414/lei-ordinaria-n-7414-1994-da-nova-redacao-a-dispositivos-da-lei-n-4308-de-13-de-julho-de-1977-que-autorizou-o-municipio-a-instituir-a-fundacao-de-educacao-social-e-comunitaria-fesc-altera-denominacao-e-atribuicoes-da-secretaria-municipal-de-saude-e-servico-social-smsss-instituida-pela-lei-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 15 ago. 2019.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 253p.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-74, 2010.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 336p.

ROESE, Adriana. **Planejamento Regional Ascendente e Regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde**. Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt. 2012. 266f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANTOS, João Vitor. O SUS reduzido a sistema complementar do setor privado. Entrevista especial com Alcides Silva de Miranda. **Instituto Humanitas Unisinos On-Line**, São Leopoldo, 11 set. 2019. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/592475-o-sus-reduzido-a-sistema-complementar-do-setor-privado-entrevista-especial-com-alcides-silva-de-miranda>. Acesso em: 20 set.2019.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226 p.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; LACERDA, Daniel da Silva. Poder nas Organizações: da Dominação de Poucos à Ação de Todos. *In*: PICCININI, Valmiria Carolina; ALMEIDA, Marilis Lemos de; OLIVEIRA, Sidinei Rocha de. (Org.). **Sociologia e Administração: relações sociais nas organizações.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 63-82.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Por uma boa pesquisa (qualitativa) na administração. *In*: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 13-28.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982. 530p.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com atores sociais

1. Você participou da formulação do PMS 2018-2021?
2. Como foi essa experiência?
3. O ano de 2018 é o primeiro ano do novo plano de saúde do município. Qual a sua opinião sobre o processo de implementação do PMS 2018-2021?
4. Quem são os sujeitos/atores/pessoas interessados na implementação do PMS, na sua avaliação? Há participação?
5. As proposições de metas e ações efetuadas pelos sujeitos/atores/pessoas (do CMS) são incorporadas ao planejamento?
6. Que tipos de disputas existem no processo de implementação do PMS 2018-2021?
7. Qual a influência do corpo técnico de servidores no processo de implementação da política de saúde no município?
8. Quem você considera parceiro/colaborador? Por quê?
9. De que forma o cenário político e econômico do país e do município influenciam no planejamento em saúde local?
10. Há equilíbrio no poder de decisão exercido pelos sujeitos/atores/pessoas que possuem influência na política de saúde no município?
11. Como você enxerga o modelo ideal do SUS em Porto Alegre?
12. Quais são as barreiras/dificuldades que você acredita que impedem esse modelo de se realizar?
13. No seu ponto de vista, há mais conflito ou cooperação entre os sujeitos/atores/pessoas que implementam a política de saúde em Porto Alegre? Por quê?
14. Qual a sua opinião geral sobre o SUS em Porto Alegre neste momento?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada: "*As dinâmicas na implementação da política de saúde no município de Porto Alegre (RS) no período 2018/2019*", que compõe o estudo para a dissertação de Mestrado em Administração da UFRGS, orientado pelo Prof. Dr. Daniel da Silva Lacerda e realizado pelo mestrando Daniel Dourado Ramos.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar como se estabelecem dinâmicas de poder no processo de implementação do planejamento do SUS em Porto Alegre/RS. Para alcançar os objetivos desta pesquisa, você será convidado a participar de uma entrevista, na qual responderá a questionamentos para compor o estudo. A entrevista terá duração de aproximadamente 40 minutos, que será realizada em horário e local a serem previamente acordados com o(a) sr.(sra.) e, se concordar, será gravada. A sua participação na entrevista é voluntária e não terá custos financeiros. A sua cooperação auxiliará na análise do processo de implementação do planejamento do SUS em Porto Alegre. Sua desistência estará assegurada a qualquer momento, sem quaisquer ônus e constrangimento para você.

