

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

Eduardo Woltmann

**Paradoxo da Inovação em Serviços Públicos Contratualizados:
Um estudo de caso sobre inovação nos serviços de Atenção Primária à Saúde
com gestão contratualizada de Porto Alegre**

Porto Alegre

2024

Eduardo Woltmann

**Paradoxo da Inovação em Serviços Públicos Contratualizados:
Um estudo de caso sobre inovação nos serviços de Atenção Primária à Saúde
com gestão contratualizada de Porto Alegre**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração. Área de concentração: Estudos Organizacionais.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Dias Lopes

Porto Alegre

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Rogério Faé

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Coordenadora: Profa. Dra. Aurora Carneiro Zen

Coordenadora Substituta: Profa. Dra. Daniela Callegaro

CIP - Catalogação na Publicação

Woltmann, Eduardo

Paradoxo da Inovação em Serviços Públicos Contratualizados:
Um estudo de caso sobre inovação nos serviços de Atenção
Primária à Saúde com gestão contratualizada de Porto Alegre /
Eduardo Woltmann. -- 2024.

268 f.

Orientador: Fernando Dias Lopes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em
Administração, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Estudos Organizacionais. 2. Gestão de Ciência, Tecnologia
e Inovação em Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Nova Administração
Pública. 5. Contratualização. I. Dias Lopes, Fernando, orient.
II. Título.

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

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: ea@ufrgs.br

Eduardo Woltmann

**Paradoxo da Inovação em Serviços Públicos Contratualizados:
Um estudo de caso sobre inovação nos serviços de Atenção Primária à Saúde
com gestão contratualizada de Porto Alegre**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração. Área de concentração: Estudos Organizacionais.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Ronaldo Bordin (Examinador)
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Davide Carbonai (Examinador)
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Roger dos Santos Rosa (Examinador)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Fernando Dias Lopes (Orientador)
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Marília Guimarães Rathmann por ser uma grande companheira durante esta jornada. Obrigado por todo cuidado, incentivo e, principalmente, paciência em todos os momentos.

Ao professor Dr. Fernando Dias Lopes, meu orientador. Obrigado pela orientação durante o curso de mestrado e pelas orientações e sugestões que enriqueceram esta pesquisa.

Aos trabalhadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), operários, técnicos e docentes, servidores concursados, contratados, temporários, bolsistas, estagiários e terceirizados, especialmente àqueles da Escola de Administração (EA), da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID), dos Restaurantes Universitários (RU 1 - Centro, RU 3 - Campus do Vale e RU 4 - ESEFID) e das Bibliotecas da Administração, da Enfermagem e das Ciências Sociais e Humanidades, que, apesar de todas as dificuldades, produzem diariamente estes espaços coletivos de ensino e que foram essenciais durante esta minha passagem pela Universidade.

A todas e todos camaradas que constroem e compartilham espaços coletivos de organização, apoio mútuo, estudo, resistência e luta nesta sociedade orientada pela individualidade, competição e exclusão. Estes espaços são imprescindíveis e foram fundamentais para minha formação.

“A linguagem tecnocrática emprega o termo *inovação* em lugar de *mudança*. Sucodem-se revoluções organizacionais que nada mudam, revoluções filosóficas que são revoluções filológicas”

Tragtenberg (2005, p. 54)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar de que forma a gestão da inovação em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é impactada pelo modelo de gestão contratualizada entre Administração Pública (AP) e organizações privadas, nos moldes do gerencialismo e da Nova Administração Pública (NAP). Utilizando o materialismo histórico dialético como episteme orientadora, foi realizado um estudo de caso sobre a gestão da inovação nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre que são gerenciados por Organizações da Sociedade Civil (OSC) mediante Termos de Colaboração. A partir de pesquisa documental, foram identificadas as reformas ocorridas no modelo de gestão do SUS, relacionando-as com o avanço do gerencialismo na Administração Pública brasileira, bem como seu impacto no avanço do modelo de gestão contratualizada nos serviços de APS. Após, a partir de pesquisa documental e de levantamento de dados, foi descrito o modelo de gestão da inovação no SUS e na APS. Em seguida, a partir de uma pesquisa documental histórica descritiva, foi delineado como ocorreu o processo de contratualização da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre. Por último, foi realizada uma análise de conteúdo, com utilização do aplicativo NVivo, dos Planos de Trabalho dos Termos de Colaboração firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e as OSC que gerenciam tais serviços, a fim de identificar qual o modelo de gestão da inovação em saúde implementado nestes serviços. A análise histórica do avanço do modelo de gestão contratualizada na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil revelou uma dinâmica complexa, permeada por influências ideológicas, transformações institucionais e desafios intrínsecos à gestão em saúde sob relações capitalistas de produção. A análise do modelo de gestão da inovação adotado pelas OSC nos serviços de APS contratualizados de Porto Alegre revelou uma abordagem pouco empreendedora por parte das organizações privadas que gerenciam estes serviços públicos. As propostas das OSC destacam mudanças incrementais, sem investimento significativo em pesquisa e desenvolvimento e pouco interesse em promover a inovação nos serviços que administram. Dessa forma, os resultados do estudo demonstram que, nos serviços de APS contratualizados, as funções administrativas de gestão da inovação continuam sob responsabilidade do Estado, tornando a gestão em saúde pública mais complexa e burocratizada, o que contradiz as propostas gerencialistas.

Palavras-chave: Estudos Organizacionais; Nova Administração Pública; Gestão em Saúde; Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Contratualização.

**Innovation Paradox in Contracted Public Services:
A case study on innovation in Primary Health Care services
with contractual management in Porto Alegre**

ABSTRACT

This study aimed to analyze how the innovation management in health of the Unified Health System (SUS) is impacted by the contracted management model between Public Administration (PA) and private organizations, in the molds of managerialism and New Public Management (NPM). Using dialectical historical materialism as the guiding episteme, a case study was conducted on the innovation management in Primary Health Care (PHC) services in Porto Alegre, which are managed by Civil Society Organizations (CSOs) through Collaboration Agreements. From documentary research, the reforms that occurred in the SUS management model were identified, linking them with the advancement of managerialism in Brazilian Public Administration, as well as its impact on the advancement of the contracted management model in PHC services. Afterwards, from documentary research and data collection, the innovation management model in SUS and in PHC was described. Then, from a descriptive historical documentary research, it was outlined how the contracting process of Primary Health Care in Porto Alegre occurred. Lastly, a content analysis was performed, using the NVivo application, of the Work Plans of the Collaboration Agreements signed between the Municipal Health Secretariat of Porto Alegre and the CSOs managing such services, in order to identify which health innovation management model was implemented in these services. The historical analysis of the advancement of the contracted management model in Primary Health Care (PHC) in Brazil revealed a complex dynamic, permeated by ideological influences, institutional transformations, and intrinsic challenges to health management under capitalist production relations. The analysis of the innovation management model adopted by the CSOs in the contracted PHC services of Porto Alegre revealed a scarcely entrepreneurial approach by the private organizations managing these public services. The CSO proposals highlight incremental changes, without significant investment in research and development and little interest in promoting innovation in the services they manage. Thus, the study's results demonstrate that, in the contracted PHC services, the administrative functions of innovation management remain under the responsibility of the State, making public health management more complex and bureaucratized, which contradicts managerialist proposals.

Keywords: Organizational Studies; New Public Management; Health Management; Management of Science, Technology, and Innovation in Health; Contractualization.

**Paradoja de la Innovación en Servicios Públicos Contratados:
Un estudio de caso sobre innovación en los servicios de Atención Primaria de Salud con
gestión contractualizada en Porto Alegre**

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar cómo la gestión de la innovación en salud del Sistema Único de Salud (SUS) es impactada por el modelo de gestión contractual entre la Administración Pública (AP) y organizaciones privadas, bajo los moldes del gerencialismo y la Nueva Gestión Pública (NGP). Utilizando el materialismo histórico dialéctico como episteme guía, se realizó un estudio de caso sobre la gestión de la innovación en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) de Porto Alegre, los cuales son gestionados por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) mediante Términos de Colaboración. A partir de investigación documental, se identificaron las reformas ocurridas en el modelo de gestión del SUS, relacionándolas con el avance del gerencialismo en la Administración Pública brasileña, así como su impacto en el avance del modelo de gestión contractual en los servicios de APS. Luego, a partir de investigación documental y recopilación de datos, se describió el modelo de gestión de la innovación en el SUS y en la APS. A continuación, mediante una investigación documental histórica descriptiva, se delineó cómo ocurrió el proceso de contractualización de la Atención Primaria de Salud en Porto Alegre. Por último, se realizó un análisis de contenido, utilizando la aplicación NVivo, de los Planes de Trabajo de los Términos de Colaboración firmados entre la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre y las OSC que gestionan dichos servicios, con el fin de identificar cuál es el modelo de gestión de la innovación en salud implementado en estos servicios. El análisis histórico del avance del modelo de gestión contractual en la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil reveló una dinámica compleja, permeada por influencias ideológicas, transformaciones institucionales y desafíos intrínsecos a la gestión en salud bajo relaciones de producción capitalistas. El análisis del modelo de gestión de la innovación adoptado por las OSC en los servicios de APS contractualizados de Porto Alegre reveló un enfoque poco emprendedor por parte de las organizaciones privadas que gestionan estos servicios públicos. Las propuestas de las OSC destacan cambios incrementales, sin inversión significativa en investigación y desarrollo y poco interés en promover la innovación en los servicios que administran. De esta manera, los resultados del estudio demuestran que, en los servicios de APS contractualizados, las funciones administrativas de gestión de la innovación continúan bajo la responsabilidad del Estado, haciendo la gestión en salud pública más compleja y burocratizada, lo que contradice las propuestas gerencialistas.

Palabras clave: Estudios Organizacionales; Nueva Gestión Pública; Gestión en Salud; Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud; Contractualización.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Matriz de classificação da inovação “Impacto x Novidade da Tecnologia”	92
Figura 2 - Os elementos da inovação de ruptura	133
Figura 3 - Elementos de um modelo de gestão.....	138
Figura 4 - O efeito cascata da ruptura na assistência à saúde.....	142
Figura 5 - Funções Administrativas da Gestão da Inovação em Saúde envolvidas no desenvolvimento, adoção e difusão de Capacitadores Tecnológicos em Saúde	145
Figura 6 - Potenciais integradores de uma rede de valor de ruptura no setor de assistência à saúde	155
Figura 7 - Proposição de Valor do SUS	170
Figura 8 – Sistema Nacional de Saúde brasileiro	173
Figura 9 - Recursos Financeiros do SUS.....	176
Figura 10 - Modelo da pirâmide de níveis de atenção à saúde do SUS	177
Figura 11 - Seis Blocos de Financiamento do SUS (Portaria 204/2007)	184
Figura 12 - Diagrama básico de uma Rede Atenção à Saúde.....	185
Figura 13 - Dois Blocos de Financiamento (Portaria 3.992/2017).....	188
Figura 14 - Gráfico da composição percentual do gasto público em ASPS, por esfera de gestão do SUS, de 2001 a 2021	203
Figura 15 - Mudança da estrutura de organização do SUS do modelo hierárquico de pirâmide para o modelo de poliárquico de Rede de Atenção em Saúde	206
Figura 16 - Mudança na estrutura de repasses de recursos financeiros do SUS da Portaria 204/2007 para Portaria 3.992/2017	208
Figura 17 - Organograma resumido de áreas do Ministério da Saúde envolvidas na Gestão da Inovação em Saúde.....	211
Figura 18 - Nuvem de palavras mais frequentes nos Planos de Trabalho.....	224

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Teorias Organizacionais clássicas do capitalismo	46
Quadro 2 - Mudanças na estrutura econômica-política e as reformas do Estado no Brasil capitalista.....	73
Quadro 3 - Tipos de inovações em processos de negócios.....	88
Quadro 4 - Classificação das indústrias manufatureiras em categorias com base nas intensidades de P&D	90
Quadro 5 - Principais tipologias da inovação utilizadas em <i>innovation studies</i>	93
Quadro 6 - Modelos teóricos do processo de inovação	94
Quadro 7 - Principais elementos que influenciam a disseminação de uma inovação	97
Quadro 8 - Atribuições da Gestão da Inovação	103
Quadro 9 - Modelos de Gestão da Inovação de perspectiva sistêmica.....	107
Quadro 10 - Tipologia quádrupla dos serviços.....	112
Quadro 11 - Tipos de serviços em organizações saúde	114
Quadro 12 - Sistemas Nacionais de Saúde: diferenças de modelo, acesso, cobertura e financiamento	123
Quadro 13 - Abordagens sobre saúde no capitalismo e as políticas públicas em saúde	129
Quadro 14 - Uma Agenda de Reformas do SUS	136
Quadro 15 - Modelos de gestão de ruptura em saúde.....	140
Quadro 16 - Capacitadores Tecnológicos em Saúde	144
Quadro 17 - Organizações envolvidas na Gestão do Conhecimento em Saúde.....	147
Quadro 18 - Funções Administrativas da Gestão da Inovação em Saúde	149
Quadro 19 - Relação de leis e normativas que modificaram o modelo de gestão do SUS, da CF-1988 até 2023	193
Quadro 20 - Ciclos da APS no Brasil, de 1920 a 2024	197
Quadro 21 - Reformas de âmbito macro que se relacionam com a expansão da contratualização no SUS.....	200
Quadro 22 - Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil no ano de 2023	204
Quadro 23 - Incentivos para ações estratégicas do Previne Brasil	205
Quadro 24 - Termos de Colaboração de gestão de unidades de APS de Porto Alegre celebrados a partir do.....	221

Quadro 25 - Seis palavras mais frequentes nos Planos de Trabalho da APS contratualizada	223
Quadro 26 - Palavras do campo da Gestão da Inovação em Saúde mais frequentes nos Planos de Trabalho	223
Quadro 27 - Códigos e subcódigos criados no NVivo para análise de conteúdo dos Planos de Trabalho das OSC.....	225
Quadro 28 - Quantidade de trechos codificados a partir dos elementos da inovação de ruptura por OSC	225

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valor total de Recursos Orçamentários destinados pela União aprovados através de Emendas Parlamentares Federais por ano – 2015-2023	71
Tabela 2 – Valor gasto <i>per capita</i> com saúde e participação dos gastos com saúde no Produto Interno Bruto de países membros e não membros da OCDE no ano de 2020	121
Tabela 3 - Quantidade de Profissionais da Saúde, segundo categorias da CBO 2002, que Atendem no SUS ou não, por Natureza Jurídica, no período de dez/2023	175
Tabela 4 - Vinculações orçamentárias para ASPS, por ente federado, da EC 29/2000 à EC 95/2016	189
Tabela 5 - Distribuição de unidades de APS contratualizadas a partir do Edital de Credenciamento Público 01/2019 e da Dispensa de Chamamento Público de 18 de dezembro de 2019, por OSC	219

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AFPERGS	Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
AHMV	Associação Hospitalar Moinhos de Vento
AHVN	Associação Hospitalar Vila Nova
AP	Administração Pública
APP	Atenção Primária Prisional
APS	Atenção Primária à Saúde
APSREDES	Portal da Inovação na Gestão do SUS
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Cap.	Capítulo
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CC	Capital Constante
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPA	Comissão de Estudos e Projetos Administrativos
CF-1988	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CLAD	Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSB	Comissão de Simplificação Burocrática
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CS	Centro de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CTS	Capacitadores Tecnológicos em Saúde
CV	Capital Variável
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DESME	Departamento de Saúde Mental
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
EA	Escola de Administração
EAD/ENSP/FIOCRUZ	Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
EC	Emenda Constitucional
EO	Estudos Organizacionais
ERM	Enterprise risk management
ESEFID	Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
etc.	Et cetera
FAE	Fator de Apoio ao Estado
FAURGS	Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FEM	Fator de Estímulo a Municipalização
FESP	Funções Essenciais de Saúde Pública
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FRIM	Fundo de Reserva de Investimento e Manutenção
FT	Força de Trabalho
GC	Gestão do Conhecimento
GCTI	Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação
GesPública	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GQT	Gestão da Qualidade Total
GTI	Gestão da Tecnologia e da Inovação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBSAÚDE	Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano
ICT	Instituto de Ciência e Tecnologia
IGS	Inovação na Gestão em Saúde
IMESF	Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPR	Instituto de Pesquisas Radioativas
IRS	Industrial Relations Systems
ISCMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
ISO	Organização Internacional de Normalização
ITA	Instituto Tecnológico da Aeronáutica
LC	Lei Complementar
LIS	Laboratórios de Inovação em Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LS	Lunar Society
M	Mercadoria
MAC	Média e Alta Complexidade
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MEEA	Matriz Epistemológica em Estudos em Administração
MEGP	Modelo de Excelência da Gestão Pública
MHD	Método Histórico Dialético
MP	Medida Provisória
MPF	Ministério Público Federal
MPOA	Município de Porto Alegre
MP-RS	Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul
MPS	Sociedade Mont Pèlerin
MPT	Ministério Público do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MV	Mais-Valor

MVR	Mais-Valor Relativo
N.	Número
NAP	Nova Administração Pública
NGP	Nova Gestão Pública
NHS	National Health Service
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NPM	New Public Management
NRF	Novo Regime Fiscal
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OCEE	Organização para a Cooperação Econômica Europeia
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSC	Organização da Sociedade Civil
OSICIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
p.	Página
PAB	Piso da Atenção Básica
PABJ	Pronto-Atendimento da Bom Jesus
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAHO	Pan American Health Organization
PALP	Pronto-Atendimento da Lomba do Pinheiro
PAS	Programação Anual de Saúde
PDP	Política de Desenvolvimento Produtivo
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDV	Plano de Demissão Voluntária
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PES	Planos Estaduais de Saúde
PETROBRAS	Petróleo Brasileiro S.A.

PGFB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PIB	Produto Interno Bruto
PITCE	Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PLP	Projeto de Lei Complementar
PLS	Projeto de Lei do Senado
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PMS	Planos Municipais de Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNBL	Plano Nacional de Banda Larga
PNCTS	Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSB	Programa Nacional de Saneamento Básico
PODC	Planejamento, Organização, Direção e Controle
PPA	Plano Plurianual
PPGA	Programa de Pós-Graduação em Administração
PPGS	Programa de Pós-Graduação em Sociologia
PPP	Parceria Público-Privada
PRNF	Programa de Redução de Filas
Prof.	Professor
Profa.	Professora
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCA	Repasse da Cobertura Ambulatorial
RCB	Receita Corrente Bruta
RCL	Receita Corrente Líquida
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RFID	Radio Frequency Identification
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SAI/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SECTICS	Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
Simpa	Sindicato dos Municipários de Porto Alegre
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SNI	Sistemas Nacionais de Inovação
SNS	Sistemas Nacionais de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SSDP	Sociedade Sulina Divina Providência
SUS	Sistema Único de Saúde
Tabela SUS	Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TC	Termo de Colaboração
TCU	Tribunal de Contas da União
TEE	Teoria Econômica Evolucionária
TGA	Teoria Geral da Administração
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TO	Teoria Organizacional
TPP	Tecnológica de Produto e Processo
TQM	Total Quality Management
UBEA-PUCRS	União Brasileira de Educação e Assistência - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
UERGS	Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAP	Value-Adding Process
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1.	Paradoxo da inovação em serviços públicos contratualizados	23
1.2.	Tema, problema e objetivo de pesquisa	30
1.3.	Episteme, método científico e objeto de estudo	31
1.4.	Estrutura e formato do texto	33
	PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO	34
2	CAPITALISMO, INOVAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL...36	
2.1.	Inovação e Mais-Valor.....	36
2.2.	Produtividade e a Teoria Geral da Administração.....	40
2.3.	Dominação e a burocracia do Estado burguês.....	48
2.4.	Racionalização e Administração Pública.....	50
2.5.	Neoliberalismo, gerencialismo e Nova Administração Pública	55
2.6.	Reformas do Estado no Brasil capitalista.....	59
2.7.	Administração Pública gerencial brasileira	65
2.8.	Conclusão do capítulo.....	76
3	ESTUDOS DE INOVAÇÃO	80
3.1.	Inovação e desenvolvimento econômico.....	81
3.2.	Tipologias da inovação	86
3.3.	Modelos do processo de inovação	93
3.4.	Adoção e difusão da inovação	95
3.5.	Agente e atores da inovação	97
3.6.	Gestão da inovação: atribuições e modelos	102
3.7.	Conclusão do capítulo.....	108
4	INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	111
4.1.	A mercadoria serviços de saúde	112
4.2.	Sistemas Nacionais de Saúde	117
4.3.	As políticas públicas de saúde.....	124
4.4.	Gestão da inovação em saúde	130
4.5.	Inovação de ruptura em serviços saúde.....	133
4.5.1	Modelo de gestão de ruptura em saúde	134
4.5.2	Tecnologias disruptivas em saúde	142
4.5.3	Redes para inovação de ruptura em saúde.....	150
4.6.	Conclusão do capítulo.....	157

PARTE II – ESTUDO DE CASO	163
5 DAS REFORMAS NO MODELO DE GESTÃO DO SUS AO MODELO DE	
CONTRATUALIZAÇÃO DA APS	166
5.1. Procedimentos Metodológicos	166
5.2. Modelo de gestão do SUS	167
5.3. Reformas no modelo de gestão do SUS.....	178
5.4. Modelos de gestão da APS.....	195
5.5. As reformas que aceleraram a contratualização na APS.....	199
5.6. Conclusão do capítulo.....	205
6 GESTÃO DA INOVAÇÃO NA APS CONTRATUALIZADA	209
6.1. Procedimentos Metodológicos	209
6.2. Gestão da inovação em saúde no SUS e na APS	209
6.3. A contratualização de gestão da APS de Porto Alegre.....	215
6.4. Gestão da inovação nos serviços de APS contratualizados	220
6.4.1 Modelo de gestão inovador.....	226
6.4.2 Capacitadores Tecnológicos em Saúde	229
6.4.3 Rede para inovação de ruptura	230
6.4.4 Gestão de recursos FRIM e Emenda	232
6.5. Conclusão do capítulo.....	232
7 CONCLUSÃO	234
REFERÊNCIAS	239
BASES DE DADOS E BIBLIOTECAS UTILIZADAS.....	268

1 INTRODUÇÃO

A administração de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) sempre foi desafiadora em seus mais diversos aspectos, por todo o mundo. Isso ocorre em razão das peculiaridades em torno da produção de serviços públicos e da produção de cuidados em saúde, os quais envolvem questões históricas, político-econômicas, culturais e geográficas. Fatores como a carência de recursos financeiros da classe trabalhadora para acessar serviços de saúde privados, o interesse dos governos em manter um nível mínimo de condições de saúde da população de seus países a fim de manter a coesão social, o interesse da classe capitalista no nível de saúde da classe trabalhadora enquanto fator de produção determinante para a reprodução e desenvolvimento do capital (Castro; Pelegrini; Winkler, 2015) e as características próprias do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 2017) são determinantes para a organização de ASPS. Além disto, o avanço do neoliberalismo e do gerencialismo tornam a administração dos serviços públicos mais complexa a cada década, exigindo maior preparo dos administradores de sistemas e dos serviços de saúde.

No Brasil, a complexidade da administração de ASPS é agravada por fatores locais, dos quais se destacam quatro. O primeiro é o caráter de resposta social pelo qual está orientado, na prática, a atenção à saúde no país (Paim, 2006a, p. 11), que está intimamente ligado ao processo de institucionalização da atenção à saúde pelo Estado no Sistema Único de Saúde (SUS). Através do aparelho do Estado brasileiro, a classe dominante organiza e dirige todo um conjunto de atores individuais e coletivos da área de saúde, desde o setor de serviços até o setor de produção industrial de insumos e de equipamentos para saúde, através de políticas públicas orientadas pelo modelo organizacional capitalista gerencial.

O segundo está relacionado às características próprias dos condicionantes de saúde da população brasileira, perpassando desde questões geográficas, climáticas, socioculturais e condições e modo de vida que formam o perfil epidemiológico da população “que [...] se expressa em necessidades (sofrimento, doença, agravos, riscos, vulnerabilidade ou ideais de saúde)” (Paim, 2006a, p. 11). Tais necessidades exigem ações e serviços de saúde específicos em cada região. Duas características desse perfil epidemiológico que têm se destacado nas últimas décadas são a queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, que aumentam a média de idade da população. De acordo com as Tábuas Completas de Mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida projetada no Brasil era de 45 anos de idade, em 1940, e chegaria aos 76,6 anos, em 2019 (IBGE, 2020).

Apesar da mortalidade de crianças, de idosos e das morbidades que atingiram a população brasileira ao longo da pandemia de Covid-19, o Censo Demográfico 2022 (IBGE, 2022) demonstra que o número de pessoas com mais de 65 anos cresceu de 9,9 para 22,2 milhões de pessoas entre os anos de 2000 e 2022, representando 10,9% da população. Além disto, outro indicador do envelhecimento da população se relaciona com a diminuição do número de filhos nas famílias. O grupo populacional de maior proporção, que em 1990 eram as crianças de até 14 anos de idade, passou a ser as pessoas na faixa etária de 35 a 44 anos, em que a idade mediana no Brasil passou de 29 anos em 2010 para 35 anos em 2022. Essa população, mais envelhecida, passa a demandar por uma maior quantidade de cuidados em saúde, de maior complexidade e com maior frequência de acesso.

O terceiro fator que contribui para a complexidade da administração de ASPS no Brasil, consiste no crescimento dos custos de serviços em saúde. Esse crescimento ocorre, por todo o mundo. Um dos motivos é o aumento da expectativa de vida que acrescenta o número absoluto da população, bem como exige diferentes tipos de atendimento em saúde. Outro motivo são os avanços tecnológicos que aumentam as opções de cuidado e de recuperação em saúde, porém custam mais. O aumento dos custos também ocorre como reflexo das condições inerentes do próprio sistema capitalista, como aumento de preços e inflação, sendo que no Brasil a financeirização da economia impulsiona esses processos. Além disso, “como um serviço, a atenção à saúde situa-se no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado” (Paim, 2006a, p. 12), de forma que os custos na área de saúde no Brasil aumentam como consequência da baixa produção industrial brasileira, que pode ser observado pelo Déficit da Balança Comercial da Saúde (Gadelha; Temporão, 2018), que perdura a mais de duas décadas, e da inflação sobre insumos de saúde.

O quarto fator consiste no aumento da ocorrência de surtos, endemias e epidemias no país, como nos casos do sarampo, da malária, da febre amarela, das leishmanioses, da dengue e do Chikungunya, e também de pandemias, como da influenza H1N1 e do Covid-19, por exemplo. Questões como crescimento desorganizado das cidades e como infraestrutura ineficiente e inadequada de saneamento das cidades, que geram condições sanitárias insalubres à população mais pobre, contribuem diretamente com esses episódios. A ocorrência desses eventos modifica rapidamente as condições gerais de saúde da população, demandando aumento na disponibilidade de todo o tipo de serviço de saúde, desde a atenção de urgência, a atenção hospitalar, a vigilância sanitária, o controle e prevenção, o desenvolvimento e a aplicação de vacinas, os atendimentos de saúde mental, os cuidados domiciliares, a atenção

primária, a produção industrial de insumos e de equipamentos, até o desenvolvimento de pesquisas em saúde.

Neste cenário, o enfrentamento aos agravos de saúde da população e seus condicionantes exige constantes modificações organizacionais nos sistemas e nos serviços de saúde na busca de soluções. Em outras palavras, para que os serviços de saúde consigam manter-se capazes de enfrentar os problemas já existentes e também os novos desafios que virão é necessário que ocorram mudanças e melhorias nos processos de como são realizados, adicionando novos insumos, novas ferramentas ou novas técnicas, para obter um produto diferente do que tem sido alcançado, ou seja, é preciso inovar.

A adoção de inovações, a partir de melhorias técnicas e a implantação de novas tecnologias, pode melhorar a qualidade do atendimento, aumentar eficácia das intervenções, reduzir custos e ampliar o acesso aos serviços de saúde. No entanto, a inovação é um fenômeno social complexo, coletivo, não linear, que requer cooperação, para acesso a novos recursos, a novos conhecimentos, à informação e à *feedbacks*, ao mesmo tempo que pode produzir conflitos e resistências. Dessa forma, a organização se apresenta como um “requisito mínimo da inovação” (Malik, 2014, p. 117), seja a organização enquanto atividade, ou seja, o conjunto de procedimentos e de processos realizados para organizar os recursos disponíveis a fim de atingir determinado objetivo, seja a organização como instituição, ou seja, uma associação, uma empresa ou outra forma organizacional na qual são combinados os recursos disponíveis para atingir tal objetivo.

1.1. Paradoxo da inovação em serviços públicos contratualizados

O procedimento, de fazer algo de uma maneira que não era feita antes, de modificar o que é feito para que o resultado mude, modificando tanto a qualidade quanto a quantidade, consiste na ação de inovar (Inovar, 2020). Consequentemente, inovação é o produto da ação de inovar. A importância de inovar para obter diferentes quantidades e qualidades de produtos do trabalho, aumentando assim a produtividade do trabalho, não é recente. A domesticação de animais e a agricultura, seguidas do “aumento da produção em todos os ramos - pecuária, agricultura, manufatura doméstica - conferiu à força de trabalho humana a capacidade de gerar uma produção maior do que o exigido para o seu sustento” (Engels, 2019, p. 203), possibilitando intercâmbios ocasionais de produtos.

No modo de produção antigo, a produtividade do trabalho estava vinculada ao aumento da quantidade de força de trabalho disponível, que era obtida através da guerra, em que “os

prisioneiros eram convertidos em escravos” (Engels, 2019, p. 203). Como consequência, “nasceu a primeira grande divisão da sociedade em duas classes: senhores e escravos, espoliadores e espoliados” (Engels, 2019, p. 203). A mesma lógica, de aumento da produção mediante aumento da quantidade de força de trabalho disponível, também ocorreu nos modos de produção asiático, feudal e escravista. Todos esses “antigos organismos sociais de produção são extraordinariamente mais simples e transparentes que o organismo burguês” (Marx, 2017, p. 154) em que “a transformação do produto em mercadoria, e, portanto, a existência dos homens como produtores de mercadorias, desempenha papel subordinado” (Marx, 2017, p. 154) na base de sustentação da sociedade de classes.

A crise do sistema feudal, no fim da Idade Média, entre os séculos XI e XV, ocorrida devido fatores como o aumento do comércio, o surgimento das cidades, a diminuição das relações de dependência dos servos aos senhores feudais e a diminuição da importância da posse da terra como fonte de riqueza e de poder, encerrou o período em que o clero e a nobreza eram as classes sociais dominantes e os servos a classe dominada. Durante a transição do modo de produção feudal para o capitalismo, muitas mudanças ocorreram na estrutura produtiva, aumentando a produtividade do trabalho que provoca aumento da produção, gerando, também, aumento da quantidade de riqueza material. Relações econômicas que antes eram orientadas por costumes, como as relações entre o senhor feudal e seus servos, passaram a ser orientadas por ganhos de capital, abandonando tradições que orientavam a produção econômica, como a suserania e vassalagem, dando espaço para relações econômicas baseadas na apropriação de mais-valor.

Com as intensas modificações ocorridas na sociedade ao longo da transição do modo de produção feudal para o modo capitalista, ocorreram também mudanças na forma de interpretação da sociedade. Nesse contexto, “a sociologia nasce no curso do século XIX ocupando-se essencialmente da mudança social e da sociedade capitalista” (Ramella, 2020, p. 33). Nesse sentido, a inovação também se torna um objeto de estudo, de forma que, enquanto fenômeno social, a inovação é “estudada em estreita conexão com a mudança social” (Ramella, 2020, p. 33), ou seja, ligada às mudanças no modo de organização da sociedade.

Em nível macrosociológico, podem ser encontradas “indicações de que o dinamismo do capitalismo esteja ligado a novidades introduzidas nos modos de produção e de consumo” (Ramella, 2020, p. 34) tomando como base os clássicos da sociologia como Adam Smith (1723-1790), Karl Marx (1818-1883), Émile Durkheim (1858-1917) e Max Weber (1864-1920). Em nível microsociológico, a inovação é analisada em relação às mudanças tecnológicas, aos agentes da inovação e aos mecanismos de inovação. A análise dessas dimensões da inovação

ganha destaque a partir das teorias de Joseph Schumpeter (1961) sobre destruição criativa e inovação. Entretanto, a consolidação dos estudos sobre inovação, ou *innovation studies*, como uma área de estudo, de ensino e de pesquisa ocorre na década de 1970, nas abordagens sobre inovação dos teóricos evolucionários, dos neo-schumpeterianos e dos institucionalistas.

Apesar da produção teórica sobre inovação ter crescido “rapidamente como uma área de pesquisa no último quarto do Século XX” (Djellal; Gallouj; Miles, 2017, p. 59), observa-se que a pesquisa sobre o tema esteve vinculada à indústria de manufatura e indústrias ligadas à alta tecnologia. Os autores destacam que “a inovação em serviços foi negligenciada por longo tempo, mas, nos primeiros anos deste século, ficou claro que a questão havia atingido o ponto máximo de sua validade” (Djellal; Gallouj; Miles, 2017, p. 59), de forma que em 2010 foi publicado o *Handbook of Innovation and Services* (Gallouj; Djellal, 2010). “Durante o final do século XX/início do século XXI, vários novos centros e departamentos de investigação foram fundados, centrando-se no papel da inovação na mudança econômica e social” (Fagerberg, 2004, p. 3). No mesmo sentido, a produção teórica sobre inovação em serviços públicos também é recente e tem sido construída sob a perspectiva do desenvolvimento econômico mediante aumento da produtividade do trabalho, ou seja, sobre uma abordagem gerencial.

Contudo, como a produção de valores de uso nas organizações estatais não é organizada para obtenção de lucro pelo Estado, é necessário compreender outros aspectos em torno do trabalho realizado sob a lógica capitalista, para compreender porque os processos de inovação nas empresas privadas são diferentes dos processos de inovação na Administração Pública (AP), bem como são diferentes na gestão em serviços de saúde privados e na administração de ASPS. Três categorias estudadas por Marx em *O Capital* (2017) são essenciais para esse debate: a força de trabalho (FT), o mais-valor (MV) e o mais-valor relativo (MVR). A força de trabalho (FT) refere-se à capacidade de um trabalhador de produzir riqueza a partir de suas habilidades físicas e mentais.

Na sociedade capitalista, a FT se distingue de outras mercadorias porque, sob a lógica capitalista de produção, produz mais riquezas do que utiliza para sua produção e reprodução, ou seja, para a subsistência do trabalhador. Nesse processo, o mais-valor (MV) consiste na diferença entre a quantidade total de riqueza produzida pela FT e o valor que é pago ao trabalhador como salário. Essa diferença representa a exploração do trabalhador pelo capitalista, que se apropria do excedente gerado pelo trabalho, cristalizado na forma de mercadorias que, ao serem vendidas, geram lucro ao capitalista.

O mais-valor relativo, por sua vez, significa a quantidade de trabalho excedente que “deriva da redução do tempo de trabalho necessário” (Marx, 2017, p. 485) para produção de

uma mercadoria, ou seja, é a quantidade de mais-valor obtida quando se diminui a quantidade de trabalho necessário para produzir uma mercadoria, mediante melhorias técnicas, implantação de novos procedimentos ou utilização de insumos diferentes, por exemplo. O MVR é dependente da inovação, tanto de processos, quanto tecnológica. “O mais-valor relativo, aumenta na proporção direta do desenvolvimento da força produtiva do trabalho” (Marx, 2017, p. 491), ou seja, aumenta conforme as forças produtivas se desenvolvem. A partir da introdução de inovações, o MVR passa a ser obtido durante o período em que a mercadoria (produzida com um novo custo unitário médio, menor que o custo anterior) é vendida pelo mesmo preço anterior. A obtenção de MVR perdura enquanto os concorrentes deste capitalista não conseguirem reduzir seus custos de produção aos mesmos patamares.

A partir da compreensão da MVR, é possível diferenciar os objetivos de inovar em organizações que buscam o lucro e de inovar em organizações do aparelho estatal. Nas organizações privadas que realizam produção de serviços em que o objetivo é obter lucro, a adoção de inovações é utilizada para obtenção de MVR e para manutenção dos patamares de produção exigidos pelo mercado capitalista. Nesses casos, a inovação diminui o tempo de trabalho necessário para produção da mercadoria, aumentando a produtividade do trabalho realizado e a competitividade da empresa. Quando a empresa consegue vender a mercadoria por um preço maior do que o preço médio comercializado pela concorrência, consegue transformar o MVR em aumento de lucros. Nessas organizações, o investimento e o incentivo à produção de inovação são orientados pelo aumento do lucro, diferentemente do objetivo da inovação nas organizações do Estado.

Na Administração Pública, o aumento de produtividade nos serviços públicos, mediante introdução de inovações, tem como objetivo atender aos interesses do Estado. Esses interesses refletem as necessidades da classe dominante, conforme o desenvolvimento das forças produtivas de determinada sociedade ao longo da história. Na sociedade capitalista, esses objetivos passam por garantir a livre-concorrência e a defesa da propriedade privada, fundamentos do conceito de Estado liberal defendido por Smith (1996), além de garantir a promoção do bem-estar e da proteção social à população, disponibilizando serviços públicos à população, como serviços de educação, de saúde e de assistência social, que consistem nos fundamentos do Estado de Bem-estar Social. Além desses, nas últimas décadas, o Estado burguês tem-se orientado para garantir a existência e o desenvolvimento da sociedade do mercado, com mínimo de intervenção estatal, compreendendo, inclusive, a transferência da gestão dos serviços públicos para organizações não-governamentais que constituem os princípios do Estado neoliberal.

Para alcançar seus objetivos, o Estado neoliberal mantém um aparato de organizações estatais próprias, que consistem no núcleo central do poder de Estado (legislação, arrecadação e polícia), mas também contrata o mercado privado. Nessa relação, o Estado compra mercadorias (produtos e serviços) produzidas pelo setor privado e distribui para consumo pela população sem exigência de dinheiro em troca, ou seja, sem relação de troca comercial entre o produtor e o consumidor. Contudo, mesmo nas empresas estatais que produzem e vendem mercadorias, recebendo pagamento em troca da venda de suas mercadorias (algumas até com ações negociadas na bolsa de valores, inclusive), a quantia de dinheiro arrecadada é utilizada para manutenção e para melhorias do aparato estatal.

Nas organizações da Administração Pública que são próprias do Estado, a adoção de inovações não produz MVR, porque, apesar dos trabalhadores do Estado serem assalariados, a FT contratada pelas instituições públicas não é produtora de mais-valor. Consequentemente, o investimento em inovação, apesar de aumentar a produtividade do trabalho na AP, não gera lucro. Nesses casos, o aumento da produtividade do trabalho através de inovação, mediante alguma melhoria técnica ou investimento em novas tecnologias, é convertido para melhorar a qualidade do serviço público, reduzir custos ou aumentar a quantidade de serviços ofertados. Entretanto, verifica-se que, desde o fim do período colonial e da passagem para o modo de produção capitalista, houve adoção constante de modificações na estrutura do aparelho do Estado a fim de atender as necessidades de desenvolvimento do capital. Essas modificações, denominadas de reformas administrativas, relacionam-se com o desenvolvimento das teorias organizacionais no mesmo período.

A partir dos anos 1970, ocorre, nos países de capitalismo “desenvolvido” e “em desenvolvimento”, a adoção do modelo neoliberal de Estado, implementando a lógica gerencial da administração das empresas capitalistas no aparelho estatal, conhecida como Nova Administração Pública (NAP). A NAP consiste em uma estratégia de reorganizar a gestão do aparelho do Estado e dos serviços públicos sob o modelo de administração gerencial. Como consequência esperada, o modelo de Administração Pública gerencial aumentaria a eficiência e a produtividade do trabalho realizado nos serviços estatais, pois seria menos burocrático e teria maior flexibilidade para inovar.

Seguindo princípios da NAP, muitos serviços públicos que eram realizados por força de trabalho comprada pelo Estado passaram a ser administrados e explorados por empresas privadas, a partir de medidas como a privatização de empresas públicas ou a entrega de serviços públicos para organizações privadas gerenciarem mediante contratos. Nesse processo, a força de trabalho que produz serviços públicos passou de uma FT não produtora de mais-valor, para

uma FT produtora de MV. Com isso, a lógica dos processos de trabalho realizados pela FT nos serviços públicos passou a ser orientada por princípios que regem a lógica de produção das empresas capitalistas, ou seja, obtenção de MV e obtenção de lucro, o que, supostamente, aumentaria eficiência dentro dos serviços públicos devido à concorrência e competitividade, que, por sua vez, exigem que as organizações inovem.

Na área de saúde, após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF-1988) (Brasil, [Constituição (1988)], 2023) e de algumas leis complementares, institucionalizou-se no Brasil um modelo estatal de cuidado do nível de saúde da população em que o Estado é o responsável por serviços de saúde de forma públicas para acesso de qualquer cidadão, inclusive estrangeiros. Desde então, os serviços de saúde foram executados por trabalhadores contratados diretamente pelo Estado, seguindo a ideia de não terceirização de atividades-fim do Estado para organizações privadas. Contudo, com as diversas modificações realizadas sob os princípios da lógica gerencial da NAP nos últimos 30 anos, do Plano de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995 (Brasil, 1995) à Reforma Trabalhista de 2017 (Brasil, 2017b), essa proteção das atividades-fim sucumbiu, restando proteção apenas para ocupações que representam o poder do Estado, como os cargos ocupados mediante eleição e seus indicados, cargos do poder judiciário e cargos que exercem o poder de polícia e fiscalização. Sob influência da NAP, tornou-se possível que organizações privadas obtenham lucro através de exploração de força de trabalho em atividades que antes eram realizadas exclusivamente por trabalhadores contratados diretamente pelo Estado, não somente na esfera da produção industrial de bens de consumo, mas também na esfera da produção de serviços, em que produção e consumo ocorrem ao mesmo tempo, como nas áreas de educação, assistência social e saúde.

A partir dos anos 2000, o processo de entrega da administração de ASPS para a execução e para exploração pelo mercado privado passa ocorrer através de contratos de prestação de serviços como Contratos de Gestão, Termos de Parceria, Termos de Colaboração (TCs), entre outras nomenclaturas, em todos os níveis da estrutura estatal, desde a União até os municípios. Nesses contratos os serviços de saúde deixam de ser resultados de trabalho improdutivo, ou seja, trabalho não produtor de mais-valor, e se tornam produto de trabalho produtivo, tornando-se assim mercadorias.

Nesse modelo de gestão contratualizada, os serviços de saúde são produzidos nas organizações privadas e vendidas para o Estado, que os distribui à população conforme critérios da política pública. Nessa relação contratual entre AP e mercado privado, são estipulados valores a serem pagos pelo Estado para a organização privada pela compra de serviços de saúde

que são prestados pela empresa à população. Esses valores são pré-estabelecidos e acordados em contrato, podendo haver pagamento a) pela quantidade de serviços produzidos, b) por prêmios em metas a serem atingidas, e c) por valores mínimos de incentivos pré-fixados, independentemente da quantidade de serviço prestado. Assim, nesses contratos, o poder público compra uma mercadoria da organização privada – um atendimento médico de pré-natal, por exemplo – do ente privado, que, por sua vez, compra força de trabalho disponível para realização do processo de produção capitalista, podendo obter lucro na venda da mercadoria para o Estado.

Nesse contexto, existe um cenário de não competição em torno do serviço explorado pela organização privada que se concretiza na assinatura do contrato, desresponsabilizando o contratado de implementar melhorias tecnológicas que não estejam previstas no acordo realizado, mesmo que novas tecnologias e melhores soluções estejam disponíveis para adoção. Como não há mais competição sobre aquele serviço, não há concorrência, portanto não há perigo para a organização privada que está gerenciando um serviço público mediante contrato, caso suas capacidades produtivas se tornem obsoletas em comparação com o que está sendo realizado no mercado privado de concorrência aberta.

Ao mesmo tempo, a organização privada que realiza gestão de serviços públicos de saúde mediante contratos, alega que não pode obter ganhos financeiros adicionais caso invista em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), compre novas ferramentas, novos equipamentos ou novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), pois o preço da mercadoria vendida ao seu contratante, o Estado, foi estabelecido no contrato após a concorrência e, em razão do contrato estabelecido, não pode alterar a quantidade de trabalhadores e a quantidade de horas-trabalho a serem executadas. Assim, mesmo que desenvolva inovações que aumentem a produtividade, não obterá aumento de lucros. Como o objetivo do capitalista para inovar (manter-se competitivo e obter lucro) é diferente do objetivo da AP (melhorar as condições de saúde da população, por exemplo), se não houver cláusulas contratuais que exijam do contratado que invista e promova inovação e estabeleçam formas de recalcular o preço pago pelo Estado pelos serviços, essa atividade continuará sendo financiada e planejada pelo Estado, e executada sob sua direção.

Além disto, a contratualização em saúde apresenta outros problemas, como a ênfase em metas quantitativas que pode desviar a atenção da qualidade do atendimento e do cuidado integral ao paciente. Além disso, a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde é uma preocupação, pois contratos individuais podem comprometer a integração e coordenação entre esses níveis, prejudicando a continuidade do cuidado. A contratualização, no bojo da

municipalização da saúde e das reformas do financiamento do SUS, também pode agravar as desigualdades regionais em saúde, favorecendo áreas mais desenvolvidas economicamente. Por fim, a dependência excessiva de contratos pode fragilizar a gestão pública, tornando o sistema suscetível a pressões externas e interesses alheios aos princípios do SUS.

Dessa forma, a inovação em serviços públicos de saúde contratualizados se configura num paradoxo, pois a entrega da gestão de unidades públicas de saúde para organizações privadas é justificada como um processo de modernização e de ganhos de eficiência que o mercado privado realizaria, já que as organizações públicas não seriam capazes de inovar como o setor privado.

A consequência dessa desresponsabilização dos entes privados que gerenciam unidades de saúde em investir e em promover inovação nos serviços de saúde, apesar da organização privada obter lucros com o serviço, é que toda responsabilidade por inovar continua sendo do poder público, enquanto o serviço é realizado sob a lógica capitalista de produção. Isso pode ocasionar ruptura de conexões na rede e nos processos de inovação, gerando atraso no desenvolvimento e na adoção de melhorias processuais e tecnológicas, fazendo com que o nível de qualidade dos serviços públicos de saúde utilizados pela classe trabalhadora seja inferior aos serviços de saúde prestados no mercado privado.

Nesse sentido, se apresenta como imperativo estudar e monitorar de perto os efeitos da contratualização dos serviços de APS com entidades externas à Administração Pública, a fim de que estas mudanças não comprometam os princípios fundamentais do SUS, como a integralidade, a universalidade e a acessibilidade.

1.2. Tema, problema e objetivo de pesquisa

A partir do contexto apresentado, o tema desta pesquisa é a inovação em serviços públicos de saúde com gestão contratualizada.

O problema de pesquisa investigado neste estudo é de que forma o modelo de gestão contratualizada de serviços públicos de saúde influencia na adoção e na difusão de inovações no SUS?

O objetivo principal é compreender como ocorre o processo de inovação em saúde na Atenção Primária à Saúde sob o modelo de gestão contratualizada a partir do estudo de caso da gestão inovação em saúde nos serviços de APS contratualizados no município de Porto Alegre.

1.3. Episteme, método científico e objeto de estudo

Considerando o contexto e o problema apresentados, esta pesquisa adota uma perspectiva interdisciplinar e histórica, pois considera que “a adequada compreensão de longos e complexos processos de transformação social, como os experimentados pelo Brasil, repousa sobre um conjunto variado de saberes produzidos por diferentes disciplinas” (UFRGS, 2013) Nesse sentido, a dimensão epistemológica orientadora da pesquisa é materialista histórica (Faria, 2012).

Para a dimensão epistemológica materialista histórica, a compreensão sobre produção do conhecimento é que esse “decorre de uma interação da matéria com a consciência, mediada pelo pensamento, de forma que o real concreto (primazia do objeto) seja apropriado pelo sujeito na qualidade de real pensado (abstração)” (Faria, 2012, p. 14). Assim, compreende-se que a produção do conhecimento ocorre de forma dialética e indutiva, buscando a “objetivação da realidade pesquisada a partir de constructos Ontológicos, Epistemológicos, Metodológicos e Teóricos” (Faria, 2012, p. 14). Esse processo ocorre de forma dialética, indo “do real concreto ao real pensado pela via do pensamento” (Faria, 2012, p. 14) associando conhecimentos de diferentes ciências sob uma perspectiva interdisciplinar.

“A dialética é caracterizada pelo estudo e pela explicação das contradições existentes nos fenômenos, em vez de evitá-las” (Costa; Souza; Thereza Júnior, 2021, p. 5), buscando revelar e explicar as contradições ocultas que as lógicas clássicas, devido aos seus limites, não consideram (Lefebvre, 1991). Dessa forma, “os fenômenos estudados devem ser pesquisados não como fatos estáticos, mas na sua dinâmica, como eventos sócio historicamente construídos, influenciados e influenciadores do contexto, visando suas possibilidades de transformação” (Costa; Souza; Thereza Júnior, 2021, p. 9).

Considerando a episteme orientadora, o método de científico de investigação a ser utilizado é o Método Histórico Dialético (MHD). O MHD opera mediante a desconstrução do objeto e reconstrução, utilizando da dialética para conhecer as contradições e aprofundar o conhecimento sobre ele. O MHD é utilizado, no campo de estudos organizacionais (EO) e nas pesquisas sobre a sociedade e sua organização, a fim de compreender os problemas sociais existentes para resolvê-los. Nesse sentido, em estudos organizacionais não se pode promover a separação dos aspectos históricos, econômicos, políticos, culturais e ideológicos.

Nesse sentido, a presente dissertação buscar utilizar o MHD na análise das relações organizacionais e modelos da Administração Pública, no contexto das reformas administrativas gerenciais, com enfoque na análise da gestão das inovações em serviços públicos de saúde com

gestão contratualizada. O estudo propõe a negação do objeto de pesquisa em sua apresentação mais imediata, buscando entender suas especificidades a partir de sua desconstrução e reconstrução contextualizada historicamente. Enfrentando as limitações associadas à abordagem de modelos ideais, típicas dos estudos organizacionais, e da abordagem sistêmica, prevalente na pesquisa em Administração Pública, esta dissertação sugere uma alternativa que visa compreender as inovações em serviços públicos de saúde por meio de suas relações e contradições internas e externas, utilizando a teoria do valor para explicar essas dinâmicas.

Na construção do referencial teórico, os procedimentos adotados consistem na rejeição de premissas convencionais, como a concepção do Estado como promotor de justiça social e a Administração Pública como a forma superior de organização social. Dessa forma, esta dissertação propõe uma compreensão crítica do Estado neoliberal como regulador da ordem social existente, situando os Sistema Nacionais de Saúde dentro das atribuições do Estado burguês. Além disso, a abordagem teórica busca desconstruir a forma tradicional de compreensão da inovação, vista como progresso social, para sua compreensão como um fator de aumento de produtividade e de capital, e, portanto, de aumento da exploração da humanidade pela humanidade.

No plano empírico, a pesquisa se propõe a aprofundar a compreensão do tema por meio de um estudo de caso. A pesquisa de estudo de caso “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (Gil, 2017, p. 54), uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2010, p. 31). Assim, após a construção do referencial teórico e a contextualização histórica do problema de pesquisa, foi realizado um estudo de caso com o objetivo de compreender, descrever e interpretar como ocorre a inovação em serviços públicos de saúde com gestão contratualizada.

Portanto, o objeto escolhido para realização deste estudo é o caso da inovação em saúde em unidades de APS que tiveram sua gestão contratualizada pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade Porto Alegre e passaram a ser administradas organizações privadas mediante Termos de Colaboração a partir do ano de 2019. Os procedimentos metodológicos e as técnicas de coleta e de análise dos dados utilizados estão descritos com maiores detalhes no início de cada capítulo, conforme a respectiva etapa da pesquisa.

1.4. Estrutura e formato do texto

A proposta do texto é ser acessível ao maior público possível, e não somente ao meio acadêmico. Para tanto, uma das estratégias adotada na redação é trazer informações adicionais, de forma que o leitor não precise sair do texto durante leitura. Dessa forma, como consequência, devido à complexidade do tema abordado e do método científico adotado, que exigem um arcabouço teórico mais consistente, esta dissertação possui um texto maior que o usual.

A estrutura desta dissertação está dividida em Introdução, Parte I - Referencial Teórico, Parte II - Estudo de Caso e Conclusão, totalizando oito capítulos. O capítulo 1 é esta introdução, onde foram apresentados o contexto e a relevância, o tema, o problema e o objetivo, a episteme orientadora, o método científico e a metodologia da pesquisa. Os capítulos 2, 3 e 4 formam a Parte I - Referencial Teórico, que tem como objetivo contextualizar e embasar teoricamente a investigação de forma consistente e alinhada ao objetivo deste estudo. Os capítulos 5 e 6, por sua vez, formam a Parte II – Estudo de Caso, que apresenta a pesquisa empírica realizada. Para este estudo, foi escolhido o caso da inovação nos serviços de APS do município de Porto Alegre que tiveram sua administração repassada a entidades privadas mediante Termos de Colaboração (TCs) a partir do ano de 2019. Por último, no capítulo final são apresentadas as conclusões da pesquisa.

O texto segue as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com destaque para norma NBR 10520:2023 (ABNT, 2023) publicada em julho de 2023. A principal modificação a partir desta norma é a alteração na formatação da indicação de responsabilidade, ou seja, da autoria, em citações diretas e indiretas no texto, que eram obrigatoriamente em caixa alta, e que, agora, passam a ser feitas com a primeira letra maiúscula e o restante minúsculas.

PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO

A Parte I apresenta o referencial teórico que orientou a pesquisa. A metodologia adotada foi uma revisão de literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica (Gil, 2017), tendo como ponto de partida a teoria do valor (Marx, 2017), a sociologia econômica da inovação (Ramella, 2020) e a compreensão da saúde como fenômeno social que se encontra inserido e determinado pelo modo de produção capitalista (Donnangelo; Pereira, 1976).

Além de estudos seminais sobre os assuntos, as referências utilizadas foram construídas a partir das bibliografias empregues em disciplinas¹ do Programa de Pós-Graduação em Administração da (PPGA) e em uma disciplina² do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da UFRGS, das sugestões do professor orientador e de pesquisas em bases de dados, como o Lume: Repositório Digital da UFRGS, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a biblioteca eletrônica científica ScieLO, bem como outras bases indexadas no Scopus, o catálogo integrado das bibliotecas da UFRGS. Todas as bases de dados utilizadas estão listadas ao final do trabalho, após a seção das referências.

Como exposto no final da introdução, essa dissertação possui um referencial teórico mais extenso que o usual, sendo dividido em três capítulos. Dessa forma, para aqueles leitores que possuem maior domínio sobre as proposições teóricas abordadas na Parte I, a extensão do texto pode tornar a leitura menos empolgante. Nesse sentido, visando tornar o texto mais acessível a todos os leitores, cada capítulo do referencial teórico possui sua própria introdução e conclusão, que servem de linha condutora, que, assim como o fio de Ariadne, que guiou Teseu para fora do labirinto do Minotauro, conecta os diferentes conceitos discutidos no trabalho, orientando o leitor através do conjunto de argumentos.