Esta pesquisa pretende contribuir com reflexões a respeito da implementação do planejamento em saúde, em consonância com atores sociais envolvidos no processo, discutindo a partir da perspectiva de poder, meios estratégicos e tempo, propostos a partir da análise estratégica, fortalecendo dessa forma o SUS e os atores envolvidos no processo de planejamento em saúde em Porto Alegre.

Como voluntário desta pesquisa, o(a) sr.(sra.) terá a garantia de receber todos os esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada à pesquisa, que poderão ser prestados pelos pesquisadores: Professor Dr. Daniel da Silva Lacerda, por meio do telefone (51) 3308.3484 ou e-mail: d.lacerda@ufrgs.br e Daniel Dourado Ramos através do telefone (51) 99288.2888 ou e-mail: danieldouradoramos@gmail.com. Todas as informações obtidas neste estudo, bem como seus dados de identificação e relatos das entrevistas, serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Os resultados poderão ser publicados somente com finalidade científica, preservando-se o anonimato dos participantes.

É possível que surjam demandas a que o mestrando não poderá atender que, nesses casos, em acordo com o entrevistado, serão encaminhadas ao pesquisador principal. Salienta-se que o participante da pesquisa não terá benefício pessoal, mas contribuirá para qualificação do conhecimento na área, o que, no futuro, pode auxiliar no processo de planejamento em saúde e, por conseguinte, melhorias ao acesso e serviços de saúde à população.

Você também poderá entrar em contato, no caso de dúvidas quanto a questões éticas, com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51) 3308-3738, endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, no horário de atendimento, de segunda-feira à sexta-feira, das 8,30h às 12h e das 14h às 18h. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3289-5517, no endereço: Rua Capitão Montanha, 27, 6º andar, Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep_sms@sms.prefpoa.com.br, no horário de atendimento externo: das 8h até às 14h, sem intervalo.

Eu,, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e concordo em participar da mesma.

Declaro que também fui informado(a):

- Da garantia, a qualquer etapa do estudo, de receber esclarecimentos do pesquisador responsável, de qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo de qualquer natureza.
- Da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos da pesquisa.

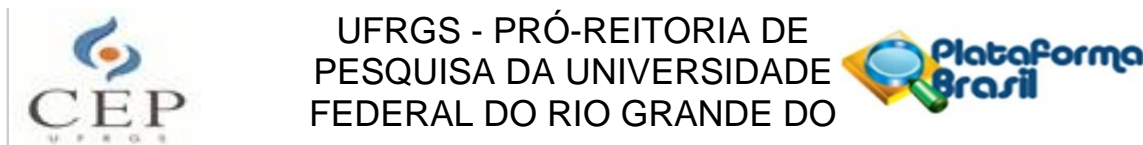
Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLEMENTACAO DO PLANEJAMENTO DO SISTEMA UNICO DE SAUDE (SUS) EM PORTO ALEGRE (RS)

Pesquisador: DANIEL DA SILVA LACERDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 95276618.7.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.007.440

Apresentação do Projeto:

A pesquisa trata de assunto atual, relevante do ponto de vista social e tem como objetivo “Analisar a influência das dinâmicas de poder sobre a implementação da política de saúde do município de Porto Alegre (RS) no transcurso da atual gestão municipal, especialmente no período 2018/1019”. A introdução apresenta o trabalho de forma clara, a escolha do tema é justificada e a problematização é consistente e sustenta a necessidade de desenvolvimento do estudo. A metodologia proposta está de acordo com o objetivo do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo primário “Analisar a influência das dinâmicas de poder sobre a implementação da política de saúde do município de Porto Alegre (RS) no transcurso da atual gestão municipal, especialmente no período 2018/1019” e como objetivos secundários “a) descrever como atores sociais específicos influenciam na implementação da política de saúde do município; b) analisar operações e meios estratégicos estabelecidos pelos referidos atores sociais na implementação da política de saúde; c) compreender como a variável estratégica tempo influencia na implementação da política de saúde municipal. Desta forma, o objetivo primário está condizente com a problematização do projeto, e os objetivos secundários têm aderência com o objetivo primário.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.007.440