No capítulo 2 é apresentada a concepção sobre inovação no capitalismo, tendo como ponto de partida a categoria do MVR desenvolvida por Karl Marx em *O Capital* (Marx, 2017), seguida de uma revisão sobre a Teoria Geral da Administração (TGA) enquanto uma teoria racionalista que é utilizada para aumentar a produtividade do trabalho assalariado nas empresas capitalistas e sua influência na configuração da Administração Pública e de seu campo de

¹ Epistemologia em Estudos Organizacionais - ADP543, Teorias Organizacionais - ADP014, Seminário de Pesquisa em Organizações I - ADP892, Saúde e Sociedade - Autores Clássicos I - ADP552 e Sistemas Comparados de Saúde - ADP523.

² Sociedade, Economia e Inovação - PPGS312.

estudos. Após, é realizado um resgate histórico do processo de reforma da Administração Pública no Brasil, iniciando no período da passagem do modo de produção escravagista ao modo de produção capitalista no país indo até as reformas administrativas sob lógica gerencial no fim do século XX e início do século XXI.

No capítulo 3 é apresentada a abordagem sobre inovação dos teóricos evolucionários, principais referências em estudos sobre inovação na atualidade, ou seja, dos *innovation studies*. Primeiramente é discutida a compreensão da inovação como fator impulsionador do desenvolvimento econômico desenvolvida por Schumpeter (1961), seguido de seções que debatem suas principais dimensões, como as tipologias da inovação, os modelos de processo de inovação, os processos de adoção e difusão, o agente e os atores da inovação.

No capítulo 4 é apresentando o referencial teórico sobre inovação em serviços de saúde, iniciando com a discussão sobre os serviços de saúde enquanto mercadorias e a saúde dos trabalhadores como fator produtivo na sociedade capitalista. Após, é realizado um resgate histórico da evolução da saúde pública ao longo do capitalismo e o surgimento dos Sistemas Nacionais de Saúde. Então, é apresentado o funcionamento da gestão da inovação em serviços de saúde, de forma geral. Por fim, é apresentada a teoria da inovação de ruptura em gestão de saúde, desenvolvida por Christensen; Grossman; Hwang (2009), que será utilizada como referência para analisar a inovação na gestão em saúde desenvolvida nos serviços de APS contratualizados de Porto Alegre.

2 CAPITALISMO, INOVAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL

Este capítulo apresenta o referencial teórico que orienta epistemologicamente a pesquisa. Além disto, é realizada a contextualização do tema de pesquisa, ou seja, da inovação em serviços públicos sob gestão contratualizada, ao processo permanente de reforma neoliberal da Administração Pública brasileira.

Na primeira parte, é apresentada a concepção sobre inovação no capitalismo, tendo como ponto de partida a categoria do MVR desenvolvida por Karl Marx em *O Capital* (Marx, 2017). Em seguida é discutido o desenvolvimento da Teoria Geral da Administração (TGA) como teoria racionalista, utilizada para aumentar a produtividade do trabalho assalariado nas empresas capitalistas, e sua influência na configuração da Administração Pública e de seu campo de estudos. Após é discutida a relação entre a racionalização e a Administração Pública.

Na segunda parte, é analisada a relação entre neoliberalismo, gerencialismo e Nova Administração Pública. Na sequência é realizado um resgate histórico do processo de reforma da Administração Pública no Brasil desde a introdução das relações assalariadas no país. Por fim, são apresentadas as reformas administrativas executadas sob lógica da Administração Pública gerencial, ocorridas no final do século XX e início do século XXI.

2.1. Inovação e Mais-Valor

As relações de assalariamento, que caracterizam o capitalismo, surgem antes do sistema capitalista, se consolidam a partir do século XV, na fase do capitalismo comercial, e se tornam a forma de trabalho predominante durante a Revolução Industrial, na segunda metade do século XVIII. O assalariamento (Marx, 1982, p. 9) consiste na relação de produção em que pessoas livres (libertas da relação de servidão à terra que predominou durante o feudalismo) e que não possuem meios de produção (terra, ferramentas e insumos) para produzir itens necessários para sua existência (alimentos, vestuário e abrigo, por exemplo), vendem sua força de trabalho (FT), ou seja, as suas “capacidades físicas e mentais [...] que em movimento [...] produzem valores de uso de qualquer tipo” (Marx, 2017, cap. 4, p. 242), para um capitalista, proprietário de meios

de produção, por determinado tempo para ser utilizado na produção de mercadorias³ (M), em troca de um pagamento em dinheiro (Marx, 2017, cap. 4, p. 244).

A quantidade em dinheiro paga pelo contratante com salários aos trabalhadores, ou seja, com a compra de FT, consiste no capital variável (CV). Enquanto o valor pago pela aquisição de meios de produção, como matérias-primas, máquinas e instalações, consiste no capital constante (CC). A proporção entre a quantidade de CC e a quantidade CV consiste na composição orgânica do capital (COC). Marx (2017) utiliza a COC para analisar as mudanças na estrutura do capital ao longo do tempo. Quando a COC aumenta, significa que uma proporção maior do capital está sendo investida em meios de produção em comparação com a força de trabalho, ou seja, utilizando métodos de produção mais eficientes do que antes. Isso está frequentemente associado ao desenvolvimento tecnológico e à automação que podem levar a uma produção maior com mesma quantidade de FT, ou uma mesma produção com menos FT ou, inclusive, aumento de produção somado a redução de FT.

Fórmula da composição orgânica do capital (COC):

$$COC = \frac{CC}{CV}$$

A característica principal da FT, que a diferencia de outras mercadorias que podem ser compradas na sociedade capitalista, é sua capacidade de, ao ser utilizada “no processo de produção capitalista, forma capitalista da produção mercadorias” (Marx, 2017, p. 273), produzir mais mercadorias do que precisa para sua existência. Esse trabalho excedente, no sentido que supera a quantidade de trabalho necessário para produzir as mercadorias que o trabalhador necessita para sua sobrevivência e reprodução, foi denominado como mais-valor (MV) por Marx (2017, p. 374).

Como visto, uma parte do dinheiro obtido com a venda das mercadorias é utilizada pelo capitalista para pagar os custos de produção, ou seja, a força de trabalho (CV) e os meios de produção (CC). Enquanto a outra parte, correspondente ao trabalho excedente, ou seja, o MV, se concretiza como lucro. Esse processo ficou conhecido como valorização do valor, pois o trabalho realizado pela FT adiciona um novo valor que não existia antes do processo produtivo. Esse valor obtido a maior, o mais-valor, é o resultado da quantidade de riqueza total produzida durante o processo produtivo, ou seja, as mercadorias, subtraídas da quantidade de riqueza

³ “A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. O comprador da força de trabalho a consome fazendo com que seu vendedor trabalhe. Desse modo, este último se torna *actu* [em ato] aquilo que antes era apenas *potentia* [em potência], a saber, força de trabalho em ação, trabalhador” (Marx, 2017, cap. 5, p. 255).

proporcional aos insumos, ao desgaste das máquinas e instalações utilizados (CC) e ao salário pago à força de trabalho (CV). Assim, MV pode ser expresso na seguinte fórmula:

$$MV = M - CC - CV$$

Nesse sentido, o valor de uma mercadoria poderia ser expresso da seguinte forma:

$$M = CC + CV + MV$$

A relação entre o mais-valor e o capital variável expressa a taxa de mais-valia do processo capitalista que indica a relação entre o trabalho excedente (MV) e o capital gasto (CV).

$$\text{Taxa de Mais-Valia} = \frac{MV}{CV}$$

No modo de produção capitalista, a quantidade de dinheiro recebida pelo trabalhador em troca da venda de sua FT ao capitalista, denominada salário, é utilizada para adquirir mercadorias necessárias para sua existência e sua reprodução, tendo como resultado a recuperação do potencial da FT em condições suficientes para ser vendida ao capitalista novamente. Contudo, nesse processo, diferentemente dos modos de produção anteriores, em que as “relações sociais das pessoas em seus trabalhos aparecem em qualquer caso como suas próprias relações pessoais” (Marx, 2017, p. 152), o pagamento de salário passa a esconder o processo de valorização do valor que ocorre na esfera produtiva, em que “uma parte apenas do trabalho diário do operário é paga, enquanto a outra parte não é paga e enquanto esse trabalho não-pago ou sobretrabalho constituiu o fundo a partir do qual a mais-valia ou lucro se forma.” (Marx, 2008b, p. 61). “É justamente essa forma acabada – a forma dinheiro – do mundo das mercadorias que vela materialmente” (Marx, 2017, p. 170) o processo de valorização do valor na esfera produtiva. Assim, “o trabalhador é impedido de distinguir qual parte de sua jornada de trabalho converte-se em seus próprios meios de subsistência e qual parte é apropriada pelo capitalismo” (Rodrigues, 2014, p. 25). “A taxa de mais-valia é, assim, a expressão exata do grau de exploração da força de trabalho pelo capital ou do trabalhador pelo capitalista” (Marx, 2017, p. 294).

Com o avanço do processo de valorização do valor e a crise do sistema feudal, a partir do século XI, houve o surgimento de empresas comerciais, como as companhias de comércio, e o crescimento da acumulação de capital por parte de uma classe burguesa emergente. A partir da Era das Grandes Navegações (entre os séculos XV e XVI), através do colonialismo e do escravagismo, ocorre um período de grande acumulação de capitais⁴. O sistema capitalista se consolida como modo social de produção e reprodução da vida baseado no aumento da

⁴ Sobre o período de grande acumulação de capitais no início do capitalismo ver o “Capítulo 24 - A assim chamada acumulação primitiva” em O Capital (Marx, 2017, p. 785)

produtividade do trabalho, mediante aumento da divisão do trabalho, da invenção de máquinas e da mecanização de processos de trabalho. Como consequência, durante a Revolução Industrial (entre os séculos XVI e XIX), ocorre o processo de “substituição da energia humana e animal pela inanimada, de eficiência multiplicada; com a aceleração da troca da capacidade humana por instrumentos mecânicos; com a descoberta e/ou melhoria de métodos de obtenção e de elaboração de matérias primas” (Dathein, 2003); e com o surgimento de uma classe trabalhadora industrial.

No mercado de concorrência capitalista, em que os capitalistas precisam obter o maior lucro possível sob pena de serem superados por seus concorrentes e, possivelmente, serem suprimidos, as empresas de um mesmo ramo buscam a sobrevivência disputando insumos e clientes entre si, havendo pressão para que as organizações superem os patamares de produção de mercadorias dos concorrentes, para vender mais e obter maiores ganhos de capital. Quando um capitalista aumenta seu investimento em CC em relação ao CV, a COC aumenta. Isso pode ocorrer, por exemplo, através de introdução de maquinaria e de automatização de processos de trabalho.

Contudo, uma consequência do aumento em CC em relação ao CV é a queda da taxa de mais-valia. Mesmo que o mais-valor absoluto possa aumentar (mais produção com a mesma quantidade de trabalho humano), a taxa de mais-valia (em relação aos salários) pode cair devido à alteração na composição orgânica do capital. Portanto, uma das dinâmicas do sistema capitalista observadas por Marx (2017) é que o aumento do CC, ao mesmo tempo que pode aumentar a produtividade e a produção absoluta, pode também contribuir para uma redução na taxa de mais-valia.

Entretanto, quando algum capitalista consegue se diferenciar, adotando alguma inovação, os concorrentes iniciam uma corrida para atingir o mesmo grau de desenvolvimento de suas forças produtivas ou superá-lo. Enquanto os concorrentes não conseguirem atingir o mesmo grau de produtividade, o lucro obtido com o aumento da produtividade decorrente da adoção de alguma inovação é chamado de mais-valor relativo. A obtenção desses lucros difere da forma do MV, pois nesse caso o lucro ocorre na relação com os concorrentes. O lucro obtido com o MVR ocorre quando uma mercadoria é produzida com um valor médio abaixo das mercadorias produzidas pelos concorrentes e vendida pelo mesmo preço. Assim, o capitalista consegue obter quantidade de mais-valor superior aos seus concorrentes em cada M vendida.

Em suma, o MVR é a quantidade de MV que é obtida com a redução do tempo de trabalho necessário para produzir uma mercadoria, que ocorre mediante a introdução de novas tecnologias, seja pela reorganização do processo de produção, por melhorias na técnica

executada, pelo aumento ritmo do trabalho executado pela FT ou pelo aumento da mecanização. O MVR pode ser expresso na seguinte formulação:

$$\text{MVR} = \frac{\text{Produtividade do trabalho}}{\text{CV}}$$

Portanto, o MVR é a medida do aumento da produção por unidade de trabalho, em relação ao capital variável investido, na comparação com outros capitalistas. Para que ocorra a obtenção de MVR é necessário que ocorra aumento da produtividade do trabalho realizado sem que o valor da FT (CV) aumente na mesma quantidade. Dessa forma, o MVR consiste no aumento da riqueza total produzida baseado no aumento da exploração do trabalho no modo de produção capitalista.

2.2. Produtividade e a Teoria Geral da Administração

Diversos eventos ocorridos na segunda metade do século XVIII, dão um panorama da importância da inovação tecnológica para a emergência do capitalismo. Na Inglaterra, entre os anos de 1765 e 1813, na cidade de Birmingham, um grupo composto por industrialistas, que pesquisavam sobre diversas áreas do conhecimento, se reunia para compartilhar suas observações, descobertas e invenções. Eram profissionais com instrução superior, como engenheiros, químicos e médicos, e também descendentes de pequenos proprietários que tentavam almejar ganhos financeiros com novas invenções e descobertas. Este grupo ficou conhecido como Lunar Society (LS) pois reuniam-se regularmente em noites de lua cheia, pois eram as noites que havia mais visibilidade para transitar nas estradas até o local onde se encontravam. A LS, que funciona até hoje, destaca em seu site a participação de dois integrantes, “o extravagante empresário Matthew Boulton e do brilhantemente perspicaz engenheiro James Watt cujas invenções aproveitaram o poder do vapor” (The Lunar Society, 2023). Fundadores da Boulton & Watt, os dois patentearam um modelo específico de motor a vapor desenvolvido por Watt alguns anos antes que economizava mais carvão que os modelos existentes e iria modificar profundamente a estrutura produtiva existente.

Apesar da primeira máquina usando motor a vapor ter sido inventada em 1698 e da Inglaterra ser pioneira na sua utilização devido um conjunto de fatores que envolvem as grandes reservas de carvão do país, os cercamentos, o excedente de capital existente no país, por exemplo (Hobsbawm, 2012), é somente em 1782, a partir da popularização do motor a vapor de Watt, que passa a ser viável substituir as rodas d'água e os cavalos que eram utilizados na produção industrial por máquinas a vapor. Após ser adotado no setor da mineração, para

bombear água para fora das minas, o motor a vapor passou a ser adotado na indústria por toda Europa, marcando o início do alto desenvolvimento tecnológico que ocorreu durante o século XIX.

Em 1804 surge a primeira locomotiva, iniciando o processo de adoção de ferrovias, modificando os meios de transporte de insumos para produção e transporte das mercadorias. Junto a estas alterações na esfera produtiva há diversas modificações no trabalho, como, por exemplo, o desenvolvimento de novas profissões e a consolidação das mulheres ocupando postos de trabalho assalariados. Na segunda metade do século XIX ocorre o avanço de estudos sobre correntes elétricas e desenvolvimento de diversas invenções que utilizam energia elétrica. Além disto, neste período é criado o processo de refino do petróleo, possibilitando o nascimento da indústria petrolífera na década de 1850 e, posteriormente, a indústria de automóveis à combustão.

No início do século XX, com o crescimento da indústria surge a necessidade de adotar modelos organizacionais que extraíssem o máximo de produtividade do trabalho assalariado possível. Para isto diversas proposições teóricas foram e continuam sendo desenvolvidas. Max Weber é um dos teóricos que se destacou neste campo. Weber (2004) contribuiu de forma contundente para teoria da burocracia, ao demonstrar o avanço da burocracia na sociedade, alertando para os riscos de uma administração excessivamente racionalizada e impessoal que poderia minar a liberdade individual e a criatividade, tornando-se a burocracia uma força alienante e desumanizadora. Nesse sentido, o modelo burocrático de organização é concebido como uma forma de organização que se baseia na racionalidade, a fim de garantir a máxima eficiência possível na utilização dos recursos disponíveis para atingir determinado objetivo.

Nos Estados Unidos, em 1911, Frederick Taylor (1856-1915) publicou o livro *Princípios da Administração Científica* (Taylor, 1996) sobre sua Teoria da Administração Científica, fundamentada na busca pela prosperidade do patrão que poderia ser obtida com a aplicação de princípios científicos sobre o processo de trabalho, inovando em todos os aspectos do trabalho na busca pela máxima produtividade. Taylor implantou práticas gerenciais de estudos de tempos e movimentos sobre o processo de trabalho, dividindo em diversos processos menores e criando departamentos para controlar cada processo. Este é um “esforço que fazem as empresas, desde a Revolução Industrial, para inverter a relação de poder sobre o conhecimento. Os capitalistas tratam de retirar dos trabalhadores o conhecimento prático” (Zawislak, 1995, p. 5). Como consequência, houve redução do controle do trabalhador sobre a produção, que não necessitará mais pensar sobre as etapas do processo de trabalho, apenas seguir as instruções descritas na tarefa a ser executada, que foi instituída e planejada pela administração da empresa.

Em 1916, com o mesmo objetivo de aumentar produtividade do trabalho mediante divisão e especialização do trabalho, Henri Fayol (1841-1925), engenheiro e empresário do ramo da mineração, publicou o livro *Administração Industrial e Geral* (Fayol, 1990). Em sua teoria sobre administração, Fayol propõe a necessidade de um ensino administrativo, definindo que “administrar é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar” (Fayol, 1990, p. 26), consagrando o conceito de Planejamento, Organização, Direção e Controle (PODC) como funções administrativas.

Através do método PODC poderia se obter um modelo de gestão que consegue atingir o máximo possível de eficiência na produção, assegurando assim “o máximo de prosperidade ao patrão e, ao mesmo tempo, o máximo de prosperidade ao empregado” (Fayol, 1990, p. 18). Dentre os princípios da administração de Fayol para aumento de eficiência e da produtividade estão a divisão do trabalho mediante especialização, a autoridade e a obediência no processo produtivo, a unidade de comando, a disciplina e assiduidade, e a remuneração variável conforme quantidade produzida e nível de especialização do trabalho.

Também inspirado em teorias da racionalização dos movimentos e do controle da produção, Henry Ford (1863-1947) inaugurou em 1913 uma fábrica de automóveis com um sistema de produção baseado em uma linha de montagem, que posteriormente veio a ficar conhecido como fordismo (Ford, 2012). O fordismo tinha como objetivo aumentar os lucros dos capitalistas industriais por meio da intensificação do trabalho. Com o modelo de produção de linha de montagem automatizada foi possível diminuir o tempo de produção por veículo, aumentando a produtividade. Também houve aumento da divisão do trabalho em tarefas cada vez mais simples e repetitivas. O uso de máquinas e processos padronizados reduziu o tempo e o custo de produção, e possibilitou maior controle dos estoques. A influência de Ford também se deu na cadeia produtiva, onde houve aumento da verticalização, pelo controle das fontes de matérias-primas, de peças e também no comércio e distribuição dos produtos produzidos.

A busca por aumento de produtividade mediante divisão e controle do trabalho e adoção generalizada da maquinaria nas indústrias estabeleceu um novo paradigma para a produção industrial, inaugurando a era da fabricação em massa, da automação e da padronização. Coincidentemente, junto a este período de busca pela máxima produtividade e alta competitividade, ocorreram a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a Grande Depressão econômica (Crise de 1929) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Este período também ficou marcado por grandes mobilizações de trabalhadores industriais por todo mundo exigindo melhores condições de trabalho, jornadas menores, salários maiores, ocorrendo a intensificação de greves nos países mais industrializados, como Alemanha, Estados Unidos e Inglaterra. Além

disto, é neste período que se consolida a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1922, que representava uma competição para o capitalismo enquanto sistema de produção, desde a gestão do conhecimento, passando pela gestão da produção até a socialização do produto do trabalho. Todos estes fatores pressionavam os países capitalistas para aumentar a produtividade, seja para demonstrar a superioridade de seu sistema econômico mediante crescimento econômico, seja pela sobrevivência do sistema capitalista de maximização do valor.

Neste contexto, as empresas passam a buscar aumento de produtividade através outros fatores. Impulsionada pelos estudos do comportamento (behaviorismo) surge a Escola das Relações Humanas. A partir das experiências coordenadas por Elton Mayo (1880-1949) em 1927 em uma fábrica da Western Electric Company, situada em Chicago, no bairro de Hawthorne, que buscava constatar uma correlação entre produtividade de um funcionário e fatores de seu ambiente de trabalho. Como resultado, foi apontado que o nível de produtividade pode ser determinado por fatores psicológicos, como as relações sociais informais dentro da empresa, por exemplo, para aumentar o nível de produção (Mayo, 2003). Além de Mayo, tiveram destaque na Escola das Relações Humanas autores como Chester Barnard (1886–1961), que publicou o livro *As funções do executivo* em 1938 (Barnard, 1979), enfatizando a importância das dinâmicas sociais e das relações interpessoais na gestão das organizações, bem como o Herbert Simon (1916-2001) e Abraham Maslow (1908-1970), que consolidaram a Teoria Comportamentalista ou Behaviorismo, na década de 1950, enfatizando que os comportamentos dos funcionários são essencialmente vinculados à sua própria satisfação, o que exigiria uma abordagem comportamental pela administração.

Posteriormente, surge a Teoria Estruturalista. O estruturalismo considera a organização como unidade social grande e complexa, estruturado por partes menores interdependentes, e, portanto, com relações internas e relações externas, ou seja, considera também o ambiente externo. O estruturalismo considera, ainda, que tais relações podem ser formais, como também informais. Amitai Etzioni (1929-2023), por exemplo, parte do pressuposto de que as organizações controlam, de alguma forma, os seus integrantes, de forma que é inevitável que existam conflitos. Assim, ao analisar qualquer departamento dentro de uma organização, é essencial fazê-lo considerando sua interconexão com os demais, incluindo aspectos formais e informais, como as relações de poder e o envolvimento dos funcionários participantes. Dessa forma, através da comparação de diferentes estruturas organizacionais existentes, poder-se-ia determinar quais estruturas funcionam melhor para atingir um objetivo pretendido. Nesse sentido, o autor propôs categorizar as organizações com base na predominância de sua estrutura

de conformidade, ou seja, estrutura de poder e autoridade, classificando-se em três tipos principais: coercitivas, utilitárias e normativas (Etzioni, 1984).

Na década de 1950 surge a Teoria Geral de Sistemas (TGS), que considera que organização está inserida em um ambiente, ou seja, em um sistema, e que a organização precisa localizar-se dentro deste. Além disto, a própria organização também é um sistema, que realiza transformações, recebendo insumos (*inputs*), analisando-os e os transformando em resultados (*outputs*), que são os seus produtos. Com base nesses produtos, o sistema é retroalimentado (*feedback*), respondendo às suas necessidades e estabelecendo um ciclo contínuo de adaptação e melhoria.

Em 1958, John T. Dunlop (1914-2003) publica o livro que carrega o nome de sua principal teoria: Industrial Relations Systems (IRS), ou sistemas de relações industriais, (Dunlop, 1993). Neste livro, Dunlop argumenta que as relações industriais, ou seja, as interações entre capitalistas e trabalhadores, são sistemas complexos, envolvendo não apenas os empregadores e os empregados, mas também o governo e os sindicatos. As ideias de Dunlop, inspiradas na teoria de sistema social de Talcott Parsons (1902-1979), apesar de terem como foco a contenção e controle do conflito, localizam as relações de trabalho dentro da história e dos contextos em que os participantes interagem, reconhecendo que as relações sociais de produção no capitalismo abrigam interesses diferentes. Neste sentido, “relações humanas significa agir sobre indivíduos e grupos para provocar neles as atitudes que convêm à empresa” (Tragtenberg, 2005, p. 27).

Apesar da influência da Escola das Relações Humanas e das críticas à Teoria Clássica aos enfoques tradicionais da organização, como os princípios da administração, a departamentalização e a racionalização do trabalho, os pontos de vista dos autores clássicos nunca deixaram de ser considerados. Nesse sentido, a abordagem neoclássica surge na década de 1950 como uma atualização da administração clássica, redimensionada aos problemas e ao tamanho das organizações modernas (Andujar; Martins, 2014). A Teoria Neoclássica também possui enfoque na busca pela eficiência, mas enfatiza os fins e os resultados na busca de eficácia. Entre os autores neoclássicos destaca-se o austríaco naturalizado estadunidense Peter F. Drucker (1909-2005), considerado o maior guru de Administração do século XX.

Na década de 1970, após as crises do petróleo, é desenvolvido um sistema produtivo fábricas da Toyota que quebra a rigidez da linha de produção fordista, através do modelo de Gestão da Qualidade Total (GQT), ou Total Quality Management (TQM), trazendo flexibilidade na produção e maior diversificação de produtos. O Sistema Toyota de Produção ou toyotismo, como ficou conhecido, concebido pelos engenheiros Taiichi Ohno (1912-1990),

Shingeo Shingo (1909-1990) e Eiji Toyoda (1913-2013), fruto de muito investimento em pesquisa, visava obter aumento da produtividade através do aumento dos conhecimentos técnicos dos trabalhadores, que passam a realizar tarefas mais complexas sendo responsáveis por um sistema de controle de qualidade já durante a produção. Além disto, o toyotismo tinha como princípio o melhoramento constante, valorizando a inovação e o aprimoramento dos processos, possíveis através da flexibilidade do sistema e do aumento da participação dos trabalhadores no processo. O toyotismo implementou inovações na produção adotando a filosofia do *just-in-time* (produção com base na demanda), utilizando ferramentas como *heijunka* (previsibilidade da produção), *kaizen* (melhoria contínua) e *jidoka* (detecção de não conformidades e correção imediata), tornando-se um modelo mais adaptável e eficiente para a produção moderna, que precisa se modificar constantemente.

Nas décadas de 1980, 1990 e 2000 viriam a surgir outras teorias de administração com o objetivo de aumentar a produtividade do trabalho. A Teoria da Contingência, por exemplo, destaca a importância de considerar as contingências ambientais ao tomar decisões de gestão, reconhecendo que não existe uma abordagem de decisão única que se aplique universalmente. A abordagem de redes, proposta por Granovetter (2007), enfatiza as relações interpessoais, o capital social e a colaboração como elementos cruciais para o sucesso organizacional. O Novo Institucionalismo, representado por autores como Meyer e Rowan (1977), Powell e DiMaggio (2012) e Friedland (1991), concentra-se nos arranjos institucionais, na legitimidade institucional e nas relações de poder nas organizações. E, ainda, as novas abordagens em administração, que consistem em campos de estudo em construção, com autores que exploram temas como tecnologia, informação, inovação, participação, descentralização do poder, equipes de trabalho, diversidade, ética, sustentabilidade, responsabilidade social e a economia colaborativa (*sharing economy*).

Apesar do enfoque de todas estas proposições teóricas ser bastante diversificado, identifica-se que uma característica comum de todas estas Teorias Organizacionais (TOs) é que foram formuladas sem romper com o modo de produção capitalista, ou seja, nenhuma destas abordagens apresentadas contesta o processo de valorização do valor apresentando ou buscando alternativas. Pelo contrário, o princípio que orienta a maioria das TOs apresentadas, resumidas no Quadro 1, é administrar as organizações para mantê-las competitivas no mercado capitalista, adaptando-as, ou seja, inovando, sempre que necessário. Porém, a adoção e disseminação de inovações é orientada pela busca pelo lucro nos negócios capitalistas.

Quadro 1 - Teorias Organizacionais clássicas do capitalismo

Teoria	Referências	Ênfase
Teoria da Burocracia	Max Weber	Estrutura organizacional, regras e regulamentos.
Administração Científica	Frederick Taylor	Tarefas, eficiência e padronização dos processos.
Teoria Clássica	Henri Fayol, Henry Ford	Princípios de administração, funções administrativas, linha de produção.
Escola das Relações Humanas	Elton Mayo, Chester Barnard, Herbert Simon, Abraham Maslow	Comportamento organizacional e relações interpessoais
Teoria Estruturalista	Amitai Etzioni	Análise das estruturas organizacionais
Teoria Geral dos Sistemas	Daniel Katz, Robert Kahn	Abordagem sistêmica nas organizações
Abordagem Neoclássica	Peter F. Drucker	Eficiência e eficácia
Qualidade Total	Taiichi Ohno	Produção enxuta, <i>just-in-time</i>
Teoria da Contingência	Donaldson	Organizações são sistemas abertos, que precisam se adaptar, equilibrando necessidades internas e externas (contingências ambientais).
Abordagem de redes	Granovetter	Relações interpessoais, capital social, colaboração e cooperação.
Novo Institucionalismo	Meyer, Rowan, DiMaggio, Powell, Friedland	Arranjos institucionais, legitimidade institucional, relações de poder.
Novas abordagens em administração	Michel Porter, Clayton Christensen	Tecnologia, informação, inovação; participação, descentralização do poder e decisão (<i>empowerment</i>), equipes de trabalho; diversidade e inclusão, ética, sustentabilidade, responsabilidade social, economia colaborativa (<i>sharing economy</i>)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir destas TOs, surgiram diversos modelos de gestão de organizações no capitalismo, como o modelo burocrático, o modelo de produção em massa (fordismo), o modelo de produção em lotes (toyotismo), o modelo GQT e o modo de produção por resultados, por exemplo. Além de modelos mais recentes e que incorporam inovações tecnológicas como o modelo de produção sustentável, o modelo de produção colaborativa e o modelo de produção organizado em plataformas digitais, por exemplo. Como pode-se observar, ao longo do tempo os modelos de gestão capitalistas avançaram em busca de aumento de produtividade para além da gestão do processo produtivo, estabelecendo a necessidade de inovação por toda a organização.

Estes modelos refletem as mudanças, adaptações e evolução do sistema capitalista, acompanhado pelo desenvolvimento da administração enquanto uma ideologia, que tem como bases teóricas a racionalidade, a burocracia, a abordagem clássica da administração, a Escola das Relações Humanas, a abordagem neoclássica, entre outras, e que se materializam na Teoria Geral da Administração (TGA). Entretanto, o objetivo continua sendo o aumento de produtividade para manutenção das taxas-de-lucro. Nesse sentido, o investimento em pesquisa e a adoção de inovações, sejam tecnológicas, sejam nas relações de trabalho, ocorrem somente se aumentarem os lucros. Dessa forma, compreende-se que a motivação do capitalista para

investir recursos no desenvolvimento de inovações é sua necessidade de aumentar seus lucros, estando a inovação sujeita à possibilidade de obtenção de MVR.

Para que a pesquisa e desenvolvimento de inovações ocorra de forma planejada⁵, como ocorre nas empresas capitalistas que buscam aumento da MV através da MVR, é necessário que haja conhecimento sobre processo de trabalho que está sendo realizado, a fim de avaliá-lo e modificá-lo para que seu produto final seja diferente. Além do conhecimento sobre o processo, como os trabalhadores que o executam possuem, são necessários meios de produção para desenvolver a inovação, como, por exemplo, o acesso a determinados recursos, que, nas sociedades de classe, não estão acessíveis para todos.

Durante o período da Revolução Industrial, houve um grande avanço científico e tecnológico, que iniciou na Inglaterra e se espalhou pela Europa e Estados Unidos, causando grandes mudanças nas relações de produção e nas relações políticas-ideológicas, consolidando a burguesia como nova classe dominante. A classe burguesa passou a exercer sua dominação por meio de diversos mecanismos, inclusive pelo controle do conhecimento, de forma que, no modo de produção capitalista, como mencionado em *A Ideologia Alemã*, onde Marx e Engels argumentam que “as ideias dominantes de uma época são as ideias da classe dominante” (Marx; Engels, 2007, p. 72), a produção científica e tecnológica da sociedade passou a ser orientada para aumento dos lucros nos negócios capitalistas.

Com o avanço da divisão e especialização do trabalho sob a lógica capitalista de produção, se acentuou a separação entre o conhecimento sobre o processo de trabalho e a execução do trabalho. Um exemplo destas mudanças ocorreu na transição da produção realizada em oficinas para a produção realizada em manufaturas. No modelo anterior, que era executado em oficinas, por artesão e seus aprendizes, os trabalhadores de ofício possuíam conhecimento sobre todo o processo de produção de um bem. No modelo seguinte, quando a produção passa a ser realizada em manufaturas, o trabalhador perde conhecimento sobre processo de trabalho, dominando alguns poucos detalhes, pois o trabalho passa a ser planejado, orientado, medido, avaliado e modificado não mais pelo trabalhador que executava o processo, mas por um engenheiro ou outra pessoa contratada apenas para realizar esta tarefa.

Dessa forma, “ao organizar e sistematizar os conhecimentos empíricos, as empresas buscam despersonalizar a *techne*” (Zawislak, 1995, p. 5) para produzir *episteme*, ou seja, conhecimento científico. Nesse sentido, o “saber científico sobre a organização do trabalho [e, por consequência, do processo produtivo] é derivado do conhecimento empírico dos operários,

⁵ O desenvolvimento de inovações, em geral, ocorre de forma planejada, mas também pode ser ocasional.

só que apropriado [e sistematizado] pelo capitalista” (Lipietz, 1979, p. 225 apud Zawislak, 1995, p. 5)⁶.

A techne é um conhecimento implícito e, principalmente, restrito a um determinado contexto de ação, isto é, diretamente ligada à prática que se tem com alguma coisa. Os trabalhadores e seu know-how são até hoje o exemplo insubstituível de tal poder. [...] A episteme, ao contrário [da *techne*], é o conhecimento baseado em dedução lógica a partir de princípios rígidos onde nada deve ser deixado ao acaso ou à imaginação. Trata-se do conhecimento científico e, portanto, articulado (Zawislak, 1995, p. 4).

2.3. Dominação e a burocracia do Estado burguês

Maurício Tragtenberg (1929-1998), em sua obra *Burocracia e Ideologia* (2012), bem como em outros trabalhos que contribuíram significativamente para o campo de estudos organizacionais, realiza uma análise crítica interdisciplinar da burocracia e das estruturas organizacionais. Tragtenberg (2012) enfatiza a relação intrínseca entre a administração e o contexto político, econômico e ideológico em que as organizações estão inseridas. Neste sentido, Faria e Meneghetti (2011) destacam que:

[...] refletir sobre a relação entre burocracia e Estado a partir de uma perspectiva histórica concreta e não de um ponto de vista abstrato e a-histórico, como é mais usual na área de Estudos Organizacionais e da Teoria da Administração, implica colocar sobre bases concretas pesquisas sobre a constituição, a estrutura e a ação do Estado na sociedade contemporânea. Assim, as reflexões sobre gestão de políticas públicas, gestão tributária, governança, entre outras coisas, deve ser sustentadas em conceitos que se originam das especificidades sociais, econômicas, culturais, jurídicas e políticas (Faria; Meneghetti, 2011, p. 425).

Da mesma forma, Omar Guerrero, explica que “o Estado nasce da sociedade, porém esta nasce da estrutura econômica, da produção, da troca e da distribuição” (Guerrero, 1981, p. 266). Assim, partindo de uma episteme materialista histórica, onde a sociedade é compreendida “a partir de suas condições materiais, da estrutura econômica, o Estado não se explica se não a partir da própria sociedade civil” (Guerrero, 1981, p. 266). Assim, a forma que o Estado exerce a direção administrativa e o domínio político da sociedade será correspondente com o desenvolvimento da estrutura econômica produtiva de tal sociedade. Nesse sentido, o autor destaca que a Administração Pública na sociedade capitalista, “como toda administração que brota do antagonismo de classes e da necessidade de dirigir trabalho associado em grande escala” (Guerrero, 1981, p. 261) consiste na ação do “Estado de classe” (Guerrero, 1981, p. 261) de exercer a direção administrativa e o domínio político.

⁶ LIPIETZ, Alain. Paris, **Crise et inflation pourquoi?** Paris: Francois Maspero, 1979. (Economie Et Socialisme, v. v. 1). v. Tome I: L’accumulation intensive. Disponível em: http://lipietz.net/IMG/article_PDF/article_681.pdf. Acesso em: 21 nov. 2023

Como visto anteriormente, a passagem da sociedade feudal para a sociedade capitalista ocorreu em razão de modificações no modo de produção, fazendo surgir duas novas classes sociais. De um lado a classe burguesa, que consiste na classe dominante, formada pelos capitalistas, proprietários dos meios de produção e que precisa da FT para produção de mercadorias a fim de obter MV e conseqüentemente lucros, ou seja, mais riqueza do que possuíam antes. Além disso, os capitalistas buscam aumentar seus lucros implementando inovações, seja apenas em modificações nos processos, seja na implantação de novas tecnologias. De outro, a classe proletária, que consiste na massa de pessoas que não possuem meios de produção e por isso precisam vender sua FT aos capitalistas para receberem salário. Neste sistema, o objetivo do capitalista é manter o ciclo de valorização do valor funcionando, para obter lucro, de forma que parte do trabalho executado pelo assalariado é apropriado pelo capitalista através do mais-valor. Portanto, na sociedade capitalista, a classe capitalista é quem controla todos os meios de produção e reprodução da vida, decidindo o quê, como e quando deve ser produzido e quem, quando e o quê irá consumir, com o objetivo de obterem taxas crescentes de lucros. Para este modo de produção da vida material ocorrer é preciso a dominação de uma classe sobre a outra.

A dominação da classe capitalista se expressa na “estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência” (Marx, 2008a, cap. Prefácio, p. 47). A estrutura econômica capitalista está fundamentada no movimento de valorização do valor, na propriedade privada dos meios de produção, na acumulação de capital, na força de trabalho vendida como mercadoria e na exploração e alienação do trabalho, para produção de mais-valor e obtenção de lucros. Estas relações sociais de produção estabelecidas entre os homens são “determinadas, necessárias, independentes de sua vontade” (Marx, 2008a, cap. Prefácio, p. 47). A superestrutura jurídica e política da sociedade capitalista, por sua vez, está baseada na existência do Estado do tipo burguês, orientado pelos valores do direito igualitário e do burocratismo (Narciso, 2022, p. 299).

A burocracia constitui um dos componentes da materialidade do Estado. A burocracia, por um lado, é a responsável por viabilizar, manter, conservar a ordem social capitalista e, dessa forma, garantir os interesses da classe dominante, de outro, ela implementa as ações do Estado destinadas ao atendimento dos interesses das classes dominadas, na perspectiva de manter a ordem capitalista, defendendo a propriedade privada dos meios de produção da vida, princípio fundamental da sociedade do capital. A materialidade da burocracia, por sua vez, consiste no aparelho estatal, ou seja, nas instituições públicas, que, no Brasil, são administradas pelo poder

executivo, governado pelo Presidente, eleito pelo voto universal. De acordo com o Manifesto do Partido Comunista (2017), este poder executivo serve aos interesses dos capitalistas:

Por fim, a burguesia, desde o estabelecimento da indústria moderna e do mercado mundial, conquistou para si, no Estado representativo moderno, um domínio político exclusivo. O moderno poder de Estado não é senão um comitê para administrar os negócios comuns da classe burguesa (Marx; Engels, 2017).

Com a existência do Estado do tipo burguês, as demandas da classe trabalhadora são atendidas apenas na medida em que permaneça garantida a manutenção do modo de produção capitalista e da classe burguesa enquanto classe dominante, ou seja, sem colocar em risco a relações sociais de produção e a estrutura política que fundamenta a sociedade capitalista. Pode-se observar, que, mesmo após séculos de existência do Estado burguês, em suas mais diversas formas organizacionais, continuam existindo pessoas sem moradia ao mesmo tempo em que há residências vazias, crianças que passam fome enquanto alimentos estragam estocados, trabalhadores que passam por rotinas de mais de doze horas de trabalho por dia e mesmo assim continuam endividados, além dos doentes que têm dificuldade de acessar serviços de saúde pública, os quais prestam cuidados de saúde cada vez mais precarizados. Contudo, a manutenção do modo de produção capitalista está cada vez mais consolidada e cada vez menos ameaçada. Esta ineficiência do Estado burguês enquanto promotor da suposta igualdade que a sociedade capitalista promete tem sido justificada das mais diversas formas por aqueles que defendem o modo de produção capitalista.

O argumento mais recorrente que explica a suposta ineficiência do aparelho estatal vem da doutrina neoliberal, baseada no princípio da eficiência, que culpa os princípios e regras exclusivos da Administração Pública de tornarem as ações executadas pelas organizações públicas ineficientes e burocratizadas demais, enquanto as organizações que atuam no mercado privado seriam mais eficientes e menos burocráticas porque não seguem estes princípios, possuindo assim maiores capacidades de inovação. Outro argumento apresentado pelos teóricos liberais sobre a ineficiência do Estado burguês em promover a justiça social, é baseado no princípio da racionalização.

2.4. Racionalização e Administração Pública

A concepção capitalista sobre administração considera que a mesma é responsável por coordenar uma organização para atingir um determinado objetivo organizacional com a utilização da menor quantidade de trabalho possível, envolvendo atividades como planejamento, tomada de decisões, direção e controle. Esta compreensão gerencial e

racionalista da administração tem seus germes na teoria da Administração Científica de Taylor, dentro de um período de acirramento da luta de classes no capitalismo e de sua análise sobre o processo produtivo no capitalismo.

Taylor (1996) divergia da ideia de que os interesses dos empregados são antagônicos com os interesses da empresa, afirmando que, justamente o contrário, o sucesso individual dependeria do sucesso da organização, que, por sua vez, consiste em produzir mais mercadorias que os concorrentes com o mínimo de empregados, aumentando assim os lucros e, conseqüentemente, os salários. Para isso a organização deve ser racionalmente organizada, pensando de forma científica os seus processos. Dessa forma, Taylor relaciona a noção de prosperidade social com a ideia de produtividade. “Em outras palavras, a maior prosperidade decorre da maior produção possível” (Taylor, 1996, p. 26), que poderia ser obtida a partir da administração eficiente e racional das organizações. Desta concepção derivam as características da Administração Científica, tais como separação da administração da execução do trabalho, a divisão do trabalho, a retirada do controle do operário sobre a produção, a busca pela eficiência, entre outras.

Uma das funções da administração consiste na função gerencial, também denominada como gestão, que pode ser identificada a partir da Teoria da Administração Clássica. Fayol (1990) abordou a organização através de duas perspectivas. Primeira, a organização enquanto uma entidade, por exemplo uma empresa. Segunda, a organização como uma função administrativa, que consiste no trabalho de gestão da entidade, ou, em inglês *management*.

Fayol possuía uma visão mais gerencial, quando comparado à Taylor, tendo enumerado um conjunto de seis operações básicas que a empresa deve observar e que são interdependentes: operações técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, contábeis e administrativas. Estas atividades deveriam ocorrer seguindo os princípios de divisão do trabalho, direito de autoridade, disciplina (no sentido de obediência às regras), unidade de comando, unidade de direção, interesse geral sobrepor-se aos interesses individuais, centralização, hierarquização, entre outras. Nesse sentido, a gestão é responsável por atividades segmentadas por área, como gestão da produção, gestão de estoques e gestão fiscal, por exemplo, com objetivo de atingir metas e objetivos específicos em áreas específicas. Dessa forma, compreende-se que a administração possui um caráter mais estratégico, enquanto a gestão um caráter mais operacional, dentro de uma determinada organização.

Taylor pôs a ênfase de sua teoria nas tarefas desenvolvidas dentro da organização, enquanto Fayol colocou a ênfase de sua análise na estrutura da organização. Fells (2000) afirma que Wren (2004) “observa que Fayol viu a gestão da perspectiva executiva, enquanto Taylor se

concentrava na perspectiva fim”. Apesar desta especificidade, a Administração Científica e a Teoria da Administração Clássica se aproximam, principalmente, no que seus autores denominaram como princípios, tais como a divisão do trabalho, a disciplina, a subordinação dos interesses pessoais aos interesses da organização, entre outros, fundamentados na racionalidade instrumental como critério de eficiência.

A racionalidade instrumental, ou razão instrumental, foi termo utilizado por Max Horkheimer (1895-1973), da Escola de Frankfurt, em sua crítica à crença positivista do iluminismo que o avanço contínuo da ciência e progresso levaria automaticamente ao progresso e à felicidade. A racionalidade instrumental, derivada da filosofia kantiana (Kant, 2012), identifica que o conhecimento decorre a partir da razão do ser humano (conhecimento *a priori*), colocando as experiências do mundo sensível como conhecimento que só é possível a partir dos conhecimentos advindos da razão (conhecimento *a posteriori*). Nesse sentido, a racionalidade instrumental considera a “totalidade da natureza humana e extra-humana como dada” (Horkheimer, 1978, p. 132), sendo que para o indivíduo “este mundo existe e deve ser aceito” (Horkheimer, 1978, p. 133), sendo ela, a racionalidade instrumental uma teoria que reforça e permite a perpetuação da sociedade de classes e, portanto, a dominação. Nesse sentido, o trabalho dos teóricos, como as teorias sobre administração, por exemplo, é condicionado, ocorrendo dentro dos limites da divisão social do trabalho (Horkheimer, 1978, p. 138).

A utilização da racionalização como princípio organizativo pode ser observada nos experimentos de Taylor, Ford e Fayol, bem como de Ure, Gilbreth, Barnard e Urwick (Marsden; Townley, 2001, p. 31), que utilizaram da ciência social para a tarefa de organizar eficientemente o trabalho como uma força produtiva para o capital. Eles estabeleceram a gestão como o conceito predominante de prática para os estudos organizacionais, excluindo da análise econômica as relações sociais e as relações de poder.

Entretanto, quando colocado em xeque com a realidade, o taylorismo não conseguia responder como o aumento da produtividade, que estava ocorrendo, não estava produzindo prosperidade social. O avanço da administração racional e a busca por desenvolvimento econômico no sistema capitalista eram acompanhados de disputas por territórios e colonialismo por parte das grandes potências industrializadas, produzindo inúmeros conflitos bélicos, internos e externos, que viriam a culminar na I Guerra Mundial, em 1914. Como resposta, Taylor afirmava não ser possível assegurar tal prosperidade de forma permanente, não por culpa da organização racional, mas porque os indivíduos “nascem preguiçosos e ineficientes e outros ambiciosos” e que “também sempre haverá pobreza, miséria e infelicidade” (Taylor, 1996). Mas ponderava, que, seguindo o seu modelo organizacional “os períodos de infortúnio serão

em menor número, mais curtos e menos atrozés” (Taylor, 1996, p. 36), ou seja, como o próprio autor admite, permanecerão existindo infortúnios.

Taylor nasceu em 1856. Era filho de uma família rica de Quaker, estudou em boas escolas, incluindo um período na França e na Alemanha (Frazão, 2018). Após, aos 16 anos, ingressou em uma renomada academia para se preparar para universidade. No ano seguinte já atuava como aprendiz industrial em uma fábrica, sendo promovido à chefe e supervisor com 22 anos. Com 34 anos Taylor era gerente geral de diversas grandes fábricas na Filadélfia. Taylor faleceu aos 56 de anos de idade, em 1915, ano de maior mortalidade de soldados na I Guerra Mundial (1914-1918), quando ocorriam violentos conflitos entre soldados em trincheiras por toda Europa. Contudo, Taylor continuava na Pensilvânia, gerenciando suas fábricas, distante dos infortúnios da guerra, tendo falecido de pneumonia. De certo modo, é possível compreender que Taylor faz parte de uma pequena parcela da população que não sofre os infortúnios da vida no capitalismo, nem em tempos de guerra, pelo contrário.

No início do século XX a adoção da racionalização como princípio organizativo não conseguia vencer os impasses que o sistema capitalista apresentava, como as crises cíclicas e periódicas em razão da queda da taxa de lucro, como a queda da Bolsa de Valores em 1929 demonstra, por exemplo. A queda na taxa de lucro criava pressões sobre os capitalistas, que tentavam compensar aumentando a exploração dos trabalhadores, reduzindo salários e investindo em mais tecnologia, para aumentar a produtividade. Contudo, o segundo quarto do século XX ainda seria marcado por montantes de riqueza e por desenvolvimentos econômicos decorrentes de modelos de produção misto, com utilização de força de trabalho não assalariada, ou seja, como a produção ocorrida nas colônias e nos campos de prisioneiros de trabalhos forçados, que tinham até mesmo idosos, mulheres e crianças⁷.

Neste período, na década de 1940, surge o campo de estudos organizacionais. Os EO surgem como um campo de estudos multidisciplinar, com objetivo de entender as dinâmicas de funcionamento das organizações, utilizando da sociologia, psicologia e economia. No campo de estudos organizacionais, Tragtenberg (2005) oferece uma perspectiva crítica à Teoria Geral da Administração e à administração gerencial ao destacar suas limitações e implicações.

⁷ Durante a 2ª Guerra Mundial (1939-1945), houve campos de trabalhos forçados na Alemanha, Japão, Estados Unidos e União Soviética, por exemplo. O exército alemão escravizou pessoas nos territórios que ocupou ao longo da guerra. No Japão, prisioneiros de guerra e estrangeiros eram escravizados para trabalhar em fábricas da Mitsubishi e no Mitsui, por exemplo, além das *comfort women* (mulheres para conforto), japonesas que eram forçadas a servirem sexualmente os soldados e oficiais japoneses durante os anos da guerra. Nos Estados Unidos haviam campos de concentração de japoneses em solo americano de 1942 até 1948, onde imigrantes japoneses e descendentes nascidos no país eram escravizados para trabalhos forçados. Na União Soviética os campos de trabalho forçado ficaram conhecidos como Gulags, acrônimo de *Glavnoe Upravlenie ispravitel'no-trudovyykh Lagerei*, ou Diretoria Central de Campos de Trabalho Corretivo.

Segundo o autor, através do *management*, ou seja, da gestão, a TGA tende a reforçar uma visão mecanicista e tecnicista da administração, colocando ênfase excessiva nos aspectos formais e prescritivos, negligenciando dimensões sociais, políticas e ideológicas presentes nas organizações. Com enfoque excessivo no gerente como figura central e detentor do conhecimento técnico, o *management* e a gestão servem como uma forma de legitimação e perpetuação das relações de poder existentes nas estruturas organizacionais.

O desenvolvimento de diferentes modelos de gestão da produção e de inovações tecnológicas foi essencial para a consolidação do sistema capitalista no início do século XX se consolidou, e a busca pelos lucros, de forma que a racionalização continua orientando a administração das organizações, tanto as empresas que atuam no mercado, quanto as organizações que não tem por objetivo o lucro, como as organizações públicas até os dias atuais.

A concepção contemporânea da Administração Pública, enquanto disciplina, localizada dentro dos estudos em Administração, também surgiu nos Estados Unidos no início do século XX, acompanhando o desenvolvimento da TGA, tendo as ideias de Woodrow Wilson (1887) como uma das referências. De acordo com Misoczky (2004, p. 5), Wilson defendia “a separação entre política e administração, bem como da eficiência como categoria central”. Inspirado em Bluntschli⁸, Wilson afirmava que “a política é a atividade do Estado nas coisas grandes e universais, enquanto que a administração, por outro lado, é a atividade do Estado nas coisas pequenas e individualizadas” (WILSON, 1953, p.71), de forma que a política seria o campo de atuação específico do estadista e a administração do funcionário técnico. Dessa forma, bastaria que as atividades de gestão da burocracia estatal fossem realizadas de forma racionalizada, que o Estado conseguiria atingir seus objetivos, como prover a igualdade e justiça social.

A partir da ideia de separação entre política e administração houve a demarcação de um “espaço acadêmico do novo campo da Administração Pública, que deveria se ocupar apenas com a execução de políticas por corpos burocráticos dos governos” (Misoczky, 2004, p. 6). Desde então a disciplina da AP tem sido compreendida como a gestão dos negócios do governo, sendo inclusive denomina como Gestão Pública. Orientadas pelo princípio da racionalização, as abordagens teóricas organizacionais convencionais e a disciplina de Administração Pública limitam-se a considerar que o problema de ineficiência estatal em solucionar as mazelas econômicos-sociais ocorre por causa da gestão que é realizada, que seria ineficiente por ser burocratizada, ignorando relações sociais e relações de poder.

⁸ Johann Caspar Bluntschli (1808-1881) foi um suíço, jurista e político, autor de *Lehre vom Modernen Staat* (Doutrina do Estado Moderno) de 1875, tendo atuado como professor de direito internacional e constitucional na Suíça e na Alemanha.

É seguindo este referencial teórico que nos países capitalistas, como o Brasil, a inovação nos serviços públicos tem sido construída sob a perspectiva gerencial, sob influência do projeto neoliberal, numa abordagem racionalista. Entretanto, adoção da racionalidade como princípio não é suficiente para produzir inovações na AP. Nas palavras de (Lopes, 2019, p. 844), “para entender a modernização do Estado, o peso das variáveis político-institucionais e ideológicas deve ser enfatizado permitindo explicar o conteúdo e a dinâmica dos programas estratégicos do Estado”. No caso da reforma da AP brasileira, o neoliberalismo, o gerencialismo e a Nova Administração são alguns dos conceitos que ajudam a entender o contexto político-institucional e ideológico em torno da inovação nos serviços públicos do país.

2.5. Neoliberalismo, gerencialismo e Nova Administração Pública

O neoliberalismo é “um projeto econômico-político transnacional da classe capitalista” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 185) que se constitui em “um programa político dinâmico e resiliente que organiza a etapa atual do capitalismo [...] de construção da sociedade de mercado (não apenas da economia de mercado)” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 186). A etapa neoliberal do capitalismo é “distinta do simples liberalismo clássico” (Anderson, 1995, p. 9) do século anterior, pois surge como resposta à crise de acumulação dos anos 1970 e o crescimento da inflação que “diminuíram ainda mais a renda e a riqueza da classe capitalista” (Duménil; Lévy, 2007, p. 2), num período onde, apesar do aumento da produtividade do trabalho desde a II Guerra Mundial, houve declínio da produtividade do capital (Duménil; Lévy, 2007, p. 4). Isso abriu espaço para avanço das críticas ao sistema capitalista e ao modelo de Estado de bem-estar, favorecendo também a promoção de ideias socialistas como alternativa. Nesse contexto, o neoliberalismo surgiu como solução para as classes dominantes garantirem “as condições de continuidade daquelas relações à luz dos parâmetros do capital [...] sem transformar as relações sociais de produção para além de sua forma histórica capitalista” (Paço-Cunha, 2022, p. 16).

O neoliberalismo nasceu apoiado em um discurso idealista “sobre práticas de política econômica que afirmam que o bem-estar humano pode ser mais bem promovido por meio da maximização das liberdades empresariais dentro de um quadro institucional caracterizado por direitos de propriedade privada, liberdade individual, mercados livres e livre comércio” (Harvey, 2007, p. 2) orientado pela “estratégia de acumulação chamada comumente de desenvolvimento” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 186) e que tinha por objetivo a retomada do poder político das classes dominantes nos países capitalistas. Misoczky, Abdala e

Damboriarena (2017, p. 186) consideram que “naquele contexto, o neoliberalismo pouco conseguiu em termos de uma efetiva retomada do crescimento da taxa de acumulação”. Contudo, o neoliberalismo se mostrou “uma eficiente utopia teórica discursiva que serviu como sistema de justificação e legitimação” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 186). Nesse sentido, o neoliberalismo atua como “uma ideologia⁹ com função de renovação do poder de classe” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 188), uma ideologia “materializada num modo de administração política, dirimindo conflitos, dando respostas aos problemas colocados ainda que de maneira irresolutiva” (Paço-Cunha, 2022, p. 16).

De acordo com Misoczky, Abdala e Damboriarena (2017, p. 185), a emergência do neoliberalismo ocorre no período compreendido entre o ano de 1947, quando ocorreu o surgimento da Sociedade Mont Pèlerin (MPS), e o ano de 1973, quando ocorre o golpe de Estado no Chile mediante assassinato do presidente Salvador Allende (1908-1973). A MPS, surgiu “após a Segunda Guerra Mundial, em 1947, quando muitos dos valores da civilização ocidental estavam em perigo, 36 estudiosos [...] reúnem-se para discutir o estado e o possível destino do liberalismo (em seu sentido clássico) no pensamento e na prática” (MPS, 2023), em Mont Pèlerin, Suíça. A primeira reunião da MPS foi organizada por Friedrich Hayek (1899-1992), e contou com a participação de Milton Friedman (1912-2006), Karl Popper (1902-1994) e Ludwig von Mises (1881-1973), entre outros “membros, que incluem altos funcionários do governo, ganhadores do prêmio Nobel, jornalistas, especialistas em economia e finanças e acadêmicos jurídicos de todo o mundo” (MPS, 2023), que criticavam as políticas econômicas de John M. Keynes (1883-1946) que defendia que o Estado deveria intervir no mercado para evitar a retração econômica.

Dentre os objetivos da MPS encontra-se o “enfrentamento ao declínio da crença na propriedade privada e no mercado competitivo [...], a redefinição das funções do Estado de modo a distinguir mais claramente entre a ordem totalitária e a liberal [...], o estabelecimento de padrões mínimos por meios não hostis à iniciativa e ao funcionamento do mercado” (MPS, 2023). Participavam da MPS professores da Universidade de Chicago, como Milton Friedman,

⁹ A respeito da utilização do termo ideologia, os autores destacam que: “Para que fique claro ao que nos referimos, definimos ideologia nos termos propostos por Lukács (2012), para quem a ideologia é ideológica precisamente porque cumpre uma função e produz efeitos concretos nos processos reais. Ou seja, a ideologia pode se expressar na forma de ideia ou de atividade prática, mas sempre tem uma função na reprodução social. A ideologia é uma forma de elaboração ideal da realidade que serve para tornar a prática dos homens consciente e operativa, manifestando-se na vida social de modo permanente e sendo uma possibilidade criada pelas circunstâncias histórico-sociais a partir das necessidades da vida cotidiana. Portanto, ideologia e existência social são realidades inseparáveis. A concepção de ideologia como função desloca o foco do critério gnosiológico-científico (do verdadeiro ou falso) para o critério ontológico-prático (a função social que desempenha)” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 188)

que integravam a Escola de Chicago, uma abordagem econômica que associa a Teoria Econômica Neoclássica ao liberalismo econômico, atribuindo a crise econômica ao intervencionismo estatal na produção privada, rejeitando o Estado de Bem-Estar Social e a regulamentação dos mercados, e, portanto, o keynesianismo. A Escola de Chicago formou estudantes chilenos na década de 1950, que posteriormente viriam a participar do governo da Ditadura Militar de Pinochet, formulando suas políticas econômicas, após o golpe de Estado no Chile em 1973 que derrubou o presidente eleito Salvador Allende (1908-1973) – primeiro socialista eleito como presidente na América. Este grupo viria a ficar conhecido como Chicago Boys.

A partir da década de 1970, com esfriamento das tensões da polarização econômica-política global ocorrida com a Guerra Fria e a corrida espacial, surgem novas necessidades e novas oportunidades de relações geopolíticas, exigindo mudanças no papel do Estado capitalista, a fim de superar a abordagem keynesiana de “Estado forte” e intervenção estatal na economia, bem como contrapor experiências socialistas. Nesse sentido, a fim de operacionalizar o projeto político neoliberal, ganha terreno a abordagem gerencial, o gerencialismo.

O gerencialismo é uma matriz teórico-ideológica subsidiária do neoliberalismo que “se constitui em uma racionalidade que justifica e propõe a reprodução da lógica de mercado em todas as dimensões da vida associada” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 188) com o objetivo de “fomentar uma sociedade mais produtiva” (Santos, 2022, p. 4). O gerencialismo funciona como “braço operacional e ideologia complementar” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 188) do neoliberalismo que possui função de renovação do poder de classe, por isso tem como uma das principais características a sua capacidade de “se renovar para manter sua eficiência” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 188).

Sob a lógica do gerencialismo foram implementadas políticas de desregulamentação dos mercados e redução do tamanho e do papel do Estado. O avanço do gerencialismo nas economias capitalistas pode ser observado quando os Estados orientam suas ações a partir de princípios neoliberais, que se expressam a partir de políticas de redução de gastos públicos em programas sociais, disciplina fiscal, abertura comercial, adoção de câmbio de mercado, eliminação de restrições ao capital estrangeiro, privatizações de empresas estatais do ramo produtivo, flexibilização de leis trabalhistas e diminuição de renda. Tais medidas impulsionaram a reorganização econômico-produtiva, acelerando avanços tecnológicos e promovendo uma economia mais globalizada e com maior financeirização da economia. Nesse contexto foi, e continua sendo, necessário ao capital modificar a estrutura do aparelho do

Estado, a fim de disponibilizar novos arranjos institucionais para relação entre Estado e capital sob a lógica gerencial.

A partir de 1989 com a influência do Consenso de Washington (CW-89), um conjunto de dez medidas formuladas e defendidas por John Williamson, economista funcionário do Banco Mundial, a lógica gerencial foi impulsionada em diversos países, incluindo o Brasil, a partir de empréstimos e financiamentos do Fundo Monetário Internacional (FMI), nos quais eram exigidas contrapartidas como a redução do papel do Estado na economia, desregulamentação e abertura do mercado interno, a redução dos gastos públicos, a privatização de empresas estatais, além da precarização do trabalho, do salário e da previdência dos trabalhadores do estado, mediante demissões, diminuição de salários e retirada de direitos trabalhistas.

Contudo, com as mudanças neoliberais também ocorria a intensificação da miséria nos países em desenvolvimento, de forma que em 1998 é publicado o livro *El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*, pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), marcando o momento denominado de Consenso de Washington Ampliado (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 185). Este documento apresentava a crítica do BID às medidas do CW-89 por ter “um viés economicista”, inserindo aspectos macroeconômicos e novos termos como fortalecimento institucional e educação no projeto neoliberal. Ainda em 1998 o BID publica o relatório *Más allá del Consenso de Washington: la hora de la reforma*, marcando o momento denominado de Consenso Pós-Washington pelo vice-presidente do Banco Mundial na época, Joseph Stiglitz (Gonçalves, 1998), estabelecendo “metas mais amplas, que visassem o crescimento econômico de longo prazo, o bom desenvolvimento institucional e regulatório do sistema financeiro, a correção das falhas do mercado sob a complementaridade estatal, e uma maior eficiência dos governos para garantir o êxito da economia de mercado” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 185).

Alguns anos após ocorre o Dissenso de Washington, marcado pela publicação do informe *El Disenso de Washington Políticas económicas para la equidad social en Latinoamérica* em 2001. O Dissenso de Washington enfatizou a necessidade de políticas econômicas e social que desenvolvam a equidade e a redução da pobreza na América Latina. Para isso foram sugeridos onze instrumentos de política econômica, “em alusão aos 10 princípios do CW-89” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 185): política fiscal baseada em regras, amenizar os efeitos cíclicos de expansão e colapso, redes de segurança ativadas automaticamente, escola para os pobres, taxar os ricos, dar oportunidades às pequenas empresas, fortalecer os direitos dos trabalhadores, lutar contra a discriminação, parar o mercado

de terras, serviços públicos orientados ao consumidor, e, por último, reduzir o protecionismo dos países desenvolvidos (Birdsall; La Torre, 2001).

A operacionalização do neoliberalismo e do gerencialismo na Administração Pública ocorre a partir de “um conjunto de técnicas e tecnologias de gestão” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 189) que se alteram conforme as necessidades do capital, expressas através dos documentos do FMI e BID, por exemplo. Estas técnicas e tecnologias gerenciais são orientadas pela Nova Administração Pública (NAP), ou New Public Management (NPM), ou, ainda, Nova Gestão Pública (NGP). A NAP é uma “teoria unificadora, geral e normativa” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 189) que defende a aplicação de princípios e técnicas do setor privado na AP.

A NAP teve origem nos países anglo-saxões, como Reino Unido e Nova Zelândia, entre o final da década de 1970 e início da década de 1980, onde os governos e a classe capitalista eram pressionados pela classe trabalhadora e população em geral devido à ineficiência e baixa qualidade dos serviços públicos. Sob o comando da primeira-ministra Margaret Thatcher (1925-2013), o governo britânico implementou reformas baseadas na NAP a partir de 1979, com ênfase na privatização, na competição entre fornecedores e prestadores de serviços, na introdução de contratos de gestão delegada de serviços públicos e numa maior autonomia para as agências governamentais. A influência da NAP se espalhou para outros países, como Austrália, Canadá, Estados Unidos e países europeus, como Suécia e França, nos anos 1980 e 1990. “Nos Estados Unidos, a pressão pela reforma do Estado iniciou antes mesmo da eleição de Ronald W. Reagan, na administração de Carter, com a Lei de Reforma do Serviço Público, de 1978” (Woltmann, 2009, p. 43). Posteriormente, durante o governo de Reagan (1981-1989), a NAP se consolida na Administração Pública estadunidense.

2.6. Reformas do Estado no Brasil capitalista

Após a independência do Brasil enquanto colônia de Portugal em 1822, o país manteve o regime de Estado monárquico, estabelecido sobre um modo de produção escravocrata. Com o avanço do assalariamento e da pauta abolicionista, o monarquismo perdia influência no país, ao mesmo tempo que ganhava fôlego a ideia de federalismo, inspirado no modelo que existia nos Estados Unidos, defendendo maior descentralização do governo e maior autonomia para os estados. Neste contexto, em 1888 ocorre a abolição da escravatura e em 1889 a instauração da Primeira República, que compreende a República da Espada (1889-1894) e a República Oligárquica (1894-1930). Ao término da República da Espada, ficou estabelecido no Brasil o

fim do poder monárquico, o republicanismo como forma de governo, a divisão do poder do Estado em três (executivo, legislativo e judiciário), o presidencialismo como chefe de Estado e chefe de governo, e o federalismo como forma de governo, concedendo autonomia aos estados, permitindo realizarem empréstimos, arrecadarem impostos e organizarem contingente militar próprio. Na economia, neste período, foi autorizada a criação de sociedades anônimas e permitiu-se que bancos privados emitissem papel-moeda.

Posteriormente, durante o período conhecido como República Oligárquica, o país esteve dominado pelas oligarquias, estruturas de poder concentrado em poucas famílias que exerciam influência nos governos estaduais e no governo central para a manutenção de seus interesses de forma direta. Esse modelo de Administração Pública patrimonialista caracterizou-se pela confusão entre o patrimônio público e privado, em que os recursos e instituições do Estado eram tratados como propriedade pessoal dos governantes. O aparelho estatal brasileiro era marcado pelo nepotismo e pela corrupção, e as políticas públicas eram moldadas para beneficiar as elites, deixando a maior parte da população sem qualquer tipo de assistência. Neste período, a economia do Brasil se concentrava no comércio externo, com um regime de latifúndios que exportavam produtos como café, borracha, couro e peles. A partir de 1890 a produção agrícola de algodão aumenta alimentando a indústria fabril interna que crescia. A exploração dos latifundiários e as precárias condições de vida no campo levaram à grandes ondas migratórias e crescimento da população nos centros urbanos. Este período também foi marcado por revoltas no campo, no sertão nordestino e na Amazônia, como a Guerra dos Canudos (1893-1897), a Guerra do Contestado (1912-1916) e a Comunidade do Caldeirão (1926-1936).

Na década de 1910, com o crescimento industrial e o avanço de urbanização, ocorrem significativas mudanças sociais. A chegada de imigrantes, principalmente italianos, trouxeram experiências como sindicalismo, o socialismo e o anarquismo. O operariado cresceu em número e organização, e os sindicatos trabalhistas passaram a lutar contra as longas jornadas de trabalho, os baixos salários, as condições desgastantes do ambiente fabril e a repressão policial. Neste período ocorre a Greve Geral de 1917, reprimida violentamente pelo governo. Também neste período surge o tenentismo (1920-1935), movimento político de militares de baixa patente, que possuíam interesses que coincidiam com os problemas enfrentados pela classe operária urbana. Estes eventos e movimentos tiveram um impacto importante na história do Brasil, moldando o cenário político e social até a Revolução de 1930. A Revolução político-militar de 1930, liderada por setores dissidentes das Forças Armadas e apoiada por diversas forças políticas insatisfeitas com a política do “Café com Leite”, marca o fim da República Oligárquica no Brasil e a ascensão de Getúlio Vargas ao poder.

A partir da Revolução de 1930, durante a Era Vargas (1930-1945), o Estado brasileiro passou por uma expressiva reforma em sua estrutura administrativa, centralizando o poder em um Estado intervencionista, autoritário e corporativista, inspirado no keynesianismo, com uma política de crescimento econômico mediante intervenção estatal. Esta política econômica, que necessitava do estabelecimento de barreiras alfandegárias, construção de infraestrutura, subsídios e incentivos a indústria e oferta de crédito (Costa, 2008), exigiu a transformação do aparelho do Estado para uma Administração Pública burocrática. Neste período a burocracia estatal foi amplamente desenvolvida, adquirindo uma estrutura mais rígida, com o fortalecimento do poder executivo e a criação de órgãos governamentais e instituições que atuavam sob um regime de controle centralizado, que buscava “promover a racionalização burocrática do serviço público, por meio da padronização, normatização e implantação de mecanismos de controle, notadamente nas áreas de pessoal, material e finanças” (Costa, 2008, p. 844).

Uma das principais inovações foi a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público, que tinha como objetivo reformar a Administração Pública federal. Neste departamento foram estabelecidos critérios técnicos para a seleção de funcionários públicos, introduziu-se o princípio do mérito e foi criada uma classificação de cargos e normas para o serviço público civil. Entre as diversas reformas realizadas também houve “a criação de um Ministério de Instrução e Saúde Pública; a remodelação do Exército e da Armada; a reorganização do aparelho judiciário” (Costa, 2008, p. 845). Esta forma de Estado burocrático e intervencionista também pode ser observada na criação do Tribunal de Contas da União (TCU), fortalecendo o controle e a fiscalização das contas pública, bem como na criação de dezenas de agências estatais e de outras dezenas de empresas públicas que atuavam no setor produtivo. A partir de 1938, o DASP passa a “definir e executar a política para o pessoal civil, inclusive a admissão mediante concurso público e a capacitação técnica do funcionalismo, promover a racionalização de métodos no serviço público e elaborar o orçamento da União” (Costa, 2008, p. 845), consolidando a burocracia racionalista como forma de garantir a eficiência desejada na AP, para que o Estado pudesse exercer seu papel de indutor do desenvolvimento. Por outro lado, esse período também ficou marcado pela centralização do poder nas mãos do Estado Novo, perdurando até a renúncia de Vargas, em outubro de 1945, pressionado pelo fim da Segunda Guerra Mundial em 1945 e as críticas aos regimes totalitários (Costa, 2008).

Após o Estado Novo surge o período que ficou conhecido como República Populista, entre 1946 e 1964. Inicialmente a República Populista, construída sob um pacto constitucional

entre partidos de centro com viés liberal, mas com participação de partidos de esquerda, viria realizar reformas que buscavam democratizar o país, ampliando a participação política e fortalecendo as instituições democráticas. Em 1946, foi promulgada uma nova Constituição que restabeleceu o regime democrático, com eleições diretas para presidente e governadores, que foram vencidas por Eurico Gaspar Dutra, ex-Ministro da Guerra de Vargas. Durante o governo Dutra (1946-1951) foi adotada uma política econômica liberal, com redução dos investimentos públicos e incentivo às importações, que não surtiu os efeitos desejados, levando ao aumento da inflação. Com as dificuldades econômicas enfrentadas pela população e o crescimento do movimento operário, os ideais democráticos do governo foram enfraquecendo, o país se alinhou aos Estados Unidos, rompendo relações com a União Soviética, passando a perseguir sindicatos e cassando direitos políticos, culminando com a retirada da legalidade do Partido Comunista brasileiro. Em 1951 Vargas retorna ao governo, implementando novamente uma política intervencionista, controlando as importações, incentivando a indústria interna, e retomando o crescimento econômico influenciado por políticas estatais. No segundo governo Vargas (1951-1954) foi adotada uma postura nacionalista, sobretudo na exploração dos recursos nacionais, com a criação de 13 empresas estatais, incluindo a Petrobrás e dando início ao processo de criação da Eletrobrás, além da criação do “Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES), grande pilar da política de fomento da política nacional” (Costa, 2008, p. 847), desagradando interesses estrangeiros e liberais.

A política econômica desenvolvimentista continuou no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), que também buscava promover o desenvolvimento do interior do país e maior integração nacional, aliando capital nacional com capital estrangeiro para acelerar a industrialização em setores como energia, transporte rodoviário e indústria automobilística. No entanto, as reformas no aparelho estatal, teriam um novo viés, tendo como objetivo a descentralização administrativa, orientadas agora pela Comissão de Simplificação Burocrática (COSB) e Comissão de Estudos e Projetos Administrativos (CEPA). Durante o Plano de Metas de Juscelino foram criadas autarquias, sociedades de economia mista e institutos descentralizados, que possuíam “maior autonomia gerencial e que podiam recrutar seus quadros sem concursos, preferencialmente entre os formados em *think thanks* especializados” (Costa, 2008, p. 848). O governo de Juscelino terminou marcado pelo crescimento da inflação, arrocho salarial e aumento da concentração de renda.

Em 1960 foi eleito Jânio Quadros, para mandato de 1961 a 1965, entretanto seu governo durou apenas 7 meses. O governo Jânio esteve envolvido mais em questões de diplomacia, enfrentando críticas por suas relações internacionais, de militares e do congresso, tendo a

questão econômica produtiva menor destaque. Mesmo assim, herdeiro de uma inflação crescente, Jânio Quadros realizou uma extensa reforma cambial com aval do FMI, restringiu gastos públicos e diminuiu o aparelho estatal, ao mesmo tempo que criou as primeiras reservas indígenas, os primeiros parques ecológicos nacionais e anulou as autorizações da empresa estadunidense Hanna Mining Company para explorar jazidas de ferro de Minas Gerais, restituindo-as à reserva nacional, tendo renunciado ao cargo quatro dias depois.

Após a renúncia de Jânio Quadros e de uma crise política onde até o regime de governo do país foi modificado, iniciou-se o governo de João Goulart (1963-1964), que tentou realizar reformas bancárias, fiscais, urbanas, agrárias, universitárias e também a reforma administrativa no aparelho do Estado, além de propor estender o direito de voto a analfabetos e militares de patentes, enfrentando forte oposição das Forças Armadas. No governo de Jango foi criada a Comissão Amaral Peixoto para realizar a reforma administrativa, visando a desconcentração de poder e a delegação de competências para níveis inferiores da AP, o que permitiria uma atuação mais ágil e efetiva no atendimento às demandas da população. No entanto, com a turbulência política interna e pressão internacional persistente, ocorre o golpe de 1964, encerrando o governo de Jango e instaurando um regime militar que acabou por suspender a possibilidade de continuidade destas reformas.

Durante a Ditadura Militar, governadores foram destituídos, mandatos de parlamentares cassados, partidos extintos e eleições diretas suspensas, aumentando a centralização e o controle governamental na mão de poucos militares, como uma forma de restringir a participação popular e a autonomia das esferas locais de governo. Através do Decreto-Lei 200/67, a ditadura militar continuou o processo de descentralização do aparelho estatal, com objetivo de impulsionar o setor produtivo monopolista no Brasil, bem como facilitar a ações autoritárias do governo militar. Dessa forma, identifica-se que no período da ditadura militar houve centralização política e descentralização administrativa.

Em todo o período pós-colonial brasileiro, desde a República da Espada, República Oligárquica, primeiro governo Getúlio, Estado Novo até a República Populista, e durante o regime militar, de 1964 a 1985, se observa a “manutenção de práticas clientelistas, que negligenciavam a burocracia existente, além da falta de investimento na sua profissionalização” (Costa, 2008, p. 849). Diante de cada desafio enfrentado pelos capitalistas no país, em decorrência de questões socioeconômicas e políticas, a solução adotada pelos governos, no que tange a estrutura do aparelho estatal, era sempre a criação de novas estruturas sob a lógica administrativa da racionalidade:

Todas as iniciativas anteriormente descritas, como a criação dessas comissões, mesmo que não tenham sido implementadas, não deixaram de inaugurar uma nova visão na administração pública com a introdução de conceitos, diretrizes e objetivos mais racionais, que serviriam de base para futuras reformas no aparato administrativo brasileiro. Na verdade, algumas das grandes inovações introduzidas pela reforma de 1967 estavam consignadas nos relatórios da Cosb, da Cepa e, sobretudo, da Comissão Amaral Peixoto, conforme exaustivamente documentado por Beatriz Wahrlich (1974:30-41)¹⁰ (Costa, 2008, p. 850).

Após o longo e conturbado período de governos militares, durante o período de redemocratização, é promulgada a Constituição Federal de 1988 (Brasil, [Constituição (1988)], 2023), conhecida como a Constituição Cidadã, ampliando os direitos e garantias individuais e sociais. As mudanças que estavam ocorrendo na sociedade marcaram o fim de um longo período de Estado autoritário e repressivo, que também puderam ser observadas na Administração Pública. A CF-1988 descentralizou o poder da União federal, fortalecendo a autonomia dos estados e municípios, atribuindo-lhes competências e recursos para uma gestão mais descentralizada e próxima das demandas locais. Neste período também houve a retomada das eleições diretas, o fim da censura e retirada das restrições à liberdade de expressão, o que levou ao aumento da participação social na formulação e implementação de políticas públicas, através de conselhos, audiências públicas e outros mecanismos participativos. Foi na CF-1988 que ficou garantida a proibição da terceirização das atividades fins do Estado, obrigando que tais atividades fossem realizadas exclusivamente por trabalhadores que compõem o quadro de funcionários estatais.

Contudo, em 1989, num contexto de uma nova grave crise econômica do capital, onde ocorria o aumento da concentração de renda e do desemprego, levando ao esgotamento da estratégia desenvolvimentista, Fernando Collor foi eleito presidente “com um discurso pretensamente modernizador, em sintonia com a agenda internacional do ‘Consenso de Washington’” (Vargas, 2012, p. 77), prometendo cumprir a agenda econômica neoliberal de abertura comercial, superávit fiscal e desregulamentação da economia. Na AP o que ocorreu foi um combinado de neoliberalismo com patrimonialismo, privatizando de empresas estatais, reduzindo as capacidades de intervenção do aparelho estatal, controlando gastos públicos. Entretanto, Collor renunciou ao mandato em 1992, após denúncias de corrupção, reforçando o repúdio social a práticas patrimonialistas na AP.

¹⁰ WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. Reforma administrativa federal brasileira: passado e presente. **Revista de Administração Pública**, v. 8, p. 27-75, 1974.

2.7. Administração Pública gerencial brasileira

Num período de avanço do neoliberalismo e de pressão internacional para reformas estatais a partir dos princípios do gerencialismo surgido nos anos 1970 na Inglaterra e nos Estados Unidos, as críticas ao patrimonialismo e autoritarismo foram objetos de “intenso debate sobre a crise de governabilidade e credibilidade do Estado na América Latina” (Vargas, 2012, p. 79) ao longo das décadas de 1980 e 1990. Como consequência, a partir da década de 1990, a NAP se consolida como lógica orientadora do aparelho estatal brasileiro. Um dos marcos históricos desse processo ocorre durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-1998), com a aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado por Luiz Carlos Bresser-Pereira em 1995, então Ministro do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). É neste período que se efetiva a mudança da estratégia da AP brasileira para uma Administração Pública gerencial. A partir do PDRAE (Brasil, 1995) o governo cria uma classificação de atividades do Estado, dividida em núcleo-estratégico, atividades exclusivas, atividades não-exclusivas e produção de bens e serviços, formalizando um novo arranjo institucional entre o Estado e o mercado.

Além do PDRAE, durante o governo FHC é aprovada Emenda Constitucional 19 de 1998 (EC 19/1998). Sob o pretexto de modernização e racionalização na organização do Estado, a EC 19/1998 (Brasil, 1998b) introduziu mudanças significativas na AP, modificando o Regime Jurídico Único para os servidores, alterando as regras de estabilidade, introduzindo a avaliação de desempenho, a diferenciação do tipo de remuneração entre categorias de trabalhadores, como, por exemplo, a remuneração por vencimentos, em que incidem descontos, e a remuneração por subsídios, irredutíveis, além de um teto remuneratório para toda a AP, com algumas exceções. A partir das mudanças implementadas pelo PDRAE ocorre a criação de agências reguladoras de serviços, a introdução de Contratos de Gestão com Organizações Sociais (OSs), o estímulo a Parcerias Público-Privada (PPPs) e o uso de Termos de Parceria com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) na gestão de serviços públicos, entre outras mudanças no aparelho estatal “justificadas pela necessidade de se criar um Estado gerencial, enxuto e ágil” (Filho; Winckler, 2005, p. 223). Estas mudanças, que se consolidam durante o segundo mandato de FHC (1999-2002), evidenciaram a reconfiguração do papel do Estado, instituindo o princípio da eficiência e a mudança de lógica da AP brasileira para o modelo gerencial.

Os governos seguintes à FHC deram continuidade ao projeto econômico neoliberal desenvolvimentista e ao avanço da ideologia gerencialista no Brasil, com maior ou menor

intensidade a depender da conjuntura econômica e das necessidades do capital, reproduzindo “a lógica de mercado em todas as dimensões da vida associada” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017, p. 187). Durante os dois primeiros governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, Lula-1 (2003-2006) e Lula-2 (2007-2010) foram adotadas diversas medidas em busca de maior produtividade do trabalho em geral. Houve a criação de Conselhos responsáveis por formular políticas e diretrizes para o Estado, que incluíam representantes do governo e representantes da sociedade civil, constituída pelos maiores empresários do país, representando o capital, e por dirigentes de Centrais Sindicais e movimentos sociais, representando o trabalho. Em 2004, foi lançada a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE) e, em 2008, foi lançada Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que tinham como objetivo o aumento da produtividade industrial através do aumento da eficiência mediante aumento da capacidade de inovação das empresas. A PITCE tinha enfoque nos principais setores de atividades econômicas já existentes, enquanto a PDP “procurava incentivar diversos setores da indústria brasileira” (Almeida, 2012, p. 74). Contudo as duas políticas industriais acabaram por incentivar empresas que já eram consolidadas, sem promover crescimento da inovação na indústria em geral.

Em 2007 foi lançada a primeira edição do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), prevendo o investimento de R\$ 503,9 bilhões até 2010. De acordo com Lula, o PAC-1 “engloba um conjunto de medidas destinadas a desonerar e incentivar o investimento privado, aumentar o investimento público e aperfeiçoar a política fiscal” (Brasil, 2007b). Em 2010 Lula lançou o PAC-2, financiando investimento no setor privado através dos programas Cidade Melhor, Comunidade Cidadã, Minha Casa Minha Vida, Água e Luz para todos (expansão do Luz para Todos), além do setor de transportes, mobilidade urbana, energia e pesquisa e desenvolvimento para prospecção de petróleo no pré-sal. Também foram implementadas medidas na área fiscal e na área tributária, a fim de incentivar o desenvolvimento econômico, como o Simples Nacional, em 2004, e a Lei Geral da Pequena Empresa, em 2006, e o perdão de dívidas ruralista, através da Medida Provisória 449/2008 (Brasil, 2008b).

Na organização do aparelho do Estado, durante os governos Lula-1 e Lula-2, foi aprovada uma reforma na previdência dos trabalhadores do setor público, através da EC 41/2003 (Brasil, 2003), regulamentada pela Lei 10.887/2004 (Brasil, 2004a), dentro de um plano de controle de gastos públicos. Além disto, houve mudanças nos Ministérios e nas instituições que compõem a administração direta e a administração indireta. Ainda no primeiro mandato, em 2005 foi criado o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública), uma iniciativa do governo para promover melhoria da gestão pública, eficiência

dos serviços prestados à população e redução da burocracia nos órgãos governamentais, mediante elaboração de planos de melhoria, avaliações periódicas de desempenho, capacitação de servidores, e avaliação de desempenho dos serviços públicos pela população. Um dos instrumentos implementados pelo GesPública foi o Modelo de Excelência da Gestão Pública (MEGP), que continha diretrizes expressas sobre critérios de excelência gerencial, técnicas e tecnologias para sua aplicação (Brasil, 2008a).

Durante o governo de Dilma Roussef (2011-2014), o Brasil manteve-se sob uma orientação econômico-política neodesenvolvimentista, com o Estado atuando como agente indutor do crescimento econômico. Em um contexto de uma nova grave crise econômica global, o governo Dilma buscou estimular o crescimento econômico e incentivar a indústria nacional, como medidas que poderiam minimizar os efeitos da crise e combater a desigualdade social. Buscando atrair investimentos e impulsionar setores estratégicos, o governo promoveu a concessão de exploração de portos, aeroportos e hidrovias, e permitiu a participação do capital estrangeiro em campos de extração de petróleo identificados pelas pesquisas desenvolvidas pela Petróleo Brasileiro S.A. (PETROBRAS). Também foram adotadas medidas de estímulo à economia interna, como a continuidade do PAC-2, com previsão de investimento de R\$ 1,59 trilhões, incentivando a construção civil, com investimentos, financiamento e concessão de grandes obras como usinas hidroelétricas, linhas de transmissão de energia e infraestruturas para realização de grandes eventos esportivos, como estádios de futebol e meios de transporte.

Além do PAC-2, foi lançado o Plano Brasil Maior, com o lema “Inovar para Competir. Competir para Crescer”, visando expandir investimentos para aumentar a competitividade industrial, o Programa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) e do Plano Nacional de Banda Larga (PNBL). Medidas que possibilitaram e financiaram a ampliação das Parcerias Público-Privadas no país. Na área social, o governo Dilma ampliou o Programa Bolsa Família, buscando incentivar o consumo, combater a pobreza e a desigualdade social e criou o Programa Mais Médicos, para reduzir desigualdades nos serviços de saúde no interior do país. No âmbito da organização da Administração Pública, houve esforços para aumentar a transparência e o controle social, com a criação da Lei de Acesso à Informação, medidas para fortalecer órgãos de fiscalização e controle e propostas de reforma no Poder Judiciário.

Após o Golpe de 2016, que retirou a presidenta Dilma do governo, o Brasil passou por uma mudança significativa na condução política e econômica, e, consequentemente, por novas mudanças na AP. Em 12 de maio de 2016, após afastamento da presidenta pelo Congresso, que terminaria com sua cassação em agosto do mesmo ano, Michel Temer, até então vice-presidente de Dilma Roussef, assumiu o governo. Durante o governo Temer (2016-2018) o Brasil viria

adotar uma agenda econômica mais liberal, distanciando-se do desenvolvimentismo adotado anteriormente. Com foco na austeridade fiscal, foram implementadas políticas de redução de gastos públicos para equilíbrio das contas públicas e enxugamento das organizações públicas, resultando em uma série de ajustes e cortes nos programas sociais e nos investimentos em infraestrutura. No primeiro dia de governo, Temer assinou a MP 726/2016 (Brasil, 2016c), que alterou a organização do aparelho estatal mais uma vez. Entre as medidas ao longo do governo Temer destacam-se a redução do número de ministérios de 32 para 24, a extinção e posterior recriação do Ministério da Cultura, a incorporação da Previdência Social ao Ministério da Fazenda e a transferência das funções da Controladoria-Geral da União para o novo Ministério da Transparência, Fiscalização e Controle. Ainda em 2016, aproveitando a maioria formada para executar o golpe à presidenta Dilma, o Congresso Nacional aprovou a proposta de EC 95/2016 (Brasil, 2016a), que ficou conhecida como EC do Teto dos Gastos. A EC 95/2016 enfraqueceu ainda mais o pacto social de proteção ao bem-estar estabelecido em 1988. Ao limitar os gastos públicos por 20 anos, a medida impactou negativamente áreas essenciais como saúde, educação e assistência social. Além disso, abriu espaço para privatizações e terceirizações, favorecendo interesses econômicos em detrimento do bem-estar público. A PEC do Teto dos Gastos desencadeou protestos e críticas por sacrificar serviços públicos em prol do ajuste fiscal, agravando desigualdades e reduzindo a qualidade dos serviços oferecidos.

Em 2017 foi aprovada a Reforma Trabalhista, através da Lei 13.467, de 13 de julho de 2008 (Brasil, 2017b), apresentada como uma forma de reduzir o desemprego e melhorar o ambiente de negócios no país através da modernização da legislação trabalhista e flexibilização das relações de trabalho. A Reforma Trabalhista de 2017, que ficou conhecida como a Lei da Terceirização, modificou a CLT, estabelecendo um novo momento nas relações entre capital, trabalho e Estado, e impulsionou ainda mais o surgimento de instituições privadas que exploram serviços públicos para obtenção de lucros, especialmente nas áreas sociais, como a educação, assistência social e saúde. Por fim, entre das últimas medidas do governo Temer, no que se relaciona ao aparelho do Estado, houve a edição do Decreto 9.106/2017 (Brasil, 2023e), que “finalizou os cortes previstos pela reforma administrativa” (Brasil, 2018b, p. 12), e a Instrução Normativa 2/2018 (Brasil, 2018a), que modificou a forma de cálculo de jornada de trabalho, mexendo em questões como o intervalo para refeição, a compensação de horários, o regime de plantão e os turnos alternados, a utilização de bando de horas, as horas extras, um novo Plano de Demissão Voluntária (PDV) e instituiu o controle eletrônico de frequência obrigatório para os trabalhadores do Estado federais, entre outras medidas.

Com o país envolto em um ambiente de avanço do conservadorismo, que vinha ocorrendo desde antes do golpe de 2016, Jair Bolsonaro é eleito presidente em 2018, prometendo realizar grandes modificações no aparelho estatal e nas políticas adotadas pelo Estado brasileiro. Possuindo grande apoio do Congresso, o governo Bolsonaro (2019 a 2022), através do Ministro da Economia Paulo Guedes, egresso da Universidade de Chicago e do gerencialismo, colocou em prática um explícito projeto de desmonte do aparelho do Estado e entrega dos serviços públicos para o mercado privado gerenciar. A estratégia adotada por Guedes e seus *chicago-oldies*¹¹ (Castro, 2022), como Carlos Langoni, Marcelo Guarany, José Levi, Marcos Cintra, Sallim Mattar e Rodrigo Campos Neto, por exemplo, foi atacar de todas as formas possíveis a organização e estrutura do Estado, através de Decretos, MPs, projetos de lei e um conjunto de PECs (PECs 108/2019, 186/2019, 187/2019, 188/2019 e 32/2020), desmontando as organizações estatais e tornando o máximo possível de serviços públicos em mercadorias. Dessa forma, o Estado passaria a ser um comprador de mercadorias a serem entregues à população, desde os bens de produção até a infraestrutura, mas principalmente nos serviços como educação, assistência social e saúde, já que a Lei da Terceirização havia retirado diversas proteções. O objetivo desta mercantilização dos serviços públicos seria realizar uma mudança estrutural na base econômica e tecnológica brasileira, apoiada por um novo regime fiscal, um extenso programa de privatizações e pela Reforma da Previdência geral, concretizada ainda em 2019.

Contudo, apesar do partido político do presidente ter o maior crescimento de deputados federais eleitos, obtendo a segunda maior bancada no Congresso na eleição de 2018 (Agência Câmara Notícias, 2018) e terminar o mandato com a maior bancada (UOL, 2022); de contar com apoio da grande mídia, como pode ser observado inclusive nos editoriais dos principais grupos de mídia do país (Estadão, 2020; Grupo RBS, 2020; O Globo, 2018); de ter apoio de grupos empresariais (Skaf, 2020); e, de estar assessorado pelos seus *chicago-oldies* (Castro, 2022), nem todas as medidas prometidas por Paulo Guedes para alterar a organização do aparelho estatal foram atingidas. Bolsonaro terminou seu mandato como presidente que menos aprovou projetos enviados pelo poder executivo ao Congresso (OLB, 2023). Apesar disto conseguiu aprovar medidas gerencialistas, como a Reforma da Previdência, a PEC dos Precatórios, a PEC do Orçamento de Guerra (que afrouxou medidas fiscais, como o teto de gastos, por exemplo, e autorizou emissão de títulos do Tesouro Nacional), o crescimento recorde de recursos repassados ao setor privado através de emendas de deputados federais ao

¹¹ Expressão utilizada pelos próprios egressos da Universidade de Chicago, como Paulo Guedes e Carlos Langoni, seu professor (Castro, 2022; O Globo, 2018).

orçamento (CNN Brasil, 2021) e a transformação destas emendas no denominado Orçamento Secreto, os marcos legais do Gás, do Saneamento e das ferrovias e a cessão de campos de petróleo no pré-sal para o mercado privado (Mello, 2021). Entretanto, projetos como a Reforma Tributária (PECs 45/2019 e 110/2019) e a parte principal da Reforma Administrativa (PEC 32/2019) foram promessas que Paulo Guedes não conseguiu realizar.

Em outubro de 2022, Lula foi eleito para seu terceiro mandato, derrotando Bolsonaro, que se tornou primeiro presidente a não se reeleger desde FHC. Durante a campanha eleitoral Lula já indicava as mudanças na estrutura produtiva que o Estado brasileiro precisaria incentivar, bem como as mudanças na organização do aparelho estatal para tanto, incluindo as reformas Tributária e Administrativa que Bolsonaro e Guedes não concluíram:

Eu acho que nós vamos ter que fazer uma reforma administrativa, sim. [...] aqui já tem experiência de mundo, já temos 13 anos de governo, tem muito governo de estado, muita gente preparada nessa coisa administrativa para a gente sentar e dar uma repensada no Brasil. É preciso fazer [...]. É possível fazer uma Reforma Administrativa. [...] Nós vamos fazer porque o Brasil precisa disso, precisa amoldar a burocracia a uma nova cultura. [...] É preciso que esse Estado possa dar conta do gerenciamento. [...] E nós vamos arrumar essa tal propalada, defendida e sonhada reforma tributária que eu espero que a gente faça junto para que ela seja justa para todos (Lula debate propostas para o Brasil na Fiesp, 2022).

Além da Reforma Tributária e da Reforma Administrativa, Lula defendeu em encontro na FIESP que iria realizar um plano de desenvolvimento econômico. Como medidas adotadas neste plano estariam melhorias na infraestrutura nacional, financiamentos especiais no BNDS para empresas de exportação, rediscutir a Reforma Trabalhista, modernizando as relações de trabalho e fortalecendo os sindicatos instituindo o Contrato Coletivo de Trabalho, entre outros incentivos para aumentar a riqueza produzida no país com enfoque em dez áreas da indústria, como a petrolífera, de papel-celulose, aeroespacial, automotiva e farmacêutica, por exemplo. Citando a competitividade com o setor industrial chinês, Lula defendeu o investimento na educação de jovens e na pesquisa em engenharia, a importância do mercado de energia sustentáveis e a redução de juros em projetos de pesquisa e inovação, por exemplo.

O início do governo Lula-3 (2023-2026) foi marcado por uma tentativa de golpe através de tomada violenta de prédios públicos federais na capital, Brasília, em 08 de janeiro de 2023. Contudo, após lidar com os golpistas, Lula iniciou a execução de seu governo. Entre janeiro e julho de 2023, Lula reestruturou programas sociais como o Bolsa-Família, relançou o programa Mais-Médicos e enfrentou a crise humanitária na Terra Indígena Yanomami reforçando a intervenção do Estado na região, com foco em atendimentos de saúde e combatendo a invasão por garimpeiros. No mesmo período, houve a retomada do Fundo Amazônia, que, através do BNDS, movimentou bilhões de reais em financiamentos estrangeiros para projetos de

preservação ambiental desde 2008, onde a maioria dos recursos contratados são executados por empresas privadas e organizações não-estatais, nacionais e estrangeiras. Também foram adotadas medidas de incentivo ao consumo, como reajuste do salário-mínimo, corte de impostos e subsídios para aquisição de carros. Na organização política do Estado, o governo Lula-3 continuou executando a estratégia de acordar aprovação de projetos do governo no Congresso mediante troca de emendas parlamentares ao orçamento, estabelecendo um novo recorde em recursos rebatizados no orçamento via emendas:

Tabela 1 – Valor total de Recursos Orçamentários destinados pela União aprovados através de Emendas Parlamentares Federais por ano – 2015-2023

Governo	Ano	Valor
Dilma	2015	R\$ 9.663.342.341,00
Dilma/Temer	2016	R\$ 9.104.222.855,00
Temer	2017	R\$ 15.165.020.671,00
	2018	R\$ 11.845.084.613,00
Bolsonaro	2019	R\$ 13.723.759.764,00
	2020	R\$ 36.177.357.007,00
	2021	R\$ 33.837.137.171,00
	2022	R\$ 25.799.146.216,00
Lula	2023	R\$ 36.504.792.624,00*

* Dados até 12 de agosto de 2023.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados do Painel do Orçamento Federal (Brasil, 2023h).

A partir das negociações com o Congresso, Lula conseguiu aprovar, ainda no primeiro semestre de governo, o Projeto de Lei 93/2023, que foi sancionado em 30 de agosto de 2023, dando origem à Lei Complementar (LC) 200/2023. Esta lei, que ficou conhecida como o novo arcabouço fiscal brasileiro, modifica a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000) e “institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do país e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico” (Brasil, 2023e), substituindo a regra estabelecida pela PEC do Teto de Gastos, desde 2016, que limita o crescimento das despesas do governo ao valor do ano anterior, para o mesmo valor corrigido pela inflação oficial, ou seja, corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Após aprovação do novo regime fiscal, o governo Lula-3 conseguiu aprovar a Reforma Tributária (PECs 45/2019 e 110/2019) que “substitui todos os tributos sobre o consumo por um imposto sobre o valor agregado, pago pelo consumidor final, cobrado de forma não cumulativa em todas as etapas da cadeia produtiva” (Agência Câmara Notícias, 2023).

Outra prioridade na articulação entre Estado e setor privado tem sido ampliar concessões e Parcerias Público-Privadas, como já prometia o Ministro-Chefe da Casa Civil Rui Costa antes de sua posse: “Buscaremos intensificar o retorno de investimentos através do número de

concessões e de Parcerias Público-Privadas. [...] Os estados brasileiros têm tido sucesso nessa modelagem de PPP para alavancar investimentos” (Agência Brasil, 2022). Entre as áreas que o governo Lula-3 apresenta como prioridade para concessões e PPPs de serviços públicos estão o saneamento básico, a produção de energias renováveis e as linhas de transmissão de energia.

Em agosto de 2023, foi anunciado o PAC-3. O “novo PAC”, como foi denominado pelo governo, prevê investimento de R\$ 1,68 trilhão, divididas em cinco categorias de medidas institucionais definidas pelo governo: a) Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório e do Licenciamento Ambiental; b) Expansão do Crédito e Incentivos Econômicos; c) Aprimoramento dos Mecanismos de Concessão e PPPs; d) Incentivos à Transição Ecológica; e, e) Planejamento, Gestão e Compras Públicas (Brasil, 2023g). Tais medidas desburocratizam e racionalizam a ação e o aparelho do Estado, com objetivo de promover desenvolvimento e crescimento da economia nacional, com destaque para áreas como as infraestruturas tradicionais, como energia e logística, mas também defesa, transição energética, ciência e tecnologia, inclusão digital, educação e saúde, ampliando concessões e PPPs, usando o “poder de compra pública para a neoindustrialização” (Brasil, 2023g) por meio de modificações dos instrumentos de compra pública, da adoção de ferramentas de modelagem e estabelecimento de metas e indicadores de avaliação. No ato de lançamento do novo PAC, o Ministro-Chefe da Casa Civil Rui Costa expressou a lógica do programa:

O novo PAC se diferencia dos outros, primeira, por apostar, acreditar e articular o Estado como o ente que vai promover, induzir, estimular e apoiar a parceira-público privada, este novo PAC se alicerça, e aí me dirijo e saúdo todos os empresários aqui presente, todos os projetos, ações, que ficarem de pé ou tiverem viabilidade, seja para concessão pública, seja para projeto de parceria público-privada, esta é a opção prioritária. Para que os recursos da União sobrem para os projetos que não tenham qualquer viabilidade de parceria público-privada ou concessão, mas que são extremamente para a população. Portanto, ao me dirigir aos empresários, quero dizer que se planejem, se organizem, apresentem sugestões às nossas equipes, não só da Casa Civil, mas de cada ministério. Nós superaremos todos os entraves, com diálogo, com entendimento, para buscar, agilizar e materializar todas essas obras [...]. É muito importante quando uma obra se realiza, pois gera empregos, ativa cadeias produtivas, melhora o desempenho e aumenta a produção industrial [...], mas, mais importante que a obra é o que esta obra depois irá proporcionar a cada cidadão. Estamos falando saúde, educação, redução de custos para o país, com a melhoria da infraestrutura e logística, com redução dos custos de produção e aumento da capacidade competitiva do país internacionalmente (Rui Costa, Ministro-Chefe da Casa Civil, Governo Federal lança o Novo PAC, 2023, minutos 25 ao 30).

Como pode ser observado ao longo desta seção, as reformas na estrutura do aparelho do estatal no Brasil têm sido uma constante desde a emergência do modo de produção capitalista até os dias atuais, onde o Estado e sua burocracia são modificados conforme as mudanças na estrutura econômica-política da sociedade capitalista. Como forma de representar um resumo destas mudanças foi elaborado o Quadro 2 - Mudanças na estrutura econômica-política e as reformas do Estado no Brasil capitalista, que recorda as reformas ocorridas, iniciando a partir

da instituição do assalariamento e das relações capitalistas no país, indo até o primeiro ano do governo Lula-3.

Quadro 2 - Mudanças na estrutura econômica-política e as reformas do Estado no Brasil capitalista

Período	Governo	Característica do Estado	Política Econômica e Estrutura Produtiva	Reformas na estrutura estatal
1500-1822	Brasil Colônia	Monárquico centralizado na coroa portuguesa	Modo de produção escravocrata, exploração colonial	Implantação do sistema de Capitânicas Hereditárias e a criação do Governo-Geral para centralizar o poder administrativo na colônia. Transferência da corte portuguesa para o Brasil em 1808, abertura dos portos para outras nações.
1822-1889	Brasil Império	Monárquico descentralizado	Transição para o assalariamento, redução de impostos, construção de ferrovias e início da industrialização	Criação do Ministério do Império. Descentralização do Estado pelo aumento da autonomia dos estados.
1889-1891	República da Espada	Ditadura militar centralizada, federalismo	Abolição da escravidão, início da industrialização	Separação da igreja do Estado, política econômica industrial, protecionismo
1891-1930	República Oligárquica	República centralizada patrimonialista, coronelismo	Política do café-com-leite, regime de exportação	Criação dos estados e municípios. Administração Pública caracterizada por nepotismo e corrupção.
1930-1945	Primeiro governo Vargas e Estado Novo	Intervencionista, autoritário e corporativista, inspirado no keynesianismo.	Intervencionismo para crescimento econômico pela industrialização, barreiras alfandegárias, subsídios e aumento de infraestrutura	Racionalização burocrática do serviço público, por meio da padronização, normatização e implantação de mecanismos de controle, admissão por concurso, criação de órgãos governamentais sob controle centralizado como DASP, TCU, Ministério de Instrução e Saúde Pública
1946-1951	República Populista	Estado democrático, nacional-desenvolvimentista	Tentativas de reformas democráticas, políticas econômicas liberais e nacionalistas, com incentivos à indústria interna	Criação de autarquias, sociedades de economia mista, institutos descentralizados
1951-1954	Segundo governo Vargas	Estado democrático, nacional-desenvolvimentista	Continuação da política desenvolvimentista.	Criação do Ministério da Saúde e da Indústria e Comércio, reestruturação da Petrobras, criação do BNDES.

Período	Governo	Característica do Estado	Política Econômica e Estrutura Produtiva	Reformas na estrutura estatal
1956-1961	Governo Juscelino Kubitschek	Continuação da política nacional-desenvolvimentista e do Estado do bem-estar social.	Desenvolvimento do interior do país e maior integração nacional, aliando capital nacional com capital estrangeiro para acelerar a industrialização em setores como energia, transporte rodoviário e indústria automobilística.	Criadas autarquias, sociedades de economia mista e institutos descentralizados, que possuíam maior autonomia gerencial e que podiam recrutar seus quadros sem concursos, preferencialmente entre os formados em <i>think thanks</i> especializados. Criada a Comissão de Simplificação Burocrática (COSB), a Comissão de Estudos e Projetos Administrativos (CEPA) e implementado o Plano de Metas
1962-1964	Governos Jânio Quadros e João Goulart	Período de intensas tensões políticas e instabilidade, culminando no golpe militar de 1964.	Tentativa de reformas bancárias, fiscais, urbanas, agrárias, universitárias. Extensa reforma cambial com aval do FMI.	Restringiu gastos públicos e diminuiu o aparelho estatal. Criada Comissão Amaral Peixoto para realizar a reforma administrativa, visando a desconcentração de poder e a delegação de competências para níveis inferiores da Administração Pública, permitindo uma atuação mais ágil e efetiva
1964-1985	Ditadura Civil-militar (Pós-golpe de 1964)	Estado autoritário, centralizado, repressivo	Centralização autoritária, políticas econômicas focadas em setores estratégicos	Concentração de recursos e poder, reforço do governo central. Decreto-lei 200/1967. Controle estatal sobre setores econômicos estratégicos.
1985-1990	Redemocratização	Estado democrático, descentralizado	Política de abertura econômica e estabilização monetária	CF-1988. Reestruturação do aparelho estatal, principalmente dos órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União (TCU). Criação do SUS. Descentralização administrativa, consórcios intermunicipais.
1990-2002	Governos Collor e FHC	Redefinição do papel do Estado para um Estado gerencial, descentralizado	Neoliberalismo, estabilização financeira, controle cambial e abertura econômica	Programa Nacional de Desestatização de 1990, Lei 8.745/1993: Lei das Contratações Temporárias, flexibilização de regras e procedimentos, PDRAE, criação de agências reguladoras, Contratos de Gestão (OSs), privatizações, Parcerias Público-Privadas (PPPs), Termos de Parceria (OSCIPs), EC 19/1998, fixação de teto salarial para o funcionalismo público.

Período	Governo	Característica do Estado	Política Econômica e Estrutura Produtiva	Reformas na estrutura estatal
2003-2010	Governos Lula-1 e Lula-2	Estado desenvolvimentista, descentralizado com avanço das instâncias de participação social	Desenvolvimentismo, inclusão social, políticas industriais e de incentivo à inovação	Criação de conselhos entre Estado, capital e trabalho, políticas de desenvolvimento produtivo como a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE) e a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP). Reforma da previdência dos trabalhadores do Estado (EC 41/2003), controle de gastos públicos, governabilidade através de acordos com classe capitalista e classe política. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública).
2011-2016	Governo Dilma	Estado neodesenvolvimentista, descentralizado	Continuação do modelo neodesenvolvimentista, controle da inflação e superávit primário.	Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), Plano Brasil Maior, redução do imposto de bens manufaturados, incentivo às PPPs, privatização de campos de petróleo, portos, aeroportos, hidrovias, Lei de Acesso à Informação, Programa Mais-Médicos.
2016-2018	Governo Temer (Pós-golpe de 2016)	Estado neoliberal descentralizado	Austeridade fiscal, reestruturação da legislação das relações trabalhistas, restrição de investimentos públicos	Reformas estruturais e redução de gastos públicos, privatizações: Aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que limitou os gastos públicos por 20 anos; fim da exclusividade da prestação de atividade-fim do Estado por servidor público com a Reforma Trabalhista de 2017.
2019-2022	Governo Bolsonaro	Estado neoliberal autoritário	Liberalismo econômico, privatizações, redução do Estado, Reforma da Previdência	Propostas de reformas administrativas para redução do tamanho do Estado; privatização de empresas estatais; furo do Teto de Gastos diversas vezes.
2023-2026	Governo Lula-3	Retomada do estado desenvolvimentista, com avanço nas relações entre Estado e capital	Retomada do modelo neodesenvolvimentista com aumento da influência do setor privado sobre os investimentos e subsídios do Estado	Novo arcabouço fiscal; Reforma Tributária; PAC 3; Incentivos à indústria sustentável; Criação do Ministério do Empreendedorismo; Ampliação da atuação do mercado privado em áreas como educação, saúde, saneamento, inovação, meio-ambiente, por meio de PPPs.

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.8. Conclusão do capítulo

Esta conclusão apresenta, de forma mais objetiva, as definições teóricas discutidas ao longo deste capítulo. Como dito anteriormente, tais definições buscam representar a dimensão epistemologia que orientou a pesquisa, bem como contextualizar o objeto de estudo. Inicialmente, foi apresentado a concepção do capitalismo enquanto um modo de produção baseado na exploração do trabalho pelo capital. Neste sistema, a força de trabalho, ou seja, a capacidade de trabalho humano, é uma mercadoria, comprada pelos capitalistas e utilizada na produção de outras mercadorias. O capitalista paga ao trabalhador um salário, que corresponde ao valor necessário para a reprodução da força de trabalho. O trabalho excedente, ou seja, o trabalho realizado pelo trabalhador além do necessário para sua sobrevivência, é apropriado pelo capitalista como mais-valia.

A taxa de mais-valia é a medida do grau de exploração do trabalho pelo capital. É calculada como a relação entre o mais-valor e o capital variável. Quanto maior a taxa de mais-valia, maior a exploração do trabalho pelo capital. O mais-valor relativo é uma forma de aumentar a taxa de mais-valia. O mais-valor relativo ocorre quando o capitalista consegue aumentar a produtividade do trabalho sem aumentar o salário do trabalhador. Isso pode ser feito por meio de inovações tecnológicas, como a introdução de novas máquinas e equipamentos.

O capitalista, ao introduzir mais trabalho constante, ou seja, investir em melhorias técnicas, aumenta a produtividade do trabalho, podendo produzir mais mercadorias, sem aumentar o salário do trabalhador. Nesse sentido, a inovação é um elemento essencial para o capitalismo. É por meio da inovação que pode ocorrer MVR, e assim os capitalistas conseguem aumentar seus lucros e se manter competitivos no mercado.

Para que a pesquisa e desenvolvimento de inovações ocorra de forma planejada, é necessário que haja conhecimento sobre o processo de trabalho que está sendo realizado. No modo de produção capitalista esse conhecimento é apropriado pelos capitalistas dos trabalhadores, que são os detentores do conhecimento empírico sobre o processo de trabalho. Neste contexto a TGA apresenta-se como uma ideologia, que serve aos interesses da classe dominante no capitalismo ao organizar a produção para obtenção de lucro.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a TGA também contribui para a reprodução das desigualdades sociais no capitalismo. Isso ocorre porque a busca pelo aumento da produtividade leva à intensificação do trabalho e à precarização das condições de trabalho. A TGA também contribui para a alienação dos trabalhadores, pois eles são reduzidos a simples executores de tarefas, sem participação nas decisões sobre o processo de trabalho. Portanto, a

TGA não é apenas uma ferramenta de gestão, mas também um instrumento de dominação da classe dominante sobre a classe trabalhadora.