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram descritos adequadamente assim como a forma de minimizá-los. Porém estas informações foram mencionadas de forma diferente da segunda versão encaminhada a este comitê. Em relação aos benefícios do estudo, salienta-se que o participante da pesquisa não terá benefício pessoal, mas contribuirá para qualificação do conhecimento na área o que, no futuro, pode auxiliar no processo de planejamento em saúde e, por conseguinte, melhorias ao acesso e serviços de saúde à população. Além disso o pesquisador cita também como benefício, que a pesquisa contribua com reflexões sobre a implementação do planejamento em saúde no município de Porto Alegre. Não está descrito como os participantes obterão o retorno dos resultados, porém, entende-se que este retorno ocorrerá de uma forma coletiva com a divulgação dos resultados do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente e de interesse científico e trará informações importantes para a sociedade, pois trata de analisar a influência das dinâmicas de poder sobre a implementação da política de saúde do município de Porto Alegre (RS) no transcurso da atual gestão municipal, especialmente no período 2018/1019. A pesquisa terá abordagem qualitativa e consistirá em um estudo de caso buscando analisar e descrever as percepções a respeito da situação em questão permitindo gerar conhecimento a partir dos depoimentos dos atores sociais envolvidos. A amostra será selecionada por conveniência e está bem definida (gestores da SMS, trabalhadores da SMS e membros do Conselho Municipal de Saúde), apresentando os critérios de recrutamento, inclusão e exclusão da mesma. O procedimento de coleta de dados está bem definido (entrevista semiestruturada) bem como o local onde ocorrerão as entrevistas. A análise dos dados é descrita detalhadamente. Apresenta orçamento adequado porém o cronograma está confuso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada.

TCLE adequado.

Projeto detalhado adequado.

Carta de anuência do Conselho Municipal de Saúde adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Inserir no projeto e no TCLE os riscos referentes ao estudo e como minimizá-los.



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 3.007.440

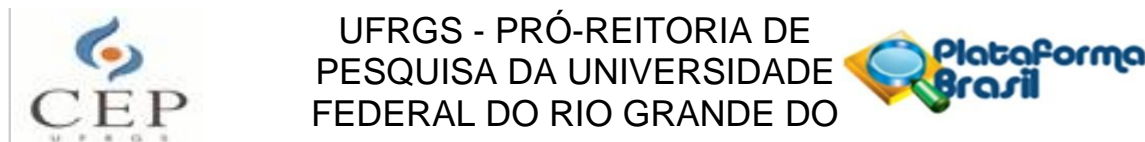
O pesquisador descreveu o seguinte na segunda versão enviada a este comitê:

“São vislumbrados dois riscos principais para o desenvolvimento da pesquisa, são eles: 1º) a disponibilidade de agenda dos entrevistados; e 2º) a manutenção do sigilo da identidade dos participantes durante toda a pesquisa. Quanto ao risco de disponibilidade de tempo disponível para concessão das entrevistas, para minimizá-lo, os convites deverão ser efetuados com antecedência, explicitando-se claramente seu objetivo e estimulando os convidados a participarem. Em caso de aceite, será combinado o local do encontro, bem como a previsão de início e término. As entrevistas semiestruturadas deverão ser bem planejadas, de acordo com o perfil do participante e em sintonia com os objetivos do projeto, bem como serem conduzidas com dinamismo, interesse e atenção por parte do pesquisador. Outro risco que se impõe é a manutenção do sigilo na identidade dos participantes durante toda as etapas da pesquisa. Para minimizar este risco evitar-se-ão comentários cotidianos, no ambiente profissional, fora dos propósitos da pesquisa ou antecipando conclusões. O pesquisador terá o cuidado para não facilitar associações diretas entre a fala do participante e sua representação profissional, associativa ou assento ocupado no Conselho Municipal de Saúde. Por ocasião da divulgação dos resultados o anonimato será preservado por meio da atribuição de nomes fictícios aos participantes, como, por exemplo, Entrevistado 1, Entrevistado 2, etc. e utilizando-se o artigo no gênero masculino”.