Outro instrumento de dominação de classe é o Estado. No capitalismo, o tipo de Estado burguês é responsável por viabilizar, manter e conservar a ordem social capitalista. Sua estrutura, ou seja, a Administração Pública, consiste no aparelho organizacional por onde seus objetivos são realizados, que representa a sua burocracia. Nos Estados burgueses que adotam a democracia como forma de governo, a burocracia estatal é administrada, em geral, por um poder executivo que é dirigido por um governo eleito por voto universal, e é orientada por princípios como a busca por eficiência e aumento de produtividade, por exemplo.

Nesse sistema, as demandas da classe trabalhadora são atendidas apenas na medida em que permaneça garantida a manutenção do modo de produção capitalista e da classe burguesa como classe dominante. Quando o Estado burguês é pressionado pela classe explorada por não promover a justiça social pela qual sua existência é justificada, o antagonismo entre as classes sociais se destaca. Como resposta, nos estudos organizacionais, por exemplo a produção teórica dominante, ou seja, as teorias organizacionais tradicionais limitam-se a discutir as insuficiências do Estado em promover igualdade, a partir dos princípios que regem a administração capitalista, como a eficiência e a racionalização.

Seguindo princípios da TGA, a burocracia do Estado burguês também contribui para a reprodução das desigualdades sociais. Isso ocorre não apenas porque a AP implementa políticas que beneficiam a classe dominante, como as políticas de austeridade fiscal, que reduzem os gastos públicos com políticas sociais, e as políticas de flexibilização do mercado de trabalho, que precarizam as condições de trabalho dos trabalhadores. A AP também contribui para a reprodução das desigualdades sociais e para a alienação dos trabalhadores quando adota a racionalização da administração científica na sua organização.

A racionalização na Administração Pública pode ter diferentes implicações, dependendo do contexto histórico e social em que é implementada. De certa forma, a racionalização pode ser utilizada para promover a modernização da administração pública, a melhoria da qualidade dos serviços públicos ou a redução da corrupção. No entanto, é importante estar atento para os riscos associados à racionalização, tais como o controle e a dominação, a despolitização e a diminuição da participação social. No Brasil, a adoção da racionalização como princípio organizativo da Administração Pública ganhou força a partir da década de 1990, com a implementação do modelo neoliberal de gestão pública, ou seja, do gerencialismo.

O gerencialismo é uma matriz teórico-ideológica, oriunda do neoliberalismo, que justifica e propõe a reprodução da lógica de mercado em todas as dimensões da vida associada,

inclusive na Administração Pública (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017). As políticas neoliberais e gerenciais tiveram um impacto significativo na AP brasileira. A partir da década de 1990, com o apoio FMI e do Banco Mundial, se acelerou o processo de reforma administrativa do Estado brasileiro, com o objetivo de torná-lo mais eficiente e produtivo. Essas reformas foram marcadas pela adoção de princípios gerenciais, como a descentralização, a privatização, a terceirização e a avaliação de desempenho, levando à redução dos serviços públicos, à precarização do trabalho e ao aumento das desigualdades sociais.

Com o avanço do neoliberalismo e do gerencialismo, a partir dos anos 1970, e, principalmente, após a redemocratização, todos os governos brasileiros, em maior ou menor grau, estiveram orientados pelo gerencialismo, buscando superávit financeiro, promovendo a desregulamentação da economia, privatizando empresas estatais, reduzindo o tamanho do Estado e flexibilizando leis trabalhistas. Alguns governos adotaram uma abordagem mais radical, implementando reformas amplas e profundas, enquanto outros foram mais cautelosos, buscando realizar mudanças de forma gradual.

O governo FHC foi o responsável pela elaboração do PDRAE, que definiu os princípios e diretrizes da AP gerencial no Brasil. O primeiro e o segundo governos Lula deram continuidade às reformas iniciadas pelo governo FHC, implantando novos instrumentos de gestão e promovendo a descentralização de serviços públicos. O governo Dilma buscou aprofundar as reformas da AP gerencial, com foco na transparência e no controle social.

O governo Temer, por sua vez, promoveu mais avanços no processo de implantação do gerencialismo no Brasil. A adoção de uma agenda econômica mais liberal resultou em uma série de cortes nos gastos públicos, que impactaram na prestação de serviços públicos e na qualidade do serviço prestado por organizações públicas. Na sequência, o governo Bolsonaro colocou em prática um explícito projeto de desmonte do aparelho do Estado e entrega dos serviços públicos para o mercado privado, atacando de diversas formas a AP brasileira, desmontando organizações estatais e tornando o máximo possível de serviços públicos em mercadorias, mediante privatizações, concessões, extinções e Contratos de Gestão.

E, por último, até a conclusão desta dissertação, o governo Lula-3 planejou e tem colocado em prática um projeto chamado “reconstrução do Estado brasileiro”, fazendo referência às mudanças no aparelho estatal ocorridas nos governos Temer e Bolsonaro, às quais consideram desmontes da estrutura estatal. No entanto, tal projeto tem se demonstrado como uma retomada das reformas estruturais de sentido gerencial, com foco na modernização e eficiência da gestão pública, tendo como referência práticas de gestão do mercado privado, ou seja, orientado por princípios como a busca pelo aumento da eficiência e da produtividade.

Como pode ser observado no Quadro 2, a reforma ininterrupta do aparelho de Estado “teve, no Brasil, um caráter para além do que se convencionou chamar de reforma administrativa (mero ajustamento organizacional a novas ou modificadas atribuições)” (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017). A contínua reforma da Administração Pública brasileira estabeleceu, e continua estabelecendo, a “alteração da propriedade e da relação entre propriedade privada e propriedade estatal” (Alves, 2001, p. 109).

Estas reformas são determinadas por diversos fatores, como pressões internacionais de instituições financeiras e organizações internacionais, crises econômicas e pressões internas. O principal objetivo destas reformas é tornar a propriedade estatal em propriedade privada, onde as relações de produção tornam-se assalariadas e a força de trabalho torna-se produtora de mercadorias, ou seja, produtos portadores de mais-valia a serem realizadas como lucros para capitalistas quando comercializadas.

Além disto, observa-se que o modelo gerencial se encontra consolidado na AP brasileira, marcado por práticas orientadas por resultados e a incorporação de lógicas de mercado na gestão de serviços públicos oferecidos à classe trabalhadora, tanto nos serviços públicos que a gestão é privada, bem como nos serviços que continuam sob gestão do Estado. Nesse sentido, é imprescindível a reflexão sobre os desafios e implicações que o neoliberalismo e o modelo de Estado gerencial impõem sobre a Administração Pública no contexto do capitalismo contemporâneo, inclusive no que tange a processos de inovação no aparato estatal.

3 ESTUDOS DE INOVAÇÃO

Através da mediação entre o intelecto, as experiências, o meio e a capacidade de aprendizado, os homens concebem novos conhecimentos empíricos e científicos para solucionar problemas, momento em que ocorre a prévia-ideação (Lessa; Tonet, 2004, p. 9). A partir destes novos conhecimentos, a humanidade modifica a forma como realiza suas atividades, alterando o meio em que vive, construindo algo novo, ou seja, inova. Nesse sentido, as inovações podem ser compreendidas como “diferentes formas pela qual o conhecimento se materializa, se concretiza” (Zawislak, 1995, p. 130), quando os homens buscam superar algum tipo de obstáculo, “seja este obstáculo o suprir necessidades básicas (como alimentação, moradia, vestuário), a falta de força, a falta de precisão, até, entre tantos outros, a falta de prazer e, mais importante, a falta de mais conhecimento” (Zawislak, 1995, p. 130).

Dessa forma, as inovações dão novas condições materiais de existência aos homens, modificando também seu comportamento. Este processo de mudanças, nos conhecimentos, nas técnicas, nas tecnologias, no comportamento, consiste no desenvolvimento. O desenvolvimento consiste no “crescimento da capacidade de uma sociedade prover a base material e de conhecimento para a vida humana e social” (Zawislak, 1995, p. 136), elevando os padrões de bem-estar da sociedade.

O desenvolvimento, em geral, é o conjunto de progressos de uma sociedade; progresso econômico, progresso técnico, progresso político, progresso cultural, etc. Mas, mais do que todos estes progressos, é o progresso das técnicas/tecnologias que irá delinear os contornos assumidos pelo estado de desenvolvimento de uma sociedade (Zawislak, 1995, p. 136).

O desenvolvimento sempre ocorreu na história da humanidade, contudo, o estudo sobre desenvolvimento econômico surge apenas no modo de produção capitalista, onde o avanço do conhecimento passa a ser utilizado para acumulação de capital, mediante aumento da produtividade do trabalho assalariado. Assim, as elaborações teóricas deste período histórico passam a ser influenciadas pela busca da produtividade, como forma de realizar o crescimento das riquezas das nações (Smith, 1996). Nesse sentido, a pesquisa sobre inovação foi influenciada, principalmente, pela abordagem econômica da firma, concretizando-se no campo de estudos denominado estudos de inovação (*innovation studies*).

Diferentemente da concepção materialista histórica dialética, que lê a sociedade e suas mudanças a partir das dinâmicas da ordem econômica, sendo seus principais atores sociais duas classes principais que possuem interesses antagônicos (burguesia e proletariado), os estudos de

inovação investigam soluções para o desenvolvimento econômico sob relações de produção capitalistas. Assim, os *innovation studies* concretizaram-se sob a ótica da firma, partindo da lógica econômica racionalista e buscando soluções para inovação dentro dos limites do estado neoliberal.

Os fundamentos conceituais para a medição da inovação derivam principalmente das disciplinas de gestão e economia (Smith, 1996). As perspectivas de gestão sobre a inovação abrangem como a inovação pode mudar a posição de uma empresa no mercado e como gerar ideias para a inovação. As perspectivas econômicas examinam porque é que as organizações inovam, as forças que impulsionam a inovação, os fatores que a impedem e os efeitos macroeconômicos da inovação numa indústria, mercado ou economia. As teorias de Schumpeter (1982) sobre como as empresas procuram novas oportunidades e vantagens competitivas sobre os concorrentes atuais ou potenciais são uma grande influência neste sentido. [...] As perspectivas sistêmicas são utilizadas para desenvolver políticas de inovação para coordenar transformações sistêmicas que sirvam objetivos sociais amplos (OECD, 2018, p. 45).

Nesse sentido, “a inclinação para a interdisciplinaridade que caracteriza muitos trabalhos acadêmicos nessa área reflete o fato de que nenhuma disciplina lida com todos os aspectos da inovação. Portanto, para obter uma visão abrangente da inovação, é necessário combinar *insights* de diversas disciplinas” (Fagerberg, 2004, p. 4). Pesquisadores que utilizam a teoria da escolha econômica, por exemplo, tem tradicionalmente estudado a atribuição de recursos à inovação, em competição da escolha de aplicação destes recursos em outros fins, e seus efeitos econômicos. Os geógrafos econômicos, por sua vez, estudam contextos e locais da inovação. A história econômica vê a inovação através de suas mudanças ao longo do tempo. Já os historiadores da tecnologia analisam a inovação a partir do exame específico da tecnologia.

3.1. Inovação e desenvolvimento econômico

O desenvolvimento econômico é um fenômeno estudado pelas teorias econômicas, desde os clássicos, passando pelos neoclássicos, pelos evolucionários antigos, pelos evolucionários institucionalistas, pelas teorias schumpeterianas e indo até os evolucionários neoschumpeterianos (Lopes, 2015; Ramella, 2020; Zawislak, 1995). As teorias econômicas clássica e neoclássica destacavam que o funcionamento livre dos mercados teria a capacidade de direcionar a produção, alocação de recursos e trocas comerciais de forma autônoma, minimizando os custos envolvidos, sem a necessidade de planejamento por parte do Estado.

Dito de forma simples, a proposição fundamental de Smith era de que a economia poderia ser coordenada por um sistema descentralizado de preços (a “mão invisível”). Na verdade, muitas das economias, desde a publicação de *A riqueza das nações*, estão envolvidas na formalização dessa proposição, buscando identificar as condições necessárias para o uso efetivo da mão invisível, planejando mudanças onde necessário

(Demsetz, 1990:145)¹². Na maioria dos livros-textos de economia, esse esforço é chamado de teoria da firma (Coase, 1937)¹³ (Barney; Hesterly, 2004, p. 131).

Os economistas evolucionários surgem após a era colonialista moderna, com o declínio dos impérios coloniais, na tentativa de explicar por que algumas das nações surgidas no período pós-colonial eram consideradas desenvolvidas, tendo se desenvolvido rapidamente, enquanto outras nações não estariam conseguindo se desenvolver da mesma forma. Para isso combinaram conceitos econômicos com conceitos da Teoria da Evolução por meio da Seleção Natural (Darwin, 1872), definindo que as economias nacionais são sistemas complexos, sujeitos a mudanças e adaptações ao longo do tempo, assim como os seres biológicos, estudados por Charles Darwin (1809-1882). Dessa forma, por meio da análise de processos evolutivos, a economia evolucionária buscava compreender como a interação, a seleção e a aprendizagem entre agentes econômicos influenciam o desenvolvimento econômico e as dinâmicas de mercado.

O institucionalismo evolucionário de Thorstein Veblen (1857-1929) teve influência significativa no desenvolvimento da economia evolucionária. Veblen (1983), ressaltou a importância das instituições sociais e culturais na formação e evolução das estruturas econômicas, identificando dicotomias na economia capitalista, como as contradições entre a propriedade e a propriedade coletiva, o conflito e a cooperação, a produção e a acumulação pecuniária, a produção para o lucro e a criatividade ou curiosidade desinteressada, o instinto psicológico predatório e o instinto construtivo. A análise institucional evolucionária de Veblen considerava a tecnologia como a soma dos conhecimentos que determinada comunidade dispunha em determinado momento, de forma que seu desenvolvimento seria dependente do sentimento de mérito econômico e industrial obtido com a inovação. Dessa forma, surge outra contradição, entre os interesses dos capitalistas industriários, que buscam de aumento de lucros através do aumento da produtividade do trabalho e por isso promovem o avanço tecnológico, e os interesses do capital oligopolista, que exercem um caráter bloqueador do progresso científico a fim de conservar sua condição de classe ociosa (Sylos Labini, 1957).

Ao considerar que as mudanças na sociedade se dão em razão do processo de inovação tecnológica, o qual possui contradições intrínsecas no capitalismo que impedem o progresso tecnológico, como a competição que inibe a cooperação, economistas passam a defender a intervenção do Estado para o desenvolvimento econômico. Dessa forma, o Estado burguês é entendido como ferramenta fundamental para mediar as relações entre capital e trabalho,

¹² DEMSETZ, Harold. **Ownership, control, and the firm**. Oxford: Basil Blackwell, 1990.

¹³ COASE, Ronald H. **The Nature of the Firm**. *Economica*, [s. l.], v. 4, n. 16, p. 386–405, 1937.

induzindo o desenvolvimento econômico, financiando e promovendo processos de inovação que sejam interessantes ao mercado.

É inequívoca a influência de Sombart sobre Schumpeter. O empresário demiurgo de Schumpeter é uma nova aparição do burguês de Sombart. [...] Para Sombart, o capitalismo é caracterizado por um certo estado da técnica, por uma certa forma de organização econômica, a empresa, por um certo tipo de espírito, o do empresário capitalista, o burguês. É este - o burguês, o empresário - a “força impulsionadora da economia capitalista moderna” (Sombart, 1984, v 1, p. 29)¹⁴. Contudo essa força matriz, o burguês, cuja motivação é a busca do lucro, não é o único fundamento do capitalismo moderno. São igualmente fundantes do capitalismo, em seu apogeu, o Estado, isto é, o arcabouço jurídico-institucional para o funcionamento dos mercados, a política econômica interna e externa, as ações imperialistas, etc; e as técnicas, compreendidas aí tanto as técnicas mesmas como as modernas concepção e ciência da natureza, de que resultam novos materiais, novas forças, novos procedimentos (Paula; Cerqueira; Albuquerque, 2002, p. 836).

Conforme argumenta Rosenberg (2011), a compreensão de Schumpeter (1883-1950)¹⁵ sobre a instabilidade sistêmica e endógena do modo de produção capitalista, caracterizado por movimentos cíclicos de desenvolvimento, seguidos de estagnação, onde é necessário destruir o que existe para inovar, relaciona-se, de certa forma, com a compreensão sobre crises econômicas de Marx:

Schumpeter e Marx compartilhavam uma visão comum, incluindo acordo sobre o crescimento do tamanho da empresa e da concentração industrial, a instabilidade inerente do capitalismo e a inevitabilidade de “crises”, e a eventual destruição das instituições capitalistas e a chegada de uma forma socialista de organização econômica como resultado da elaboração da lógica interna da evolução capitalista. (Rosenberg, 2011, p. Abstract) [traduzido pelo autor].

Entretanto, Schumpeter (1961) não compartilhava a mesma compreensão de Marx sobre teoria do valor, divergindo dos conceitos de mais-valor como fundamento para a obtenção de lucro nas empresas capitalistas e da tendência de queda da taxa de lucros (Costa, 2016). Além disto, afirmava que a elaboração de Marx era determinística e baseada em fé. Apesar disto, Schumpeter (1982) entendia, que a inovação era responsável por alterar “o equilíbrio estático do sistema econômico de forma a modificar a mera reprodução das condições de produção vigentes (fluxo circular)” (Lopes, 2015, p. 380). A inovação seria um processo constante realizado pelas empresas ao introduzir novas ideias, novos produtos, novos processos ou novos serviços no mercado. Além disto, a inovação seria o resultado da ação de empreendedores, sejam eles indivíduos ou grupos, que, devido a concorrência capitalista, investem recursos e assumem riscos em busca de mudanças para obterem vantagens competitivas.

¹⁴ SOMBART, Werner. **El apogeo del capitalismo**. Trad. esp., México: FCE, 1984.

¹⁵ Schumpeter (1883-1950) foi um economista e ex-ministro de finanças da Áustria, que iniciou seus estudos universitários na Europa, no início do século XX, mesmo período do surgimento da Administração Científica e da Administração Clássica, de Taylor e Fayol, tendo emigrado para os Estados Unidos em 1932, após o avanço do nazismo na Europa.

Nesse sentido, a inovação é um “processo de mutação industrial que revoluciona incessantemente a estrutura econômica a partir de dentro, destruindo incessantemente o antigo e criando elementos novos” (Schumpeter, 1961, p. 110), exercendo papel fundamental para o desenvolvimento da sociedade capitalista. A partir deste entendimento, Schumpeter criou teorias que buscavam compreender e explicar o desenvolvimento econômico no capitalismo, tais como a distinção entre empresário e inventor, a distinção entre invenção e inovação, as diferentes formas da inovação, a destruição criativa, o papel do empreendedor, entre outras.

A relação entre a inovação e o desenvolvimento econômico também é identificada nos estudos neoschumpeterianos. Os neoschumpeterianos resgatam a ideia de empreendedorismo de Schumpeter (1982), convergindo com a proposta de racionalidade de Simon (Simon, 1986). “[Dessa forma,] admitem que os agentes não conseguem maximizar os benefícios de suas escolhas, mas procuram as opções mais adequadas para os problemas que ocorrem em determinados contextos” (Lopes, 2015, p. 380). A elaboração neoschumpeteriana também possui elementos da Teoria da Firma (Coase, 1937), como as teorias do custo de transação, teoria da agência, a administração estratégica e a economia da cooperação. Nestas correntes teóricas “as inovações são tratadas como um fenômeno interno ao modo de produção e deflagradas pelos produtores individuais que, procurando alternativas para aumentar sua lucratividade, acabam desenvolvendo as novas combinações” (Lopes, 2015, p. 380).

Estes estudiosos partem da mesma premissa defendida por Schumpeter de que a mudança tecnológica é o motor do desenvolvimento capitalista sendo a empresa o *locus* de atuação do empresário inovador e de desenvolvimento das inovações. Segundo esta vertente, a concorrência não gera somente comportamentos adaptativos, mas gera também atitudes ou iniciativas inovadoras. Por exemplo, se uma empresa percebe a existência de concorrentes em seu mercado, poderá reagir com ajustes e restrições aos seus agentes e provocará atitudes na forma de iniciativas que gerem vantagens em relação aos concorrentes e que possam, desta forma, reduzir as restrições ocasionadas pela existência da concorrência, mesmo que temporariamente. (Fiocruz, 2023, p. Módulo 2).

Os novos institucionalistas, por sua vez, estudam o desenvolvimento econômico com enfoque nas relações de poder e de conflito que envolvem a introdução de inovações (Meyer; Rowan, 1977), “aproximando-se de sociólogos que se ocupam da mudança social e econômica” (Ramella, 2020, p. 34). O novo institucionalismo traz novos elementos, teorizando como as organizações inovam por sofrer pressões internas e externas, e também se modificam através de processos de racionalizados de isomorfismo (DiMaggio; Powell, 2005), por exemplo.

As organizações são levadas a incorporar as práticas e procedimentos definidos por conceitos racionalizados de trabalho organizacional prevalentes e institucionalizados na sociedade. Organizações que fazem isto aumentam sua legitimidade e suas perspectivas de sobrevivência, independentemente da eficácia imediata das práticas e procedimentos adquiridos (Meyer; Rowan, 1977, p. 340)340).

A partir das teorias econômicas evolucionária, neoschumpeteriana, os novos institucionalistas e similares a inovação passa ser objeto de estudos, durante a década 1970, como fator impulsionador do desenvolvimento econômico. Dessa forma, é possível observar que os *innovation studies* tem sua emergência junto ao avanço do neoliberalismo, quando algumas premissas do liberalismo clássico são flexibilizadas e o Estado passa a ser entendido como um garantidor das condições para o desenvolvimento do capitalismo. Desde então “a inovação passou a ser compreendida como fator ainda mais estratégico para aumento da produtividade e, conseqüentemente, da competitividade de empresas, organizações e países” (Fiocruz, 2023, p. Módulo 2). Destacaram-se como estudiosos que contribuíram para consolidação dos estudos de inovação como uma área de pesquisa autores como Rosenberg (1982, 2011), Dosi (1982, 1988), Freeman (1995) e Fagerberg (2004), por exemplo.

Com a consolidação da teoria econômico evolucionária e da abordagem neoschumpeteriana, a inovação passa a ser considerada como fator fundamental para o crescimento da produtividade do trabalho, tendo os Estados responsabilidade em promover políticas para inovação, a fim de agenciar o desenvolvimento econômico. Nesse sentido, a partir dos anos 1990, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹⁶ passa a propagar “a adoção de políticas efetivas para incentivar a produção de conhecimento e a inovação tecnológica” (OCDE, 2005, p. 15). Como uma de suas políticas, a OCDE, em conjunto com a EUROSTAT¹⁷ lançou em 1992 o Manual de Oslo, um manual metodológico internacional de padrões para coleta e interpretação de dados e produção de estatísticas e indicadores a fim de medir a inovação. Ao longo das quatro edições do Manual de Oslo, identifica-se que a OCDE adota teoria da firma, a abordagem de sistemas e o método de análise comparativa para medir a inovação e o desenvolvimento econômico, difundindo conceitos de tipos de inovações e de sistemas nacionais de inovação.

¹⁶ A OCDE foi fundada em 1948, após a Segunda Guerra Mundial, pelos países que se uniram na Liga das Nações, que posteriormente transformou-se Organização das Nações Unidas (ONU). Originalmente batizada de Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCEE), sua função seria coordenar o Plano Marshall, um programa de auxílio financeiro proposto pelos Estados Unidos que visava promover iniciativas econômicas para reconstruir a Europa após os impactos da guerra. Em 1961, a OCEE foi rebatizada para Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ou, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), expandindo sua composição para além das fronteiras europeias, agregando países de outras regiões. Desde então a OCDE expandiu seu tamanho, criando agências auxiliares e chegando ao total de 38 países membros em 2023. O Brasil ainda não faz parte da OCDE. Em 2022 a OCDE encerrou seu escritório na Rússia em razão do conflito entre aquele país e países economicamente alinhados ao bloco que dirige a Organização (Estados Unidos, Inglaterra e França, principalmente).

¹⁷ O EUROSTAT é o serviço de estatística da União Europeia responsável pela publicação de estatísticas e indicadores e pela padronização de métodos de análise para comparação entre países e regiões.

A primeira edição do manual era centrada na inovação Tecnológica de Produto e Processo (TPP) na indústria de transformação. A segunda edição expandiu o tratamento para o setor de serviços. “Como existe uma noção crescente de que muita inovação no setor de serviços não é apreendida de maneira adequada pelo conceito TPP” (OCDE, 2005, p. 17), a terceira edição do manual adicionou a questão das inovações não-tecnológicas, incluindo dois novos tipos de inovação, a inovação de marketing e a inovação organizacional, além da dimensão sistêmica da inovação. A quarta edição aborda novas tendências em torno da inovação, como o papel das cadeias de valor globais, as novas tecnologias de informação e como seu surgimento afetam os modelos de negócio, o crescimento do capital baseado no conhecimento e os progressos realizados para compreensão dos processos de inovação e seu impacto econômico “A sua orientação procura contribuir para medir o processo de transformação digital” (OECD, 2018, p. 28).

3.2. Tipologias da inovação

Existem muitas formas de classificar a inovação. Uma das características que definem a inovação, convencionada a partir dos estudos de Schumpeter e que serve como ponto de partida para definir diferentes tipos de inovação, é sua diferença para invenção. De acordo com Schumpeter (1982), a invenção é um processo criativo que não tem um objetivo comercial definido. A partir do momento que uma invenção é lançada no mercado e passa ser comercializada ela se torna uma inovação.

A invenção é a primeira ocorrência de uma ideia para um novo produto ou processo, enquanto a inovação é a primeira tentativa de colocá-la em prática. Às vezes, a invenção e a inovação estão intimamente ligadas, a tal ponto que é difícil distinguir uma da outra (biotecnologia, por exemplo). Em muitos casos, no entanto, há um intervalo de tempo considerável entre os dois (Fagerberg, 2004, p. 5).

De acordo com a concepção schumpeteriana, a estagnação econômica ocorre em razão de um paradigma técnico que precisa ser superado para que a economia evolua para um novo ciclo. Quando uma invenção passa a ser comercializada, ou seja, quando ocorre uma inovação, a economia sai de um estado de estagnação. Durante esse processo de desenvolvimento técnico ocorrem a superação das tecnologias utilizadas, alterando as condições de mercado, levando à superação de determinados processos produtivos, produtos, empresas e até setores inteiros, que são substituídos por novos. Este processo foi denominado por Schumpeter (1961) de destruição criadora:

Schumpeter introduziu o conceito de “destruição criativa” para descrever a perturbação da atividade econômica existente por inovações que criam novas formas de produção de bens ou serviços ou indústrias inteiramente novas. A literatura sobre crescimento econômico tem utilizado este paradigma para investigar os motores do crescimento econômico a longo prazo (OECD, 2018, p. 45) [traduzido pelo autor].

Em razão de sua diferença para a invenção, a inovação “deve ser colocada dentro do contexto em que acontece, e os seus resultados podem ser compreendidos somente fazendo-se um confronto entre um antes e um depois: o estado de coisas precedente e aquele que sucede à sua introdução” (Ramella, 2020, p. 22), ou seja, a inovação possui uma série de fenômenos interconexos no tempo e localizados dentro um contexto. Assim, a inovação “pode ser compreendida e definida somente através de um confronto entre o estado de coisas existente dentro de um setor econômico, de uma empresa, de uma área geográfica no tempo T_1 , e o estado de coisas que se imagina poder realizar e que será depois realizado no tempo T_2 ” (Ramella, 2020, p. 25). Nesse sentido, a inovação é um processo relacional, pois se relaciona com o período, com o contexto e com o local no qual ela ocorre. O estudo da inovação enquanto processo¹⁸ revela algumas de suas características e será apresentado na próxima subseção.

Uma das propostas analíticas mais utilizadas em pesquisa sobre inovações é a tipologia convencionada no Manual de Oslo, da OCDE. Em sua terceira edição, o Manual de Oslo (OCDE, 2005) distinguia a inovação a partir de quatro tipos: produto, processo, organizacional e marketing. Na quarta edição (OECD, 2018), o Manual de Oslo foi atualizado, distinguindo a inovação em razão do seu objeto, de sua finalidade. Dessa forma, ficou convencionado que “existem dois tipos principais de inovação por objeto: inovações que alteram os produtos da empresa (inovações de produtos) e inovações que alteram os processos de negócios da empresa (inovações de processos de negócios)” (OECD, 2018, p. 70). As inovações de produto ficaram divididas em dois tipos principais, ao passo que as inovações processos em seis grandes tipos.

A inovação de produto, seja este um bem (produto tangível) ou serviço (produto intangível), é caracterizada pela introdução de novidades substanciais em relação ao produto anterior. Essas inovações se manifestam nas modificações das características essenciais ou nos usos propostos para um determinado bem ou serviço. Todavia, uma inovação de produto pode ser um combinado de características tangíveis e intangível, ou seja, um produto que consiste numa combinação de bens tangíveis e serviços, por exemplo. Estudos mais recentes em inovação já adotam a tipologia de inovação de bem e inovação de serviço de forma separada. Entretanto,

¹⁸ Para que não haja confusão: a inovação de processo é um tipo de inovação, enquanto a inovação como processo é um modelo de compreender a inovação, seja de processo, de bem ou serviço, organizacional ou de marketing.

a distinção entre produto acabado e processos é, com frequência, difícil de perceber, uma vez que produção e consumo ocorrem de forma simultânea. Nesses casos, a inovação também pode ser percebida como um processo contínuo, aparecendo como diversas mudanças incrementais em produtos e processos. A identificação de inovações em serviços como eventos isolados se torna difícil (Malik, 2014, p. 117).

Já a inovação de processos de negócios “é um processo de negócios novo ou melhorado para uma ou mais funções de negócios que difere significativamente dos processos de negócios anteriores da empresa e que foi colocado em uso na empresa” (OECD, 2018, p. 72). Este tipo de inovação concentra-se nos processos internos e também com fontes externas. “Os processos de negócios podem ser considerados como serviços dos quais a própria empresa é cliente” (OECD, 2018, p. 72).

Na inovação de processos de negócios encontram-se as inovações na estratégia organizacional, as inovações em técnicas operacionais, a utilização de novas ferramentas, incluindo a informatização. O Manual de Oslo convencionou utilizar as seis “funções da empresa, identificadas na literatura de gestão empresarial” (OECD, 2018, p. 21) para classificar os tipos de inovações em processos de negócios. Estas seis funções da empresa, produção de bens ou serviços, distribuição e logística, marketing e vendas, sistemas de informação e comunicação, administração e gestão, e o desenvolvimento de produtos e processos de negócios, são apresentadas no Quadro 3 - Tipos de inovações em processos de negócios:

Quadro 3 - Tipos de inovações em processos de negócios

N.	Tipo de inovação (Função da firma)	Descrição
1	Produção de bens ou serviços	Atividades que transformam insumos em bens ou serviços, incluindo engenharia e atividades técnicas relacionadas, testes, análises e atividades de certificação para apoiar a produção.
2	Distribuição e logística	Esta função inclui: a) transporte e entrega de serviços b) armazenamento c) processamento de pedidos.
3	Marketing e vendas	Esta função inclui: a) métodos de marketing, incluindo publicidade (promoção e colocação de produtos, embalagem de produtos), marketing direto (telemarketing), exposições e feiras, pesquisa de mercado e outras atividades para desenvolver novos mercados b) estratégias e métodos de preços c) atividades de vendas e pós-vendas, incluindo centrais de atendimento, suporte ao cliente e atividades de relacionamento com o cliente.
4	Sistemas de informação e comunicação	A manutenção e disponibilização de sistemas de informação e comunicação, incluindo: a) hardware e software b) processamento de dados e bancos de dados c) manutenção e reparo d) hospedagem na web e outras atividades relacionadas à informática. Essas funções podem ser fornecidas em uma divisão separada ou em divisões responsáveis por outras funções.

N.	Tipo de inovação (Função da firma)	Descrição
5	Administração e gestão	Esta função inclui: a) gestão estratégica e geral de negócios (tomada de decisões interfuncionais), incluindo a organização de responsabilidades de trabalho b) governança corporativa (legal, planejamento e relações públicas) c) contabilidade, auditoria, pagamentos e outras atividades financeiras ou de seguros d) gestão de recursos humanos (treinamento e educação, recrutamento de pessoal, organização do local de trabalho, fornecimento de pessoal temporário, gestão de folha de pagamento, suporte médico e de saúde) e) compras f) gerenciamento de relacionamentos externos com fornecedores, alianças, etc.
6	Desenvolvimento de produtos e processos de negócios	Atividades para definir, identificar, desenvolver ou adaptar produtos ou processos de negócios de uma empresa. Esta função pode ser realizada de forma sistemática ou <i>ad hoc</i> e pode ser conduzida dentro da empresa ou obtida de fontes externas. A responsabilidade por essas atividades pode estar em uma divisão separada ou em divisões responsáveis por outras funções, como a produção de bens ou serviços.

Fonte: OECD (2018, p. 70) (traduzido pelo autor).

Outra proposta analítica para inovação refere-se a sua classificação a partir do grau de inovação, ou seja, a partir do tamanho de seu impacto. Nesta dimensão, uma referência utilizada pelos estudos de inovação é o conjunto de normas ISO-5600¹⁹, publicado pela Organização Internacional de Normalização (ISO).

A ISO (Organização Internacional de Normalização) é uma organização internacional não governamental independente, com 169 membros organismos nacionais de normas. Por meio de seus membros, reúne especialistas para compartilhar conhecimento e desenvolver normas internacionais voluntárias, baseadas em consenso e relevantes para o mercado, que apoiam a inovação e fornecem soluções para os desafios globais (ISO, 2023) [traduzido pelo autor].

O conjunto de normas ISO-5600 elaborado pela ISO em colaboração com a OCDE, a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (WIPO) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), estabelece o vocabulário, os conceitos fundamentais e os princípios da gestão da inovação. Na ISO-5600:2020, o grau de uma inovação “é relativo e determinado pela percepção das partes interessadas relevantes envolvidas” (ISO, 2020). A classificação pelo grau se apresenta de forma polarizada na ISO: num extremo a inovação incremental e no outro a inovação radical. A inovação incremental se manifesta quando ocorrem modificações e aprimoramentos graduais em produtos, bens ou serviços já existentes. Dentre suas vantagens, destaca-se o fato de que geralmente acarreta custos menores, uma vez que não demanda investimentos significativos em pesquisa e desenvolvimento, sendo uma inovação de menor

¹⁹ ISO 56001: Gestão da inovação – Sistema de gestão da inovação – Requisitos; ISO 56002:2019 – Sistema de Gestão da Inovação; ISO 56003:2019 – Ferramentas e métodos para parceria de inovação – Orientação; ISO 56004:2019 – Avaliação da Gestão da Inovação – Orientação; ISO 56005: Gestão da inovação – Ferramentas e métodos para gestão da propriedade intelectual – Diretrizes; ISO 56006: Gestão da inovação – Gestão da inteligência estratégica – Diretrizes; ISO 56007: gestão da inovação – Gestão de ideias; e, ISO 56008: Gestão da inovação – Ferramentas e métodos para medições de operação de inovação – Diretrizes.

risco e complexidade. A inovação radical, por sua vez, contrasta com a inovação incremental pois concentra-se na criação de soluções totalmente inéditas, muitas vezes com o objetivo de explorar novos mercados.

Outra referência utilizada pelos *innovation studies* analisa a inovação a partir de seu grau tecnológico, e que tem sido amplamente utilizada na pesquisa sobre inovações (Volkmer *et al.*, 2019) foi criada e disseminada pelo professor Clayton M. Christensen²⁰, da Universidade de Harvard. O autor, inspirado no conceito de destruição criativa de Schumpeter (1961) e na classificação de intensidade tecnológica estabelecida pela OCDE para a indústria (OECD, 2011) - que pode variar entre dois polos opostos, de baixa à alta tecnologia (Quadro 4) - classifica a inovação em dois tipos: inovação sustentável e inovação disruptiva (Christensen, 1997).

Quadro 4 - Classificação das indústrias manufatureiras em categorias com base nas intensidades de P&D

Intensidade Tecnológica da Indústria		Indústrias que se encaixam na classificação, conforme dados de 1991 a 1999 de 12 países da OCDE: Estados Unidos, Canadá, Japão, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Espanha, Suécia, Reino Unido
↑ Intensidade Tecnológica	Indústrias de alta tecnologia	Aeronaves e naves espaciais; Produtos farmacêuticos; Máquinas de escritório, contabilidade e informática; Equipamentos de rádio, TV e comunicações; Instrumentos médicos, de precisão e ópticos.
	Indústrias de média-alta tecnologia	Máquinas e aparelhos elétricos; Veículos automóveis, reboques e semirreboques; Produtos químicos, exceto produtos farmacêuticos; Equipamento ferroviário e equipamento de transporte; Máquinas e equipamentos.
	Indústrias de média-baixa tecnologia	Construção e reparação de navios e embarcações; Produtos de borracha e plástico; Coque de petróleo, produtos petrolíferos refinados e combustível nuclear; Outros produtos minerais não metálicos; Metais básicos e produtos metálicos fabricados.
	Indústrias de baixa tecnologia	Fabricação, Reciclagem; Madeira, celulose, papel, produtos de papel, impressão e publicação; Produtos alimentares, bebidas e tabaco; Têxteis, produtos têxteis, de couro e calçados.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de OECD (2011).

A inovação sustentável ocorre com maior frequência, pois “as empresas, bem geridas, são excelentes no melhoramento desempenho dos seus produtos nas formas que são importantes para os seus clientes” (Christensen, 1997, p. 175). Segundo o teórico estadunidense, isso ocorre porque “suas práticas de gestão são tem enfoque em: ouvir os clientes, investir agressivamente

²⁰ Conforme estudo realizado por Volkmer *et al.* (2019, p. 300), o professor Clayton Christensen é dos autores 25 autores mais recorrentes citados nos 11 principais *journals* na Web of Science (WoS).

em tecnologias que deem a esses clientes o que eles dizem querer, buscam margens maiores e visam mercados maiores em vez de mercados menores” (Christensen, 1997, p. 175).

Entretanto, segundo Christensen (1997), empresas de sucesso que possuem como estratégia principal a adoção de inovação sustentável, podem vir a fracassar em razão de descartarem novas tecnologias que ainda apresentam desempenho ruim, com baixa aceitação nos grandes mercados consolidados. Quando estas novas tecnologias conseguem difundir-se para o grande mercado, quebrando um paradigma já estabelecido no mercado, as empresas de sucesso com boa gestão tradicional acabam por fracassar em razão de terem descartado tais tecnologias, pelo medo de correrem riscos.

A inovação disruptiva ocorre quando uma solução tecnológica, produto ou serviço supera e substitui os existentes através de uma forma mais simples e mais econômica, criando uma nova dinâmica econômica que pode redefinir inteiramente um mercado. “A interrupção ocorre quando uma proporção significativa de usuários ou clientes adotou a inovação” (ISO, 2020, p. 2). Dessa forma, a inovação disruptiva relaciona-se a sua capacidade de ser percebida pelos consumidores como mais acessível, simples ou conveniente em comparação com as alternativas preexistentes.

No início, as inovações disruptivas têm desempenho inferior quando medidas pelas métricas de valor tradicionais, mas apresentam aspectos diferentes que são valorizados por um pequeno segmento do mercado. Esses tipos de inovações são capazes de transformar não-clientes em clientes, mas não necessariamente atraem para as necessidades e preferências do grande público (pelo menos não imediatamente). Uma vez que as empresas percebem que novas inovações disruptivas foram aceitas pelo mercado, geralmente é tarde demais para alcançar os concorrentes, apesar da quantidade de recursos que têm à sua disposição. Nesse ponto, a nova empresa já está fornecendo uma nova solução que exige novos recursos que as empresas tradicionais geralmente não possuem. O que dificulta a inovação disruptiva é que as empresas estabelecidas são completamente racionais ao tomar decisões relacionadas aos seus negócios. Eles não conseguem se ajustar à nova concorrência porque estão muito focados em otimizar a oferta ou o modelo de negócios existente que já se provou ter sido bem-sucedido no mercado (Carvalho, 2020).

Nesse sentido, o autor argumenta que “historicamente, a abordagem mais bem-sucedida tem sido encontrar um novo mercado que valorize as características atuais da tecnologia disruptiva. A tecnologia disruptiva deve ser enquadrada como um desafio de marketing e não tecnológico” (Christensen, 1997, p. 173). Além disto, outra forma de se proteger do fracasso em razão da adoção de inovações disruptivas é estabelecer uma organização diferente para se concentrar em inovações potenciais, como uma área de P&D, um laboratório de inovação, uma *spin off* ou uma *startup*. A nova empresa pode incorporar os valores empreendedores e assumir riscos, enquanto a estratégia principal continua sendo a inovação sustentável.

Carvalho (2020), revisa sugestões de matrizes para classificar a inovação, utilizando como referência a inovação incremental, a inovação radical, a inovação de sustentação e a inovação disruptiva. Uma das matrizes mais conhecidas é a Matriz Mercado x Tecnologia (Figura 1), que classifica a inovação a partir de dois eixos e quatro quadrantes, semelhante a matriz BCG e ao modelo de ciclo de vida do produto. O eixo Y, denominado “Impacto no Mercado”, “diz respeito ao impacto que a tecnologia vai causar no mercado, ou seja, se o impacto vai ser alto (transformador no mercado) ou baixo” (Carvalho, 2020). Já o eixo X, “Novidade da tecnologia”, refere-se a “tecnologia em si. Se ela é nova ou existente. No caso de uma tecnologia existente, você muito provavelmente está fazendo uma melhoria e o outro extremo é quando você cria uma nova tecnologia” (Carvalho, 2020).

Figura 1 - Matriz de classificação da inovação “Impacto x Novidade da Tecnologia”



Fonte: Carvalho (2020)

O

Quadro 5 apresenta um resumo das principais tipologias da inovação utilizadas em *innovation studies*, conforme apresentado nesta seção:

Quadro 5 - Principais tipologias da inovação utilizadas em *innovation studies*

Forma de classificação	Categoria	Tipos
Pela finalidade da inovação	Inovação de produto	Bem
		Serviço
	Inovação de processo de negócio	Produção de bens ou serviços
		Distribuição e logística
		Marketing e vendas
		Sistemas de informação e comunicação
	Administração e gestão	
	Desenvolvimento de produtos e processos de negócios	
Pelo grau da inovação	Inovação incremental	Melhorias graduais
	Inovação radical	Tecnologias novas
Pelo grau tecnológico	Inovação sustentável	Baixa tecnologia
	Inovação disruptiva	Alta tecnologia

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Schumpeter (1961), Christensen (1997), OECD (2011) e Carvalho (2020).

3.3. Modelos do processo de inovação

A compreensão de inovação como processo passou por diferentes modelos teóricos. Até a década de 1960 o modelo teórico dominante sobre o processo de inovação era o modelo linear (Godin, 2006). Essa concepção de inovação se relacionava com a linha de produção fordista, enquanto um sistema de empurro (*push system*), onde os avanços científicos e tecnológicos é que empurram um produto novo ao mercado. Neste modelo, o processo de inovação é compreendido a partir de três fases principais, *input*, *throughput* e *output*:

- a. fase de *input*: no início de todo o processo, tem-se a decisão de iniciar as atividades de pesquisa e inovação investindo nelas recursos humanos e financeiros; b. fase de *throughput*: no meio, está o percurso que a empresa deve realizar para transformar o input em output, mediante a inovação empresarial; c. fase de *output*: no fim, têm-se os resultados alcançados, ou seja, os frutos das inovações em termos de novos produtos ou serviços inseridos no mercado (Ramella, 2020, p. 23).

Na década de 1970 ganha corpo a ideia de modelo linear reverso (*pull system*), onde pressões institucionais, internas ou externas, como problemas operacionais ou necessidades do mercado, por exemplo, influenciam o processo de inovação. A partir da década de 1980 a concepção dominante é de um processo de inovação combinado (*push e pull*), num modelo que “se apresenta como sequencial, mas não necessariamente contínuo. Ele pode ser dividido em uma série de etapas interdependentes e retornos para a fase anterior” (Moraes; Campos; Lima, 2019, p. 3). A partir dos modelos linear reverso e modelo combinado, pode-se identificar outra característica da inovação. Em razão da variação de intensidade e de direção, conforme ocorrem *feedbacks*, a inovação pode ser compreendida como um processo alternado, circular e recorrente (Ramella, 2020, p. 25).

No início da década de 1990, com a incorporação do estudo das cadeias de suprimento e das influências internas e externas, compreende-se o processo de inovação a partir da abordagem de redes. Neste a inovação é vista como um processo que ocorre em redes de parceiros, enfatizando a colaboração e interação entre diferentes atores, como empresas, instituições de pesquisa e governos.

Em meados da década de 1990, é disseminada a compreensão do processo de inovação sistêmico (OECD, 1999). O modelo de inovação como um fenômeno sistêmico demonstra que as empresas não inovam sozinhas, de forma isolada, pois as organizações estão imersas em “um sistema de redes de relação com outras empresas, aproveitando as infraestruturas de pesquisa pública e privada que existirem (universidades e institutos de pesquisa), sob influência das economias nacional e internacional e do sistema normativo” (Moraes; Campos; Lima, 2019, p. 4). Dessa forma, as mudanças que ocorrem em uma parte do sistema podem ter impactos significativos em outras partes, afetando o processo de inovação na organização.

O modelo de inovação aberta ou *open innovation* (Chesbrough, 2003) incorpora a integração de ideias criativas, provenientes tanto do ambiente interno quanto externo à organização, na análise. Este modelo promove o processo de inovação como uma colaboração entre empresas, instituições e comunidades, impulsionando o progresso tecnológico e a resolução de desafios de maneira mais ampla, mais participativa.

Quadro 6 - Modelos teóricos do processo de inovação

Modelo	Característica
Modelo linear (<i>push system</i>)	Segue uma sequência linear de etapas, com ênfase na pesquisa e desenvolvimento antes da comercialização.
Modelo linear reverso (<i>pull system</i>)	Baseia-se nas necessidades do mercado, com a inovação sendo puxada pela demanda dos consumidores.
Modelo combinado (<i>push e pull</i>)	Integra elementos de abordagens <i>push</i> e <i>pull</i> para otimizar a eficiência do processo de inovação.
Modelo alternado, circular e recorrente (com <i>feedbacks</i>)	Enfatiza a iteração contínua, permitindo ajustes e melhorias ao longo do ciclo de inovação.
Modelo em redes	Destaca a colaboração entre diferentes entidades, como empresas, instituições de pesquisa e consumidores, para impulsionar a inovação.
Modelo sistêmico	Considera a inovação como parte de um sistema mais amplo, levando em conta interações e influências entre diversos elementos.
Modelo aberto (<i>open innovation</i>)	Propõe que as empresas devem buscar inovação tanto internamente quanto externamente, colaborando com parceiros externos e adotando ideias externas.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Godin (2006), Moraes, Campos e Lima (2019), Ramella (2020), OECD (1999) e Chesbrough (2003).

Em todos os modelos teóricos o processo de inovação é estudado por diferentes fases. Rogers (2003) propôs um modelo de seis diferentes fases do processo de inovação, que podem ocorrer de forma sequencial, intercaladas, circulares, sistêmicas, dentre outras: 1) a identificação de uma necessidade ou de um problema que requer uma solução; 2) a decisão de

fazer pesquisas (básicas e/ou aplicadas) para resolver a questão; 3) o desenvolvimento da inovação para dar-lhe uma forma e um conteúdo que respondam às exigências de quem deverá usá-la; 4) a comercialização ou a produção e distribuição do produto/serviço que contém a inovação; 5) a sua adoção e difusão; e, 6) as consequências da inovação, que se referem às mudanças ligadas à sua adoção (Ramella, 2020).

3.4. Adoção e difusão da inovação

A fase de adoção e a difusão “é o processo pelo qual uma inovação é comunicada ao longo do tempo entre os participantes de um sistema social” (Rogers, 2003, p. 5), através do compartilhamento de informações. Os agentes realizam essa comunicação em razão do grau de incertezas sobre adoção de uma determinada inovação, podendo convergir ou divergir nos significados que dão àquela novidade. Esta proposição é utilizada no Manual de Oslo (OECD, 2018) como uma das formas de mensurar a inovação.

Para análise da adoção e difusão de inovações, Rogers (2003) propõe um modelo a partir de cinco estágios na tomada de decisão sobre inovação: o conhecimento, a persuasão, a decisão, a implementação e a confirmação:

1. O conhecimento ocorre quando um indivíduo (ou outra unidade de tomada de decisão) é exposto à existência da inovação e ganha alguma compreensão de como ele funciona.
2. A persuasão ocorre quando um indivíduo (ou outra unidade de tomada de decisão) forma uma atitude favorável ou desfavorável em relação a inovação.
3. A decisão ocorre quando um indivíduo (ou outro tomador de decisão da unidade) se envolve em atividades que levam à escolha de adotar ou rejeitar a inovação.
4. A implementação ocorre quando um indivíduo (ou outra decisão unidade de fabricação) coloca uma inovação em uso.
5. A confirmação ocorre quando um indivíduo (ou outra unidade de tomada de decisão) busca reforço de uma decisão de inovação já tomada, mas ele ou ela poderá reverter esta decisão anterior se for exposto a mensagens conflitantes sobre a inovação (Rogers, 2003, p. 164).

Rogers (2003, p. 10) propõe quatro elementos principais que influenciam a disseminação de uma inovação: a própria inovação, os canais de comunicação, o tempo e um sistema social. Desta forma, “a difusão é o processo pelo qual (1) uma inovação (2) é comunicada através de determinados canais (3) ao longo do tempo (4) entre os membros de um sistema social” (Rogers, 2003, p. 11).

O primeiro elemento é a própria inovação, compreendida como uma percepção de um indivíduo ou grupo sobre algo que parece novo para eles. Ao se deparar com uma novidade, os possíveis adotantes da inovação encontram-se num estado de desconhecimento sobre aquele novo bem, novo serviço, novo processo ou nova forma organizacional. Para que possam tomar

a decisão de adotar a inovação, os possíveis adotantes avaliam a novidade a partir de algumas características, como a vantagem relativa da novidade sobre o que está sendo substituído, a compatibilidade com valores e experiências anteriores, a complexidade para entendimento e uso da novidade e a experimentabilidade para testes e diminuição das incertezas (Rogers, 2003, p. 18). Dessa forma, percebe-se que a inovação é um processo que depende fortemente das reações das pessoas e sua difusão está relacionada ao acesso às informações por seus possíveis adotantes, que buscam minimizar risco e incertezas.

A troca de informações é realizada através dos canais de comunicação, que constituem o segundo elemento essencial para a difusão da inovação. “A natureza da relação de troca de informações entre os indivíduos determina as condições sob a qual uma fonte transmitirá ou não a inovação ao receptor e o efeito dessa transferência” (Rogers, 2003, p. 17), sendo os canais de comunicação de massa os meios mais rápidos e mais eficazes de informar o público e criando consciência sobre as novidades. Entretanto, em razão de possíveis diferenças na comunicação entre indivíduos pode dificultar esta disseminação, de forma que possa ser necessário um refinamento, por outro agente da inovação, para que a comunicação tenha mais recepção. Assim, em alguns casos, os canais interpessoais tem maior eficácia para persuadir um novo ator social a adotar determinada novidade.

Um terceiro elemento essencial para difusão de inovações é o tempo. O tempo se relacionada com o processo de decisão de inovação, quando um indivíduo passa do primeiro conhecimento de uma inovação para sua adoção ou rejeição. O tempo também demonstra a capacidade inovadora de um indivíduo ou grupo, ou seja, a capacidade de rapidez ou atraso com que uma inovação é adotada, em comparação com outros agentes do sistema. O tempo também ajuda a entender a taxa de adoção da inovação em um sistema, “geralmente medida como o número de membros do sistema que adota a inovação em um determinado período de tempo” (Rogers, 2003, p. 20). Além disto, “o tempo está envolvido na difusão (1) no processo de decisão sobre inovação, (2) na capacidade de inovação e (3) na taxa de adoção de uma inovação” (Rogers, 2003, p. 36).

O quarto elemento essencial para difusão de inovações é o sistema social em torno da inovação, constituído por diversos agentes. Neste caso, sistema social é definido como “um conjunto de unidades inter-relacionadas que estão envolvidas em resolução conjunta de problemas para atingir um objetivo comum” (Rogers, 2003, p. 36). Os sistemas sociais são compostos por estruturas com alguma regularidade e estabilidade, às quais permitem prever o comportamento dos indivíduos e das organizações com algum grau de precisão (Rogers, 2003, p. 24). Dessa forma, as estruturas, sejam elas formais ou informais, podem facilitar ou impedir

a difusão de inovações no sistema. Assim, identifica-se que a adoção e difusão de inovações são influenciadas tanto pelas características dos participantes do sistema, quanto pelo próprio sistema social.

Quadro 7 - Principais elementos que influenciam a disseminação de uma inovação

Elemento	Relação com a disseminação da inovação
A própria inovação	Quando percebida como algo novo pelos possíveis adotantes, a inovação é avaliada em termos de vantagem relativa, compatibilidade, complexidade e experimentabilidade.
Os canais de comunicação	Incluindo comunicação de massa e interpessoal, são essenciais para a troca de informações sobre a inovação, sendo sua eficácia afetada pelas diferenças individuais na comunicação.
O tempo	Ajuda a demonstrar a capacidade inovadora dos indivíduos ou grupos, e a taxa de adoção de uma inovação em um sistema.
O sistema social	Conjunto de unidades inter-relacionadas (agentes) envolvidas na resolução conjunta de problemas, as quais suas características e interações influenciam a adoção e difusão de inovações

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Rogers (2003).

3.5. Agente e atores da inovação

A teoria social, em geral, compreende que o ser humano não tem autossuficiência dada, ou seja, nenhum indivíduo é autossuficiente naturalmente, pois precisa de outro para sua gestação, nascimento e também para manutenção de sua vida até criar condições de prover suas necessidades por sua própria força de trabalho. Dessa forma, o humano é entendido como um ser social (Aristóteles, 1998) que estabelece relações sociais. O estudo destas relações pode ser identificado em diversas perspectivas sociológicas.

A abordagem materialista histórica dialética (Marx, 2017) compreende que a sociedade está organizada a partir da divisão de classes desde os tempos antigos até o capitalismo atual. Esta abordagem compreende que a sociedade se modifica de acordo com as implicações das contradições entre as classes sociais, as relações sociais de produção e o desenvolvimento das forças produtivas. Dessa forma, as classes sociais são os atores capazes de modificar a história, e, portanto, são os principais atores sociais. Já para a abordagem funcionalista (Durkheim, 2007) a sociedade existe de forma objetiva, de forma que o ambiente externo influencia na formação de consciência dos indivíduos. Assim, quando os indivíduos se relacionam de alguma forma, participando de fatos sociais, interiorizam as normas da sociedade, tornando-se atores sociais.

Para Weber (2004), ao contrário de Durkheim, são os indivíduos, a partir de sua ação social racionalizada, que influenciam a sociedade. A ação racional consiste na tomada de decisão do indivíduo a partir de suas convicções pessoais, que são construídas a partir de sua compreensão subjetiva da ação de outros. Dessa forma, na ação racionalizada, o indivíduo é

que realiza a ação social, sendo compreendido assim como agente, aquele que pratica a ação. Quando um certo comportamento de um agente tem seu conteúdo de sentido reproduzido por uma pluralidade de indivíduos, estabelece-se uma relação social. Quanto mais racionalizada for a ação, ou seja, quanto mais rigoroso for aquele comportamento orientado, maior o grau de semelhanças entre as reações. Dessa forma, pode-se estabelecer algum grau de homogeneidade, regularidade e continuidade nas ações sociais (Weber, 2004).

A importância da referência ao agente individual, nesse ponto, consiste em que ele é a única entidade em que os sentidos específicos dessas diferentes esferas de ação estão simultaneamente presentes e podem entrar em contato. Ou seja, se as diversas esferas da existência correm paralelas, movidas por suas 'legalidades próprias' e se está afastada a idéia de alguma delas ser objetiva e efetivamente determinante em relação às demais, a análise das relações entre elas (ou melhor, entre seus sentidos) só é possível com referência a essa entidade que as sustenta pela sua ação e é a portadora simultânea de múltiplas delas: agente individual. Portanto, não existem vínculos 'objetivos' entre esferas de ação; só vínculos 'subjetivos', isto é, que passam pelos sujeitos-agentes. Assim, toda a análise weberiana das afinidades ou tensões entre o sentido da ação religiosa e o sentido da ação econômica implica serem tomados os agentes individuais (que são simultaneamente portadores de sentidos econômicos e religiosos) como ponto de referência (Cohn, 1979, p. 29).

Estes agentes individuais interpretam subjetivamente as ações em que se relacionam de forma racional a partir das evidências que acessam de forma limitada (Weber, 2004, p. 4).

O conceito de racionalidade, em Weber, refere-se a um procedimento de controle sobre a realidade interna e externa ao homem; refere-se a comportamentos práticos - não à compreensão de leis sociais objetivas - e implica em orientação ao cálculo, à previsão e à generalização dos meios em relação a um fim de controle sobre o mundo (Rusconi, 1981, p. 189). Weber, com referência ao agir econômico, distingue duas formas de racionalidade: a racionalidade formal, que indica "a medida do cálculo tecnicamente possível e realmente aplicado"; a racionalidade material, que indica "o grau em que o abastecimento de determinados grupos humanos [...] com determinados bens, mediante um agir orientado economicamente, configura-se do ponto de vista de determinados postulados avaliativos" (Weber, 1982, p. 80). No primeiro caso, evoca-se uma forma de ação racional em relação ao escopo, que implica um cálculo racional dos meios em relação aos fins; no segundo caso, ao contrário, entra em jogo também uma ação racional em relação ao valor, isto é, uma orientação e uma avaliação dos comportamentos econômicos à luz de alguns valores aos quais pretende-se dar consequência (Ramella, 2020, p. 53).

Weber (2004) explica as relações sociais na sociedade capitalista a partir deste entendimento sobre racionalidade. Assim, "tem-se capitalismo onde a resposta às necessidades de um grupo humano ocorre por meio de uma empresa. Esta última é de tipo racional quando a sua rentabilidade é controlada através do cálculo do capital" (Ramella, 2020, p. 54). Nesse sentido, quando a humanidade expande o seu domínio sobre a realidade, ou seja, quando avança a racionalidade, ocorre a modernização. Na análise de Weber (1968), existiram diferentes capitalismos, sendo o capitalismo moderno ocidental o mais desenvolvido, em razão de três fatores: o uso do cálculo racional do capital sobre a organização do trabalho e organização da indústria para o livre mercado, ou seja, a busca capitalista pelo lucro; a existência de uma ordem

institucional previsível, ou seja, o Estado de direito formal racional-legal; e, a constante renovação da técnica e utilização da ciência como fator produtivo.

Portanto, no capitalismo ocidental foi possível superar o fundamento religioso que orientava o *ethos* econômico tradicional para um *ethos* econômico racional (Weber, 1982). Dessa forma, “segundo Weber, somente o Ocidente criou a organização racional do trabalho, o Estado moderno de tipo legal-racional, o direito racional-formal, a cidade e os cidadãos, a ciência e a técnica racional” (Ramella, 2020, p. 56), de forma que a “cultura ocidental distingue-se de qualquer outra pela presença de homens com um *ethos* racional da condução da vida” (Weber, 1968, p. 275). Além disto, houve mudanças na compreensão social sobre outros aspectos em torno da produção e reprodução das condições de vida, tal como a justificativa para existência do lucro ao mesmo tempo em que há miséria, bem como as resistências ao avanço da tecnologia, que ainda possuíam fundamentos religiosos. Estes fatores forneceram as condições para o desenvolvimento do conceito de empreendedorismo capitalista com sentido inovador, utilizado por Schumpeter (1961) na sua teoria sobre inovação.

O capitalismo é, por natureza, uma forma ou método de transformação econômica e não, apenas, reveste caráter estacionário, pois jamais poderia tê-lo. Não se deve esse caráter evolutivo do processo capitalista apenas ao fato de que a vida econômica transcorre em um meio natural e social que se modifica e que, em virtude dessa mesma transformação, altera a situação econômica. Esse fato é importante e essas transformações (guerras, revoluções e assim por diante) produzem freqüentemente transformações industriais, embora não constituam seu móvel principal. Tampouco esse caráter evolutivo se deve a um aumento quase automático da população e do capital, nem às variações do sistema monetário, do qual se pode dizer exatamente o mesmo que se aplica ao processo capitalista. O impulso fundamental que põe e mantém em funcionamento a máquina capitalista procede dos novos bens de consumo, dos novos métodos de produção ou transporte, dos novos mercados e das novas formas de organização industrial criadas pela empresa capitalista (Schumpeter, 1961, cap. 7, p. 54).

A partir da teoria da inovação de Schumpeter outros economistas, como os evolucionários, os neoschumpeterianos e os novos institucionalistas, desenvolveram teorias sobre inovação e desenvolvimento econômico, formando e consolidando o campo de estudos de inovação. Parte destas teorias seguem com maior grau a abordagem racionalista de (Weber, 1968), enquanto outra parte passou a incluir as dinâmicas das relações sociais e poder. Apesar de suas diferenças epistêmicas, a partir destas teorias podemos identificar alguns dos atores sociais que participam do processo de inovação. O Estado, por exemplo, é visto por Schumpeter (1982) como um importante ator social no processo de desenvolvimento de inovações, enquanto na teoria econômica neoliberal, principalmente após o Consenso de Washington, ele, o Estado, passa a ser visto como um obstáculo a ação criativa dos empreendedores.

Schumpeter (1961) compreendia que o desenvolvimento no capitalismo moderno ocorria em razão da competição tecnológica entre as empresas, que buscavam revolucionar incessantemente a estrutura econômica do interior, destruindo incessantemente a velha e criando incessantemente a nova, ocorrendo assim a destruição criadora. Para o autor, para que esta destruição criadora ocorra, é necessário que exista o empresário inovador. O empresário inovador de Schumpeter difere-se da noção de capitalista de Marx. O empresário inovador é um indivíduo que não apenas possui os meios de produção, mas que é dotado de habilidades de organizar fatores de produção (força de trabalho, instalações, máquinas e insumos) e reunir recursos financeiros (financiamento, fundamentalmente bancário na teoria schumpeteriana), assumindo riscos (Drucker, 2016), a fim de superar um determinado estado de produção.

Este empresário inovador, dotado de maior “inteligência superior, energia no trabalho e capacidade de economia” (Schumpeter, 1961, p. 70) foi denominado por Schumpeter como empreendedor. Para Schumpeter (1961), somente o empreendedor é agente da inovação, excluindo os demais indivíduos e organizações envolvidos no processo de inovação deste conceito. O empreendedor é o agente da inovação pois é ele quem realiza a inovação. Esta definição se aproxima às concepções de Smith, Weber, Taylor e Fayol sobre o capitalismo, o livre-mercado, a gestão da empresa capitalista e as funções da administração. Entretanto, o economista identifica outros atores sociais que participam da inovação.

A partir da diferenciação que Schumpeter (1961) realiza entre invenção e inovação, é possível identificar o inventor. O inventor é um indivíduo ou organização que concebe, cria ou desenvolve uma ideia, dispositivo, produto, processo ou conceito original que traz algo novo ou aprimora uma tecnologia, produto ou campo do conhecimento já existentes (Schumpeter, 1961), enquanto o empresário inovador, ou seja, o empreendedor, é aquele que coloca estas invenções em movimento, realizando-as economicamente, e, portanto, inovando. A comunidade científica, desde os pesquisadores e cientistas até as universidades e os laboratórios de inovações, por exemplo, quando atuam na pesquisa e desenvolvimento de novas soluções, inserem-se na categoria de inventores. Contudo, estas organizações não apenas produzem invenções, mas também realizam a identificação de oportunidades, a busca por financiamentos, a divulgação das invenções e o desenvolvimento de invenções até sua comercialização, por exemplo. Dessa forma, a comunidade científica e suas organizações podem atuar como empreendedores, pois tornam viáveis a inovação para sua comercialização, obtendo ganhos com isto, bem como atuar como difusores, principalmente como inovadores (Rogers, 2003), pois frequentemente são os primeiros a adotar uma inovação, assumindo riscos. Além disto, a comunidade científica muitas vezes está ligada ao Estado, através das instituições de ensino e

pesquisa, justamente em razão do papel estatal de financiar e promover políticas de pesquisa, desenvolvimento e divulgação de inovação.

Schumpeter (1982) defende que o Estado tem papel crucial em promover condições para que a inovação ocorra, a fim de superar tal tendência ao equilíbrio, mediante políticas para criação de infraestrutura (como estradas, portos, aeroportos, produção e distribuição de energia e telecomunicações, por exemplo), de educação, de proteção à propriedade, de regulação do mercado para estabilidade econômica. Além disto, o Estado tem papel crucial no fomento e estímulo ao empreendedorismo capitalista, através do investimento público e do financiamento de projetos inovadores. Este entendimento do papel fundamental do Estado como indutor e financiador do desenvolvimento econômico, aproxima a teoria schumpeteriana da teoria keynesiana, encontrando resistências entre os defensores do liberalismo econômico da escola de Economia Clássica (Ramella, 2020, p. 35), que defendiam a livre-concorrência e a não intervenção do Estado na economia (Smith, 1996).

Ainda, Schumpeter (1982) destaca o papel do consumidor no processo de inovação. Os consumidores desempenham um papel importante na destruição criadora, fornecendo às empresas as informações de que elas precisam para identificar oportunidades de inovação em produtos e serviços que satisfaçam suas necessidades. Nestes casos, a inovação é induzida pela demanda (Rosenberg, 1982). Os consumidores são os principais difusores da inovação, segundo Rogers (2003).

Entre os atores envolvidos no processo de inovação, Rogers (2003) cita a importância do difusor, um indivíduo ou grupo que desempenha um papel fundamental na disseminação e adoção das inovações. Os difusores são agentes caracterizados por sua disposição para adotar novas ideias, influenciar outros membros da comunidade e possuir capacidade de se comunicar eficazmente. Nesse sentido, os termos adotante e difusor têm o mesmo significado. Os difusores desempenham um papel crucial na persuasão e na facilitação da aceitação das inovações, ajudando a criar uma massa de adotantes e acelerando o processo de difusão.

Rogers (2003) identificou diferentes categorias de difusores em sua teoria da difusão de inovações, classificando-os em cinco tipos ideais com base em sua disposição e prontidão para adotar novas ideias, produtos ou tecnologias: inovadores, os primeiros a adotar e abertos a riscos; adotantes iniciais, seguidores dos inovadores; maioria inicial, que adota antes da maioria; maioria tardia, que são mais céticos e observadores; e, os retardatários, os últimos a adotar, tradicionais e resistentes à mudança (Rogers, 2003, p. 246).

É importante salientar que o conceito de difusores da inovação de Rogers não são os mesmos atores sociais que participam de ações de propaganda e *marketing* de novos produtos.

Os difusores são indivíduos ou organizações que adotaram inovações e, por meio de sua própria aceitação da inovação influenciam amigos, familiares, colegas, outras empresas, ou seja, seus contatos diretos, a adotarem também. Enquanto a propaganda e o marketing são ações deliberadas com motivação específica de promover utilizando de técnicas de persuasão para influenciar um público-alvo.

3.6. Gestão da inovação: atribuições e modelos

A gestão da inovação consiste no desenvolvimento de modelos que consigam integrar a mudança tecnológica com a estratégia da organização (Tidd; Bessant; Pavitt, 2008). Nesse sentido, a gestão da inovação atua na construção e manutenção da capacidade de inovação de uma empresa. Em outras palavras, a gestão da inovação consiste no processo de planejar, implementar e organizar atividades, práticas e estratégias que levem à criação e introdução bem-sucedida de inovações em uma organização, colaborando com a estratégia organizacional mediante otimização de processos, redução custos e desenvolvimento de novos produtos e novos modelos de negócios. Para isto, a gestão deve mobilizar um conjunto de funções administrativas.

Gerenciar a inovação em uma organização industrial envolve não somente as atividades que levarão à oferta de novos produtos e serviços no mercado. Envolve também mudanças na forma como se produz, nas estratégias e rotinas organizacionais, em como as pessoas de dentro e de fora da organização serão envolvidas, nas conexões com outras organizações e, no entendimento de como este esforço está de fato contribuindo para a sobrevivência e competitividade do negócio (Bagno; Cheng; Melo, 2018, p. 140).

Bagno, Cheng e Melo (2018, p. 20) realizaram um estudo em 15 organizações industriais de grande porte no Brasil, onde buscaram caracterizar a função inovação. A partir deste estudo, os autores identificaram doze atribuições ligadas à gestão da inovação, conforme apresentado no Quadro 8 - Atribuições da Gestão da Inovação:

Quadro 8 - Atribuições da Gestão da Inovação

Atribuição	Descrição
Gestão de ideias internas	Captação de ideias de inovação de funcionários via programa de ideias, empreendedorismo interno, workshops, etc.
Parcerias com ICTs (Institutos de Ciência e Tecnologia)	Estabelecimento e gestão de parcerias com universidades e centros de pesquisa.
Outras parcerias	Estabelecimento e gestão de parcerias com diversas entidades, incluindo associações empresariais, clientes, fornecedores, consultorias, governos, etc.
P&D (Pesquisa e Desenvolvimento)	Envolvimento direto com pesquisa, desenvolvimento tecnológico e questões técnicas dos projetos de inovação. Pode também interagir com outras funções na empresa.
Portfólio e Gestão de Projetos de Inovação	Controle e gestão do portfólio de inovações, planejamento e gestão de projetos de inovação.
Gestão de Propriedade Intelectual (PI)	Desenvolvimento de políticas de PI, gestão de patentes, mineração de patentes, estudos de proteção, licenciamento, etc.
Fomento e incentivos fiscais	Busca de recursos externos, monitoramento de oportunidades de financiamento, elaboração de projetos para financiamento, etc.
Cultura de Inovação	Ações para promover uma cultura organização para inovação, criando um ambiente inovador, mediante capacitações, eventos, canais comunicação, premiações.
Desenvolvimento de Competências para inovação	Iniciativas de capacitação em gestão de inovação e competências tecnológicas para viabilizar projetos.
Gestão do Conhecimento (GC)	Comunidades de prática, blogs, formalização e registro de experiências, compartilhamento de lições aprendidas, ambientes para troca de conhecimento, etc.
Prospecção (estratégica, tecnológica ou mercadológica)	Predição de cenários futuros através de ferramentas como <i>Roadmapping</i> .
Novos negócios e investimentos de risco	Atividades para criar novos negócios, aplicar tecnologias/produtos em mercados não explorados, formação de spin-offs, investimento de risco, envolvimento com startups, etc.

Fonte: Adaptado de Bagno, Cheng e Melo (2018, p. 22).

Ao desenvolver tais atribuições, a organizações criam um ecossistema que favorece o desenvolvimento, adoção e difusão da inovação, pois aproveitam melhor o conhecimento existente, gerenciando as tecnologias de forma estratégica e potencializando projetos, o que aumenta as capacidades inovativas da organização. As teorias organizacionais propõem diversos modelos de gestão na tentativa de representar os diversos aspectos envolvidos no processo de inovação, assim como os elementos que fazem parte dele. Esses modelos buscam proporcionar uma representação do modo como a inovação se desenvolve nas empresas, sendo utilizados como perspectiva de análise ou como estrutura de governança (Lopes; Baldi, 2009, p. 1009). Cada modelo possui enfoque em aspectos específicos da inovação.

Até os anos 1970 a referência ainda era um modelo de gestão centralizado de inovação, onde a inovação deveria ser produzida em centros de P&D e depois se espalharia para o resto da sociedade, ou seja, inovação do tipo linear. No início do século XX, a perspectiva hegemônica era que as invenções e a inovação ocorriam dentro das empresas, levando à criação de departamentos especializados em P&D. A partir da Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento de P&D foi assumido pelo Estado, com centralidade da pesquisa ligada à

questão nuclear, elevando ano após ano o investimento público em P&D, dominado pelo setor privado até década de 1940. Nos Estados Unidos, entre 1942 e 1947, ocorreu o Projeto Manhattan, por exemplo. No Brasil, em 1950 foi fundado o Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA), em 1951 o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em 1952 o Instituto de Pesquisas Radioativas (IPR) e em 1956 o Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN), por exemplo.

Contudo, como visto anteriormente, a inovação não ocorre como um ato ou um evento isolado. A inovação consiste em um processo de melhoria de técnicas e desenvolvimento de novos bens e serviços que ocorre através de interações estabelecidas entre diferentes atores sociais que buscam desenvolvimento tecnológico e econômico. A partir dessas relações formam-se redes complexas de instituições, empresas, organizações governamentais e outros atores que colaboram para criar, difundir e utilizar conhecimento e tecnologia de forma inovadora. Assim, a gestão da inovação passa para um modelo sistêmico, considerando a influência do contexto econômico, político e social, em âmbitos interno, local, nacional e internacional, incluindo os efeitos da existência de uma variedade de atores, como empresas, parceiras ou concorrentes, universidades públicas e privadas, agências estatais, organizações de pesquisa, associações industriais, entre outros, no processo de inovação.

Pensar no contexto mais amplo em que a inovação acontece levou ao surgimento do conceito de “sistemas de inovação”. Eles incluem a gama de participantes – infraestruturas governamentais, financeiras, educacionais, científico-tecnológicas e de mão de obra, etc. – que representam o contexto dentro do qual as organizações operam seus processos de inovação,³¹ e as formas como elas estão conectadas. Podem ser locais, regionais e nacionais – e as formas em que operam e evoluem variam muito. Em alguns casos, há uma clara sinergia entre esses elementos que produz condições adequadas para a inovação florescer – por exemplo, a inovação regional orientou clusters de Baden-Württemberg, na Alemanha, de Cambridge, no Reino Unido, do Vale do Silício e da Rota 128, nos Estados Unidos, ou da ilha de Cingapura.³²⁻³⁴ Cada vez mais, a gestão eficaz da inovação está sendo vista como um desafio de se conectar e trabalhar com tais sistemas de inovação – e isso, novamente, tem implicações na forma como devemos organizar e gerenciar o processo (Tidd; Bessant, 2015, p. 67).

A abordagem sistêmica do processo de inovação, de orientação evolucionária, baseada na metáfora biológica de ambiente, sistemas e subsistemas, “implica, em alguma medida, em formas estáveis e bem delimitadas nas quais predominam mecanismos internos de permanência e continuidade” (Wolffenbüttel, 2019, p. 26) ao mesmo tempo que entende que o “processo inovativo ocorre de forma desigual em diferentes setores econômicos, para além de fronteiras estabelecidas e à revelia de um conjunto de normas” (Wolffenbüttel, 2019, p. 26), de tal modo que podemos classificar os sistemas de inovação como sistemas abertos. Estes sistemas abertos

podem ser mais ou menos heterogêneos, a depender de quais atores sociais participam e de que forma se relacionam.

A aplicação da abordagem sistêmica em estudos de inovação ocorre a partir dos anos 1980, com referência na perspectiva weberiana de tipos ideais como forma de analisar fenômenos complexos. Esta perspectiva foi utilizada por uma gama diversa de pesquisas, de diferentes correntes teóricas, consolidando-se como referência nos anos 1990 quando governos e agências econômicas passaram a utilizar o conceito de SNI em razão de sua difusão pela OCDE, “pela Comissão Europeia, pela Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), pela Academia das Ciências dos Estados Unidos e por vários outros governos nacionais” (Ramella, 2020, p. 222), ocorrendo um distanciamento da abordagem econômica neoclássica tanto no plano analítico quanto no plano político.

A partir da abordagem sistêmica, Christopher Freeman (1921-2010), desenvolveu o conceito de Sistemas Nacionais de Inovação (SNI) (Freeman, 1995), buscando explicar como a inovação ocorre em uma economia e como os diferentes atores sociais interagem para promover o desenvolvimento tecnológico e econômico, retirando o caráter de exclusividade do empresário-inovador, de Schumpeter, enquanto único agente da inovação. Segundo Freeman (1995), o desempenho inovador não se limita ao desempenho individual de empresas e instituições de ensino e pesquisa, pois ele é influenciado pela forma como esses atores interagem entre si e com diversos outros. Além disto, acrescenta que o Estado possui papel fundamental na criação e manutenção do SNI para impulsionar o desenvolvimento de inovações. Os SNI envolvem todo o tipo de atividades relacionadas à inovação, incluindo P&D, educação e formação, transferência de tecnologia e investimentos, por exemplo.

Fagerberg (2004) demonstra outro aspecto da formação dos SNI. Por ser um processo contínuo, não linear, dependente de relações sociais, pode ocorrer alguma demora entre a invenção e a inovação. Esta demora “pode ter a ver com o facto de, em muitos casos, faltarem algumas ou todas as condições para a comercialização. [...] Assim, o que consideramos uma inovação única é muitas vezes o resultado de um longo processo que envolve muitas inovações inter-relacionadas” (Fagerberg, 2004, p. 5) envolvendo diversos atores, que formam um sistema em torno da inovação. Dessa forma, se observa-se que o estudo dos processos de inovação ocorre, em geral, a partir de uma perspectiva de sistemas, “em vez de se concentrar exclusivamente em invenções/inovações individuais” (Fagerberg, 2004, p. 6).

Os SNI firmaram-se como conceito que orienta tanto a pesquisa quanto as políticas públicas, incorporando a historicidade, os contextos institucionais e as relações entre diferentes organizações nos estudos de inovação. Dessa forma, a utilização da abordagem sistêmica

colocou em evidência as limitações da tradição estadunidense sobre ciência e tecnologia a partir da racionalidade utilitarista e maximizante que possuíam foco analítico restrito nas atividades de P&D (Ramella, 2020, p. 227). Além disto, o Estado passou a ser compreendido como um ator fundamental no desenvolvimento de inovações, seja em razão do financiamento da P&D, seja em razão de criar condições para a disseminação das inovações.

Os estudos de inovação utilizam, além da abordagem de SNI, outros modelos de perspectivas sistêmica, como o modelo de ecossistemas e modelo de inovação em redes. A perspectiva de ecossistemas reconhece que as organizações não sobrevivem, e, portanto, não obtém sucesso em seus negócios, de forma autônoma, ou seja, apenas com o resultado de suas relações internas. Nesse sentido, o processo de inovação organizacional é influenciado pela relação, complexa e dinâmica, que a organização estabelece com diversos outros atores interessados na inovação, denominados de *stakeholders*. Assim, as organizações estabelecem redes de relacionamento com aceleradoras, startups, instituições de financiamento, parques tecnológicos, laboratórios de inovação, grandes empresas de tecnologia, comunidade científica, governo e universidades, por exemplo, para impulsionar processos de inovação.

A perspectiva de redes de inovações, por sua vez, a partir do conceito de imersão social da economia (Granovetter, 2007), considera que os diversos atores envolvidos na inovação estão conectados, mediante laços mais ou menos fortes (Granovetter, 1973), estabelecendo redes, ou *networks*, formadas como uma estrutura de governança forma híbrida (Powell; Smith-Doerr, 1994). A utilização da abordagem de redes em estudos organizacionais, seja como perspectiva de análise, sejam como estruturas de governança, “permite um entendimento mais contextualizado do fenômeno, e também como tal fenômeno pode ser compreendido a partir de perspectivas pautadas em diferentes referenciais teórico-metodológicos, que podem ir de discursos científicos positivistas a dialéticos” (Lopes; Baldi, 2009, p. 1009).

Entretanto, a revisão de Lopes e Baldi (Lopes; Baldi, 2009, p. 1010) alertam que “as correntes dominantes sobre a formação de redes, como a economia dos custos de transação - visão baseada em recursos e teoria da contingência -, negligenciam a dimensão poder e as relações sociais”. De tal modo que, “para compreender atividades de cooperação ou a formação de redes como estrutura de governança deve-se considerar, entre outros aspectos, o contexto social e, historicamente, os atores envolvidos na ação, suas motivações e seus recursos” (Lopes; Baldi, 2009, p. 1031).

A despeito da diversidade de formas pelas quais pode ser representado o processo de inovação, o mais importante para uma organização que pretenda inovar sistematicamente é que ela deve ser capaz de conduzir tal processo repetidas vezes. Desta forma, a inovação se mostra estar na essência da organização, algo presente de fato em sua rotina de trabalho e não um “corpo” estranho no organismo. Para que isso

se torne realidade, é necessário desenhar em torno do processo de inovação um sistema gerencial e contar com equipes devidamente preparadas e responsabilizadas por conduzir a inovação na organização (Bagno; Cheng; Melo, 2018, p. 150).

As perspectivas de análises da inovação derivadas da abordagem sistêmica, sejam os ecossistemas ou as redes, oferecem diversos modelos teóricos para analisar o processo de inovação. No modelo relacional denominado hélice tríplice, por exemplo, a rede de inovação é formada por três atores principais, a universidade, a indústria e o governo. A partir desta tríade são formadas organizações híbridas, institucionalizadas ou não, para desenvolvimento de inovações. Ao longo do tempo este modelo foi sendo incrementado, recebendo novas hélices, como a hélice quádrupla, que inclui a sociedade civil organizada (como as organizações profissionais e a mídia, por exemplo) e também a hélice quádrupla, que inclui organizações preocupadas com o desenvolvimento sustentável.

A abordagem de redes sociais como perspectiva para explicação de redes como estrutura de governança também permite compreender que o fato de estar em uma rede não significa obter vantagens, mas que fatores como posição, conteúdo e arquitetura da rede vão indicar quem pode ganhar e quem ficará em posição de dominação. Da mesma forma que a teoria institucional, a teoria de redes sociais permite a inclusão no debate de temas-chave como poder e interesse (Lopes; Baldi, 2009, p. 1029).

O Quadro 9 - Modelos de Gestão da Inovação de perspectiva sistêmica apresenta um resumo dos modelos de gestão da inovação de perspectiva sistêmica. Cada modelo enfoca aspectos específicos da gestão da inovação, desde os Sistemas Nacionais de Inovação (SNI) até as Redes de Inovação.

Quadro 9 - Modelos de Gestão da Inovação de perspectiva sistêmica		
Modelo	Enfoque	Descrição
Sistemas Nacionais de Inovação (SNI)	Interconexão de atores sociais para promover inovação	Sistemas organizados que integram governo, empresas, instituições de ensino e pesquisa visando promover inovação.
Ecossistemas de Inovação	Relações complexas com diversos atores interessados na inovação	Redes de interações entre aceleradoras, startups, instituições de financiamento, parques tecnológicos, laboratórios de inovação, empresas de tecnologia, governo e universidades.
Redes de Inovação	Atores conectados estabelecem redes de governança	Estruturas de governança baseadas em redes, conectando empresas, instituições de pesquisa, governo, comunidade científica, etc.
Hélice Tríplice, Quádrupla, Quádrupla, Quádrupla	Colaboração entre universidade, indústria, governo e outros atores	Colaboração entre universidades, indústrias, governo, sociedade civil organizada e organizações voltadas para o desenvolvimento sustentável.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.7. Conclusão do capítulo

A inovação, entendida como materialização do conhecimento, não apenas transforma as atividades humanas, mas também reconfigura o ambiente, proporcionando novas condições materiais de existência, que também proporcionam novas condições para produção de novos conhecimentos. No entanto, o fenômeno da inovação ocorre dentro do modo de produção capitalista, estando submetido à sua lógica. Nesse sentido, no capítulo anterior, foram apresentadas as bases teóricas da gestão da produção no modo de produção capitalista, onde a Teoria Geral da Administração utiliza a inovação com o objetivo de aumentar a produtividade do trabalho para incrementar os lucros dos proprietários dos meios de produção. Neste sistema, os capitalistas investem em aumento do capital constante, ou seja, em melhorias técnicas, para elevar a produtividade. Quando esse aumento de produtividade, decorrente da inovação, não é acompanhado por aumento salarial, o capitalista obtém MVR, aumentando seus lucros.

No capitalismo, o Estado burguês atua com o objetivo de manter a ordem capitalista, sendo o tipo de estado neoliberal seu modelo mais recente, em que o aparelho estatal é orientado pela matriz-ideológica do gerencialismo. No Brasil, o gerencialismo tem reproduzido a teoria da Nova Administração Pública, com repercussões em todos os níveis da Administração Pública, marcada por privatizações, cessões, concessões, repasses e contratos que entregaram a gestão dos serviços públicos ao mercado privado. Este processo contínuo de reforma da Administração Pública foi contextualizado como uma das várias facetas da implementação do gerencialismo no Brasil, culminando no atual cenário em que a gestão pública se orienta cada vez mais pelos princípios do mercado privado, sob a justificativa que este modelo aumenta a eficiência e a produtividade por ser menos burocrático e mais inovador.

Nesse contexto, no capítulo 3 foram estabelecidas referências teóricas para análise dos processos de inovação na Administração Pública gerencialista. Ao analisar as referências teóricas predominantes sobre inovação na Administração Pública verificou-se o predomínio das abordagens neoschumpeterianas, de perspectiva da firma e do desenvolvimento econômico capitalista. Estas perspectivas teóricas são orientadas pela busca por aumento da produtividade do trabalho e de soluções para o desenvolvimento econômico dentro dos limites da sociedade do capital e do estado neoliberal. Por outro lado, a abordagem materialista histórica dialética, que orienta esta pesquisa, propõe uma análise crítica, localizando o fenômeno da inovação na Administração Pública a partir das dinâmicas da ordem econômica.

Assim, a busca por referências teóricas para analisar os processos de inovação da AP gerencial, se deu sob o dilema de utilizar fontes teóricas de perspectivas sociológicas

funcionalistas, mantendo a episteme MHD que orienta a pesquisa. Neste sentido o principal destaque no que se refere este capítulo é a constatação de que a pesquisa sobre inovação é permeada por influências econômicas e de gestão do capital, tornando a o uso da interdisciplinaridade essencial para uma compreensão mais abrangente.

O estudo sobre desenvolvimento econômico, inserido no contexto do capitalismo, destaca-se como um componente essencial das pesquisas sobre inovação. Abordagens evolucionárias, institucionalistas e a influência de pensadores como Veblen e Schumpeter revelam a complexidade das relações entre tecnologia, Estado e interesses de classe na promoção do desenvolvimento. A visão de Schumpeter sobre a inovação, apesar de divergir da teoria do valor de Marx, destaca a importância da constante transformação impulsionada pelas empresas na sociedade capitalista, reconhecendo seu papel no desenvolvimento econômico.

A proposta de uma tipologia que possa classificar a inovação, conforme delineada pela OCDE no Manual de Oslo da OCDE, por exemplo, revela a diversidade e complexidade do fenômeno. Nesse sentido, a abordagem MHD ressalta a necessidade de uma compreensão relacional, considerando o contexto, o tempo e o local em que a inovação ocorre. A classificação da inovação com base no tamanho de seu impacto, o grau tecnológico e a distinção entre inovação sustentável e disruptiva acrescentam nuances importantes à compreensão do papel da inovação no desenvolvimento econômico.

A evolução dos modelos teóricos do processo de inovação, desde o linear até o modelo de inovação aberta, destaca a complexidade e dinamicidade desse fenômeno, que, em geral, tem a análise realizada a partir de sua divisão em diferentes fases. Após, foram apresentadas de forma mais específica a fase de adoção e difusão da inovação, além dos elementos que influenciam a fase da disseminação, como a própria inovação, canais de comunicação, tempo e o sistema social, que revelam a complexidade das interações sociais no processo de inovação. Nesse sentido, ressalta-se a importância da adoção de uma abordagem dialética que considere a interação complexa entre diferentes atores sociais ao longo das diversas fases do processo de inovação.

A gestão da inovação, por sua vez, enquanto área do conhecimento, tem sido construída sob o referencial teórico dos *innovation studies*. Nesse sentido, a gestão da inovação é entendida como as atividades que integram a mudança tecnológica à estratégia organizacional, com objetivo de aumentar a produtividade para obter mais lucros. Ao longo do capitalismo, ocorreu uma transição dos modelos de gestão da inovação, seja o modelo enquanto perspectiva de análise, seja o modelo enquanto estrutura de governança.

Os primeiros modelos entendiam a gestão da inovação a partir de uma lógica linear, onde a estratégia adotada era investir em estruturas especializadas em P&D. Esta lógica destacava o volume de recursos investidos no desenvolvimento de novas soluções de forma centralizada, bem como o papel do Estado como financiador das pesquisas e organizador de todo o sistema nacional de inovação.

Posteriormente os modelos evoluíram, chegando aos modelos de gestão da inovação de perspectivas sistêmica, como o modelo dos sistemas nacionais de inovação, o modelo dos ecossistemas de inovação, o modelo de redes de inovação ou os modelos de hélice, por exemplo. Todos estes modelos destacam a necessidade de considerar não apenas as perspectivas econômicas e da lógica da firma, mas também as dinâmicas sociais e históricas, analisadas de forma dialética.

4 INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Assim como a administração pública e a inovação, a saúde também é objeto de estudo de um campo interdisciplinar, envolvendo diversas áreas do conhecimento, desde as ciências próprias da saúde, passando pela sociologia, a economia, a geografia, a história, e até mesmo as engenharias. Dessa forma, a gestão da inovação em serviços de saúde consiste em um fenômeno social complexo, podendo ser analisado sob diversos aspectos, como o filosófico, o político, o técnico ou o econômico. Nesse sentido, a episteme materialista histórica dialética apresenta-se como uma perspectiva teórica adequada na análise da gestão da inovação em serviços de saúde ao considerar a historicidade, os fatores socioeconômicos, as relações de poder, as contradições, os conflitos e os determinantes sociais tanto da administração, quanto da inovação, bem como da saúde.

Em uma primeira aproximação, a saúde é definida como o “estado do organismo quando funciona otimamente sem evidência de doença” (Saúde, 2023). Desta forma a saúde poderia ser mensurada de forma objetiva, como algo tangível: se não há doença, há saúde. Entretanto, a conceituação de saúde na atualidade apresenta um caráter mais sociológico. A OMS, por exemplo, entende que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OPAS, 1986). Assim, a saúde pode ser entendida como um conceito intangível, uma abstração.

Contudo, embora a saúde seja um conceito intangível, ela é influenciada tanto por fatores intangíveis, como as interações sociais que influenciam a saúde emocional e psicológica, quanto por fatores tangíveis, como a alimentação, o exercício físico, a realização de exames médicos e o uso de medicamentos, por exemplo. Desta forma, a manutenção e recuperação da saúde de um indivíduo ou comunidade é determinada pelo grau de acesso e consumo de produtos de saúde necessários, como bens para saúde ou como serviços de saúde. A disponibilidade e o acesso a estes bens e serviços, por sua vez, são determinados socialmente, de acordo com o modo de produção vigente e com o desenvolvimento das relações sociais de produção.

4.1. A mercadoria serviços de saúde

De acordo com o Manual de Oslo (OCDE, 2005), os produtos podem ser diferenciados entre tangíveis e intangíveis. Os produtos tangíveis possuem corpo físico, sua existência ocorre de forma material, podem ser tocados e manuseados, recebendo a denominação de bens. Os produtos intangíveis, por sua vez, não possuem corpo físico, existindo em razão da realização de uma atividade, de um processo, recebendo a denominação de serviços.

Em geral, os serviços necessitam de bens para serem produzidos, como instalações, máquinas e insumos. Além disto, muitos serviços são produzidos no mesmo momento em que são consumidos, em razão da interação direta entre o produtor e o consumidor, como os serviços educacionais e os serviços de saúde, por exemplo. Assim, nos serviços, “a distinção entre produto acabado e processos é, com frequência, difícil de perceber, uma vez que produção e consumo ocorrem de forma simultânea” (Malik, 2014, p. 117).

Para classificação dos serviços, o Manual de Oslo (OCDE, 2005, p. 47) utiliza a tipologia de Howells *et al.* (2004), que propõem quatro tipos: os serviços que lidam que trabalham com transformações físicas de produtos, os serviços que trabalham com processamento de informação, os serviços de suporte à criação de conhecimento e os serviços que lidam com pessoas. Cada tipo reflete diferentes dimensões dos serviços e exige abordagens específicas para a promoção da inovação. Os serviços que lidam com a transformação física de mercadorias, como armazenamento, transporte e logística, buscam aprimorar a eficiência nas operações físicas. Já os serviços que trabalham com informação, como *call centers*, focam em inovações relacionadas ao processamento de dados e às interações informatizadas. Os serviços envolvidos na criação de conhecimento, como serviços de consultorias e pesquisa, concentram-se em avanços em métodos e abordagens especializadas. Por fim, os serviços que lidam com pessoas, como serviços educacionais e serviços de assistência à saúde, buscam inovações em modelos de prestação de serviços, integração de tecnologias e aprimoramento das interações pessoais.

Quadro 10 - Tipologia quádrupla dos serviços

Tipo de serviço	Exemplos
Serviços envolvidos na transformação física de mercadorias	Transporte e logística
Serviços envolvidos na transformação da informação	<i>Call centers</i>
Serviços envolvidos na produção de conhecimento	Consultorias e pesquisa
Serviços que lidam com pessoas	Educação e saúde

Fonte: Adaptado de Howells *et al.* (2004, p. 42).

Na área de saúde, podemos citar como exemplo de bens para a saúde os insumos produzidos para utilização nos atendimentos de saúde, desde itens como esparadrapos, gazes, luvas de proteção e seringas, até produtos mais sofisticados como gases medicinais ou ânodos de tungstênio (discos metálicos com alto ponto de fusão utilizados em aparelhos de radiologia). Também são considerados bens para saúde os aparelhos, as ferramentas e os equipamentos médicos, laboratoriais e odontológicos. Além disto, existem os bens de consumo em saúde, como os alimentos, os medicamentos, as próteses e as órteses, por exemplo. Já os serviços de saúde são aqueles trabalhos realizados no cuidado, na promoção, na manutenção e na recuperação da saúde das pessoas. Esses serviços podem ser divididos em três categorias: serviços de assistência à saúde, atividades ligadas a produção dos serviços de atendimento em saúde (Taylor, 1996); serviços de apoio, que fornecem suporte para o funcionamento da organização; e aos serviços de gestão, ligados às funções administrativas (Barnard, 1979; Fayol, 1990).

Os serviços de assistência à saúde são produtos do trabalho dos profissionais de saúde e equipes multidisciplinares. Entre seus exemplos estão as consultas médicas, os cuidados de saúde domiciliar, os procedimentos odontológicos, os cuidados de saúde mental, o transporte sanitário, a internação hospitalar, as cirurgias, as sessões de fisioterapia, os exames de imagem, os exames laboratoriais, por exemplo. Estes serviços assistenciais contam ainda com um aparato de serviços de apoio e serviços de gestão.

Os serviços de apoio nas organizações de saúde referem-se a uma variedade de serviços que não realizam diretamente a prestação de cuidados em saúde, mas que são fundamentais para o funcionamento dos sistemas e serviços de saúde, e, portanto, atendimento aos pacientes. São exemplos de apoio os serviços de portaria, de recepção, de vigilância, de limpeza e desinfecção, de lavanderia, de transporte, de cozinha, de publicidade, de suporte e manutenção, de tecnologia, informação e comunicação, de compras, de pagamentos, de assessoramento jurídico, entre outros.

Os serviços de gestão, por sua vez, abrangem uma variedade de atividades e funções que visam administrar os serviços de cuidados de saúde, incluindo melhorar sua qualidade e disponibilidade, aumentando eficiência e eficácia. Como exemplos estão a gestão dos cuidados em saúde, a gestão financeira das organizações de saúde, a gestão de riscos (*enterprise risk management* - ERM), a gestão de pessoal, a gestão de tecnologia, informação e comunicação (TIC), a gestão da qualidade, entre outras.

O Quadro 11 - Tipos de serviços em organizações saúde apresenta um resumo dos três diferentes tipos de serviços identificados na literatura:

Quadro 11 - Tipos de serviços em organizações saúde

Tipo	Atividades Realizadas	Exemplos
Serviços de Assistência à Saúde	Prestação direta de cuidados de saúde por profissionais e equipes multidisciplinares, incluindo diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes.	Consultas médicas, cuidados de saúde domiciliar, procedimentos odontológicos, cuidados de saúde mental, transporte sanitário, internação hospitalar, cirurgias, fisioterapia, exames de imagem, exames laboratoriais, entre outros.
Serviços de Apoio	Fornecimento de suporte essencial para o funcionamento eficiente das organizações de saúde, abrangendo serviços administrativos, logísticos e de infraestrutura.	Portaria, recepção, vigilância, limpeza e desinfecção, lavanderia, transporte, cozinha, publicidade, suporte e manutenção, tecnologia, informação e comunicação, compras, pagamentos, assessoramento jurídico, entre outros.
Serviços de Gestão	Atividades administrativas e estratégicas voltadas para a melhoria da qualidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde, incluindo planejamento, monitoramento e avaliação.	Gestão dos cuidados em saúde, gestão financeira, gestão de riscos, gestão de pessoal, gestão de tecnologia, informação e comunicação (TIC), gestão da qualidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Identifica-se, também, que os bens em saúde, como as instalações, máquinas, aparelhos, ferramentas e insumos, por exemplo, consistem em produtos de trabalhos antigos, trabalhos executados anteriormente, ou seja, trabalho morto (Marx, 2017). Enquanto observa-se, nos exemplos listados no Quadro 11 - Tipos de serviços em organizações saúde, que os serviços de assistência à saúde estão vinculados, em sua grande maioria, com a execução do trabalho pelo profissional de saúde na presença do paciente, ou seja, pelo trabalho vivo em ato.

O 'trabalho vivo em ato': a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interação configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas) (Merhy; Franco, 2009).

As relações sociais de produção são determinantes na forma de organização do trabalho e organização da distribuição dos produtos do trabalho, e isto ocorre também nos serviços de saúde. Desde os tempos antigos, onde o xamã atuava como intermediário entre o sobrenatural e a cura, até a medicina moderna no contexto capitalista, o trabalho em saúde evoluiu de abordagens místicas para uma abordagem racional e científica, e sua forma de organização também, acompanhando as mudanças na sociedade.

No capitalismo, a produção dos serviços de saúde e de acesso aos produtos necessários para manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidades é realizado sob relações comerciais, de forma precificada, tornando tais produtos mercadorias. Dessa forma, a produção e distribuição de bens e serviços de saúde, desde os remédios até as consultas médicas, estão orientadas não apenas pelo objetivo de atender às necessidades de saúde da população, mas também, e principalmente, pela busca de lucro por parte das empresas. Assim, a organização da produção e distribuição dos serviços de saúde, sob a lógica do capital, determina características específicas da forma como o trabalho em saúde é realizado e a forma como as pessoas acessam os serviços de saúde.

Sobre o trabalho em saúde, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996) apresenta alguns componentes que o diferenciam de outras formas de trabalho, utilizando como referência os três elementos articulados que compõem o processo de trabalho, que “são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, o objeto de trabalho [a matéria a que se aplica o trabalho] e, em terceiro, seus meios [o instrumental de trabalho]” (Marx, 2017, cap. 5, p. 255). A partir da análise destes componentes do trabalho, o autor conclui que o trabalho em saúde é diferenciado “de modo peculiar no contexto da divisão social do trabalho” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 299).

Primeiramente, o trabalho em saúde é diferenciado no aspecto técnico, exigindo conhecimentos especializados e habilidades específicas para lidar com questões complexas relacionadas à saúde humana. Profissionais de saúde precisam dominar complexas técnicas médicas e científicas para diagnosticar e tratar doenças, tornando o trabalho altamente técnico e especializado. Além disso, o trabalho em saúde se destaca por conferir poder aos atores envolvidos, sejam eles profissionais de saúde, gestores ou pacientes, uma vez que envolve decisões que podem impactar diretamente a vida das pessoas. Esse poder pode ser usado para tomar decisões que impactam profundamente a vida dos pacientes, criando uma relação assimétrica entre profissionais de saúde e pacientes. Em terceiro lugar, o trabalho em saúde também é caracterizado por reduzir a individualidade e manter a alienação dos sujeitos. Isso ocorre devido a processos burocráticos, protocolos rígidos e uma abordagem muitas vezes centrada na doença, desconsiderando o contexto social do paciente, o que pode limitar a autonomia e a participação ativa dos indivíduos em seu próprio cuidado. Portanto, o processo de trabalho em serviços de saúde é uma atividade complexa que envolve uma interseção de fatores técnicos, políticos e sociais (Merhy; Franco, 2009), e que demanda uma constante reflexão sobre como equilibrar o poder e preservar a individualidade dos envolvidos (Mendes-Gonçalves, 2017).

Os trabalhadores que atuam nos serviços de assistência à saúde, também chamados de profissionais de saúde, geralmente são formados em alguma área das ciências da saúde, como agentes comunitários de saúde, técnicos de saúde bucal, técnicos em enfermagem, técnicos em radiologia, nutricionistas, enfermeiros, médicos e terapeutas, por exemplo. Contudo, outras profissões também atuam de forma direta com os usuários dos serviços de saúde, realizando serviços de apoio, como auxiliares de limpeza, porteiros, seguranças, recepcionistas, auxiliares de farmácia, farmacêuticos e motoristas, por exemplo. Há outros trabalhadores que atuam sem relação direta com o paciente, em serviços de apoio e de gestão, como cozinheiros, auxiliares de cozinha, roupeiros, técnicos de informática, programadores, técnicos de manutenção, administradores, contadores, auditores e publicitários, por exemplo. Além destes, há os trabalhadores que compõem os serviços de ensino e pesquisa em saúde, como educadores, professores, pesquisadores, estagiários, residentes e preceptores, que também prestam serviços de assistência à saúde.

Este aparato de serviços adicionais necessários para o acolhimento do paciente, para o treinamento e suporte aos trabalhadores e para manutenção das instalações, torna a quantidade de força de trabalho envolvida na produção serviços de saúde muito superior à de outros ramos do mercado. De acordo com o Ministério da Saúde, constam, conforme listagem da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) - normativa do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) que enumera, classifica e descreve 2.694 profissões - pelo menos 368 profissões atuando diretamente na produção de produtos (bens ou serviços) em saúde no Brasil (Brasil, 2023b). Este quantitativo equivale a aproximadamente 14% de todas as profissões do país listadas na CBO 2002 (Brasil, 2023b). Em julho de 2023 estavam cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) um total de 3.928.322 trabalhadores atuando na área de saúde, classificados em alguma das profissões enumeradas pela CBO 2002 (Brasil, 2023c), incluindo trabalhadores com contrato formal, contratos temporários e profissionais liberais. Considerando que no país existem 43.610.550 de postos de trabalho formais celetistas (Brasil, 2023f) a quantidade de trabalhadores atuando na área de saúde ultrapassa 10% de todo emprego formal do país, sem contabilizar os servidores públicos estatutários e profissionais liberais neste cálculo.

Sobre a desigualdade de acesso, ela ocorre em razão dos serviços de saúde se tornarem mercadorias, possuindo um valor de troca e um preço, de forma que é necessário pagar um determinado preço por hora para que os médicos realizem consultas ou um determinado preço para acessar uma consulta odontológica, por exemplo. Consequentemente, os indivíduos que têm mais recursos financeiros possuem maior capacidade de adquirir essas mercadorias,

enquanto os menos privilegiados, que compõem a classe trabalhadora, enfrentam barreiras econômicas significativas para obter os recursos necessários para preservar ou recuperar sua saúde. Assim, no capitalismo, se não houver quem pague pelo valor de troca de determinado serviço de saúde, não é possível o acesso ao serviço.

Outro aspecto dos serviços de saúde no sistema capitalista é a regulação de sua produção e de seu acesso pelo Estado. Assim como os bens para saúde, os serviços de saúde são produzidos e vendidos num mercado regulado, havendo normas tanto para sua produção (normas técnicas e sanitárias, por exemplo), quanto para o seu acesso (venda de medicamentos somente com prescrição médica, por exemplo). Verifica-se, assim, que, em geral, os serviços de saúde consistem em uma mercadoria, submetida às leis do mercado e regulados pelo Estado, desde sua produção até o consumo.

4.2. Sistemas Nacionais de Saúde

De Oliveira Souza e Rodrigues de Azevedo Lira (2022) realizaram estudo teórico buscando apreender o debate sobre a questão da saúde dos trabalhadores na obra *O Capital* (Marx, 2017). Neste estudo, utilizando o texto de *O Capital* como objeto, eles investigaram, na estrutura interna, nos argumentos e nas categorias utilizadas, quais observações Marx realizou sobre a saúde na sociedade de classes e no capitalismo. A primeira observação que fazem é sobre a relação entre desgaste humano e adoecimento e a jornada de trabalho. Conforme análise de De Oliveira Souza e Rodrigues de Azevedo Lira (2022, p. 494), Marx (2017, cap. VII, XIII e XXIII) demonstrou que a FT é vendida pelo seu valor para o capitalista que utiliza seu valor de uso (capacidades de transformar insumos em mercadorias) por uma determinada jornada.

Durante a jornada de trabalho, a FT, em contato com os meios de produção, produz determinada quantidade de riqueza. Parte desta riqueza é utilizada para recompor o seu valor original (as capacidades físicas da FT) mediante pagamento de salário ao trabalhador, para que possa comprar mercadorias suficientes para sobrevivência, como comida, vestuário e moradia. Este tempo de trabalho foi denominado por Marx como trabalho necessário. Por sua vez, a outra parte desta riqueza, que excede a quantidade necessária para o trabalhador se reproduzir, compreende o mais-valor. Conforme exposto por Marx (2017, cap. 8-A Jornada de Trabalho), a riqueza produzida pelo trabalhador que é apropriada pelo capitalista, ou seja, o mais-valor, é obtida com dispêndio de força de trabalho excedente ao necessário para garantir sua reprodução, de forma que o trabalhador não consegue recuperar suas capacidades ao mesmo estágio anterior ao processo produtivo.

Outra observação De Oliveira Souza e Rodrigues de Azevedo Lira (2022) diz respeito ao aumento do tempo da jornada de trabalho. Os capitalistas, com objetivo de maximizar seus lucros, buscam ampliar a jornada dos trabalhadores, buscando extrair o maior tempo de trabalho possível de cada trabalhador, de forma maior a quantidade de mais-valor produzida também seja maior. Dessa forma, o capitalista “prolonga o tempo de produção do trabalhador num prazo determinado mediante o encurtamento de seu tempo de vida” (Marx, 1988, p. 202 e 203). Este aumento da jornada de trabalho tem impactos diretos na saúde dos trabalhadores, aumentando o desgaste de saúde física e mental do trabalhador, levando “à exaustão prematura e o aniquilamento da própria força de trabalho” (Marx, 1988, p. 202 e 203). “Marx (1988) destaca o fenômeno do encurtamento do tempo de vida em diversas categorias profissionais ou setores produtivos, a exemplo dos ceramistas, trabalhadores das panificações, ferroviários, trabalhadores agrícolas, costureiras e na fabricação de vidros” (de Oliveira Souza; Rodrigues de Azevedo Lira, 2022, p. 496), além do fenômeno do trabalho noturno e do trabalho infantil que potencializa esse processo.

É importante destacar que esse ponto da abordagem de Marx é incorporado pela Saúde Coletiva de viés crítico, a exemplo do estudo (um dos pioneiros) de Laurell e Noriega (1989). Os autores apreendem esse processo de exaurimento descrito por Marx é associado ao mais-trabalho como ponto-chave para entender a saúde dos trabalhadores. Portanto, o desgaste consiste em um processo que nem sempre se traduz em doenças com diagnóstico bem delimitado, pois “pode ser definido, então, como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica” (Laurell; Noriega, 1989, p. 505).

De Oliveira Souza e Rodrigues de Azevedo Lira observam ainda que “obviamente, em vida, o trabalhador desgastado e adoecido representa um limite físico à produção (algumas vezes, refletido em limites morais/sociais)” (2022, p. 496), o que destaca a contradição da exploração realizada no processo produtivo capitalista, que destrói a FT, a única força produtiva capaz de aumentar a quantidade de riqueza existente.

A partir do relatório (e da análise marxiana), constatamos que diversas mediações sociais aparecem enquanto expressões do antagonismo entre o capital e o trabalho, porque a ele estão diretamente ligadas. É o caso da privação de alimentos, da falta de vestuários e da proteção em face do frio, de moradias inadequadas, da ausência de móveis, utensílios domésticos ou outros elementos estruturais para higiene pessoal e da casa. A situação de miséria, por conseguinte, atinge de forma brutal a saúde dos trabalhadores, potencializando a degradação que se inicia no chão da fábrica (de Oliveira Souza; Rodrigues de Azevedo Lira, 2022, p. 505).

A partir da compreensão da força de trabalho como um fator produtivo (o único que gera mais-valor) e como uma mercadoria (que pode ser comprada no mercado), verifica-se que o nível de produtividade das empresas capitalistas relaciona-se com o nível de saúde dos trabalhadores, pois a capacidade da força de trabalho dos trabalhadores é determinada pelas

suas condições físicas e mentais, ou seja, por sua saúde, dentre outros fatores. Dessa forma, a saúde é um quesito determinante para a disponibilidade do fator produtivo força de trabalho.

Além de disponibilidade da força de trabalho, o nível de saúde dos trabalhadores possui relação direta com a produtividade do trabalho. Conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores relaciona-se também com o desenvolvimento econômico capitalista. Entretanto, os serviços de saúde, enquanto mercadorias, não são plenamente acessíveis à classe trabalhadora assalariada, tornando-se uma parte das exigências da classe explorada.

Nesse contexto, buscando prover alternativas de combater as mazelas do desemprego, da doença, da morte e da velhice, “o vazio ocasionado pela destruição das antigas formas de solidariedade associadas às corporações de ofício e à vida no campo, provocado pelo rápido crescimento da indústria e das cidades” (Marques, 2016, p. 15) os trabalhadores da indústria começam a criar mecanismos de amparo e ajuda mútua. Financiados através de contribuições espontâneas, estas instituições formavam uma rede proteção, com benefícios em dinheiro e, em alguns casos, assistência médica, como alternativa às Casas de Trabalho.

As “casas de trabalho” foram instituídas pela “lei sobre os pobres” inglesa, que admitida apenas “uma forma de ajuda aos pobres: o seu alojamento em casas de trabalho (*workhouses*), com um regime prisional; os operários realizavam aí trabalhos improdutivos, monótonos e extenuantes; estas casas de trabalho foram designadas pelo povo de ‘bastilhas para os pobres’” (Marx, 1997, p. 55 Nota de rodapé do editor). De acordo com Castel (2015), as casas de trabalho “longe de constituírem instrumento de integração ou de assistência social, representavam uma poderosa ferramenta para obter o disciplinamento da força de trabalho”.