O descrito acima foi inserido no capítulo 5.7 Considerações Éticas porém havia apenas a necessidade de incluir a mesma fala no TCLE, o que foi considerada uma pendência anteriormente.

No entanto, nesta terceira versão, o pesquisador incluiu no projeto e TCLE a seguinte descrição: “Como ocorre com a maioria das investigações em estudos organizacionais, o tema tratado é sensível por abordar dinâmicas internas de disputas que podem expor indivíduos se não forem tratadas com o devido cuidado. Os pesquisadores envolvidos na pesquisa se dedicarão com máximo afinco na ocultação de nomes e preservação de informações. Resta ao participante o possível desconforto de falar sobre esses tópicos, e portanto terão total liberdade para não fazê-lo sempre que manifestarem essa intenção, sem necessidade de justificá-la”. Ou seja, o pesquisador incluiu no projeto e no TCLE, uma descrição diferente daquela aprovada anteriormente.

Pendência atendida.



Continuação do Parecer: 3.007.440

2- Como sugestão devolver as entrevistas para o participante da pesquisa. Este procedimento é necessário para o pesquisado verificar se não contem na sua "fala" dados que possam comprometer o sigilo.

O pesquisador afirmou que será oferecida ao participante uma cópia transcrita da entrevista, antes da conclusão da pesquisa, àqueles que assim o desejarem, a fim de verificar se não contém na sua "fala" dados que possam comprometer o sigilo (foi inserido no projeto e TCLE).

Pendência atendida.

3. O cronograma deve ser alterado prevendo a coleta de dados para após a aprovação deste Comitê.

Pendência atendida . O cronograma foi alterado. O cronograma ora aprovado refere-se ao descrito na Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1176977.pdf	08/10/2018 21:33:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisado.pdf	08/10/2018 21:32:57	DANIEL DOURADO RAMOS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_resposta.pdf	08/10/2018 21:32:35	DANIEL DOURADO RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/10/2018 21:31:51	DANIEL DOURADO RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo.pdf	18/09/2018 09:00:56	DANIEL DA SILVA LACERDA	Aceito
Declaração de Instituição e	AutorizacaoCoord.pdf	18/09/2018 09:00:10	DANIEL DA SILVA LACERDA	Aceito



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 3.007.440

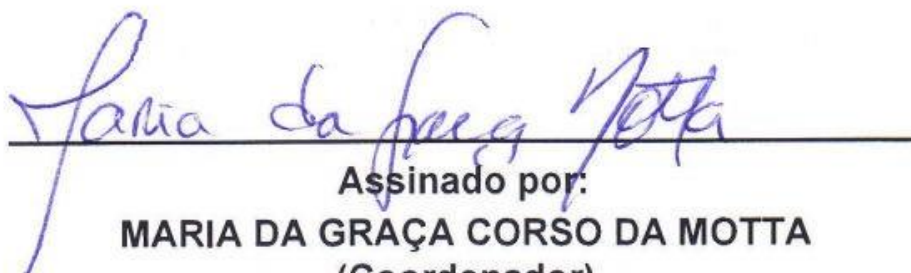
Infraestrutura	AutorizacaoCoord.pdf	18/09/2018 09:00:10	DANIEL DA SILVA LACERDA	Aceito
Folha de Rosto	Assinada.pdf	06/08/2018 11:46:47	DANIEL DA SILVA LACERDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação d

Não


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – SMS/PMPA



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM PORTO ALEGRE (RS)

Pesquisador: DANIEL DA SILVA LACERDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95276618.7.3001.5338