Ao longo da industrialização e do desenvolvimento do capitalismo houve o rápido e desordenado crescimento das cidades, com grandes aglomerações urbanas. Neste contexto, “dada a omissão do Estado, alguns empresários preocuparam-se em garantir uma cobertura mínima dos principais riscos e necessidades de seus empregados” (Marques, 2016, p. 15), como fornecimento de moradia e educação para os filhos, permitindo ao capitalista fixar geograficamente e disciplinar a força de trabalho.

Com o desenvolvimento da organização dos trabalhadores e os processos de revoltas que ocorrem ao longo do século XIX, o Estado passa a editar lei e normas para proteção social, como a proibição do trabalho infantil, por exemplo. Alguns Estados, conforme as diferenças de suas formações sociais e do desenvolvimento de suas forças produtivas, passou a oferecer serviços de proteção social à população, formando sistemas públicas de saúde, de diferentes tipos e modelos. Estes serviços “configuram-se formas de organização e intervenção estatal na esfera social, abrangendo a saúde, a previdência e a assistência social” (Marques, 2016, p. 12).

Devido as condições históricas, econômicas e sociais, cada país acaba por organizar tais serviços sob arranjos institucionais diferentes, formando diferentes sistemas de seguridade social, como os sistemas previdenciários, os sistemas de atenção social e os sistemas nacionais de saúde (SNS).

Os modos pelos quais as sociedades identificam os seus problemas de saúde, buscam a sua explicação e se organizam para enfrentá-los variam historicamente, dependendo de determinantes estruturais econômicos, políticos e ideológicos. Assim, o campo da Saúde Pública que vem se desenvolvendo desde a passagem do feudalismo para o capitalismo e, especialmente, a partir da Revolução Industrial, sofre as influências desses determinantes sociais e passa por recomposições em função de novas relações entre a sociedade e o Estado (Paim, 2006a, p. 119).

Ao longo do desenvolvimento capitalista, a saúde deixou de ser vista como uma questão individual e passou a ser entendida como uma prática social, condicionada pelas determinações da estrutura social (Donnangelo; Pereira, 1976), “estando submetida à dinâmica interna das relações sociais predominantes num dado contexto, particularmente no que se refere às lutas entre classes e grupos sociais” (Paim, 2006a, p. 119). No final do século XIX, com o avanço da racionalidade científica, a utilização de análises de séries históricas para realização de estudos e a evolução da ciência médica, os SNS se consolidam como forma do Estado organizar os serviços de saúde de forma massiva, atendendo aos interesses do capital (ordem social e disponibilidade de força de trabalho) e às reivindicações da classe trabalhadora (melhores condições de vida). Os SNS se formaram e evoluíram de maneiras diferentes em cada país, acompanhando as mudanças na estrutura produtiva da sociedade, do escravismo ao assalariamento, desde o taylorismo ao trabalho precário (Antunes, 2020), sendo moldados pelas necessidades, valores e recursos de sua nação ao longo da história. Os SNS também foram, e são, influenciados pelas disputas que ocorrem na sociedade, nos quais sindicatos, associações empresariais, conselhos de profissionais, governos, partidos políticos, organizações religiosas e instituições de filantropia, por exemplo, atuam, certas vezes em cooperação, em outras em conflito. Essa diversidade de concepções, de disputas e de objetivos reflete-se em diferentes modelos de SNS.

As diferenças nos SNS são notáveis, seja em termos de financiamento, seja nas formas de acesso aos serviços de saúde ou nas diferentes capacidades de assistência à saúde (WHO, 2000). Em geral, existem cinco formas principais que financiam o pagamento das ações, bens e serviços em saúde pelo mundo: impostos e taxas, contribuições sociais feitas pelos empregadores e pelos empregados, seguros e planos de saúde particulares, desembolsos dos próprios pacientes, e doações, caridade e serviço voluntariado. Muitos países adotam sistemas de seguros e planos particulares, enquanto outros utilizam o modelo de financiamento público

direto ou combinam ambas as abordagens. Assim, em certos países, as decisões no setor da saúde estão mais sob controle do livre mercado, enquanto em outros o Estado centraliza o sistema de saúde determinando regras, comprando serviços de saúde do mercado privado ou estabelecendo serviços de saúde de acesso gratuito próprios. Assim, a forma como os cidadãos acessam os serviços pode variar, indo desde a liberdade de escolha até a designação de médicos conforme local de moradia, por exemplo.

As diferenças entre os modelos de SNS e seus contextos históricos, políticos e econômicos, podem levar a variações nos gastos em saúde. Contudo, um maior gasto percentual do PIB ou um maior gasto absoluto *per capita* não significam garantia de acesso a toda população à serviços de saúde, nem garantem acesso integral em nestes SNS. Dados da OCDE (WHO, 2023) demonstram que, em 2020, no Brasil o acesso a serviços de saúde, que é universal, teve um custo médio *per capita* é de US\$ 1.572,70 ao ano, somando gastos públicos e gastos privados, de forma que os gastos com saúde representam 10,1% do PIB. Já nos Estados Unidos, que não possuem acesso universal, em 2020 os gastos com saúde ultrapassaram US\$ 11.915,90 por pessoa ao ano, sendo o maior custo médio *per capita* em saúde do mundo bem como maior gasto total da riqueza nacional em saúde, ultrapassando 18,8% do PIB.

Tabela 2 – Valor gasto *per capita* com saúde e participação dos gastos com saúde no Produto Interno Bruto de países membros e não membros da OCDE no ano de 2020

Filiação	País	Gasto per capita (em US\$)	Participação no produto interno bruto (PIB)
Países membros da OCDE	Estados Unidos	11.915,9	18,8%
	Canadá	5.879,1	13,0%
	Alemanha	6.945,9	12,7%
	Reino Unido	4.997,9	12,2%
	França	5.453,2	12,1%
Países não-membros da OCDE	Brasil	1.572,7	10,1%
	China	978,8	5,7%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em (WHO, 2023).

A Alemanha estabeleceu um sistema robusto de seguro social obrigatório, financiado de duas formas: fundos de saúde sem fins lucrativos, geridos de forma privada, ou seguros privados. Os cidadãos de baixa renda, que possuem renda, mas não possuem capacidade de pagar por um seguro privado, são automaticamente cadastrados em seguros de saúde sem carência e de cobertura integral, onde todos pagam uma mesma tarifa, e o valor é complementado pelo fundo de saúde estatal. Os seguros de crianças e desempregados também são custeados pelo Estado, o que garante acesso universal à serviços de saúde. Na França, o SNS também segue o modelo de seguros de saúde, sendo parecido com o modelo alemão. A diferença é que os fundos de saúde sem fins lucrativos são geridos pelo governo francês, e os cidadãos de baixa renda pagam uma tarifa variável, conforme renda no seguro saúde custeado

pelo Estado. No Reino Unido, o National Health Service (NHS) o sistema é financiado quase que exclusivamente pelo Estado, que gerencia todo o sistema, contratando a força de trabalho e gerenciando serviços de saúde, o que garante a universalidade no acesso, mas que não garante integralidade, com serviços não cobertos, como alguns tratamentos para o câncer, por exemplo. Assim, existe um sistema privado de saúde complementar no Reino Unido, mas é que muito irrisório perto do tamanho do NHS.

O Canadá adota um sistema privado de saúde é financiado pelo Estado, com recursos de impostos. Neste modelo, o Estado canadense contrata serviços de saúde no mercado privado e garante cobertura abrangente a todos os cidadãos com recursos dos impostos. Em alguns casos são taxas de coparticipação, como na aquisição de determinados medicamentos. Num modelo bem diferente do canadense, os Estados Unidos, que possuem a maior economia do mundo, adotam um SNS constituído por seguros privados, com uma pequena parcela da população possuindo seguros financiados ou subsidiados pelo Estado, o que resulta em uma significativa parcela da população sem cobertura de assistência alguma.

A China, segunda maior economia do mundo, por sua vez, possui um SNS financiado pelo Estado, que não garante total integralidade de acesso, mas que garante universalidade no acesso, complementado por um sistema privado. Existem basicamente três formas de acesso à saúde na China: por seguros de saúde geridos pelo Estado, para quem possui emprego formal, com pagamento de tarifa variável; por seguros de saúde especiais, para quem mora em centro urbano e não possui emprego, com tarifas fixas, mas que possui menos opções de assistência; e, ainda, uma terceira opção mais barata, para moradores de áreas rurais, que atende necessidades básicas na região rural, mas exige deslocamento para áreas urbanas para acesso a serviços mais complexos. Além disto, o SNS chinês financia uma vasta estratégia de Atenção Primária à Saúde, com políticas de educação e prevenção em saúde a fim de melhorar as condições de saúde da população.

O sistema nacional de saúde do Brasil, por sua vez, é caracterizado por um modelo financiado e gerenciado pelo Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, com acesso universal e cobertura integral, complementado por um sistema de saúde complementar, onde há presença significativa de serviços privados. O financiamento dos serviços de saúde é predominantemente público, com recursos de impostos e contribuições sociais. Apesar da universalidade e integralidade, muitos brasileiros contratam planos de saúde privados, que oferecem acesso mais rápido à assistência em saúde.

Quadro 12 - Sistemas Nacionais de Saúde: diferenças de modelo, acesso, cobertura e financiamento

Filiação	País	Modelo	Acesso	Cobertura	Forma de financiamento
Países membros da OCDE	Estados Unidos	Seguros	Privado	Limitada	Privado, com seguros de saúde especiais financiados pelo governo para populações vulneráveis.
	Canadá	Sistema privado contratado pelo Estado	Universal	Integral	Estatual em quase totalidade. Pequena parcela de gastos privados.
	Alemanha	Seguros	Universal	Integral	Privado, em geral. Estatal, com tarifa fixa, para os cidadãos de baixa renda.
	Reino Unido	Sistema público é o principal, complementado pelo sistema privado	Universal	Limitada	Estatual em quase sua totalidade. Pequena parcela de gastos privados.
	França	Seguros	Universal	Integral	Privado, em geral. Estatal, com tarifa variável, para os cidadãos de baixa renda.
Países não-membros da OCDE	Brasil	Sistema público é o principal, complementado pelo sistema privado	Universal	Integral	Estatual, principalmente. Complementado pelo mercado privado que cobre 25% da população.
	China	Seguros	Universal	Integral	Privado, em geral. Estatal, com tarifa variável, para os cidadãos de baixa renda ou moradores de áreas rurais

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em WHO (2000, 2023)

Independentemente da forma objetiva de financiamento de um serviço de saúde, seja dinheiro do fundo público ou dinheiro de fundo privado, os SNS existem como produto da riqueza socialmente produzida pelos trabalhadores. No caso de serviços de saúde pagos com recursos do fundo público, os Estados recolhem parte da riqueza produzida pelos trabalhadores para financiar tais serviços de duas formas. De forma direta, através de impostos sobre consumo ou através de tributos sobre o salário dos trabalhadores. E, de forma indireta, tributando parte do MV obtido pelos capitalistas no processo de exploração dos trabalhadores. Neste sentido, os sistemas de proteção social na sociedade capitalista e o aparelho estatal em saúde podem ser considerados como parte dos bens de consumos necessários à subsistência da classe trabalhadora e, portanto, como parte dos salários. O mesmo ocorre nos serviços de saúde pagos com recursos do fundo privado, pois os recursos dos empregadores para comprar seguros de saúde para seus empregados fazem parte da planilha de custo da força de trabalho, ou seja, já faz parte do custo com salários. No caso onde o próprio usuário paga com seus próprios recursos para acessar serviços de saúde, estabelece-se uma relação direta do acesso a saúde como parte dos bens-salários.

É importante observar que ao adquirir os serviços de saúde como uma mercadoria, o Estado assume o papel de comprador da mercadoria serviço de saúde produzida no mercado, estabelecendo uma relação contratual com a empresa. Ao passo que o consumidor, de fato, será

o cidadão que utiliza o serviço de saúde, designado como usuário, que não possui relação contratual com a empresa que presta o serviço. Esta dualidade de papéis desempenhados, gera uma dicotomia entre as competências, os deveres e os direitos de cada ator envolvido. Um cidadão usuário de um serviço de saúde público não é apenas um receptor passivo do serviço, ele tem exigências para suas necessidades de saúde, ao mesmo tempo que o Estado possui interesses no nível de saúde da população de forma coletiva. Surge, assim, a tensão entre as expectativas do Estado enquanto comprador e as necessidades do cidadão enquanto usuário.

Nesse contexto, a administração pública, enquanto área de estudo e pesquisas, tem se empenhado na tarefa de produzir conhecimentos que resultem em políticas públicas bem elaboradas, buscando um equilíbrio cuidadoso entre eficiência orçamentária e a garantia de acesso e qualidade para a população. Contudo, na prática, a atuação dos administradores públicos é limitada por variáveis orçamentárias, políticas e administrativas, delineando as prioridades e as escolhas que guiarão o sistema de saúde.

O desenvolvimento dos SNS também se relaciona com o avanço do conhecimento nas ciências da saúde, seja na medicina, na biomedicina e ou na enfermagem, por exemplo, que colaboram com a construção e o desenvolvimento do conceito e das abordagens sobre saúde pública. Ao mesmo tempo que os SNS se estruturam realizando a padronização da educação e padronização de regras, exercendo de forma exclusiva atividades como a avaliação de novas tecnologias, autorização de uso de novos fármacos ou vigilância sanitária, por exemplo.

4.3. As políticas públicas de saúde

O controle dos níveis de saúde da população passou a ser uma das atividades realizadas pelo Estado no capitalismo, se relacionando e interferindo na evolução da prática médica. Assim, surgem as políticas públicas de saúde e o conceito de uma Saúde Pública. Tal conceito foi evoluindo ao longo do capitalismo, influenciado por uma série de fatores econômicos, movimentos sociais e políticos e pelos avanços no conhecimento científico. Paim (2006b) discerne uma gama diversificada de abordagens sobre saúde pública, passando por diferentes momentos, desde a Medicina de Estado (Foucault, 2012) até a Nova Saúde Pública.

No nascimento do capitalismo, no mercantilismo, com a expansão do comércio mundial, ocorre a unificação de territórios nacionais, em territórios onde hoje estão a França, Holanda, Espanha, Inglaterra e Alemanha, por exemplo, centralizando o poder e surgindo os Estados absolutistas. Neste período o tamanho da população (quantidade de indivíduos) passa a ser considerada uma riqueza vital para produtividade da nação, cabendo ao Estado o dever de

protegê-la e multiplicá-la (Rosen, 1994), visando o aumento populacional como forma de aumentar a riqueza da nação. Neste contexto, com o uso da racionalidade e da burocracia, os Estados passam a desenvolver a Aritmética Política, com início na Inglaterra em 1687 vindo a originar a Estatística posteriormente, e a Polícia Médica²¹ (Mantovani, 2018), com origem na Alemanha entre 1655 e 1779 (Souza, 2014), desenvolvendo o controle da natalidade, a territorialização dos profissionais de saúde e a produção de registros de saúde, racionalizando e padronizando o saber do médico. Tal cenário viabilizou uma intensa intervenção governamental, normatizando inclusive a prática médica, moldando o que Foucault (2012) definiu como Medicina de Estado²².

No século XVIII, emergiu a abordagem da higiene, intrinsecamente ligada ao avanço da burguesia durante o Iluminismo. Essa perspectiva colocou a responsabilidade pela saúde nos ombros individuais, fomentando diretrizes e regulamentos para um estilo de vida saudável. A ascensão da burguesia ao poder político incidiu fortemente sobre a promoção de normas tanto para indivíduos quanto para a coletividade, com o Estado exercendo funções de educador e legislador em relação à saúde. À medida que a sociedade burguesa avançava, nos séculos XIX e XX, o sanitarismo ganhou destaque. Por meio da implementação de legislações sanitárias e práticas de saneamento, essa abordagem buscou resolver problemas de saúde e prevenir doenças por meio de ações coletivas. O Estado desempenhou um papel crucial na execução de medidas sanitárias, intervindo diretamente na melhoria das condições de saúde e higiene, como no estabelecimento de saneamento básico e prevenção de enfermidades.

Seguindo a construção teórica da Paim (2006b) sobre as diferentes abordagens da saúde, na virada para século XIX surge a Medicina Social, caracterizada por uma reflexão mais profunda sobre a natureza social das doenças e da própria prática médica. A partir da medicina social, a concepção de saúde pública tornou-se intrinsecamente vinculada aos determinantes sociais da saúde, instigando a necessidade de reformas estruturais e políticas para forjar uma sociedade mais justa e saudável. O foco deslocou-se para políticas de saúde com uma abordagem mais voltada à dimensão social das questões sanitárias, enfatizando a responsabilidade coletiva e científica na abordagem dos desafios de saúde.

²¹ O termo “polícia”, até meados do século XIX, “se aproximava ao que hoje se pensa quando se refere à administração por parte do Estado” (Mantovani, 2018).

²² De acordo com, a medicina era uma prática social, portanto, medicina social, que se constituiu a partir de três etapas de formação: medicina de Estado, medicina urbana e, finalmente, medicina da força de trabalho (Foucault, 2012, p. 80).

A entrada no século XX trouxe à tona a Velha Saúde Pública²³, caracterizada por sua base no liberalismo econômico. Neste modelo, o Estado desempenhava um papel complementar às ações de saúde, sem interferência significativa no setor privado. Enquanto ações de saúde coletivas eram de responsabilidade estatal, a medicina privada tomava a dianteira nas intervenções individuais (Paim, 2006b). Em resposta à crescente complexidade dos desafios de saúde, emergiu a Medicina Preventiva ao longo do século XX. Essa abordagem enfatizou a prevenção e incorporou conceitos como processo saúde/doença, história natural das doenças e multicausalidade. Ao combinar a medicina privada com ação estatal, a Medicina Preventiva buscou abordar os problemas de saúde da sociedade a partir de uma perspectiva liberal, especialmente diante das crises de custos da atenção médica nas décadas de 1930 e 1940.

Na década de 1960, ocorreu o surgimento da Saúde Comunitária, uma tentativa de operacionalizar as premissas da Medicina Preventiva. Por meio de práticas realizadas fora das unidades de saúde e uma maior integração da medicina privada com a Saúde Pública, o Estado exerceu influência na promoção e articulação da Saúde Comunitária, incentivando a participação da comunidade e a regionalização. Paralelamente, surge a Medicina Familiar, na mesma década, representando uma reconfiguração da prática médica liberal. Ao buscar humanizar a medicina e centralizar a atenção nos indivíduos e famílias, a Medicina Familiar fortaleceu a abordagem da atenção primária à saúde em países industrializados, com o Estado assumindo o papel de fomentador do avanço desse cuidado centrado na família.

Na década de 1970, emerge a construção de um novo campo teórico-conceitual em saúde denominado Saúde Coletiva, acompanhando os desdobramentos das lutas sociais (como as lutas por direitos civis, contra a discriminação racial, pelos direitos das mulheres, o movimento ambientalista e os protestos estudantis) e do movimento revolucionário (como as revoluções ocorridas em Portugal, na Nicarágua, no Irã e no Afeganistão, por exemplo) que marcavam todo o mundo. Inspirada pela crítica à Medicina de Estado, a Saúde Coletiva questiona as abordagens preventivas e comunitárias, rejeitando a visão tradicional da doença como fator unicamente biológico, passando a entender a saúde como um direito social e um bem coletivo. Sob esta ótica, o Estado passa a ser responsável em garantir a saúde por meio de políticas públicas voltadas para a promoção de uma saúde saudável.

Na década de 1980, a partir do avanço da compreensão sobre a determinação social e econômica da saúde e da construção de uma concepção não centrada na doença (Heidmann *et*

²³ Rosen (1994) utiliza o termo Velha Saúde Pública para se referir aos períodos da Antiguidade e Idade Média, “onde predominam as explicações sobrenaturais ou com base em fenômenos da natureza, para a saúde e doença.” (Narvai; Pedro, 2008, p. 307), enquanto Paim (2006b) utiliza o termo localizando-o nos séculos XIX e XX.

al., 2006), emergiu o conceito de Promoção da Saúde. Essa abordagem, que tem como referência a Carta de Ottawa, considera que o nível de saúde é definido não somente pelas condições físicas do indivíduo (genética), mas também pelo ambiente (natural e social), pelo estilo de vida (comportamento individual) e a organização dos serviços de saúde (Heidmann *et al.*, 2006). Assim, “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade” (OPAS, 1986). Dessa forma, o incremento nas condições de saúde requer reformulação de práticas e reflexões teóricas, assim como a reorganização dos processos de trabalho na área de saúde, para melhorar as condições de saúde das populações.

Na década de 1990, “o conceito de saúde pública é reformulado pela OPAS com o propósito de adequá-lo ao contexto da década de 90, marcado por experiências de reforma do Estado de inspiração neoliberal em vários países do mundo” (Souza, 2014, p. 15). Assim, passa a ser sugerida a construção de uma Nova Saúde Pública, como resposta à crise da saúde pública convencional e aos impactos do neoliberalismo. Apoiada por um alicerce científico nas ciências biológicas, sociais e comportamentais, essa abordagem busca uma intervenção mais robusta e direcionada para resolver os desafios de saúde das populações, onde questão política, antes considerada prejudicial à medicina, passa a ser enfrentada com aumento de participação social, da produção de informação, da educação para saúde e de alianças com provedores de serviços. Neste sentido, o Estado passa a desempenhar uma função fundamental para superar as complexidades políticas associadas à saúde pública, abrangendo desde a formação de líderes e capacitação gerencial até a definição de responsabilidades em saúde pública e o estabelecimento de conselhos de saúde. “Assim, se estabelece 4 tarefas básicas para a teoria e a prática da Nova Saúde Pública: prevenção das doenças não infecciosas; prevenção das doenças infecciosas; promoção da saúde; melhoria da atenção médica e da reabilitação” (Paim, 2006b, p. 129).

A partir da abordagem da Nova Saúde Pública, a OPAS propõe a redefinição conceitual, onde a saúde pública passa a ser compreendida como uma “ação coletiva, tanto do Estado quanto da sociedade civil, destinada a proteger e melhorar a saúde das pessoas” (OPAS, 2000, p. 5). A saúde pública, enquanto responsabilidade social e institucional, passa a ser compreendida “além das intervenções populacionais ou comunitárias e inclui a responsabilidade de garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde” (OPAS, 2000, p. 5), onde o Estado deve se obrigar em realizar ações e serviços para prevenir doenças e promover a saúde de grupos populacionais específicos, e zelar pelo acesso equitativo e pelo controle da qualidade dos serviços de atenção individual curativa. A partir desta definição, a OPAS

estabeleceu onze Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) críticas para a prática da saúde pública nas Américas:

- 1) Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde; 2) Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; 3) Promoção da saúde; 4) Participação social em saúde; 5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; 6) Capacidade de regulação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; 7) Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários; 8) Administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde; 9) Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde; 10) Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde; 11) Condução da mudança do modelo de atenção à saúde (Adaptado de OPAS, 2000).

No Brasil, a abordagem das FESP foi difundida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Contudo, houve uma adaptação em relação à função essencial 7, em atendimento aos princípios do SUS, principalmente no que tange à integralidade, “que não admite a separação entre as ações dirigidas à coletividade e aquelas destinadas aos indivíduos, nem permite que o Estado se ocupe apenas das primeiras” (Souza, 2014, p. 16). Assim, a função 4 foi alterada para “promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde” (Brasil, 2007a).

Em 2020, a OPAS atualizou as onze FESP. Em um momento de crise global econômica e de saúde, em razão da pandemia de Covid-19, as novas FESP reforçaram a necessidade de sistemas de saúde mais fortes que promovam e protejam a saúde da população. “Quero chamar os países a investirem nas funções essenciais de saúde pública e em todos os setores, visto que os investimentos têm sido insuficientes no desenvolvimento das capacidades básicas de saúde pública para responder aos atuais desafios”, disse a diretora da OPAS, Carissa F. Etienne (OPAS, 2020), no lançamento da publicação “As funções essenciais de saúde pública nas Américas - uma renovação para o século 21. Marco conceitual e descrição”:

- 1) Monitoramento e avaliação da saúde e bem-estar, da equidade, dos determinantes sociais da saúde e do desempenho e impacto dos sistemas de saúde; 2) Vigilância em saúde pública: controle e gerenciamento de riscos e emergências em saúde ; 3) Promoção e gestão da pesquisa e do conhecimento no campo da saúde; 4) Formulação e implementação de políticas de saúde e promoção de leis que protejam a saúde da população; 5) Participação e mobilização social, inclusão de atores estratégicos e transparência; 6) Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; 7) Assegurar o acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde essenciais com qualidade, segurança e eficácia ; 8) Financiamento da saúde eficiente e equitativo; 9) Acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade ; 10) Acesso equitativo a intervenções que buscam promover a saúde, reduzir os fatores de risco e promover comportamentos saudáveis; 11) Gestão e promoção de intervenções que atuem sobre os determinantes sociais da saúde (OPAS, 2022).

O Quadro 13 apresenta um resumo do desenvolvimento das diferentes Abordagens sobre saúde no capitalismo e as políticas públicas em saúde:

Quadro 13 - Abordagens sobre saúde no capitalismo e as políticas públicas em saúde

Abordagem	Entendimento sobre Saúde e Sociedade	Papel do Estado, do mercado e dos indivíduos
Medicina de Estado (Séculos XVII-XIX)	Significado social assumido pela medicina no nascimento do capitalismo, relacionado à acumulação de riqueza. Médicos responsáveis não apenas pelo tratamento de doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população em todos os aspectos da vida.	Intervenção regulatória e fiscalizadora intensa do Estado e dos governos nos problemas de saúde, configurando a Medicina de Estado de Foucault, visando a manutenção da ordem social e o controle da saúde da população através de regras e normas, a fim de preservar a acumulação de riqueza e o funcionamento do sistema capitalista.
Higiene (Século XVIII)	Educação para a saúde vinculada às doutrinas liberais, responsabilizando os indivíduos pela saúde e promovendo regras e normas para uma vida saudável.	Ascensão da burguesia no poder político, influenciando a higiene como normas individuais e coletivas de vida na sociedade e no Estado. O Estado desempenha um papel de educador e legislador em relação à saúde.
Sanitarismo (Séculos XIX-XX)	Propostas de legislação sanitária e saneamento do meio para resolver problemas de saúde e prevenir doenças através de medidas coletivas.	Estado é protagonista na implementação de medidas sanitárias, propondo e executando legislação sanitária e o saneamento do meio, intervindo diretamente na melhoria das condições de saúde, como no saneamento básico e na prevenção de doenças.
Medicina Social (Século XIX)	Reflexão sobre o caráter social das doenças e da prática médica. Saúde pública ligada à compreensão dos determinantes sociais da saúde e à necessidade de reformas estruturais e políticas para construir uma sociedade mais justa e saudável.	Desenvolvimento de políticas de saúde mais voltadas para a dimensão social das questões sanitárias, enfatizando a responsabilidade coletiva e científica na abordagem dos problemas de saúde.
Velha Saúde Pública (Século XX)	Pautada pelo liberalismo econômico, que atribuía ao Estado um papel supletivo em relação às ações de saúde.	Ação estatal supletiva, não interferindo no setor privado. Ações sanitárias coletivas sob responsabilidade do Estado, ações individuais pela medicina privada.
Medicina Preventiva (Século XX)	Enfatizando a prevenção e mudanças na educação médica, utilizando conceitos de processo saúde/doença, história natural das doenças e multicausalidade.	Conciliação entre medicina privada e Estado, como leitura liberal dos problemas de saúde da sociedade, diante da crise de custos da atenção médica nas décadas de 1930 e 1940.
Saúde Comunitária (Década de 1960)	Tentativa de operacionalização da Medicina Preventiva, com práticas externas às unidades de saúde e integração da medicina privada com a Saúde Pública.	Desenvolvimento com atividades experimentais e expansão para atenção primária à saúde. Estado estimula e articula a operacionalização da Medicina Preventiva apoiando a participação da comunidade e a regionalização.
Medicina Familiar (Década de 1960)	Recomposição da prática médica liberal, buscando humanização da medicina e atenção aos indivíduos e famílias, através do fortalecimento da atenção primária à saúde	Movimento dos cuidados primários à saúde nos países industrializados, onde o papel do Estado é incentivar o avanço da atenção primária à saúde, valorizando o cuidado centrado na família.
Saúde Coletiva (Década de 1970)	Surgiu como campo científico multidisciplinar na América Latina, com base na crítica à Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar. Propõe a articulação de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas no âmbito acadêmico e nas organizações de saúde.	Estado desempenha um papel articulador e implementador de práticas e políticas na área da saúde, promovendo ações multidisciplinares. Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, implantação do SUS e conexão com movimentos sociais na luta por mudanças na saúde.
Promoção da Saúde (Década de 1980)	Entendimento sobre saúde pública estava relacionado à formulação de políticas e institucionalização da saúde em diferentes países. Desenvolvimento de práticas e reflexão teórica com reorganização de processos de trabalho em saúde.	Como na proposta elaborada na Carta de Ottawa, o Estado deve elaborar e implementar políticas públicas saudáveis, criar ambientes saudáveis, capacitar a comunidade, desenvolver ações coletivas e individuais visando melhorar a condição de saúde das populações, no âmbito governamental, empresarial e individual.
Nova Saúde Pública (Década de 1990)	Fortalecimento da Saúde Pública com base científica nas ciências biológicas, sociais e comportamentais, voltada para populações, problemas e programas como como uma resposta à crise da Saúde Pública tradicional e ao neoliberalismo.	O papel do Estado é superar a questão política, com formação de lideranças, capacitação gerencial, definição de níveis de responsabilidade sobre a saúde pública e criação de conselhos de saúde. Os sistemas de saúde devem avaliar a saúde da população e identificar fatores de saúde precária, alocando os recursos necessários para superar as dificuldades de acesso.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Paim (2006b, p. 119).

4.4. Gestão da inovação em saúde

Para o funcionamento dos serviços e sistemas de saúde é necessário um determinado nível de organização social que possa disponibilizar um conjunto de instalações, de instituições, de força de trabalho capacitada e de práticas não apenas na área de atendimento em saúde, mas também de ensino, de pesquisa, de produção, de controle da qualidade, entre outras. Nesse contexto, a administração em saúde se insere como a atividade responsável pela “organização dos serviços de saúde com vistas à manutenção e melhoria da qualidade da atenção prestada, utilizando instrumentos técnicos e metodológicos como o planejamento e a avaliação das estratégias adotadas” (Administração de Serviços de Saúde, 2023).

A administração em saúde pode ser identificada em organizações públicas e organizações privadas, possuindo características diferentes, de acordo com os objetivos e a estratégia da organização. A administração em saúde em organizações que possuem foco em produzir bens em saúde, será diferente daquela desenvolvida em organizações que produzem serviços de saúde, que será diferente daquela exercida em redes ou sistemas de saúde (Velo; Malik, 2016).

A administração em saúde pode ocorrer, por exemplo, na gestão de uma instituição, como uma clínica, um posto de saúde, um hospital ou um laboratório, de uma unidade, como uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou de um centro, como um Centro de Terapia Intensiva (CTI) ou um Centro de Saúde (CS), que abriga diversas unidades e instituições. A administração em saúde pode ocorrer também em uma rede, como em uma rede laboratorial ou uma rede de urgência e emergência, por exemplo. Além disto, a administração em saúde pode ocorrer em um sistema, seja um sistema público de saúde, como o SUS e seus subsistemas, como Sistema Nacional de Transplantes (SNT), ou um sistema privado, como ocorre nos planos de saúde, que gerenciam um sistema integrado de atendimento à saúde, com realização de consultas, exames e internações, por exemplo, tanto em unidades próprias, quanto em unidades conveniadas e associadas.

A administração em saúde é uma atividade exercida por profissionais de diversas áreas, não apenas por administradores ou restrita a atividades burocráticas tradicionais como a gestão financeira, a gestão de custos ou a gestão hospitalar. Enfermeiros, farmacêuticos e médicos reguladores, por exemplo, realizam atividades de gerência recursos, como força de trabalho, insumos, máquinas e processos de trabalho, em uma determinada unidade de saúde, como uma UTI, uma CTI, uma farmácia, um serviço de urgência e emergência ou sistema de leitos, realizando, portanto, gestão em saúde.

Em razão de seu caráter racionalista e gerencial, a atividade de administração em saúde também é denominada como gestão em saúde (Gestão em Saúde, 2023). Em geral, a gestão em saúde tem como objetivo “a produção de serviços de saúde adequados, efetivos, custos-efetivos, eficientes e aceitáveis ou concretização de princípios de organização política” (Veloso; Malik, 2016, p. 155). Para atingir este objetivo são exercidas funções administrativas, para que “se obtenham resultados por meio do Planejamento, da Organização, do Comando, do Controle e da Coordenação” (Malik, 2014, p. 119).

A gestão em saúde diz respeito à organização, ao planejamento e ao gerenciamento de serviços e sistemas de saúde, como, por exemplo, a elaboração e a aplicação de políticas de saúde. É um campo de atuação multiprofissional e requer o conhecimento de diferentes áreas, tais como Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas, Epidemiologia, entre outras (Luft, 2021, p. 21).

Alguns exemplos de funções administrativas em saúde, identificados na produção científica brasileira sobre administração em saúde por Veloso e Malik (2016, p. 155), utilizando o modelo PODC (Fayol, 1990) como referencial, envolvem a gestão da qualidade, a gestão estratégica, a gestão financeira, a gestão de insumos e a gestão de custos da atenção à saúde. Além destas, são identificadas outras funções administrativas na literatura (Luft, 2021), como as funções de planejamento estratégico, de recrutamento, treinamento e desenvolvimento da força de trabalho, de gestão do conhecimento (GC), de gestão da tecnologia em informação e comunicação (GTIC) e de gestão de tecnologia e inovação (GTI), por exemplo. No caso dos serviços de saúde públicos no Brasil, existe ainda a função de controle social, onde a população pode participar do processo decisão e avaliação das políticas públicas.

Como visto na primeira seção deste capítulo, o desenvolvimento de melhorias técnicas e a implementação de novas tecnologias ocorrem mediante processos de inovação, tendo como objetivo aumentar a produtividade do trabalho. Como resultado, tem-se o aumento da produção (mudança quantitativa) ou a disponibilidade de novos produtos (mudança qualitativa). Em saúde, os processos de inovação raramente ocorrem ao acaso, devido a fatores como alta complexidade técnica, o alto grau tecnológico e a existência de riscos à saúde. Dessa forma, a realização de pesquisas científicas e desenvolvimento de novas tecnologias em saúde podem exigir recursos financeiros relevantes a longo prazo, sem a garantia de produzir as soluções desejadas, e, conseqüentemente, sem garantia de retorno dos recursos investidos. Nesse sentido, a gestão da inovação, apresentada na seção anterior, é uma função administrativa fundamental para a administração em saúde.

A gestão da inovação em saúde (GIS) refere-se à aplicação dos princípios da gestão da inovação, em contextos relacionados à área da saúde. A GIS tem como alvo o aumento da

produtividade do trabalho em saúde, reduzindo custos, disponibilizando maior quantidade de serviços e desenvolvendo novas soluções em saúde.

Inovação, como objeto de gestão, requer competência em gerenciamento de crises e de problemas, porque certamente a inovação nas organizações de saúde – principalmente nos serviços de atenção – leva a processos com grande grau de incerteza e elevada prevalência de conflitos (Malik, 2014, p. 113).

A GIS abrange tanto a inovação nas práticas de assistência em saúde quanto na gestão em saúde, entretanto elas possuem focos ligeiramente diferentes. A inovação na assistência em saúde diz respeito às inovações na prestação direta de cuidados aos pacientes. Isso pode envolver a introdução de novas tecnologias médicas, métodos de tratamento inovadores, abordagens de cuidados centrados no paciente, e outras melhorias operacionais destinadas a aprimorar a qualidade e eficácia dos serviços de saúde. Já a inovação na gestão em saúde refere-se a melhorias inovadoras nos processos administrativos, organizacionais e de tomada de decisão em organizações que produzem bens e serviços de saúde. Isso pode incluir a implementação de novas tecnologias de informação, otimização de fluxos de trabalho, introdução de métodos mais eficazes de gerenciamento de recursos, entre outros. Ambas as dimensões, assistência e gestão, requerem inovações para melhoria dos serviços de saúde, entretanto, a GIS tem se destacado principalmente no desenvolvimento de inovações na área da assistência à saúde, existindo menos relatos de inovação na gestão em saúde (Malik; Pena, 2003).

Neste sentido, o desenvolvimento de inovações na gestão em saúde tem sido apontado, por autores de diferentes abordagens teóricas, como um dos desafios para melhorar a disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, principalmente os serviços públicos de saúde. A inovação na gestão em saúde (IGS) possui um papel central na transformação e aprimoramento dos sistemas e serviços de assistência à saúde. A IGS colabora na capacidade de adaptação dos serviços de saúde a mudanças demográficas e epidemiológicas ou a resposta eficaz a emergências e pandemias, são exemplos de IGS.

Em sua aplicação prática, as IGS têm refletido uma abordagem gerencial, com foco na redução de custos e aumento da eficiência, tratando as questões de assistência à saúde pela ótica da economia da saúde, tratando os usuários do sistema de forma homogênea, sem atendimento às diferentes necessidades.

4.5. Inovação de ruptura em serviços saúde

Um dos modelos teóricos propostos para IGS é o modelo da inovação de ruptura, proposto por Christensen, Grossman e Hwang (2009). Os autores utilizam a teoria da inovação de ruptura para propor um modelo de gestão inovador que resolva os problemas dos custos e de eficiência nas organizações de saúde. O modelo da inovação de ruptura em saúde é construído a partir de três elementos, denominados de capacitadores de ruptura em saúde: a inovação no modelo de gestão, a implantação de tecnologias sofisticadas simplificadoras e adoção de uma cadeia de valor inovadora e economicamente coerente, apresentados na Figura 2 - Os elementos da inovação de ruptura.

Um dos três capacitadores é a inovação no modelo de negócio, ou, em outras palavras, a inovação no modelo de gestão. Este capacitador de ruptura tem como objetivo reduzir os custos e aumentar a disponibilidade e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Outro capacitador proposto é a adoção de tecnologias de ruptura, que representam os capacitadores tecnológicos de saúde (CTS). Um CTS consiste em uma tecnologia radical, que pode simplificar processos de trabalho, geralmente com a adoção de tecnologia mais desenvolvida, rotinizando a solução de problemas que exigiam processos não estruturados e intuitivos para serem resolvidos. O terceiro capacitador destacado pelos autores é o desenvolvimento de um sistema comercial economicamente viável, ou seja, a formação de uma cadeia de valor inteiramente nova, que se relacione e se adapte com o novo modelo de gestão e as tecnologias de ruptura.

Figura 2 - Os elementos da inovação de ruptura



Fonte: Christensen, Grossman e Hwang (2009, p. 13).

De acordo com os autores, os três capacitadores, por si só, individualmente, já produzem condições para inovação de ruptura em saúde. Entretanto, tais capacitadores podem ser potencializados por reformas nas regras e nos padrões. Estas reformas consistem em “inovações adicionais que atacam as limitações infraestruturais” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 29).

A seguir é realizada a apresentação dos três capacitadores da inovação em saúde, relacionando-os com as funções administrativas responsáveis pelas atividades organizacionais envolvidas com a GIS.

4.5.1 Modelo de gestão de ruptura em saúde

Christensen, Grossman e Hwang (2009) veem as organizações que produzem bens e serviços de saúde como empresas capitalistas, ou seja, produtoras de mercadorias como bens ou serviços de saúde, produzidas sob a lógica da administração capitalista e acessadas através do comércio, ou seja, mediante troca mercantil, onde o usuário do bem ou serviço de saúde torna-se um consumidor. Isto decorre em razão de sua análise ter como de partida a formação social e as relações sociais de produção estadunidenses, onde a assistência à saúde dos trabalhadores (daqueles que possuem algum acesso à assistência de saúde) ocorre, em sua maioria, por meio de seguros privados de saúde, onde os atendimentos ocorrem em serviços de saúde privados.

Os sistemas nacionais de saúde baseados em seguros de saúde, surgem no início do século XX, quando a medicina curativa ainda não estava bem desenvolvida, de forma que os seguros saúde funcionavam como seguros de incapacidade, cobrindo a perda salarial em razão de incapacidades provocadas por doenças graves ou acidentes. Posteriormente, “entre os anos 1920 e 1940, porém, os hospitais gerais evoluíram a ponto de os pacientes poderem se recuperar de certas enfermidades outrora fatais – e tais tratamentos eram caros o bastante para serem financeiramente devastadores” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 243).

Assim, os seguros saúde migraram para um modelo que passa a cobrir altos custos médicos em casos de doenças graves ou acidentes. Nos Estados Unidos, após a Crise de 1929, passaram a ser comercializados seguros de saúde privados, baseados no modelo de capitalização, onde uma seguradora cobra pagamentos (recebe prêmios) de muitos segurados, formando um fundo que é usado para cobrir os custos médicos e hospitalares dos segurados, quando necessário. Este modelo também ficou conhecido como medicina de grupo (Noronha; Ugá, 1995).

Nos anos 1930, alguns capitalistas “começaram a cobrir o custo do seguro de saúde como um benefício para os empregados” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 244), como evolução do modelo onde empresas que construíam grandes estruturas distantes das cidades, como represas d’água, montaram pequenos hospitais nos canteiros de obra para fornecer assistência à saúde dos seus empregados, ajudando a recrutar os trabalhadores para trabalhar em ambientes hostis e desagradáveis e, sobretudo, “mantê-los saudáveis durante a empreitada” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 245).

Este sistema de assistência à saúde, baseado em seguros de saúde que integram parte do pagamento feito pelo empregador pela compra da força de trabalho, ou seja, como parte dos salários, se consolida a partir de 1942, quando o governo americano decreta um controle de preços generalizado para tentar controlar a inflação, num contexto de déficit orçamentário em razão dos custos da Segunda Guerra Mundial. Esta lei proibia o aumento salarial, mas autoriza o fornecimento de planos de saúde pelos empregadores, que adotou este mecanismo como forma de recrutar, remunerar e reter seus empregados.

Posteriormente, a partir de 1954, os custos das empresas com pagamento de planos de saúde para seus funcionários passaram a ser uma despesa operacional dedutível dos impostos, se tornando uma compensação vantajosa para as empresas. Nos anos 1960, eram considerados como “os melhores empregadores aqueles que ofereciam os planos mais completos (com o mínimo de contribuição pelo emprego)” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 246).

Como resultado deste modelo, entre 1910 e 1970, a parcela da população estadunidense coberta por planos de saúde passou de menos de 10% para quase 80% (Andersen; Newman, 2005). Nas últimas décadas a cobertura de seguro de saúde privado teve uma pequena redução, enquanto houve avanço dos serviços de saúde financiados pelo Estado.

A assistência à saúde oferecida pelo governo estadunidense consiste basicamente em políticas de vigilância sanitária e nos planos *Medicare*, onde serviços de saúde são custeados pelo governo para os mais pobres conforme critérios de elegibilidade e dentro de uma cobertura limitada de serviços, e *Medicaid*, para idosos com renda mensal de até US\$ 2.742,00, em média, dependendo de algumas condições e dependendo do estado em que a pessoa mora (ACOA, 2023). Aqueles que não possuem nem planos privados, nem estão cobertos pelo *Medicaid* ou *Medicare*, precisam pagar diretamente por procedimentos ou são atendidos por organizações assistencialistas, como igrejas, fundações e movimentos sociais, onde o trabalho é realizado de forma voluntária ou é financiado por doadores e campanhas de solidariedade. Em 2021, estimava-se que 67% da população americana possuía algum tipo de seguro de saúde privado, 36,8% das pessoas estavam cobertas por seguro de saúde público e 8,6% da população não

possuía nenhum tipo de cobertura de seguro de saúde (U.S. Census Bureau, 2022, p. 13, 14 e 15).

Nesse contexto, o pagamento por serviço estabeleceu-se como modelo de gestão da saúde, onde a fórmula do lucro mediante pagamento por serviço passou a orientar decisões sobre os processos, os recursos e a proposição de valor das organizações em saúde, elevando “os custos do sistema norte-americano [que] são abastecidos por um reator descontrolado chamado pagamento por serviço” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 10).

No caso do Brasil, instituições como o Banco Mundial sugerem que os problemas do sistema de saúde ocorrem porque “os gastos do Brasil com a saúde são caracterizados por ineficiências significativas” (Banco Mundial, 2018, p. 5) e que houve crescimento do papel do setor público “como provedor de serviços sociais. Além disso, várias políticas sociais adotadas para proteger os mais pobres, bem como generosos direitos previdenciários, [levaram] a um déficit fiscal crescente” (Banco Mundial, 2023, p. 24). A partir deste entendimento, o próprio Banco Mundial sugere modificações na estrutura do Estado brasileiro, na organização da Administração Pública e na forma de gestão e financiamento do SUS:

Quadro 14 - Uma Agenda de Reformas do SUS

Tipo de Reforma	Propostas	Número da proposta	Objetivos
Reformas na Gestão do Sistema	Implantar redes de assistência à saúde (RAS)	1	
	Melhorar a coordenação entre os setores público e privado	2	
	Ampliar e reforçar a cobertura da APS	3	
Reformas do lado da oferta	Racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares	4	
	Aperfeiçoar os arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores	5	Melhorar a qualidade e experiência do paciente;
Reformas no Financiamento	Reformar o pagamento a prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade	6	Mais-valor pelo dinheiro investido (eficiência);
	Instituir pagamento por desempenho (financiamento acompanha o paciente)	7	Melhor acesso e proteção financeira (equidade).
Reformas do lado da Demanda	Fazer respeitar a função de <i>gatekeeper</i> (porta de entrada) da APS por meio da introdução de incentivos aos provedores dos cuidados e aos pacientes	8	
	Introduzir itinerários de atenção / diretrizes clínicas baseadas em evidências	9	
	Instituir um pacote de benefícios cobertos pelo SUS claramente definidos	10	

Fonte: Adaptado de Banco Mundial (2018, p. 8)

Assim, no mesmo sentido que Christensen, Grossman e Hwang (2009) identificam que os problemas dos serviços de saúde do sistema estadunidense ocorrem em razão dos custos e do nível de eficiência, os relatórios do Banco Mundial (2018, 2023) sobre o sistema de saúde

brasileiro indicam a necessidade de inovar nos modelos de gestão em serviços de saúde “para reduzir os custos e melhorar a qualidade e a acessibilidade à saúde” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 11). É neste sentido que a proposta da inovação no modelo de gestão como um dos capacitadores para inovação disruptiva em saúde se destaca.

Um modelo de gestão em saúde não pode ser confundido com a atividade de administração em saúde. A administração em saúde, como foi apresentado na subseção anterior, consiste nas atividades práticas e operacionais para destinadas à gestão de recursos e processos em organizações que produzem bens e serviços de saúde. Os modelos de gestão em saúde, por sua vez, são abordagens conceituais de estrutura organizacional, que fornecem diretrizes e princípios gerais para a atividade de administração em saúde. A administração em saúde é ser orientada pelo modelo de gestão, que fornece uma estrutura conceitual para a tomada de decisões e a implementação de estratégias. Por sua vez, o modelo de gestão deve ser atualizado e adaptado à realidade da organização de saúde, com base nas experiências da administração em saúde.

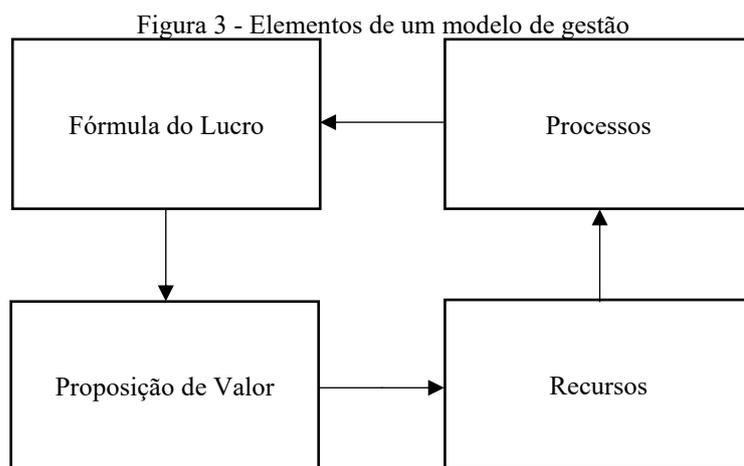
Segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009, p. 49), um modelo de gestão consiste em “um sistema interdependente formado por quatro componentes”. O primeiro componente, que serve como ponto de partida para definição do modelo de gestão é a proposição de valor que se pretende produzir, como um bem ou um serviço de saúde, por exemplo. Em seguida, identifica-se os recursos necessários para produzir aquele valor, como força de trabalho, instalações, aparelhos e insumos. Então, é estabelecida a forma de trabalho para produzir tal valor, ou seja, são estabelecidos processos-chave para atingir a proposição de valor (Johnson; Christensen; Kagermann, 2008).

As organizações criam valor à medida que os funcionários transformam recursos em entradas - pessoas, equipamentos, tecnologia, designs de produtos, marcas, informações, energia e dinheiro - em produtos e serviços de maior valor. Os padrões de interação, coordenação, comunicação e tomada de decisão por meio dos quais realizam essas transformações são processos. Os processos incluem não apenas processos de fabricação, mas também aqueles pelos quais o desenvolvimento de produtos, aquisições, pesquisa de mercado, orçamento, planejamento, desenvolvimento de funcionários e remuneração, e alocação de recursos são realizados (Christensen, 1997, p. 129).

Os processos-chave também incluem as regras, as métricas e as normas que formam a base da cultura e operação da empresa. Eles são fundamentais para a eficácia operacional, para garantir a consistência e qualidade nas atividades da empresa. Os processos-chave são cruciais para a criação e entrega de valor em uma empresa, permitindo a repetição e o aumento em escala bem-sucedidos das operações (Johnson; Christensen; Kagermann, 2008).

O último componente do modelo de gestão, é a fórmula de lucro. A fórmula do lucro “é o modelo que define como a empresa cria valor para si mesma e ao mesmo tempo fornece valor

ao cliente” (Johnson; Christensen; Kagermann, 2008, p. 3), ou seja, apresenta como a empresa irá gerar valor para si e para seus acionistas. A fórmula de lucro deve conter o modelo de receita (preço x volume), a estrutura de custos dos recursos exigidos (diretos, indiretos e economias de escala), o modelo de margem (qual a contribuição de cada transação para o lucro) e a velocidade de consumo dos recursos (que apresenta a necessidade de movimento de ativos da organização) (Johnson; Christensen; Kagermann, 2008, p. 3).



Fonte: Adaptado de (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 48).

Os três primeiros componentes consistem nos “três fatores que afetam o que uma organização pode ou não fazer, seus recursos, seus processos e seus valores” (Christensen, 1997, p. 129), ou seja, são os elementos que a organização possui maior controle. Os processos são formas de organizar o trabalho, que determinam como os recursos serão combinados para atingir a proposição de valor. Já o quarto elemento, a fórmula do lucro reflete como a organização organiza e utiliza os outros três elementos para alcançar seus objetivos.

Um dos problemas enfrentados pela administração em saúde é a perpetuação de um modelo “conservador” que impede o desenvolvimento e adoção de inovações, impedindo o desenvolvimento técnico e econômico da organização de saúde. Com o passar do tempo, o modelo de gestão adotado “começa a determinar os tipos de proposição de valor que a organização pode ou não oferecer, de forma que a causalidade dos elementos passa a ser dar no sentido inverso” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 48). Dessa forma, a organização passa a ajustar sua fórmula de lucro, seus processos e seus recursos considerando aqueles que serão exitosos no mercado. “Em outras palavras, os mesmos elementos que são fundamentais para facilitar a ruptura podem, com frequência, ser uma limitação para realização da ruptura em todo o seu potencial” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 48).

Um dos dilemas da gestão é que, por sua própria natureza, os processos são estabelecidos de modo que os funcionários executem tarefas recorrentes de maneira consistente, vez após outra. Para garantir consistência, eles não devem mudar - ou, se precisarem mudar, devem mudar por meio de procedimentos rigorosamente

controlados. Isso significa que os próprios mecanismos pelos quais as organizações criam valor são intrinsecamente contrários à mudança (Christensen, 1997, p. 130).

Christensen, Grossman e Hwang (2009, p. 57) propõem que existam, em linhas gerais, três modelos de gestão de ruptura em saúde, “que se diferem fundamentalmente em matéria de propósitos, de onde residem suas capacidades e das fórmulas pelas quais obtêm lucro”: os centros resolutivos, as organizações com processos de agregam valor e as redes facilitadoras. Os centros resolutivos realizam diagnósticos e resolvem problemas não estruturados. Este modelo de gestão geralmente cobra através de um sistema de pagamento por serviço prestado. As organizações que agregam valor recebem bens ou serviços incompletos ou com defeito e os transformam, resultando em maior valor. As organizações que adotam este modelo costumam cobrar através de um sistema de pagamento por resultados. As redes facilitadoras funcionam para agilizar as trocas entre pessoas e organizações, ou seja, “compreendem instituições que operam sistemas a partir dos quais os consumidores compram e vendem, entregam e recebem coisas de outros participantes” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 61).

São exemplos de centros resolutivos os consultórios médicos, as clínicas médicas e os hospitais, que realizam diagnósticos e recomendam soluções. Os centros resolutivos utilizam de medicina intuitiva em geral, possuindo uma intensidade tecnológica menor (Quadro 4). O pagamento por estes serviços costuma ser por procedimentos. As organizações de saúde que realizam processos de agregação de valor, ou *value-adding process* (VAP), consistem principalmente naquelas que realizam procedimentos em pacientes que passaram por centros resolutivos, receberam um diagnóstico e precisam de um serviço de medicina de precisão, como uma cirurgia, por exemplo, que exige uma intensidade tecnológica maior. “Estes chamados processos de agregação de valor podem ser altamente eficientes quando organizados em hospitais ou clínicas especializadas, onde as elevadas despesas associadas à sua combinação com modelos de negócios de soluções podem ser reduzidas” (Garrety; McLoughlin; Zelle, 2014). As empresas que adotam este modelo de gestão costumam ser pagas pelo resultado do serviço.

Já as redes facilitadoras em saúde consistem em organizações que agregam muitos usuários, possibilitando unificar recursos, informações sobre doenças e informações sobre resultado de tratamentos, tornando possível acompanhar sua evolução, bem como realizar análises comparativas. A rede de usuários é um dos recursos que este modelo de gestão utiliza para entregar o valor proposto. Nesse modelo a medicina é personalizada, incluindo uma série de informações que se relacionam com os determinantes sociais da saúde, como “fatores que incluem uma característica da família, presença ou ausência de um sistema de apoio social,

recursos financeiros ou experiências anteriores com o sistema de assistência médica” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 91), disponibilizando uma terapia mais personalizada.

O modelo de gestão das redes facilitadoras no âmbito da saúde pode ser estruturado para ganhar dinheiro mantendo as pessoas bem, enquanto os centros resolutivos e as empresas com processos que agregam valor ganham dinheiro quando as pessoas adoecem (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 19).

Quadro 15 - Modelos de gestão de ruptura em saúde

Modelo	Características	Forma de Pagamento	Tipo de Medicina	Exemplos
Centros Resolutivos	Realizam diagnósticos e resolvem problemas não estruturados	Pagamento por serviço prestado (por procedimento)	Medicina Intuitiva	Consultórios, clínicas, hospitais
Organizações com Processos de Agregação de Valor	Recebem bens ou serviços incompletos ou com defeito e os transformam, resultando em maior valor	Pagamento por resultado (pelo resultado obtido)	Medicina de precisão	Clínicas e hospitais especializados
Redes Facilitadoras	Agilizam as trocas entre pessoas e organizações, operando sistemas nos quais os consumidores compram, vendem, entregam e recebem coisas de outros participantes. São instituições que agregam muitos usuários e utilizam a rede e as informações como recurso	Pagamento por taxa mensal; pagamento em massa; pagamento por assinatura ou por serviço.	Medicina personalizada	Plataformas digitais de saúde; empresas que integram informações de saúde; e comunidades <i>online</i> , onde pessoas compartilham informações sobre condições de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Christensen, Grossman e Hwang (2009).

Em muitos casos, em razão da complexidade em torno da produção de serviços de saúde, as organizações de saúde precisam utilizar modelos de gestão misturados. Isto ocorre, por exemplo, em hospitais, que possuem atividades geridas sob o modelo de centro resolutivo, sob o modelo de VAP e também no modelo de rede facilitadora. Enquanto centro resolutivo, um hospital pode realizar um diagnóstico, mediante consulta médica e exames de análises clínicas ou radiografias, por exemplo, seguido de uma prescrição de tratamento que pode ou não ser efetivo. Se o tratamento não for efetivo, realiza-se uma segunda rodada de diagnóstico, exames e intervenções até que a enfermidade seja resolvida. Isto exige dos hospitais um grande aparato de profissionais com especialidades diversas e um amplo conjunto de equipamentos e insumos a disposição.

Por outro lado, os hospitais também oferecem tratamentos específicos, corrigindo problemas de forma definitiva, como uma cirurgia de traumatologia, por exemplo. Nesses casos, o hospital atua com processos que agregam valor. Além disto, com o desenvolvimento da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) na área de saúde, os hospitais passaram a compartilhar dados de saúde com outras organizações, desde informações sobre qual convênio

de saúde o paciente possui contrato até informações do prontuário médico, como as vacinas ou resultados de exames realizados fora do hospital. Nestes casos o hospital atua sob o modelo de gestão de rede facilitadora.

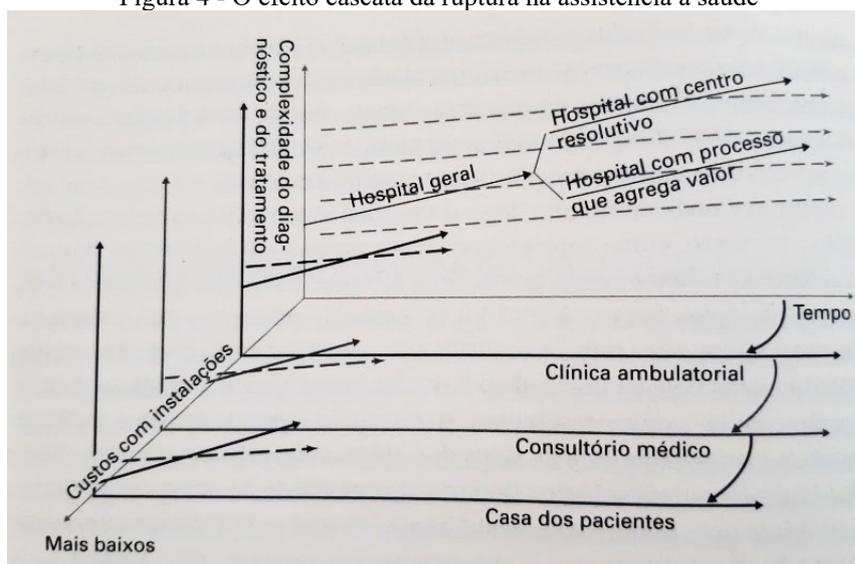
Entretanto, quando uma organização tenta utilizar “proposições de valor bem diferentes, isso gera uma grande incoerência interna” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 109), pois os sistemas de precificação de cada serviço são diferentes. Segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009), a utilização de modelos de gestão misturados gera dificuldade em identificar que recursos a produção de um determinado serviço utiliza, e, assim, identificar quais serviços são mais produtivos.

Os centros resolutivos precisam ser pagos de acordo com o sistema de pagamento por serviço prestado. Suas comissões não podem basear-se em resultados, já que eles são influenciados por uma série de fatores que estão além da precisão do diagnóstico, ao contrário das empresas com processos que agregam valor, que podem vender rotineiramente seus produtos a um preço fixo e ainda garantir resultados (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 109).

Christensen, Grossman e Hwang (2009) propõem três fases para o processo de inovação em modelos de gestão da assistência à saúde, que funcionam como ondas de inovação (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 63) e que podem reduzir custos, melhorar a qualidade e aumentar a eficácia do tratamento em saúde.

A primeira onda divide modelos de gestão misturados, como dos hospitais, separando em centros resolutivos, organizações VAP e redes facilitadoras. Na segunda onda, o modelo de gestão é novamente dividido, criando organizações especializadas. Centros resolutivos como os hospitais dão origem a laboratórios de diagnóstico e clínicas ambulatoriais, por exemplo. Na terceira onda ocorre a transferência de atividades entre modelos de gestão diferentes, onde determinadas enfermidades atendidas em centros resolutivos passam para organizações que atuam com processos que agregam valor. Nesta fase, empresas que conseguem integrar informações de pacientes rompem o modelo do centro resolutivo para um modelo de gestão de rede de profissionais.

Figura 4 - O efeito cascata da ruptura na assistência à saúde



Fonte: Christensen, Grossman e Hwang (2009, p. 130).

Além da inovação no modelo de gestão, a inovação disruptiva em saúde carece de mais dois capacitadores: novas tecnologias de ruptura em saúde e a adoção de uma rede de valor inovadora em saúde (Christensen; Grossman; Hwang, 2009).

4.5.2 Tecnologias disruptivas em saúde

Como visto, na primeira seção deste capítulo, no capitalismo a produção científica e tecnológica da sociedade passou a ser orientada para aumento dos lucros nos negócios capitalistas. Em consequência, houve o avanço da divisão e especialização do trabalho, acelerando a separação entre o conhecimento implícito sobre o processo e a execução do trabalho (*techne*), do conhecimento baseado em dedução lógica, ou seja, do conhecimento científico e articulado (*episteme*) (Zawislak, 1995), disponibilizando o conhecimento produzidos pelos trabalhadores como um recurso da organização.

A expropriação do conhecimento e do controle dos trabalhadores sobre a produção, junto da orientação da produção para obtenção de lucros, que exige aumento da produtividade do trabalho, houve uma grande onda de inovação tecnológica no ápice da revolução industrial. No século XX, o avanço da eletrônica deu novo impulso às tecnologias utilizadas na produção de bens, principalmente na produção industrial em massa, mas também na produção de serviços, que ganhava destaque.

Na década de 1980, a área da saúde viria a “adotar uma grande carga de inovações tecnológicas” (Gelijns; Halm, 1991), que modificaram inclusive a medicina. Desde então o grau de inovações tecnológicas em saúde tem se acentuado, se tornando cada vez mais essencial para

melhoria e ampliação dos serviços de saúde, destacando a importância dos capacitadores tecnológicos em saúde (CTS).

Os CTS são inovações tecnológicas, tecnologias disruptivas ou radicais, que colaboram com processos de ruptura impulsionando a inovação no processo de trabalho em saúde, em diversos sentidos. Na assistência à saúde, os CTS envolvem soluções técnicas como o prontuário eletrônico, a telemedicina, o uso de realidade aumentada em procedimentos, a produção de dados clínicos com o uso de dispositivos inteligentes (*gadgets*), por exemplo, que agilizam diagnósticos e tratamentos, possibilitando uma abordagem personalizada e preventiva, melhorando o atendimento e o bem-estar dos pacientes. Assim, na assistência à saúde, os CTS “nos permitem diagnosticar com precisão a causa básica da condição do paciente. Essas tecnologias incluem diagnóstico molecular, o diagnóstico por imagem e a telecomunicação em banda larga” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 15).

Na gestão em saúde, os CTS envolvem novos sistemas de informação, a integração entre sistemas e a utilização de códigos de barras e *scanners* móveis para realização de controles administrativos, por exemplo, colaboram ao automatizar processos de controle, análise, planejamento e decisão. Na gestão em saúde, a adoção de novos CTS resultam em maior e melhor disponibilidade de informações, de dados e de comunicação, criando ambientes e rotinas de trabalho mais eficientes e conectados, qualificando o processo de PODC.

Há ainda inovações que atravessam a assistência e a gestão em saúde, como o avanço da *cloud computing* (computação em nuvem), o desenvolvimento de análises a partir da *big data* (grande volume de dados disponíveis para processamento e exame) e, mais recentemente, a disponibilização de aplicações que usam inteligência artificial (IA) para resolver problemas.

No

Quadro 16 - Capacitadores Tecnológicos em Saúde é apresenta uma proposição de tipologia para classificar os Capacitadores Tecnológicos em Saúde (CTS), categorizados a partir do seu foco predominante: na gestão em saúde, na assistência à saúde ou uma combinação de ambos. Também são apresentadas algumas das características que os diferenciam, e citados alguns exemplos representativos.

Quadro 16 - Capacitadores Tecnológicos em Saúde

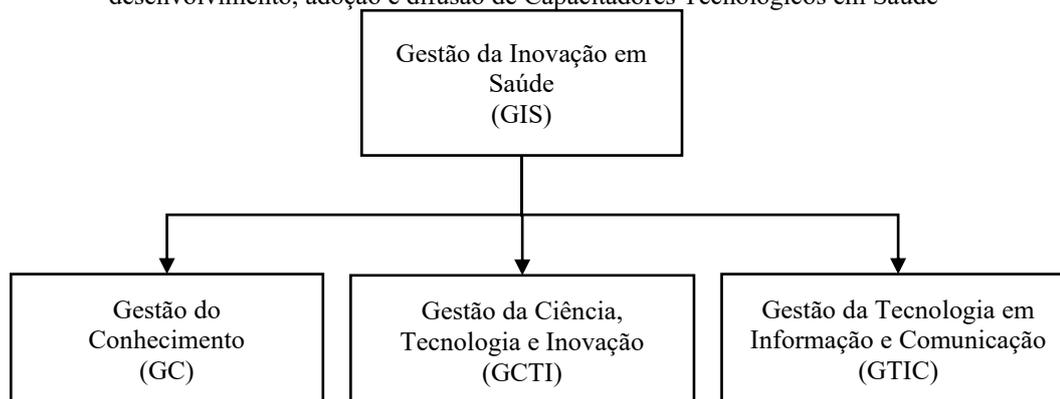
Tipo	Características	Exemplos
CTS para assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Direcionados para melhorar diagnósticos, tratamentos e cuidados. - Agilizam procedimentos clínicos e possibilitam abordagem personalizada. - Envolvem o uso de tecnologias de alto grau de impacto. - Contribuem para a eficácia do atendimento e bem-estar dos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prontuário eletrônico. - Telemedicina. - Produção de dados clínicos a partir de informações coletadas por dispositivos inteligentes (<i>mHealth</i>). - Análise genética. - Impressão em 3D de próteses, órgãos e dispositivos médicos. - Robótica, realidade virtual e realidade aumentada utilizadas em procedimentos cirúrgicos e exames.
CTS para gestão e assistência	<ul style="list-style-type: none"> - Consistem em tecnologias que são utilizadas para inovação tanto em gestão quanto na assistência em saúde. - Integram sistemas de informação para benefícios em ambas as áreas. - Incluem tecnologias de inteligência artificial (IA), <i>big data</i> e dados compartilhados na nuvem. - Buscam aprimorar a qualidade, segurança e eficácia dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computação em nuvem para armazenamento e compartilhamento de dados. - Bancos de dados e registros que utilizam <i>blockchains</i>. - Análises a partir de <i>big data</i>. - Aplicações de IA.
CTS para gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvem sistemas de informação e processos administrativos. - Buscam automatizar processos de controle, análise e planejamento. - Contribuem para a gestão eficiente de recursos e tomada de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Novos sistemas de informação. - Integração entre sistemas para eficiência operacional. - Utilização de códigos de barras, <i>Radio Frequency Identification</i> (RFID), <i>scanners</i> móveis, tablets, e outros dispositivos que coletam e gerenciam informação. - Sistemas de regulação de leitos.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Christensen, Grossman e Hwang (2009).

Para o surgimento de novos CTS, sejam na assistência ou na gestão em saúde, é necessário a conjunção de diversos elementos, como o incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento de novas tecnologias (P&D), a criação de redes de colaboração entre empresas e instituições de pesquisa (rede de valor), a formação de força de trabalho capacitada para atuar na área de ciência, tecnologia e inovação em saúde (recrutamento, treinamento e retenção de recursos humanos), a avaliação, acreditação e regulamentação de novos tratamentos e tecnologias (Avaliação Tecnológica em Saúde – ATS) e a promoção, difusão e acesso à inovação tecnológica em saúde, por exemplo.

Algumas funções administrativas colaboram com o desenvolvimento destes elementos, dentre as quais podemos destacar três exemplos: a gestão do conhecimento (GC), a gestão da ciência, tecnologia e inovação (GCTI) e a gestão da tecnologia em informação e comunicação (GTIC).

Figura 5 - Funções Administrativas da Gestão da Inovação em Saúde envolvidas no desenvolvimento, adoção e difusão de Capacitadores Tecnológicos em Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor.

A GC consiste na coordenação e exploração das fontes de conhecimento organizacional, a fim de utilizá-lo como recurso para obter vantagens competitivas (Drucker, 2001). Em outras palavras, a GC realiza a gestão dos recursos intelectuais da organização, promovendo a identificação, organização, armazenamento, disseminação e aplicação do conhecimento dentro de uma organização. Entre suas atividades estão a criação de bases de conhecimento, o fomento à pesquisa e ao desenvolvimento científico, o treinamento e a transferência de conhecimento.

Na área de saúde, diversas organizações realizam atividades de GC, participando do processo de inovação de diferentes formas. Nas instituições de assistência à saúde, como hospitais, clínicas e centros de saúde, em instituições dedicadas à pesquisa em saúde, como laboratórios de pesquisa, institutos de pesquisas e hospitais-escolas, ou em instituições de ensino, como nas escolas técnicas, faculdades e universidades, que desempenham papéis cruciais na produção, transmissão e aplicação de conhecimento atualizado. No mercado privado, empresas do ramo de saúde investem em programas de educação continuada, em sistemas de informação, na produção, gestão e análise de dados. Na área de produção científica, universidades, laboratórios e centros de pesquisa também geram conhecimento científico e melhoram práticas médicas. Na indústria, empresas farmacêuticas lideram a gestão do conhecimento por meio de intensos investimentos em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, enquanto empresas de tecnologia médica, que se concentram em inovações tecnológicas oferecem treinamentos especializados e promovem o compartilhamento de informações. Redes de saúde privadas cada vez mais investem na integração de dados clínicos, na padronização de processos e numa cultura de aprimoramento contínuo. Essas práticas ilustram como organizações privadas desempenham papéis diversos na gestão do conhecimento em saúde, influenciando desde a formação profissional até o desenvolvimento de inovações terapêuticas e aprimoramento dos serviços de saúde.

Quanto às organizações públicas, no aparelho do Estado diversos órgãos governamentais, como Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação, bem como por agências reguladoras, empresas públicas e consórcios, por exemplo, também realizam GC em saúde. O Ministério da Saúde desempenha um papel central, elaborando diretrizes e protocolos baseados em evidências, realizando campanhas educativas e promovendo pesquisas epidemiológicas. O Ministério da Ciência e Tecnologia financia pesquisas científicas na área da saúde e apoia o desenvolvimento de tecnologias para produção industrial e para os serviços de saúde. O Ministério da Educação estabelece os currículos educacionais, mantém hospitais-escolas e realiza programas de treinamento contínuo para profissionais de saúde.

As agências reguladoras, por sua vez, desempenham um papel crítico na avaliação rigorosa de medicamentos e terapias, na vigilância sanitária e na coleta e análise de dados para embasar decisões regulatórias. Há ainda as empresas públicas, que utilizam da GC para se manterem eficientes e competitivas. Coletivamente, essas instituições desempenham um papel integrado na promoção do avanço do conhecimento em saúde, desde a pesquisa até a implementação de políticas e regulamentações, colaborando para a qualidade, segurança e eficácia dos serviços de saúde. O Estado ainda realiza a conexão do sistema de saúde com o sistema nacional de inovação.

Além do mercado privado e do aparelho estatal, existem organizações internacionais e organizações coletivas não-estatais que atuam na produção e disseminação de conhecimento em saúde. Organizações internacionais de saúde, como a OPAS, desempenham um papel fundamental na coordenação e compartilhamento de conhecimento global sobre questões de saúde. Agrupamentos de voluntários em saúde, sindicatos, associações e outros tipos de organizações não-estatais levam informações a comunidades carentes, produzem espaços colaborativos online, como plataformas de dados em saúde e conferências online, facilitando o acesso a informações entre profissionais de saúde e pesquisadores.

A gestão do conhecimento em saúde é, portanto, uma atividade integrada, que abrange uma variedade de instituições e contextos para garantir a disponibilidade de informações relevantes e atualizadas para todos os envolvidos no setor de saúde, colaborando com a inovação em saúde.

Quadro 17 - Organizações envolvidas na Gestão do Conhecimento em Saúde

Setor de Atividade	Tipo de Organização	Exemplos	Atividades Desempenhadas
Estatal e privado	Instituições de Assistência à Saúde	Hospitais, clínicas, centros de saúde, saúde comunitária	Produção, transmissão e aplicação de conhecimento atualizado
	Instituições de Pesquisa em Saúde	Laboratórios de pesquisa, centros de pesquisa, institutos de pesquisas, hospitais-escolas	Geração de conhecimento científico, melhoria de práticas médicas
	Instituições de Ensino	Escolas técnicas, faculdades, universidades, empresas especializadas em treinamentos em saúde	Formação profissional, desenvolvimento de inovações terapêuticas, educação continuada e atualização profissional
	Organizações gestoras de sistemas de saúde	Gestoras de bancos de dados e de sistemas de informação, empresas especializadas em análises de dados em saúde, seguradoras e fundos na área de saúde, organizações que gerenciam sistemas de saúde	Investimento em programas de educação continuada, sistemas de informação, integração de dados clínicos, padronização de processos, cultura de aprimoramento contínuo, produção, gestão e análise de dados
	Indústria farmacêutica e de alta tecnologia	Empresas farmacêuticas, empresas produtoras de tecnologias para assistência em saúde (máquinas, aparelhos de diagnósticos, <i>softwares</i>)	Investimentos em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e inovações tecnológicas, produção e gestão da informação sobre fármacos, treinamentos especializados
	Organizações de Acreditação em Saúde	Comissão Nacional de Acreditação (CNA), Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Avaliação e certificação de padrões de qualidade em serviços de saúde, promoção de boas práticas e segurança em saúde
Estatal	Órgãos Governamentais	Ministério da Saúde, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, Ministério da Educação, Agências Reguladoras, Empresas Públicas da área de saúde e da educação, Consórcios, Órgãos de Controle, Poder Judiciário	Elaboração de diretrizes e protocolos, campanhas educacionais, pesquisas epidemiológicas, financiamento de pesquisas científicas, desenvolvimento de tecnologias, estabelecimento de currículos educacionais, avaliação rigorosa de medicamentos e terapias, vigilância sanitária, coleta e análise de dados para decisões regulatórias, manutenção de hospitais-escolas, treinamento contínuo para profissionais de saúde, normatização de procedimentos, regimentos.
Estatal	Organizações Internacionais	OMS, OPAS	Coordenação e compartilhamento global de conhecimento sobre questões de saúde
Privado	Não-estatais	Voluntários em saúde, Sindicatos, Associações, outras organizações não-estatais	Levar informações a comunidades carentes, produção de espaços colaborativos online, facilitação do acesso a informações entre profissionais de saúde e pesquisadores

Fonte: Elaborado pelo autor.

A GCTI, por sua vez, tem como atribuições coordenar e apoiar estrategicamente as atividades científicas, promovendo pesquisa, desenvolvimento tecnológico e difusão das inovações. A GCTI desempenha um papel vital na conexão entre os diversos agentes e instituições em torno da inovação em saúde, criando uma rede colaborativa que acelera a

avaliação de descobertas científicas. A GCTI também atua na captação e gestão de recursos para a realização de pesquisas e incorporação de novas tecnologias, sejam recursos financeiros, sejam os próprios fatores de produção. A GCTI também atua na garantia da propriedade intelectual sobre o conhecimento produzido. Em suma, a GCTI formula e implementa políticas específicas para o desenvolvimento da ciência, o avanço tecnológico e a inovação nas organizações de saúde.

A GTIC, por seu turno, busca otimizar o uso e o impacto das tecnologias em informação e comunicação, gerenciando eficiente os recursos tecnológicos, sistemas de informação e redes de comunicação para apoiar os objetivos e processos de uma organização. Em outras palavras, a GTIC é conhecida como área responsável pela informatização do trabalho, e pela gestão dos equipamentos e sistemas de informação. Nas organizações que lidam com a saúde, a GTIC consiste no conjunto de estratégias e ações que buscam promover a criação, desenvolvimento e utilização de novas TICs na área da saúde. O objetivo principal da GTIC é tornar o trabalho em saúde mais produtivo, através de melhoria da qualidade e do aumento da disponibilidade de informação em saúde com o uso de tecnologias.

O gerenciamento de sistemas estratégicos de Tecnologia da Informação (TI) é uma das atividades mais demandantes em termos de capacidades de gestão, uma vez que o desempenho dessa área pode levar ao alcance de melhores resultados. É difícil aferir os benefícios que os sistemas de informação trazem, pois eles não são claramente individualizados frente a todos os demais fatores organizacionais (Malik, 2014, p. 115).

A GTIC em saúde não se restringe somente a demandas internas, da própria organização, ela também é necessária para atender demandas externas de informações, como seus consumidores, fornecedores, organizações parceiras, redes de instituições ou órgãos de controle, por exemplo. A GTIC é responsável pela estrutura de informação e comunicação utilizada pelos serviços de saúde. Atividades como a implementação e otimização de sistemas eletrônicos destinados à gestão e à assistência em saúde, a introdução de soluções como prontuários eletrônicos, os sistemas de regulação de leitos, as plataformas de informações de vigilância em saúde, bem como a implantação de equipamentos, sistemas e treinamento para telemedicina, fazem parte da GTIC em saúde

O Quadro 18 apresenta um resumo das três funções administrativas citadas e exemplos de atividades relacionadas com o desenvolvimento e difusão de novos CTS. É importante observar que tanto GC, quanto GCTI ou GTIC, realizam atividades conexas e interligadas. Inclusive, em muitas instituições tais atividades estão sob responsabilidade de um mesmo setor.

Quadro 18 - Funções Administrativas da Gestão da Inovação em Saúde

Função Administrativa	Foco de Ação	Atividades Realizadas	Atividades relacionadas com os capacitadores tecnológicos em saúde:
Gestão do Conhecimento (GC)	Captura, criação, compartilhamento e aplicação do conhecimento organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação e documentação de conhecimento tácito e explícito - Desenvolvimento de sistemas de gestão de conhecimento - Estímulo à colaboração e troca de informações - Treinamento e capacitação para disseminar conhecimentos - Compartilhamento da informação - Avaliação de impacto da gestão do conhecimento nas metas organizacionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de protocolos clínicos baseados em evidências - Criação e gestão de bases de dados clínicos e de práticas em saúde - Criação e gestão de bases de dados de gestão, para controles de estoque, de patrimônio, de recursos humanos, de contratos, entre outros - Programas de treinamento para equipes de saúde - Avaliação do impacto de práticas inovadoras na qualidade dos cuidados de saúde
Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação (GCTI)	Desenvolvimento e aplicação de conhecimentos científicos e tecnológicos para inovação	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão dos recursos disponíveis para inovação - Formulação e implementação de políticas de ciência, tecnologia e inovação - Coordenação de projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico - Estímulo à integração entre instituições de pesquisa e setor produtivo - Promoção da proteção intelectual e transferência de tecnologia - Gestão de parcerias estratégicas com universidades e centros de pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciamento da pesquisa e desenvolvimento de novas terapias - Parcerias com outras organizações para financiamento e produção de pesquisas em saúde - Acompanhar as tendências e tecnologias emergentes em saúde - Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS) para avaliar a viabilidade e eficácia de novas tecnologias e práticas na área da saúde. - Planejamento e execução da adoção de tecnologias avançadas para diagnóstico e tratamento
Gestão da Tecnologia em Informação e Comunicação (GTIC)	Planejamento e controle dos recursos e processos relacionados à tecnologia da informação e comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de planos estratégicos de TI - Gerenciamento dos sistemas e da infraestrutura de tecnologia - Implementação de políticas de segurança da informação - Monitoramento, avaliação, seleção e implementação de novas TIC - Suporte técnico e treinamento para usuários 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de sistemas de eletrônicos para gestão e assistência em saúde (como prontuário eletrônico, regulação de leitos, sistema de informações em vigilância) - Integração de sistemas de informação e de comunicações para melhorar a eficiência operacional - Garantia da segurança da informação em saúde - Implementação de novas TIC na assistência em saúde, como prontuário eletrônico - Suporte técnico especializado aos sistemas de informação em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.5.3 Redes para inovação de ruptura em saúde

O terceiro capacitador da ruptura para inovação na gestão em saúde consiste na “junção de uma cadeia de valor independente com os novos modelos de gestão pelos quais são viabilizados os serviços de saúde” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 20). Este conceito é inspirado na proposição de cadeia de valor de Porter (1985), e, conseqüentemente, no conceito de valor, segundo proposto por Porter.

Diferente da compreensão materialista-histórica dialética, que compreende valor como quantidade de trabalho socialmente necessária para produção de uma mercadoria (Marx, 2017), de acordo com Porter (1985), o valor é gerado quando uma empresa consegue oferecer produtos ou serviços percebidos pelos consumidores como superiores em relação aos concorrentes. A satisfação do cliente é um componente fundamental na criação de valor, segundo Porter (1985), pois um cliente satisfeito é mais propenso a perceber o produto ou serviço como superior em relação aos concorrentes. Esta percepção positiva do cliente pode resultar em lealdade à marca, em *marketing* positivo e, conseqüentemente, na criação de valor para a empresa. Nessa perspectiva, o valor pode ter duas origens distintas: o valor econômico e o valor social (Porter; Kramer, 2011).

O valor econômico está associado aos ganhos financeiros e à maximização de lucros, fundamentando-se principalmente no aumento da eficiência operacional (taylorismo, fordismo, toyotismo), que resulta em ganhos financeiros por meio do aumento da produtividade e pela redução de custos. Ao adicionar novas características a um produto, como oferecer serviços de transporte até o endereço do cliente ou um preço menor, a empresa contribui para a satisfação do cliente.

Na perspectiva materialista histórica dialética, apresentada na primeira seção, essas novas características agregadas à mercadoria ocorrem em razão da adição de novas formas de trabalho, em quantidade ou em qualidade, seja trabalho-vivo (força de trabalho) ou trabalho-morto (instalações, máquinas, insumos), que modificam também a produtividade do trabalho, alterando a quantidade de trabalho necessário para produzir uma determinada mercadoria (Marx, 2017). Assim, a perspectiva marxista considera que organizações com forças produtivas idênticas, operando com mesma eficiência organizacional, possuem o mesmo nível de produtividade, ou seja, possuem o mesmo grau de desenvolvimento das forças produtivas. Conseqüentemente, o valor produzido é o mesmo em ambas organizações.

De forma análoga, segundo Porter (1996), o valor econômico é limitado pela fronteira da produtividade, ou seja, pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas. A fronteira da

produtividade se refere a um nível de eficiência máxima que uma empresa pode atingir ao adotar “todas as melhores práticas existentes” (Porter, 1996, p. 62), ou seja, é o ponto em que a empresa a maximiza a produção em relação aos recursos disponíveis.

A fronteira da produtividade está em constante mudança para fora à medida que novas tecnologias e abordagens de gestão são desenvolvidas e à medida que novos insumos se tornam disponíveis [...]. A melhoria constante da eficácia operacional é necessária para alcançar rentabilidade superior. No entanto, geralmente não é suficiente. Poucas empresas competiram com sucesso com base na eficácia operacional durante um período prolongado, e ficar à frente dos rivais fica mais difícil a cada dia. A razão mais óbvia para isso é a rápida difusão de melhores práticas. Os concorrentes podem imitar rapidamente técnicas de gestão, novas tecnologias, insumos melhorias e formas superiores de atender às necessidades dos clientes (Porter, 1996, p. 63).

A partir desta análise, Porter conclui que a competição capitalista baseada apenas em preços pode levar a uma situação na qual “a melhoria da eficácia operacional é insuficiente [...], quanto mais *benchmarking* as empresas fazem, mais elas olham parecido” (Porter, 1996, p. 64), processo conhecido como isomorfismo (DiMaggio; Powell, 2005). Nesses casos as empresas buscam retomar os ganhos financeiros mediante estratégias de diferenciação, envolvendo aspectos como qualidade, inovação, experiência do cliente e outros fatores, para aumentar o valor econômico.

O capitalismo é um veículo sem paralelo para satisfazer as necessidades humanas, melhorar a eficiência, criar empregos e construir riqueza. Mas uma concepção estreita do capitalismo impediu que as empresas aproveitassem todo o seu potencial para enfrentar os desafios mais vastos da sociedade [...]. O propósito da corporação deve ser redefinido como criadora de valor compartilhado, e não apenas lucro em si. Isto impulsionará a próxima onda de inovação e crescimento da produtividade na economia global. Também remodelará o capitalismo e a sua relação com a sociedade (Porter; Kramer, 2011, p. 4).

Como alternativa para atingir vantagem competitiva, além do valor econômico, a empresa tem como possibilidade inovar para criar valor social (Porter; Kramer, 2011). O conceito de valor social incorpora a ideia de que as empresas podem criar benefícios para si e para sociedade, simultaneamente, por meio de estratégias de negócios orientadas para questões como responsabilidade social e sustentabilidade ambiental, por exemplo. Essa perspectiva propõe uma redefinição do objetivo das empresas na sociedade capitalista, vinculando sucesso financeiro a um impacto social positivo.

A cadeia de valor, por sua vez, representa uma estratégia de criação de valor, econômico ou social, através da análise e gestão das atividades internas da empresa, identificando aquelas atividades que criam, produzem e entregam valor. Assim, o modelo da cadeia de valor é uma ferramenta estratégica que permite às empresas entenderem melhor o processo de criação de valor em suas operações internas. Essas atividades podem ser divididas em duas categorias, as atividades primárias (logística interna, operações, logística externa, marketing e vendas,

serviços) e atividades de apoio (infraestrutura da empresa, gestão de recursos humanos, desenvolvimento tecnológico, aquisição). “A empresa ganha vantagem competitiva pela forma como configura a cadeia de valor, ou o conjunto de atividades envolvidas na criação, produção, venda, entrega e suporte de seus produtos ou serviços” (Porter; Kramer, 2011, p. 6).

A cadeia de valor não pode ser confundida com a estrutura organizacional da empresa. A estrutura organizacional demonstra a localização das atividades da empresa e as relações entre estas atividades, podendo ser expressa no organograma organizacional. O organograma é uma forma de ilustrar as relações formais da estrutura organizacional, como a hierarquia e a divisão de competências e responsabilidades. Já a análise da cadeia de valor é frequentemente utilizada como parte do processo de planejamento estratégico para otimizar a operação interna, melhorar a qualidade do produto, reduzir custos, identificar áreas de inovação e atender melhor às necessidades dos clientes.

Embora o conceito de cadeia de valor seja proposto inicialmente para avaliar as atividades internas de uma empresa, também é possível estender seu conceito para considerar aspectos externos. Nesse sentido, a compreensão da cadeia de valor é aplicada para analisar e gerenciar as atividades externas à organização que são relevantes para criação de valor, como a aquisição de suprimentos, a distribuição das mercadorias produzidas e a adoção de inovações tecnológicas, por exemplo. Assim, análise da cadeia de valor externa possibilita identificar a rede de valor existente.

A rede de valor, por sua vez, consiste nas relações da organização e os seus parceiros de negócios, que desempenham papéis cruciais no processo de criação e entrega de valor a um cliente. Isso pode incluir fornecedores de matérias-primas, fabricantes, distribuidores, varejistas e outros parceiros comerciais. Assim, uma rede de valor “é o contexto dentro do qual uma empresa estabelece seu modelo de gestão, trabalhando com fornecedores e parceiros de canal ou distribuidores, para que juntos possam responder lucrativamente às necessidades comuns de um dado segmento de consumidores” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 202).

Considerando o conceito de valor proposto por Marx (2017) como referência teórica que orienta este estudo, optou-se por utilizar “rede”, sem o uso do sufixo “de valor”, como termo que designar as relações de uma organização com seus parceiros de negócios. Nesse sentido, a rede inovadora é entendida como uma estrutura de governança (Lopes; Baldi, 2009) para promover a inovação de ruptura em saúde (Christensen, Grossman e Hwang, 2009). “Como estrutura de governança a rede equipara-se a outras opções estruturais como a decisão por verticalizar ou terceirizar as atividades de uma organização” (Lopes; Baldi, 2009, p. 1009).

Para compreender os efeitos que a adoção de uma estrutura em redes pode produzir, é necessário empregar uma perspectiva de análise de redes, que pode focar apenas na sua funcionalidade como também nos seus efeitos políticos e na capacidade diferencial dos atores da rede (como estrutura de governança) se beneficiarem, ou não, dela. Assim, quem o faz adota uma ideologia, podendo dar destaque aos ganhos de eficiência, à melhoria na posição estratégica das organizações envolvidas, à compreensão de como se deu a formação dessa estrutura, ao impacto sobre o desenvolvimento local, às transformações no espaço em que ela opera, às acumulações de poder ou perdas de poder por determinados atores no espaço de abrangência dessa rede e mesmo sobre as pessoas que serão direta ou indiretamente afetadas por tal rede (Lopes; Baldi, 2009, p. 1009).

De acordo com Christensen, Grossman e Hwang (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 204), os modelos de gestão das organizações que compõem uma rede em saúde tendem a ser compatíveis entre si. Dessa forma, organizações com modelos de gestão em saúde inovadores e de baixo potencializam suas capacidades inovativas quando constituem novas redes, com organizações que possuem maior aptidão para inovação.

Além da compatibilidade entre os modelos de gestão das organizações que compõem a rede para inovação, os autores observam que as redes já instituídas no âmbito da saúde possuem um poder de cooptação, que funciona como uma barreira de resistência à inovação de ruptura. “Quando inovadores de ruptura procuram comercializar suas inovações dentro da rede de valor já consagrada em seus respectivos setores, ou o sistema rejeita esse movimento, ou então coopta a potencial ruptura, fazendo com que se amolde à velha rede de valor para sobreviver” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 204). Dessa forma, enquanto inovações do tipo incremental e sustentáveis ocorrem em “cadeias de valor ou ecossistema comercial que lhe precede”, as inovações radicais e disruptivas em saúde dependem de novas de redes de valor.

As redes no setor de assistência à saúde são orientadas por um mecanismo que rege o modo como agem e interagem seus atores: o sistema de pagamento (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 206). O sistema de pagamento em saúde é instituído em torno de contratos estabelecidos entre as organizações que compõem a rede de assistência em saúde e também outras instituições, como os empregadores de força de trabalho que contratam planos de seguro saúde para seus empregados, pagando um valor conforme o tamanho da população coberta.

As empresas de planos de saúde, por sua vez, realizam contratos com hospitais, que cobram por serviços prestados, mas que podem instituir cobranças variáveis conforme o plano de saúde aumentar o volume de pacientes encaminhados para aquele hospital. Assim, o sistema de pagamento privilegia a produção de serviços de saúde em modelos de gestão mais caros, como os hospitais, ao invés de encaminhar pacientes que poderiam ser atendidos em um modelo de gestão de menor custo, como a atenção primária.

Em vez de abri-las para a ruptura, o sistema sustenta estas instituições, mantendo-as tão lotadas quanto possível. Essa estreita interdependência é uma característica de todas as redes de valor – e uma das principais razões pelas quais a ruptura, uma vez implementada, acarreta invariavelmente a criação de uma nova rede de valor (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 206).

Ao considerar que os serviços de saúde são mercadorias, sendo sua gestão orientada pelo lucro e as relações sociais necessárias para sua produção mediadas por contratos, os autores concluem que, no modelo do SNS estadunidense, “de um modo geral, os profissionais da saúde não lucram com a manutenção da saúde dos pacientes, mas prestando serviços quando eles estão doentes” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 209). E, em razão de resistências como o poder de cooptação, a rede cria laços de interdependência, de forma que “o sistema de contratos torna menos atraente as oportunidades de fora para os que estão dentro” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 207).

Nesse sentido, os autores propõem que para ocorrer inovação de ruptura é preciso “criar um modelo de gestão inteiramente diferente” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 213). Contudo, apesar do crescimento no surgimento de novos e mais avançados CTS, que forcem a assistência à saúde mover-se de uma medicina intuitiva para a medicina empírica e medicina de precisão, os modelos de gestão inovadores “tem seu potencial de ruptura em grande medida cooptado pelo sistema atual” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 209).

A maior parte do sistema de saúde se encontra tão desintegrada e especializada, que os atuais agentes do setor de saúde carecem, em sua maioria, de escala e escopo para criar uma nova arquitetura de sistema. [...] Muitas vezes esses agentes se veem impedidos de melhorar porque alimentam objetivos diferentes e não raro conflitantes. [...] Poucos são os atores do atual sistema de saúde dotados de escopo e escala para estruturar uma rede de valor de ruptura. Assim sendo, se não é possível à maioria dos agentes atuais montar uma nova rede de valor de ruptura, a quem devemos recorrer? A entidade ideal para formar a rede de ruptura é aquela cuja fórmula de lucro predominante faça dinheiro mantendo-nos saudáveis, e não apenas bem. Aquela cuja incumbência para conosco seja longa o bastante para que se disponha a gastar mais hoje, se necessário, a fim de poupar somas maiores no futuro (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 209).

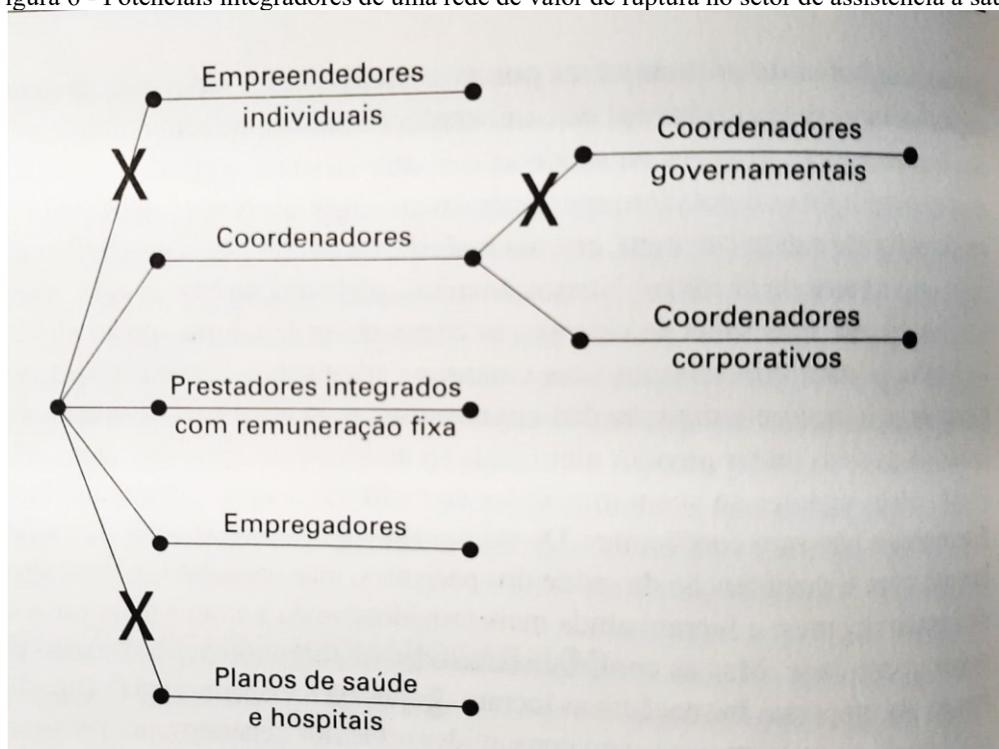
Como possíveis agentes da mudança, ou, em outras palavras, no sentido schumpeteriano, possíveis empreendedores, os autores apontam uma série de atores potenciais, ou seja, que poderiam exercer a tarefa de integrar um conjunto de outros atores com modelo de gestão inovadora. Entre os integradores potenciais estão: os empreendedores individuais; os coordenadores governamentais e os coordenadores corporativos; os prestadores integrados com remuneração fixa; os empregadores; e, os planos de saúde e hospitais.

Em relação aos empreendedores individuais e aos planos de saúde e hospitais, os autores afirmam que “estão não terão como assumir este papel” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 210) pois são organizações de saúde que lucram quando os usuários do sistema estão doentes.

Da mesma forma, os autores afirmam que “esperar até algum contingente de empreendedores independentes implemente o novo sistema, ou pedir aos governos para coordenarem as mudanças necessárias, levará muito tempo e se mostrará ineficaz” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 209). Em relação aos governos, os autores acreditam que em democracias, o sistema de governo não tem capacidade de inovar. Pelo contrário, a democracia “é um bom sistema de governo, quando a maneira como as coisas eram é como elas devem continuar sendo” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 211). Nesse sentido, os autores afirmam que é necessário que aqueles que dispõem de meios de influência e atração pressionem os governos, seja para preservar o modelo vigente, seja para modificar políticas regulatórias “em face de uma oportunidade de ruptura” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 211).

Restando, portanto, a tarefa de integrar novas redes de ruptura em saúde aos coordenadores corporativos, aos prestadores integrados com remuneração fixa e aos empregadores. “Representamos nossa falta de confiança em tais soluções marcando com um X os caminhos que correspondem a elas” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 210) na Figura 6.

Figura 6 - Potenciais integradores de uma rede de valor de ruptura no setor de assistência à saúde



Fonte: Christensen, Grossman e Hwang (2009, p. 210).

Os coordenadores corporativos consistem em organizações grandes e poderosas, como grupos de empresas, que tomam a tarefa para si, para definir a arquitetura do novo sistema, como os participantes irão interagir e por fim, como será o sistema de pagamento, gerando um novo conjunto de empresas e instituições que ocupem os papéis necessários na nova estrutura.

Estas redes devem também incluir um novo sistema de pagamento e seguro, bem como prontuários eletrônicos, mantido em formato padrão, que funcionam como uma “cola” que une todo uma gama de instituições especializadas. “Mas não há muitas empresas no mundo que possam desempenhar o papel de coordenador” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 214).

Os prestadores integrados com remuneração fixa, por sua vez, são os grandes prestadores, “que criam e reúnem todos os elementos necessários da nova rede de valor” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 214). Estas empresas operam seus próprios sistemas de seguro e de pagamento, os médicos são assalariados e não profissionais independentes, as instituições de assistência à saúde quem compõem estes grupos são especializadas e atuam sob a lógica de um dos três modelos de gestão de ruptura em saúde. “Essas organizações são grandes empregadores e contratantes, criaram e operam um sistema de informação que cola diferentes prestadores uns aos outros, para que jamais algum paciente venha cair numa brecha entre eles” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 214), ou seja, fique desassistido e procure outro prestador de serviço de saúde. Com pagamentos fixos e mantendo o usuário ligado a empresa por mais tempo que outros modelos, tais estruturas integradas permitem gastar mais recursos com diagnóstico, gerando economia em outros pontos e ao longo do tempo. Assim, também é possível investir e verificar a rentabilidade de investimentos em inovação ao longo prazo.

O terceiro grupo de organizações dotadas de potencial integrativo para criar uma rede de ruptura em saúde inteiramente nova é composto pelos grandes empregadores. A motivação inicial pode ser a redução de custos com os planos de saúde que pagam aos seus assalariados, contudo, “se observarmos o que fazem, parece bastante plausível que muitos deles venham a se integrar para gerenciar a assistência médica de seus empregados de forma mais proativa. Ora quanto mais produtivos e saudáveis os empregados, mais o lucro dos empregadores” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 219).

Os autores destacam ainda que a importância da assistência à saúde nas estratégias de recurso humanos é capaz de fazer empregadores não implementarem mudanças nas políticas de saúde com medo de gerar conflitos com os empregados. Assim, mesmo que os grandes empregadores optem por não atuarem diretamente na “provisão do primeiro nível da assistência médica aos seus empregados, poderão, ainda assim, preencher uma função importante coordenando – mediante algumas alterações políticas de alto impacto, a rede de valor de ruptura na assistência à saúde” (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 231). Os grandes empregadores também podem ajudar a fomentar e consolidar estabelecimentos com modelos de gestão inovadores, encaminhando seus empregados para tratamento nestes locais. Também podem contratar empresas em rede, que lucram mantendo os pacientes saudáveis.

Por fim, os autores concluem que a entidade ideal, capaz de criar e integrar nova rede de ruptura em saúde, e a quem se deve confiar a responsabilidade pelo gerenciamento do sistema de saúde, possui as seguintes características:

1. Ter uma perspectiva de longo prazo, de modo a estar disposto a gastar mais com saúde hoje, se necessário, a fim de economizar a longo prazo;
 2. Lucrar nos mantendo saudáveis, e não quando adoecemos;
 3. Conhecer os pacientes pessoalmente e importar-se com eles;
 4. Ocupar uma posição geográfica que lhe permita prestar atendimento de forma conveniente;
 5. Ser capaz de implementar as mudanças necessárias com relativa resolução.
- (Christensen; Grossman; Hwang, 2009, p. 214).

4.6. Conclusão do capítulo

A compreensão dos serviços de saúde a partir da teoria do valor revela a condição destes serviços enquanto mercadorias, produto do trabalho exercido sobre relações capitalistas de produção, com acesso somente a partir de relações de troca, ou seja, através do comércio, da compra e da venda, que torna uma parte destes serviços inacessíveis para a classe trabalhadora. Por outro lado, os serviços de saúde funcionam como forma de manter disponível a força de trabalho necessária para o sistema capitalista manter-se em funcionamento, ou seja, produzir, reproduzir e manter contingentes suficientes da classe trabalhadora em condições laborais, de onde surge o interesse dos capitalistas por manter uma quantidade mínima destes serviços.

Nesse sentido, a compreensão tanto da inovação quanto da saúde enquanto fenômenos sociais complexos, moldados por relações sociais de produção, implica em considerar na pesquisa em gestão da inovação em saúde não apenas as dimensões técnicas, mas também as implicações econômicas, sociais e políticas envolvidas.

As mercadorias de saúde, enquanto produtos de relações industriais de produção, podem ser diferenciadas como produtos tangíveis, os bens de saúde, ou produtos intangíveis, os serviços de saúde, conforme definido pelo Manual de Oslo (OCDE, 2005). Os bens para a saúde abrangem insumos, máquinas, instalações e equipamentos físicos, produzidos em local e momentos distintos de onde e quando serão utilizados, enquanto os serviços de saúde ocorrem pela interação direta entre profissionais e pacientes, exigindo a presença do trabalhador de saúde para produzir o serviço que será utilizado, inclusive nos atendimentos remotos.

No que tange aos serviços de saúde, verificou-se que a tipologia quádrupla dos serviços, proposta por Howells *et al.* (2004) e adotada pela OCDE (2005), categoriza os serviços com base em transformações físicas, processamento de informação, criação de conhecimento e interações com pessoas, evidencia a diversidade e a necessidade de abordagens específicas para

impulsionar a inovação nesse setor. Nesse sentido, os serviços, de todos tipos, não podem ser armazenados, estocados ou redistribuídos, por exemplo, possuindo uma dinâmica de produção e dos processos de inovação mais complexas do que os produtos. Na área da saúde, a prestação de serviços abrange desde a assistência direta, como os serviços médicos, até áreas de apoio técnico, administrativo e de gestão.

A utilização da teoria do valor também destaca a influência das relações sociais de produção capitalistas que moldam a organização do trabalho em saúde, desde as práticas médicas antigas até a medicina moderna. Nesse cenário, a prática dos serviços de saúde, transformada em mercadoria, é submetida às leis do mercado e passa a ser orientada pelo objetivo de lucro das empresas. Essa lógica capitalista na produção e distribuição de serviços de saúde influencia a acessibilidade e a desigualdade na obtenção de cuidados de saúde com base nos recursos financeiros disponíveis.

Outra dimensão da saúde, intrínseca ao capitalismo, refere-se ao desgaste físico e mental dos trabalhadores, que não apenas compromete a força de trabalho, mas também revela uma contradição fundamental na exploração capitalista, que destrói a principal força produtiva capaz de gerar riqueza. Como forma de enfrentar as precárias condições de trabalho e de vida, a classe trabalhadora organizou formas de agir solidariamente para prestar assistência aos mais necessitados. Com outro objetivo, considerando a importância da força de trabalho como fator produtivo, os capitalistas também se interessaram pelo nível de saúde dos trabalhadores, em razão do nível de produtividade que pode ser alcançado. Dessa forma, os empregadores também passaram a construir instituições para assistência à saúde dos seus trabalhadores, incluindo suas famílias.

Como visto, ao longo do século XIX, o Estado passou a editar normas e desenvolver políticas públicas sanitárias a fim de preservar a força produtiva de seus territórios. Entretanto, o acesso à saúde como uma questão de classe não surgiu no capitalismo. Pode-se “examinar as práticas de saúde, voltadas para o coletivo e o ambiente, em distintos modos de produção” (Paim, 2006b, p. 119), desde antes dos romanos e dos gregos. Contudo, é no capitalismo que o Estado passa a se responsabilizar por garantir formas de proteção social à população, incluindo o acesso à serviços de saúde. Assim, a partir da luta de classes, os Estados passaram a responsabilizar-se pela organização dos serviços de saúde, desenvolvendo diferentes Sistemas Nacionais de Saúde, como forma de garantir a disponibilidade da mercadoria força de trabalho em quantidade e condições necessárias para reprodução do modo capitalista.

A trajetória histórica das abordagens sobre saúde no contexto do capitalismo revela uma evolução significativa nas políticas públicas e no entendimento da relação entre Estado,

sociedade e práticas médicas. Desde a Medicina de Estado nos séculos XVII-XIX, onde a medicina era instrumentalizada para manter a ordem social e controlar a saúde da população, até a emergência da Nova Saúde Pública na década de 1990, marcada por uma abordagem científica e integradora, a concepção de saúde pública passou por diversas transformações. Da mesma forma, observa-se que, assim como a estrutura do Estado e a Administração Pública são reformados continuamente para se adaptar às mudanças no modo de produção capitalista, a compreensão de saúde também se modifica. As novas relações sociais, estabelecidas através do trabalho assalariado, estabeleceram “um significado novo, original, que adquirem os corpos humanos, como sede da força de trabalho” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 349).

Apesar das limitações intrínsecas ao modelo capitalista em dispor de serviços de saúde em quantidade, qualidade e acessibilidade suficientes, a administração em saúde desempenha um papel decisivo para garantir o funcionamento eficiente dos serviços e sistemas de saúde. Também denominada gestão em saúde, a administração em saúde é uma atividade multifacetada. Suas funções abrangem planejamento, organização, comando, controle e coordenação. Envolvendo a organização de instalações, instituições e força de trabalho capacitada, a administração em saúde visa manter e melhorar a qualidade da atenção prestada.

A gestão em saúde não se restringe a atividades tradicionais ou burocráticas, incluindo a gestão da qualidade, gestão estratégica, gestão financeira, gestão de insumos e gestão de custos na atenção à saúde. Ela se estende por diversas áreas e organizações, sejam públicas ou privadas, cada uma com características específicas alinhadas aos seus objetivos e estratégias. A gestão em saúde é exercida por profissionais de diferentes áreas, como enfermeiros, farmacêuticos e médicos reguladores, que desempenham papéis gerenciais em diversas unidades de saúde, como clínicas, postos de saúde, hospitais, farmácias ou laboratórios, por exemplo. No contexto brasileiro, a gestão em saúde também incorpora a função de controle social, permitindo a participação da população na decisão e avaliação das políticas públicas.

Considerando a importância da inovação na melhoria dos serviços de saúde, a gestão da inovação em saúde (GIS) destaca-se como atividade essencial nos serviços de saúde, visando aumentar a produtividade do trabalho, reduzir custos e desenvolver novas soluções em saúde. A GIS abrange inovações tanto na assistência em saúde quanto na gestão, contribuindo para aprimorar a qualidade, eficácia e eficiência dos serviços de saúde, considerando questões como a incerteza de retorno dos recursos investidos ou possibilidade de ocorrer conflitos nos processos de inovação em saúde, por exemplo. Nesse contexto, Christensen, Grossman e Hwang (2009), propuseram um modelo de estrutura de governança da GIS, fundamentado na teoria da inovação de ruptura.

O modelo de GIS proposto é fundamentado em três elementos, em outras palavras. três capacitadores de ruptura em saúde, que incluem: a inovação no modelo de gestão, a implementação de tecnologias sofisticadas simplificadoras e a adoção de uma cadeia de valor inovadora e economicamente coerente. O primeiro capacitador, a inovação no modelo de gestão do negócio, que visa reduzir custos, aumentar a disponibilidade e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. O segundo capacitador abrange a adoção de tecnologias de ruptura, ou seja, de capacitadores tecnológicos de saúde, que simplificam processos de trabalho por meio da implementação de tecnologias avançadas. O terceiro capacitador destaca o desenvolvimento de uma cadeia de valor economicamente viável, alinhada ao novo modelo de gestão e às tecnologias de ruptura.

Segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009), os capacitadores, individualmente, estabelecem condições para a inovação de ruptura em saúde, mas que podem ser ainda mais potencializados por reformas nas regras e padrões, que são consideradas inovações adicionais que atacam as limitações infraestruturais, ou seja, inovações nas normas e regramentos. Conforme visto no capítulo 2, estas mudanças nas regras e padrões, incluindo as reformas do Estado, atendem necessidades dos capitalistas de tentar retomar padrões de acumulação, reduzidos em períodos de crise do capital, bem como expandir a valorização do valor.

Tendo como referência o caso dos altos custos médicos do modelo de pagamento por serviço do sistema de saúde estadunidense, fundamentado em seguros privados, Christensen, Grossman e Hwang (2009) destacam a necessidade de inovação nos modelos de gestão em serviços de saúde para reduzir custos, melhorar a qualidade e aumentar a acessibilidade à saúde. Segundo os autores, um modelo de gestão é formado por quatro elementos interdependentes: a proposição de valor, os recursos necessários, os processos de trabalho e a fórmula de lucro. A partir disto, os autores propõem três modelos de gestão de ruptura em saúde: os centros resolutivos, as organizações com processos de agregação de valor e as redes facilitadoras.

Cada modelo de gestão possui características distintas, formas de pagamento e tipos de medicina associados diferentes. Hospitais, por exemplo, podem adotar modelos mistos, atuando como centros resolutivos, organizações de valor agregado e redes facilitadoras. A complexidade decorrente da utilização de modelos mistos, no entanto, pode gerar incoerências internas, dificultando a identificação de recursos mais produtivos. As fases propostas para o processo de inovação em modelos de gestão na assistência à saúde envolvem a divisão de modelos mistos, a criação de organizações especializadas e a transferência de atividades entre modelos diferentes.