Instituição Proponente: SMSPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.040.470

Apresentação do Projeto:

A Proposta do estudo analisa as dinâmicas de poder estabelecidas na implementação da Política de Saúde no município de Porto Alegre (RS), no período 2018/2019, especialmente através das lentes teóricas de Carlos Matus e de Mario Testa. **INTRODUÇÃO:** Em 05 de outubro de 1988, a Constituição Federal definiu saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 83). Estavam lançadas as bases normativas do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, passados 30 anos de sua organização inicial e, apesar de 70% da população brasileira ter os seus serviços como única referência (BRASIL, 2015a), o SUS sofre dificuldades em sua manutenção, especialmente no que tange a sua gestão e seu financiamento. Para que o direito à saúde se efetive, a política pública precisa ser explícita em forma de programas, projetos e ações consistentes e, assim, por meio de planejamento, gestão adequada e financiamento suficiente, concretizar as transformações sociais que passam pela área da Saúde. Como tratado por Vieira (2009), os desafios à implementação do planejamento no SUS passam pela integração entre os instrumentos de planejamento e gestão o que, na sua visão, possibilitaria a adequada correspondência entre metas e orçamento; pela ascendência dos diagnósticos situacionais e planos de saúde dos municípios, até o nível federal, visando à articulação dos entes federativos na política de saúde; e pela efetiva participação social por meio do acompanhamento e da fiscalização dos atos governamentais pelos conselhos de saúde. A experiência profissional como administrador do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS-SMS/PMPA sugere

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSA



Continuação do Parecer: 3.040.470

que, para além do sub-financiamento da política de saúde e da existência de disfunções burocráticas, as disputas e os conflitos influenciam fortemente na implementação da política de saúde. Os diferentes atores sociais (agindo individualmente ou em grupo) lançam mão de meios estratégicos para dar viabilidade política ao seu plano. Os meios estratégicos envolvem operações viáveis (que não têm motivação de rejeição, ou seja, quando há consenso) ou operações conflitivas que são aquelas que envolvem pressão de apoio e o uso da força. A força pode ser compreendida aqui, preliminarmente, como sinônimo de poder, ou seja, é tudo que um ator pode usar contra o outro em uma situação de conflito, ou ainda, para cooperar com o outro em um jogo concreto (MATUS, 2005). Portanto, por meio de um estudo de caso de abordagem qualitativa pretende-se desvelar os elementos envolvidos nesta temática. HIPÓTESE: As disputas ocorrem entre diversos atores sociais que participam do “jogo social” (MATUS, 2005) da Saúde, cujas forças se exercem ora de forma explícita e manifesta, mas por vezes se dão de forma difusa, oculta ou obscura. Neste sentido, algumas questões a serem levantadas são: estariam estas intensas disputas e conflitos contribuindo para a autofagia do sistema de saúde? Ou fazem parte de um processo necessário de resistência para a sobrevivência do SUS? De que forma estarão as disputas que ocorrem no cenário do SUS municipal influenciando na implementação da política pública de saúde? METODOLOGIA: Esta pesquisa terá abordagem qualitativa atribuindo importância à descrição dos fenômenos, dos elementos, aos depoimentos dos atores sociais, aos discursos, aos significados e aos contextos (VIEIRA, 2006). Foram identificados, preliminarmente, gestores da SMS, trabalhadores da SMS e membros do Conselho Municipal de Saúde como os sujeitos potenciais da pesquisa. As técnicas para geração de dados serão as entrevistas semiestruturadas, a coleta de documentos e a participação em reuniões. A combinação de diferentes técnicas como entrevistas, coleta de documentos e observação apresenta grande potência para a interpretação e desvelamento de fenômenos sociais complexos. Esse processo também é conhecido como triangulação de dados (FLICK, 2009). As coletas de informações serão realizadas com a participação de uma amostragem de 15 pessoas, sendo 5 pelo segmento de gestão, 5 pelos membros do Conselho Municipal de Saúde e os outros 5 outros atores envolvidos no processo. A amostra será selecionada por conveniência e os atores sociais serão convidados a participar da pesquisa a partir de convite via telefone, e-mail ou pessoalmente. Serão incluídos na lista de possíveis participantes aqueles atores sociais com destacada participação (assiduidade, frequência, manifestações) plenárias do Conselho Municipal de Saúde, pois se entende que este fórum é uma arena fundamental na definição dos rumos da política de saúde de Porto Alegre. Serão excluídos da amostra todos aqueles atores que entendemos que não participam ativamente do jogo social da