Além da inovação no modelo de negócios, a adoção de Capacitadores Tecnológicos em Saúde (CTS) tem sido uma peça fundamental para impulsionar inovações nos processos de trabalho no contexto do avanço tecnológico na área da saúde. Ao longo do século XX, a revolução industrial e o advento da eletrônica trouxeram inovações significativas para a produção de bens e serviços, incluindo a medicina. Na década de 1980, a saúde testemunhou uma onda de inovações tecnológicas que transformaram a prática médica, destacando-se o diagnóstico molecular, diagnóstico por imagem e a telecomunicação em banda larga (Gelijns; Halm, 1991). Desde então, a evolução dessas tecnologias tem se acelerado, desempenhando um papel essencial na melhoria e expansão dos serviços de saúde. Os CTS na assistência à saúde estão intrinsecamente ligados a soluções técnicas que revolucionam diagnósticos, tratamentos e cuidados. A introdução de prontuários eletrônicos, telemedicina, realidade aumentada em procedimentos e a coleta de dados clínicos por dispositivos inteligentes (gadgets) agilizaram procedimentos clínicos e permitiram abordagens mais personalizadas e preventivas. Tecnologias como diagnóstico molecular e a aplicação de inteligência artificial na medicina tornaram possível uma compreensão mais precisa das condições dos pacientes, exemplificando a transformação do cenário médico (Christensen; Grossman; Hwang, 2009).

Além da assistência, os CTS também impactam significativamente a gestão em saúde, introduzindo novos sistemas de informação, integração entre sistemas e o uso de tecnologias como códigos de barras e scanners móveis. Essas inovações automatizam processos de controle, análise, planejamento e decisão, resultando em maior disponibilidade de informações e comunicação, qualificando os processos de Planejamento, Organização, Direção e Controle (PODC) na gestão de saúde. A computação em nuvem, análise de big data e inteligência artificial surgem como elementos-chave na transformação da gestão em saúde, representando uma combinação de tecnologias disruptivas que redefinem a eficiência operacional. Para que novos CTS surjam e se consolidem na assistência e gestão em saúde, é essencial a convergência de vários elementos. A promoção da pesquisa e desenvolvimento (P&D), a criação de redes de colaboração entre empresas e instituições de pesquisa, a formação de uma força de trabalho qualificada, a avaliação e regulamentação de novas tecnologias e a promoção do acesso à inovação tecnológica são fatores críticos. Nesse contexto, funções administrativas como a Gestão do Conhecimento (GC), Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação (GCTI) e Gestão da Tecnologia em Informação e Comunicação (GTIC) desempenham papéis essenciais, atuando de maneira integrada para impulsionar o desenvolvimento, adoção e difusão dessas tecnologias. Elas abrangem desde a coordenação das fontes de conhecimento organizacional até o

planejamento estratégico, desenvolvimento e otimização de recursos tecnológicos em saúde, mostrando-se como peças fundamentais no cenário da inovação em saúde.

O terceiro capacitador da ruptura para inovação na gestão em saúde aborda a integração de uma rede independente com novos modelos de gestão. A rede para inovação de ruptura emerge como uma ferramenta estratégica para entender a criação de valor nas operações internas, destacando atividades primárias e de apoio. Essa análise, embora inicialmente focada nas atividades internas, pode ser estendida para considerar aspectos externos, levando à compreensão da rede de valor. A introdução do conceito de rede de inovação destaca a importância das relações entre a organização e seus parceiros de negócios na criação e entrega de valor ao cliente. Nesse contexto, a rede inovadora é considerada uma estrutura de governança para promover a inovação de ruptura em saúde. Christensen, Grossman e Hwang (2009) argumentam que as organizações em uma rede de saúde tendem a ter modelos de gestão compatíveis, favorecendo a inovação.

No entanto, as redes existentes podem criar barreiras à inovação de ruptura, cooptando potenciais mudanças e resistindo a modelos inovadores. Dessa forma, para alcançar inovação de ruptura em saúde, é necessário criar modelos de gestão inteiramente diferentes, envolvendo potenciais integradores como coordenadores corporativos, prestadores integrados com remuneração fixa e grandes empregadores. A identificação desses integradores potenciais ressalta a necessidade de entidades capazes de definir a arquitetura do novo sistema de saúde, coordenar interações entre os participantes e estabelecer um sistema de pagamento inovador. Entre os possíveis integradores, coordenadores corporativos, prestadores integrados e grandes empregadores emergem como atores-chave. No entanto, os desafios incluem a escassez de empresas capazes de desempenhar esse papel, especialmente coordenadores corporativos, e a resistência inerente ao *status quo*, especialmente no setor de saúde. Essa análise destaca a complexidade da mudança no sistema de saúde e a importância de atores estratégicos na promoção de inovações de ruptura.

Enfim, o modelo de inovação de ruptura em saúde proposto por Christensen, Grossman e Hwang (2009) fornece uma estrutura teórica inicial, a qual, a partir de reflexões utilizando a teoria do valor como lente epistêmica, foi possível destacar a importância do modelo de gestão e do sistema de pagamentos do negócio, da implementação de tecnologias disruptivas e também da adoção de uma rede inovadora, potencializadas por mudanças nas normas e regramentos.

PARTE II – ESTUDO DE CASO

Como apresentado na introdução, capítulo 1, o enfrentamento aos agravos de saúde da população e seus condicionantes é uma atividade complexa, que exige constantes modificações organizacionais nos sistemas e nos serviços de saúde na busca de soluções. Nesse sentido, para que os serviços de saúde consigam manter-se capazes de enfrentar os problemas já existentes e também os novos desafios que virão é necessário que ocorram mudanças e melhorias nos processos que são realizados, ou seja, é preciso inovação, adicionando novos insumos, novas ferramentas ou novas técnicas, para reduzir custos a maior e obter maior eficácia nas intervenções, aumento a qualidade no atendimento e ampliando o acesso aos serviços de saúde.

Como visto no capítulo 2, o gerencialismo, ideologia do neoliberalismo, tem sido difundido como teoria organizacional orientadora da Administração Pública brasileira, impulsionando novas Reformas Administrativas no aparelho do Estado brasileiro. Esta Nova Gestão Pública, que se concretizou nas últimas três décadas, teve como resultado o surgimento de novos modelos de gestão dos serviços públicos de saúde, como a gestão de unidades de saúde por organizações privadas, mediante Contratos de Gestão, PPPs e Termos de Colaboração. Estes modelos de gestão contratualizada são apresentados como modelos mais eficientes, quando comparados a gestão realizada pelo próprio Estado, pois seriam mais eficientes e de melhor qualidade em razão de serem inovadores devido ao seu caráter empreendedor.

Já no capítulo 3, foi visto que a inovação é compreendida como a concretização do conhecimento humano, exercendo não apenas uma transformação nas atividades humanas, mas também uma reconfiguração do ambiente, proporcionando novas condições materiais de existência. Essas condições, por sua vez, criam um cenário propício para a produção de novos conhecimentos. No entanto, é importante observar que o fenômeno da inovação, quando ocorre dentro do contexto do modo de produção capitalista, fica sujeito à sua lógica intrínseca. A importância da inovação para o sistema capitalista pode ser observada no âmbito do campo de estudos sobre desenvolvimento econômico, onde se destacam abordagens evolucionárias e institucionalistas, que revelam a complexidade das relações entre tecnologia, Estado e interesses de classe na promoção da inovação.

Apesar dos desacordos em relação à teoria do valor, Marx (2017) e Schumpeter (1982) ressaltam a importância da inovação para o capitalismo. Schumpeter (1982) dá maior enfoque no estudo da inovação como fonte de lucros extraordinários para os capitalistas. Enquanto Marx

(2017) destaca o caráter de aumento da exploração com a inovação através do mais-valor relativo.

Ademais, conforme apresentado no capítulo 4, a compreensão dos serviços de saúde a partir da teoria do valor (Marx, 2017) demonstra sua condição de mercadorias, e, portanto, influenciados e determinados pelas relações capitalistas de produção, onde o Estado intervém para mediar as relações sociais entre as classes dominantes e a classe trabalhadora. Um exemplo da ação do Estado para mediar estas relações é organizar a oferta de serviços de assistência à saúde da população, de onde surgem as políticas públicas de saúde, que enfatizam a necessidade de considerar aspectos técnicos, econômicos, sociais e políticos na organização dos sistemas de saúde.

Na sociedade capitalista, a administração tem como objetivo realizar as tarefas de PODC de uma organização para atingir seus objetivos, como a produção de mais-valor e a obtenção de lucro, principalmente. Dentre as atividades realizadas pela administração está a gestão da inovação. No caso das organizações de saúde, além da obtenção de lucro, a administração em saúde tem como objetivo garantir a eficiência dos serviços de saúde, promovendo, entre outras atividades, a gestão da inovação em saúde, tanto para aumentar as taxas de mais valia, quanto para melhorar a qualidade do serviço de saúde. Nesse sentido, Christensen, Grossman e Hwang (2009) propõem um modelo de inovação de ruptura em saúde estruturado em três capacitadores (inovação no modelo de gestão, adoção de tecnologias disruptivas e integração de uma rede inovadora) que são potencializados por mudanças nas normas e regramentos.

Neste contexto, a fim de aprofundar os conhecimentos sobre a reforma gerencial do aparato estatal em saúde e sobre a gestão da inovação em saúde nos serviços públicos com gestão contratualizada optou-se por realizar um estudo de caso. O objeto de estudo escolhido foi o caso da inovação em saúde nos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde (APS) que possuem gestão contratualizada no município de Porto Alegre.

Um estudo de caso é uma abordagem de pesquisa que investiga profundamente um assunto específico, como uma pessoa, evento ou situação. Utilizando métodos qualitativos e quantitativos, o pesquisador coleta dados variados para compreender amplamente o fenômeno. O objetivo é fornecer uma análise detalhada do contexto, fatores de influência e padrões relevantes, sendo amplamente empregado em disciplinas como psicologia, sociologia, medicina e administração. Os estudos de caso são valiosos para ilustrar teorias, explorar fenômenos complexos e gerar *insights* práticos.

Em razão de tratar-se de um fenômeno recente, este estudo de caso tem caráter exploratório (Yin, 2010), descritivo (Cajueiro, 2014; Yin, 2010) e interpretativo (Cajueiro,

2014), utilizando métodos qualitativos e quantitativos, a fim de investigar o objeto, apropriar-se dele, de seu conteúdo, de seus determinantes, dele próprio como objeto de investigação.

Trata-se de um estudo de caso exploratório pois investiga um fenômeno pouco conhecido, procurando identificar variáveis relevantes e entender a complexidade da situação. Nestes estudos o objetivo é prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa (Yin, 2010). Também se trata de um estudo de caso descritivo pois procura apresentar uma visão detalhada de um fenômeno, a fim de facilitar a sua compreensão (Cajueiro, 2014). A descrição ajuda na compreensão de acontecimentos, buscando responder como e por que o fenômeno acontece (Yin, 2010). Ainda, se trata de um estudo de caso interpretativo pois procura identificar padrões, tendências e relações entre variáveis, de onde podem ser feitas inferências. Os estudos de casos interpretativos, apesar de também utilizarem da descrição do fenômeno, tentam “interpretar os dados num esforço para classificar e contextualizar a informação e talvez teorizar sobre o fenômeno” (Cajueiro, 2014).

A compreensão de um caso necessita da análise do objeto a partir de diversos aspectos. A liberalização econômica, a abertura dos mercados e o aumento da competição não são suficientes para explicar o desenvolvimento de um país. São necessários, além destes fatores, analisar a história, os aspectos tangíveis e os aspectos intangíveis distintos do caso em questão. Neste sentido, a fim de analisar o caso da inovação em saúde em serviços de APS contratualizados de Porto Alegre, este estudo foi dividido em duas etapas, apresentadas nos capítulos 5 e 6, respectivamente.

O capítulo 5 apresenta uma pesquisa histórico-descritiva das reformas no modelo de gestão do SUS, de gestão da APS e de gestão contratualizada. O objetivo é identificar as mudanças que ocorreram no modelo de gestão do SUS e como elas se relacionam com o avanço da contratualização na APS. Já o capítulo 6 apresenta, inicialmente, uma pesquisa histórico-descritiva sobre a contratualização de gestão das unidades da APS em Porto Alegre, que tem como objetivo é retratar o processo de formação da política de APS em Porto Alegre, de sua origem até a situação atual. Em seguida é realizado um levantamento para identificar o modelo de gestão da inovação do SUS. Após, é realizada a análise de conteúdo dos Planos de Trabalho incluídos nos Termos de Colaboração assinados pelas OSCs que gerenciam unidades de APS em Porto Alegre. O objetivo desta análise de conteúdo é identificar quais funções administrativas e quais as responsabilidades exercidas pelas OSCs no que se refere à gestão da inovação em saúde neste novo modelo de gestão da Atenção Primária.

5 DAS REFORMAS NO MODELO DE GESTÃO DO SUS AO MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO DA APS

Este capítulo tem como objetivo identificar as mudanças que ocorreram no modelo de gestão do SUS e como elas se relacionam com o avanço da contratualização na APS, a partir da aplicação dos modelos de gestão de ruptura em saúde proposto por Christensen, Grossman e Hwang (2009).

5.1. Procedimentos Metodológicos

A pesquisa apresentada neste capítulo é uma pesquisa descritiva (Gerhardt; Silveira, 2009) dividida em três etapas. A primeira etapa descreve qual o modelo de gestão do SUS, sua proposição de valor, seus recursos, seus processos e sua fórmula de valor. A segunda descreve mudanças ocorreram no modelo de gestão do SUS a partir de modificações na sua estrutura organizacional e nos repasses de recursos entre União, estados e municípios. A terceira descreve o processo de avanço da contratualização na APS no Brasil.

A fonte de dados são documentos institucionais (Corbetta, 2003). Esta opção ocorreu em razão do caráter normatizador, de vigilância e de poder de polícia que o SUS possui, consolidando um sistema institucionalizado juridicamente, que se expressa em artigos na Constituição Federal e num sistema de leis, normas e regramentos complementares. No contexto do SUS, estes documentos exercem tanto a função de receptáculos de conteúdo, quanto a função de agentes ou atores (Prior, 2008), contudo o foco de análise está no seu conteúdo, ou seja, no uso dos documentos citados como fonte de informação.

A seleção dos documentos utilizados foi realizada através de técnica de cadeia de referências, ou *snowball* (Vinuto, 2014) onde a pesquisa partiu de um conjunto de documentos iniciais e depois foi agregando documentos referenciados ou relacionados. Os documentos selecionados foram estudados a partir de uma análise interpretativa (Corbetta, 2003).

Ao final do capítulo é realizada uma análise comparativa, utilizando como referência teórica a proposta de inovação no modelo de gestão de Christensen, Grossman e Hwang (2009) e os três tipos ideais de modelos de gestão de ruptura em saúde, apresentados no Quadro 14: os centros resolutivos, as organizações com processos que agregam valor e as redes facilitadoras.

No que diz respeito a análise de fenômenos sociais utilizando modelos e tipos ideais, cabe recordar a observação feita na conclusão de capítulo 3, sobre o cuidado para não reproduzir uma perspectiva funcionalista. Além disto, acrescenta-se ainda seguinte nota no que diz respeito a abrangência e capacidade de explicação dos modelos e tipos ideais:

A pesquisa científica social é essencial e inevitavelmente seletiva, é o pesquisador quem determina qual aspecto da realidade toma como seu objeto de estudo. Esta unilateralidade leva a duvidar da utilidade da generalização e a enfatizar o objetivo de compreender a realidade social em sua concreta individualidade. Como só podemos lidar com segmentos limitados desta realidade infinita, como o fazemos limitados e condicionados por nossos valores e pressuposições, e como estes estão sujeitos à constante mudança, a compreensão de um fenômeno social não pode levar a generalizações (Misoczky; Moraes, 2011, p. 13).

5.2. Modelo de gestão do SUS

No caso brasileiro, a partir da década de 1970, período da emergência do neoliberalismo, a administração da saúde pública esteve ligada à concepção de Saúde Coletiva, no contexto dos movimentos sociais surgidos durante a Ditadura Militar (Paim, 2006b). Neste período, foram produzidos no Brasil diversos estudos de “posicionamento crítico sobre a questão da saúde e de suas instituições utilizando o referencial das ciências sociais” (Nunes, 1985, p. 21), influenciados pela crítica à medicina de Estado (Foucault, 2012) e pelos movimentos sociais da época. A compreensão de saúde e doença como resultado de processos sociais conquistou espaço nas universidades brasileiras, principalmente nos cursos de pós-graduação em medicina. Neste campo destacaram-se as teses acadêmicas de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983), Saúde e Sociedade (Donnangelo; Pereira, 1976), e de Sérgio Arouca (1941-2003), O Dilema Preventivista (Arouca, 2003).

Contudo, conforme criticou Jairnilson Paim (Da tropicália à Saúde Coletiva, 2022), nem todas as elaborações teóricas se consolidaram como práticas, e o conceito de Saúde Coletiva, tido então como um projeto revolucionário, ficou restrito à institucionalização do cuidado à saúde no Sistema Nacional de Saúde. Denominado como Sistema Único de Saúde (SUS), o SNS brasileiro, na atualidade, organiza e normatiza todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, orientado pelos princípios neoliberais da Nova Saúde Pública.

Não desenvolvemos a totalidade de mudanças elaboradas por Sérgio Arouca, que incluíam reformas agrária, urbana e universitária, que gerariam a conclusão real de uma verdadeira reforma sanitária. Não pudemos realizar toda essa ação intersetorial. E há um risco de a Saúde Coletiva, como projeto revolucionário, passar a uma possibilidade da restauração institucional explicou [Paim] (Brito, 2022).

Como relatado por Paim (Brito, 2022), o SUS se consolidou a partir da CF-1988 e de leis complementares, de forma que, tendo como ponto de partida a legislação, conforme estabelece a Constituição de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, [Constituição (1988)], 2023, art. 196), Artigo 196), sendo “de relevância pública as ações e serviços de saúde” (Brasil, [Constituição (1988)], 2023, art. 198), de forma que o estado brasileiro financiará um Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, [Constituição (1988)], 2023, art. 198). A partir desse entendimento, o SUS se constituiu como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990a art. 4º), que visam a redução de riscos de doenças e de outros agravos, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessário para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS foi construído sobre seis princípios (Brasil, 1990a), os quais orientam o modelo de gestão do sistema. Os princípios doutrinários, que fundamentam o sistema, são a universalidade, a equidade e a integralidade. Já os princípios organizativos do SUS, que definem a forma de organização do sistema, são a regionalização e hierarquização, a descentralização e a participação popular. Dessa forma, o Estado brasileiro, através do SUS, deve organizar, contratar e financiar todo um sistema nacional de ações e serviços de saúde, a fim de disponibilizar cuidados gratuitos à saúde da população, bem como regular e fiscalizar os serviços de saúde suplementar, além de fomentar o desenvolvimento da economia.

Conforme apresentado na seção 4.5.1, Christensen, Grossman e Hwang (2009) propõem iniciar a construção do modelo de gestão a partir do primeiro elemento, a proposição de valor. A proposição de valor consiste no conjunto de benefícios que um produto ou serviço, produzido pela organização, entrega aos clientes (Christensen; Grossman; Hwang, 2009). Segundo Porter e Kramer (2011), a proposição de valor é o passo inicial para definir a estratégia de negócio. No caso do SUS, sua proposição de valor é constituir um sistema nacional único para cuidar do nível de saúde da população, conforme princípios estabelecidos na CF-1988 (Brasil, [Constituição (1988)], 2023).

Os princípios doutrinários, pilares fundamentais que sustentam toda a estrutura e as ações do sistema de saúde, que expressam a proposição de valor do sistema são a universalidade, a equidade e a integralidade (Brasil, [Constituição (1988)], 2023, art. 196). A universalidade garante acesso universal à saúde, ou seja, todos tem direito ao acesso à saúde. A equidade reconhece “as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas” (Brasil, 2017d). A integralidade consiste na atenção integral às

necessidades de saúde do ser humano, compreendido em seu contexto social e atendido com qualidade quanto as suas necessidades desde a fase do acolhimento (Pinheiro, 2009).

Além de disponibilizar e regular toda uma rede integral e universal de serviços de saúde de acesso público e equânime, o SUS possui outras responsabilidades. O SUS é responsável organizar ações e serviços de fiscalização e controle da qualidade dos serviços relacionados à saúde no país. O SUS também é responsável por administrar ações e serviços para “incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação” (Brasil, 2015a), atuando diretamente no fomento do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) e, portanto, no desenvolvimento econômico nacional (Gadelha; Temporão, 2018).

A partir destes princípios, destaca-se que o SUS é um sistema de saúde de acesso público, que não cobra pelo atendimento realizado, com acesso universal, onde qualquer pessoa pode ser atendida, com cobertura integral à assistência à saúde. Em razão de sua proposição de valor estar intrinsecamente ligada à promoção da saúde como um direito de todos, o financiamento dos serviços do SUS é estatal. Apesar dessa proposição de valor já ter mais de 35 anos, ela ainda se apresenta como inovadora em comparação com outros sistemas de saúde no mundo, que geralmente são baseados em seguros privados ou sistemas de saúde baseados no mercado, como visto na seção 4.2 Sistemas Nacionais de Saúde.

Além da proposição de valor institucionalizada na CF-1988, o SUS possui planos com metas e objetivos de curto, médio e longo prazo, que são realizados através de programas e projetos específicos, e que também contribuem para proposição de valor do sistema. Estas metas e objetivos são estabelecidos em diferentes instâncias e de acordo com diferentes instrumentos de gestão, considerando a complexidade do sistema, sua forma descentralizada e seu caráter participativo. Assim, estas metas e objetivos são formulados levando em consideração as necessidades da população, os recursos disponíveis e as diretrizes estabelecidas para o setor de saúde no país.

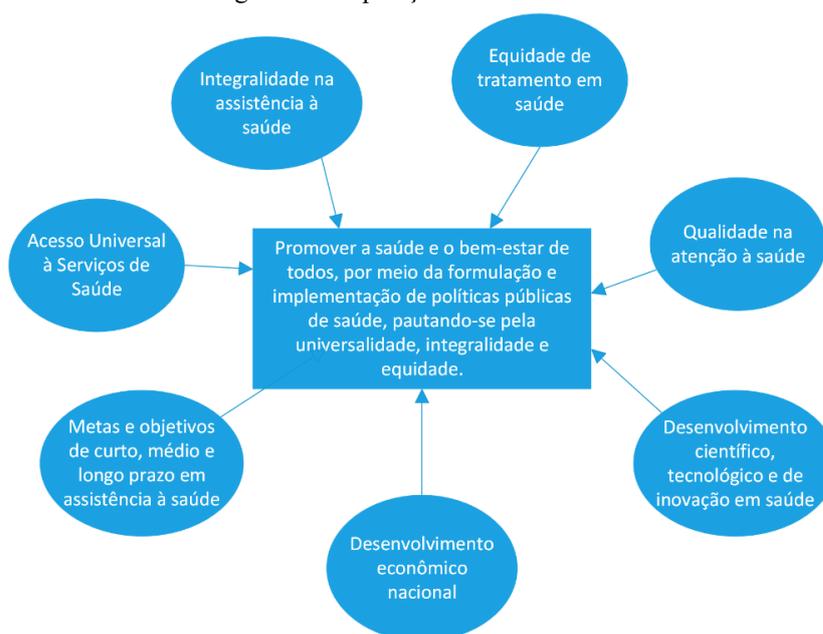
Do ponto de vista do governo, a legislação prevê a elaboração e publicação de alguns documentos para definição de metas e objetivos no SUS, como os Plano Plurianuais (PPA), os Planos de Saúde e a Programação Anual de Saúde (PAS). O PPA foi estabelecido pelo artigo 165 da CF-1988 (Brasil, [Constituição (1988)], 2023), e suas versões são propostas pelos governos de quatro em quatro anos. O PPA realiza o planejamento de longo prazo, estabelecendo metas, objetivos e diretrizes para os governos federal, estaduais e municipais ao longo de quatro anos. Já os Planos de Saúde foram estabelecidos pelo artigo 15 da Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990a). Eles são documentos que definem as prioridades, diretrizes e metas para o setor de saúde em nível nacional, estadual e municipal (Plano Nacional de Saúde - PNS, Planos

Estaduais de Saúde - PES e Planos Municipais de Saúde - PMS). Estes planos costumam abranger um período de quatro anos e orienta a formulação de políticas e ações do SUS no âmbito de cada esfera governamental. A Programação Anual de Saúde (PAS), por sua vez, são instrumentos de gestão que anualizam as intenções expressas nas metas dos Plano de Saúde, demonstrando a forma de alocação dos recursos orçamentários que deverão custear as políticas sob gestão de cada ente público.

A legislação também impõe alguns mecanismos de participação popular na definição da proposição de valor do SUS, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde foram instituídos pela Lei 8.142/90 (Brasil, 1990b), são espaços formados por diversos segmentos sociais, que reúnem usuários, trabalhadores, governo e as organizações prestadoras de serviços de saúde para formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde. Enquanto as Conferências de Saúde estão previstas na Lei 8.142/90 (Brasil, 1990b), são espaços onde diversos segmentos sociais (usuários, trabalhadores, gestores) se reúnem, a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo. As Conferências de Saúde, realizadas por convocação do Poder Executivo (presidente, governadores e prefeitos), com possibilidade de convocação pelo Conselho de Saúde, contribuem para a elaboração de propostas que podem ser incorporadas nos planos e nas metas do SUS.

A Figura 7 apresenta um modelo de representação da proposição de valor do SUS, a partir da legislação analisada:

Figura 7 - Proposição de Valor do SUS



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (Brasil, 1990a, 1990b, 1998a, 2012, 2020c; Brasil, [Constituição (1988)], 2023).

O segundo elemento de um modelo de gestão eficaz no contexto da saúde são os recursos (Christensen; Grossman; Hwang, 2009), que ajudam a promover a inovação e a eficiência nos serviços prestados. Os recursos, no contexto de um modelo de gestão, incluem não apenas os financeiros e a força de trabalho, mas também recursos materiais, como instalações, insumos, máquinas e equipamentos, e recursos intangíveis, como acúmulos tecnológicos, controle de cadeias produtivas e patentes registradas, por exemplo. Segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009), um sistema de saúde mais eficaz e acessível, é fundamental repensar a forma como os recursos são alocados e utilizados.

Para atingir sua proposição de valor, ou seja, para oferecer assistência em saúde gratuita a população, o SUS possui uma variedade de recursos que abrangem diferentes dimensões, refletindo seu compromisso com a promoção da saúde como um direito universal. Assim, seguindo o modelo de Christensen, Grossman e Hwang (2009), a seguir são apresentados os recursos financeiros, a infraestrutura física, a força de trabalho e os recursos intangíveis, como sistemas de informações em saúde, por exemplo, que o SUS dispõe, identificados a partir da pesquisa documental.

Referente aos recursos necessários para consecução de sua proposição de valor, o princípio da integralidade da atenção à saúde do SUS determina que existam Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) capazes de atender as necessidades de atenção à saúde humana de forma integral. Assim, entre as ASPS oferecidas pelo SUS à população, incluem-se como recursos todos serviços de Atenção Primária à Saúde, de atendimentos e internações de atenção à saúde mental, atendimentos de urgência e emergência, cirurgias, tratamentos oncológicos, transplantes, serviços vigilância sanitária e produção de vacinas, por exemplo. Estes serviços são ofertados a partir de uma rede de instituições públicas federais, estaduais e municipais de prestadores de serviços, de controle e qualidade, de ensino e pesquisa, de produção de insumos e equipamentos de saúde (Brasil, 1990a, art. 4º), do qual a iniciativa privada pode participar em caráter complementar (Brasil, 1990a, art. 24).

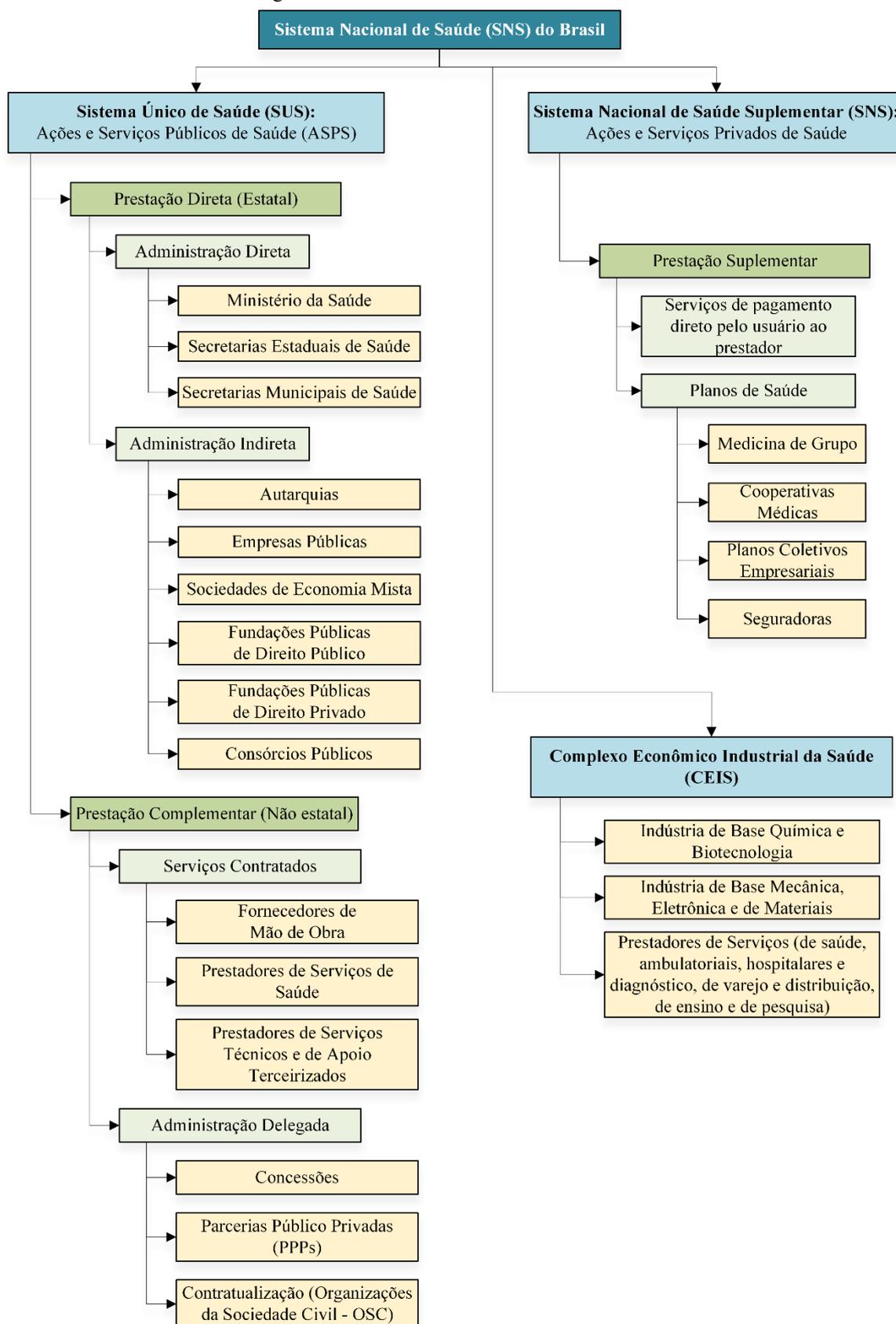
Além do atendimento público de saúde, participa do Sistema Nacional de Saúde, o mercado privado de serviços de saúde (Brasil, 1990a, art. 21). Este segmento é caracterizado pela oferta de serviços médicos, hospitalares e odontológicos por instituições privadas, como hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, onde o acesso aos serviços de saúde ocorre mediante pagamentos entre usuários e prestadores, de forma direta ou intermediados por planos de saúde ou seguros (Brasil, 1998d). Atualmente o mercado privado de serviços de saúde realiza atendimentos privados em saúde para cerca de 25% da população, consumindo 56% dos

gastos em saúde no país, enquanto 75% da população utiliza apenas serviços públicos de saúde, os quais representam 44% dos gastos em saúde (Cruz *et al.*, 2022)

Como forma de propiciar uma melhor compreensão da estrutura do SUS, elaborou-se um organograma contendo a estrutura organizacional do Sistema Nacional de Saúde brasileiro, dividido em três grandes grupos principais: os serviços de acesso público (SUS), os serviços de acesso privado (saúde suplementar) e outros ramos da economia que são essenciais para os serviços de saúde (indústria produtora de bens e serviços para a saúde, por exemplo).

Nesta proposta as organizações que compõem o SUS foram divididas em quatro grupos: a estrutura de prestação direta, com as organizações da Administração Pública direta e indireta, a estrutura da prestação complementar, que contempla as organizações privadas que prestam serviços de saúde pública de forma contratada, a estrutura da prestação de saúde suplementar, ou seja, os serviços de saúde privados, e, por fim, a estrutura do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), constituída por organizações da indústria de insumos e equipamentos para saúde e das organizações que atuam no mercado privado de saúde.

Figura 8 – Sistema Nacional de Saúde brasileiro



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (Almeida, 1998; Brasil, 1990a, 2001a, 2014, 2023d; Brasil, [Constituição (1988)], 2023, art. 196 ao 200; Gadelha, 2003; Hamerski, 2018; Ministério da Saúde, 2023).

Em termos de força de trabalho, a política de recursos humanos na área da saúde é formulada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, orientada para o cumprimento dos seus objetivos, organizando “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (Brasil, 1990a, art. 27) de forma conjunta como sistema nacional de educação. Dessa forma, o SUS pode contar com todo o tipo de profissional de saúde necessário, seja por contratação direta pela Administração Pública, como os servidores públicos, seja por contratação indireta, como os trabalhadores terceirizados ou profissionais contratados por empresas que prestam serviços de forma contratada.

Sobre a qualificação técnica da força de trabalho, no que tange à dimensão qualitativa, somando trabalhadores contratados pelo poder público e pelo setor privado, a área da saúde representa 14% de todas as profissões do país listadas na CBO 2002 (Brasil, 2023b). Dentre estas profissões, devido à sua abrangência integral e deveres constitucionais de manter condições adequadas de saúde de toda a população, o SUS possui um espectro de categorias de profissionais de saúde mais abrangente que setor privado. Os trabalhadores que atuam na saúde pública, além de realizar as atividades que o setor privado realiza, desempenham atribuições exclusivas que o mercado privado de serviços de saúde não engloba, como atividades ligadas à vigilância sanitária, ao controle de qualidade de alimentos, ao controle social e à fiscalização dos serviços privados de saúde, por exemplo.

No que diz respeito à dimensão quantitativa, o contingente de trabalhadores do SUS inclui não apenas os profissionais contratados diretamente pelos órgãos públicos de saúde, mas também aqueles que são contratados indiretamente, seja por meio de PPPs, com Organizações da Sociedade Civil (OSC) ou outros arranjos colaborativos. Segundo dados do CNES (Brasil, 2023c), no período dez/2023, o SUS ostenta o maior contingente de trabalhadores na área da saúde, pois soma os profissionais de sua rede própria (95.266 estabelecimentos de saúde) e os profissionais das organizações privadas que atuam no sistema, totalizando 2,5 milhões, ou 81%, do total de profissionais da área de saúde, atuando no SUS e outros 1,5 milhões, ou 19%, atuam no setor suplementar.

Tabela 3 - Quantidade de Profissionais da Saúde, segundo categorias da CBO 2002, que Atendem no SUS ou não, por Natureza Jurídica, no período de dez/2023

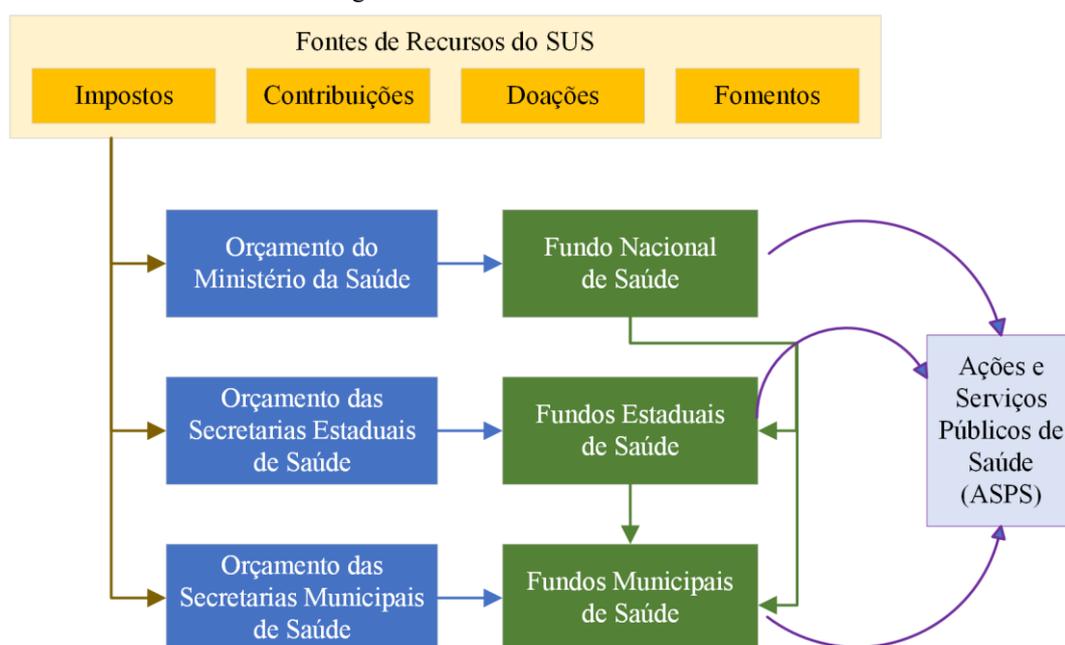
Esfera	Atende SUS	Natureza Jurídica	Quantidade	Total por Esfera	% que atende SUS
Pública	Sim	Administração Pública Federal	71.053	2.495.926	81%
		Administração Pública Estadual	517.185		
		Administração Pública Municipal	1.836.805		
		Administração Pública - Outros	11.778		
		Empresa Pública ou Sociedade de Econ. Mista	59.105		
Privada	Não	Demais Entidades Empresariais	125.233	717.407	19%
		Entidades sem Fins Lucrativos	592.174		
		Demais Entidades Empresariais	622.224	737.935	
		Entidades sem Fins Lucrativos	115.711		
Totais			3.951.268	3.951.268	100%

Fonte: Elaborado pelo autor, com dados do CNES (Brasil, 2023c), não contabiliza os trabalhadores que atuam como profissionais liberais.

Os recursos financeiros para custeio e investimento nos serviços de saúde prestados pelo SUS são provenientes do orçamento público, com contribuição de três fontes principais: a União, os estados e os municípios (Brasil, [Constituição (1988)], 2023, art. 198). A forma de repasse dos recursos financeiros para custeio e investimento do SUS ocorre entre os entes estatais através dos fundos especiais (Brasil, 1964, art. 71) de saúde formando um sistema de financiamento tripartite (Brasil, 1990a, art. 30, 1990b, art. 3º). Para recebimento dos repasses os estados e municípios deveriam estruturar o sistema de saúde com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, Contrapartidas de recursos para a saúde no orçamento próprio e uma comissão de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Dessa forma, os recursos provenientes do orçamento federal, por exemplo, passaram a ser repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais de Saúde (FES) e para Fundos Municipais de Saúde (FMS) mediante transferências fundo-a-fundo (Brasil, 2002). Os critérios para habilitação e recebimentos dos repasses, bem como o volume mínimo de recursos que cada ente federado deveria aplicar em saúde passaram a ser estabelecidos por portarias ministeriais, estaduais e municipais, que acompanham as modificações ocorridas na estrutura econômico política da sociedade e, conseqüentemente, as reformas administrativas do Estado, conforme será apresentado na próxima seção.

Figura 9 - Recursos Financeiros do SUS

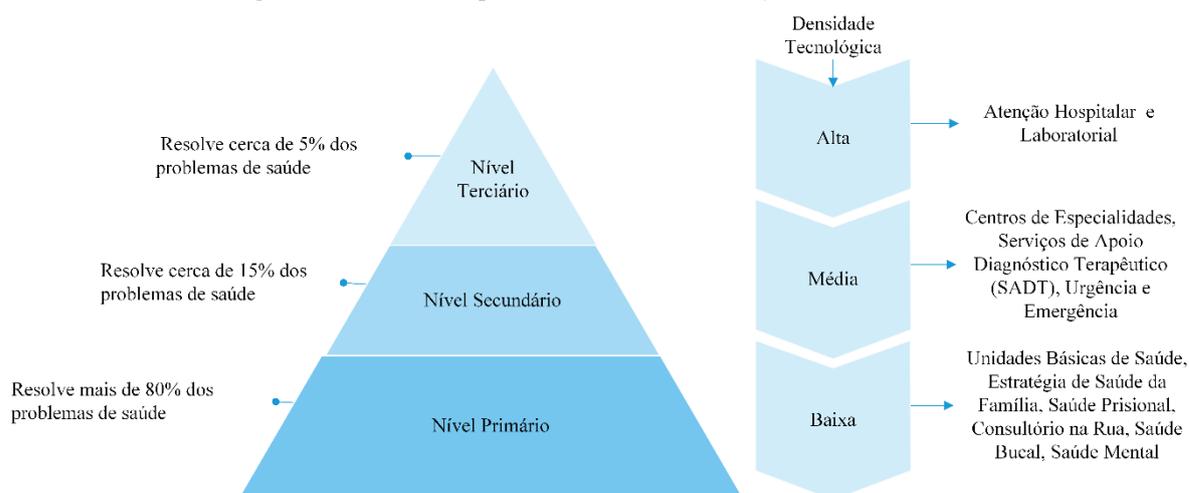


Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (Brasil, 1964, 1990a, 1990b, 2000, 2012; Brasil, [Constituição (1988)], 2023).

No que tange aos processos, identifica-se que os princípios organizativos do SUS, a regionalização e hierarquização, a descentralização e a participação popular, é que definem a forma de planejamento e organização do sistema. A regionalização e a hierarquização estabelecem que “a organização dos serviços deve ocorrer segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas” (de Miranda Gondim *et al.*, 2008, p. 240), organizando os serviços de saúde conforme a territorialização da saúde (Barcellos, 2008). A descentralização refere-se à transferência de responsabilidades e recursos de instâncias maiores para instâncias menores, como da União para municípios e para estados, visando uma gestão mais próxima da realidade local (Brasil, 2011a). Por último, o princípio da participação popular no SUS, regulamentado através da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b), tem como objetivo o envolvimento da comunidade na formulação, execução e monitoramento das políticas de saúde, promovendo a democratização e a qualidade nos serviços prestados.

Assim, seguindo tais princípios, em suas primeiras décadas, o SUS se consolidou como um sistema hierarquizado. Este modelo hierarquizado é representado por uma pirâmide, dividida em três níveis de atenção à saúde: atenção primária (de menor densidade tecnológica), secundária (de média densidade) e terciária (de alta densidade tecnológica) (Brasil, 2010).

Figura 10 - Modelo da pirâmide de níveis de atenção à saúde do SUS



Fonte: Adaptado de Mendes (2011).

Além da organização dos processos do SUS de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada e com participação popular, o SUS possui processos que integram diversos níveis da atenção à saúde. Alguns exemplos de ações que atravessam todos os níveis do SUS são a gestão de medicamentos, a gestão dos insumos, a gestão do conhecimento e de informações em saúde, a gestão financeira e orçamentária e a gestão da inovação em saúde. Esses processos-chave funcionam de forma integrada para garantir a eficiência e a qualidade do sistema de saúde.

A partir de demandas da sociedade, de especialistas da área da saúde, dos programas de governos, ou mesmo pela influência de instituições internacionais, como FMI, Banco Mundial, OMS e OPAS, os processos do SUS são definidos e normatizados, mediante criação de leis, como a CF-1988 (Brasil, [Constituição (1988)], 2023), a Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990a) e a Lei 8.142/1990 (Brasil, 1990b), bem como normas, geralmente instituídas por meio de Portarias das principais instâncias do SUS, como as Normas Operacionais Básicas (NOB), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (Tabela SUS) (Brasil, 2007e), ou normas mais específicas, como a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001b) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017d).

O SUS não opera com uma “fórmula de lucro” tradicional, como uma empresa privada. O SUS é financiado por recursos públicos, provenientes dos orçamentos da União, estados e municípios, que são destinados a financiar ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a alta complexidade, sem a cobrança de valores, ou seja, sem a necessidade de pagamento pelo usuário. Apesar do SUS enfrentar desafios relacionados

ao financiamento, à gestão eficiente dos recursos, o objetivo central do SUS permanece focado na promoção da saúde e no atendimento às necessidades da população.

Mesmo com as dificuldades, em grande medida decorrentes da falta de dinheiro, o SUS fez o Brasil progredir. De 1981 para cá, a quantidade de postos de saúde básica subiu de 8.700 para 44.000. Em 1981, 8% da população dizia ter usado algum serviço de saúde nos 30 dias anteriores. Em 2008, para os 15 dias anteriores, o índice foi de 14%. Hoje, metade dos brasileiros é visitada em casa regularmente por equipes do Saúde da Família, programa criado em 1994. Graças às vacinações em massa, as mortes por sarampo caíram de 478 em 1990 para zero nos últimos cinco anos. O Brasil não tem novos casos de pólio (paralisia infantil) desde 1989. A redução da mortalidade infantil foi particularmente expressiva. Entre 1990 e 2012, caiu de 52 para 13 o número de bebês que morriam antes de completar 1 ano, a cada 1.000 nascidos vivos.” (Senado Federal, 2014).

Como os serviços prestados pelo SUS, dentro da lógica de sua proposição de valor, não objetivam lucro financeiro, mas sim proporcionar acesso igualitário e integral à saúde para toda a população brasileira, não há valorização do valor na produção de ASPS, não havendo produção de mais-valor na relação entre prestadores de serviços de saúde pública e usuários. Entretanto, as reformas administrativas promovidas pela Nova Gestão Pública na Administração Pública brasileira têm levado a modificações substanciais no modelo de gestão do SUS, ao modificar a sua estrutura e sua forma de financiamento, como será apresentado na próxima sessão.

5.3. Reformas no modelo de gestão do SUS

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, [Constituição (1988)], 2023) estabeleceu que o SUS é um sistema descentralizado, universal e integral de saúde, que deve ser financiado com recursos públicos provenientes dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios, além de outras fontes, como doações. A Lei 8.142/1990 (Brasil, 1990b), conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), estabeleceu que a gestão do SUS deve ser compartilhada entre os entes federados, com base nos princípios da descentralização, da desconcentração, da regionalização e da hierarquização. Com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) 01/91 (Brasil, 1991) foi estabelecida uma forma de transição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) para o SUS, onde “os Governos Estaduais e Municipais, deverão alocar um mínimo de 10% (dez por cento) do seu orçamento em 1991, na área de saúde” (Brasil, 1991, 4.8). A NOB 01/91 também criou mecanismos de repasses de recursos. Para atenção primária foi instituída a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), reajustando os repasses da União para estados e municípios. Para pagamento de prestadores de serviços ambulatoriais foi implementado o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Para

pagamento de prestadores hospitalares foi criado o Sistema de Informação Hospital (SIH/SUS). E para ampliação incentivar a municipalização da saúde foi criado o Fator de Estímulo a Municipalização (FEM).

Com a edição da terceira NOB, 01/93 (Brasil, 1993), ainda anterior ao PDRAE (Brasil, 1995), foi consolidada a estrutura organizacional e a forma de financiamento do SUS, mediante repasses fundo-a-fundo. A NOB 01/93 instituiu o sistema de gestão em saúde compartilhada entre diferentes esferas governamentais e em diferentes níveis de atenção, criando as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), que são instâncias de pactuação e negociação entre as instituições que compõem o SUS, as quais possuem competência para estabelecer critérios para o financiamento de ações e serviços de saúde, determinando a forma de distribuição dos recursos arrecadados entre a União, os estados e municípios.

Para o financiamento das ações e serviços de APS os estados e municípios contavam com recursos da UCA, calculada conforme características da população e capacidade do sistema de atendimento. Além disto, os estados recebiam Repasses da Cobertura Ambulatorial (RCA), mediante multiplicação da UCA pela população estimada, e do Fator de Apoio ao Estado (FAE), para os estados habilitados na gestão parcial ou gestão semiplena, também calculado pela multiplicação da UCA por 5% e depois pelo número de habitantes do estado, para custeio de tratamentos fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses.

Para o financiamento das ações de média e alta complexidade foram instituídos dois sistemas. Para as ações e serviços ambulatoriais foi mantido o SIA/SUS. Neste sistema os valores eram repassados de forma fixa, conforme “características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvido a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde” (Brasil, 1993, 3.1.2) e de forma variável, por procedimento realizado, conforme Tabela do SUS. Para as atividades hospitalares foi criado o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), com repasses fixos conforme quantitativo populacional, com planejamento e execução a critério das Secretarias de Saúde e Conselhos de Saúde, podendo haver repasses entre os entes, pagamentos à prestadores de forma fixa, por produção, bem como pagamento de incentivos (para implantação de novos serviços, para ampliação dos serviços existentes ou para investimentos em estrutura e tecnologia, por exemplo).

Ao longo do governo FHC, principalmente a partir de 1995, com a implementação das mudanças oriundas do PDRAE (Brasil, 1995), passam a ocorrer reformas no modelo de gestão e financiamento do SUS, orientadas pelos princípios do gerencialismo e da Nova Gestão

Pública, que se consolidaram nos anos 1990 no Brasil, conforme apresentado no Quadro 2 - Mudanças na estrutura econômica-política e as reformas do Estado no Brasil capitalista. Dentre as principais mudanças trazidas pelo PDRAE que afetam o modelo de gestão do SUS está o surgimento de diversas novas formas de contratação de entidades privadas que atuam na prestação de serviços públicos, às quais foram denominadas de “público não-estatais” ou “paraestatais”, e o estabelecimento de metas baseadas em eficiência e aumento da produtividade.

Com o PDRAE e a consolidação da NAP ocorreu a proliferação de entidades públicas com personalidade jurídica de direito privado, para atuarem na Administração Pública indireta, como as Fundações Públicas de Direito Privado, por exemplo. Estas organizações, apesar de serem criadas pelo Estado e de receberem recursos públicos, são regidas pelo direito privado, podendo contratar trabalhadores por processo seletivo e regime de CLT. Além disto, potencializaram medidas neoliberais como a contenção de gastos sociais, diminuição de pessoal, aumento da produtividade individual e terceirização das atividades fins.

Além das organizações “público não-estatais” ou “paraestatais”, a partir da construção e utilização do termo “publicização”, no texto do PDRAE, Bresser-Pereira extrapolou o conceito de descentralização para um nível extra estatal, justificando assim a execução de serviços públicos de caráter social por entidades privadas:

Neste plano [PDRAE], entretanto, salientaremos um outro processo tão importante quanto, e que, no entanto, não está tão claro: a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de “publicização”. (Brasil, 1995, p. 12).

Diferentemente do modelo de alienações, ou seja, venda de empresas estatais, considerado o passo inicial da implementação do neoliberalismo no Brasil, o modelo de publicização dos serviços públicos de saúde consiste num modelo de privatização em que ocorrem a “a concessão e permissão de serviços públicos à empresa privada e não mais à empresa estatal; a terceirização; a desestatização; a introdução do gerenciamento dentro da Administração Pública; a desregulação, com a diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico” (Pietro, 2011). A diferença é que “estas novas entidades possuem uma relação diferenciada com o Poder Público, quando comparadas àquelas relações estabelecidas pelas entidades privadas clássicas” (Woltmann, 2012, p. 27).

Ao adotar estas medidas, a Administração Pública brasileira deu início a transição para um modelo de Estado Regulador na oferta de serviços de seguridade social, conforme defendeu

Bresser-Pereira no Conselho Científico do Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD) reunido em 1998:

Na área social, o caminho é reforçar o papel do Estado como formulador e financiador das políticas públicas. Para isso, torna-se fundamental o desenvolvimento da capacidade catalisadora dos governos em atrair a comunidade, as empresas ou o Terceiro setor para compartilhar a responsabilidade pela execução dos serviços públicos, principalmente os de saúde e educação básica (CLAD, 1999, p. 5).

Após a publicação do PDRAE houve uma expansão da NAP no Brasil. Na área da saúde, o novo modelo de Estado regulador exigiu reformas no modelo de gestão do SUS. As primeiras mudanças significativas ocorreram a partir de atualizações na NOB, que alteraram critérios para a transferência de recursos federais aos Estados e Municípios e na forma de prestação dos serviços de saúde, tornando a contratação pelo SUS mais descentralizada.

Em 1996, com a quarta edição da NOB, 01/96 (Brasil, 1996), houve avanço no processo de municipalização da gestão do SUS. Apesar de manter os repasses automáticos, fixos e variáveis, e de manter a remuneração por serviços produzidos aos prestadores de serviços do SUS (públicos ou privados), houve a redefinição de responsabilidades de cada esfera governamental. Assim, a partir da NOB 01/96 estabeleceu-se o município como principal gestor da rede de serviços do SUS, da baixa à alta complexidade.

As NOB tiveram um papel importante na consolidação do modelo de gestão e financiamento do SUS, pois estabeleceram critérios para a distribuição de recursos, o financiamento de ações e serviços de saúde e a avaliação do desempenho do sistema, trazendo avanços no modelo de gestão do sistema, como a incorporação da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo central do sistema, a valorização da gestão municipal e a ampliação da participação social.

Na virada dos anos 1990 para os anos 2000 generalizou-se a contratualização de gestão de serviços públicos com Organizações da Sociedade Civil (OSCs) na Administração Pública, especialmente dos serviços de assistência social e de saúde. A contratualização de gestão, ou gestão contratualizada, é uma forma de transferir recursos físicos e financeiros para entidades privadas, como Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), que devem atingir metas e prestar contas ao poder público pela execução dos serviços contratados.

Este modelo de gestão delegada dos serviços públicos teve com um de seus marcos jurídicos a Lei 9.637, de 15 de maio de 1998 (Brasil, 1998c), que ficou conhecida como Lei das OSs e foi idealizada pelo Ministro Bresser-Pereira, na mesma lógica do PDRAE. A Lei das OSs criou a qualificação de Organização Social (OS) para “pessoas jurídicas de direito privado,

sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (Brasil, 1998c, art. 1º). Além disto, criou o Programa Nacional de Publicização, preparou a extinção de órgãos e entidades públicas e o repasse suas atividades as organizações que viriam a ser qualificadas como OS pelo Estado.

Na sequência, nos mesmos moldes da Lei das OSs, houve a edição da Lei 9.790, de 23 de março de 1999 (Brasil, 1999), que ficou conhecida como Lei do Terceiro Setor e também como Lei das OSCIPs. Esta lei tinha como objetivo “construir um novo marco institucional que possibilite a progressiva mudança do desenho das políticas públicas governamentais, de sorte a transformá-las em políticas públicas de parceria entre Estado e Sociedade Civil em todos os níveis, com a incorporação das organizações de cidadãos na sua elaboração, na sua execução” (Ferrarezi, 2001).

A estas entidades a legislação recente (pós-edição do PDRAE) previu inexigibilidade de licitação quando contratualizarem com entes públicos, além de outras vantagens quando firmarem Termos de Parceria (no caso das OSCIPs) ou Contratos de Gestão (no caso das OSs) com o