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 3.040.470

implementação da política de saúde no município. As entrevistas poderão ser realizadas em diferentes locais, da preferência do entrevistado, desde que resguardadas as condições de silêncio e privacidade e conforme entendimento mútuo entre pesquisador e entrevistado. Alguns dos possíveis locais para a realização das entrevistas são a sala de reuniões do Conselho Municipal e o local de trabalho do entrevistado. Os documentos, a seu turno, são fontes de dados muito utilizadas em pesquisas na área da Administração. Planos, relatórios, leis, estrutura organizacional, declarações sobre a missão institucional constituem material com informações explícitas sobre as intenções e realizações da organização em estudo (ROESCH, 2010). de Saúde e o local de trabalho do entrevistado. Os instrumentos de gestão governamental que serão consultados são o Plano Plurianual (PPA) 2018-2021 que estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para o período dos próximos quatro anos; as Leis Orçamentárias (LDO) de 2018 e 201920 que compreendem as metas e prioridades da administração pública orientando a elaboração da Lei Orçamentária Anual; as Leis Orçamentárias Anuais (LOA) de 2018 e 201921 pois essas leis preveem a receita e fixam as despesas (neste caso as em saúde) para os exercícios referidos (BRASIL,1988).Os instrumentos de planejamento do SUS que serão consultados são o Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 (PMS 2018-2021), que conforme já mencionado, prevê em seu escopo 11 diretrizes, 28 objetivos e 65 metas; as Programações Anuais em Saúde (PAS 2018 e 2019) as quais desdobram o PMS em metas e ações por ano; e os Relatórios de Gestão que representam a prestação de contas da gestão, devendo ser divulgados em audiência pública na Casa Legislativa, bem como avaliados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS DA PESQUISA:

PRIMÁRIO:

O escopo deste projeto é analisar a influência das dinâmicas de poder sobre a implementação da política de saúde do município de Porto Alegre (RS) no transcurso da atual gestão municipal, especialmente no período 2018/2019. O trabalho terá como campo de estudos central a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (SMS/PMPA), uma vez que a instituição é o órgão responsável pela política de saúde no âmbito do município. A partir do aprofundamento na análise das dinâmicas estabelecidas, bem como da organização dos achados de forma sistematizada, será possível qualificar a prática profissional, enquanto trabalhador da saúde, bem como a experiência poderá ser útil a trabalhadores em situações semelhantes ou pesquisadores com interesse nos temas.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 3.040.470

SECUNDÁRIOS:

- a) descrever como atores sociais específicos influenciam na implementação da política de saúde do município;
- b) analisar operações e meios estratégicos estabelecidos pelos referidos atores sociais na implementação da política de saúde;
- c) compreender como a variável estratégica tempo influencia na implementação da política de saúde municipal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores do estudo:

RISCOS:

Como ocorre com a maioria das investigações em estudos organizacionais, o tema tratado é sensível por abordar dinâmicas internas de disputas que podem expor indivíduos se não forem tratadas com o devido cuidado. Os pesquisadores envolvidos na pesquisa se dedicarão com máximo afincamento na ocultação de nomes e preservação de informações. Resta ao participante o possível desconforto de falar sobre esses tópicos, e, portanto terão total liberdade para não fazê-lo sempre que manifestarem essa intenção, sem necessidade de justificá-la. São vislumbrados dois riscos principais para o desenvolvimento da pesquisa, são eles: 1º) a disponibilidade de agenda dos entrevistados; e 2º) a manutenção do sigilo da identidade dos participantes durante toda a pesquisa. Quanto ao risco de disponibilidade de tempo disponível para concessão das entrevistas, para minimizá-lo, os convites deverão ser efetuados com antecedência, explicitando-se claramente seu objetivo e estimulando os convidados a participarem. Em caso de aceite, será combinado o local do encontro, bem como a previsão de início e término. As entrevistas semiestruturadas deverão ser bem planejadas, de acordo com o perfil do participante e em sintonia com os objetivos do projeto, bem como serem conduzidas com dinamismo, interesse e atenção por parte do pesquisador. Outro risco que se impõe é a manutenção do sigilo na identidade dos participantes durante todas as etapas da pesquisa. Para minimizar este risco se evitará comentários cotidianos, no ambiente profissional, fora dos propósitos da pesquisa ou antecipando conclusões.

BENEFÍCIOS:

As técnicas utilizadas neste estudo serão a análise de conteúdo das entrevistas, dos



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 3.040.470

documentos e o do material coletado a partir das observações. A análise de conteúdo das entrevistas fornece um material rico e complexo. Para Bardin (2011, p. 48), a análise de conteúdo pode ser definida da seguinte forma: Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. A análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos científicos (MINAYO, 2010). Para tanto, as entrevistas serão transcritas e analisadas interpretativamente à luz da revisão da literatura e com o apoio de softwares (NVIVO ou ATLAS TI).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É importante ressaltar que estamos convivendo com uma história de construção muito recente no Sistema Único de Saúde (SUS) e as estratégias de Planejamento e Gestão são grandes desafios já relativamente explorados entretanto com aplicações nas Redes de Serviços em Saúde ainda incipientes. Desta forma esta proposta de Trabalho e seus futuros resultados vem a contribuir para o estímulo e aperfeiçoamento das ferramentas de gestão já disponibilizadas, como o Plano Municipal de Saúde, dentro de um o processo permanente de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquisador responsável: DANIEL DA SILVA LACERDA

Assistente de pesquisa: DANIEL DOURADO RAMOS

1. Nível da pesquisa: mestrado

2. Instituição: UFRGS

3. Curso: administração

4. Local de realização do estudo: CMS

5. Duração do estudo: 6 meses

6. TCLE: sim

7. Número de sujeitos da pesquisa: 15

8. Data prevista para conclusão do estudo: 28/02/2019

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Mestrado em Administração, do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS;
- Professor Orientador Dr. Daniel da Silva Lacerda.
- Termo de Ciência e Autorização do Conselho Municipal de Saúde/POA/Maria Letícia de Oliveira



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 3.040.470

Garcia, Coordenadora, em 09.07.2018.

- Termo de Compromisso de Divulgação de Dados do Pesquisador Daniel Dourado Ramos. Referencia a Resolução 466/2012/CNS/CONEP em 09.07.2018.
- Projeto de Pesquisa dá entrada para avaliação na PROPESQ/UFRGS em 7.08.2018.
- Folha de Rosto com a assinatura do Vice Pró-Reitor de Pesquisa Bruno Cassel Neto.
- O Orçamento é apresentado de forma mais minuciosa no Projeto Detalhado, sendo financiado pelo próprio Mestrando.
- Em anexo ao Projeto Detalhado o Apêndice A, com Roteiro de Entrevistas, com 14 questionamentos.
- Em anexo ao Projeto Detalhado o Apêndice B, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluimos pela Aprovação da Proposta de Projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisado.pdf	08/10/2018 21:32:57	DANIEL DOURADO RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/10/2018 21:31:51	DANIEL DOURADO RAMOS	Aceito

Situação do Parecer: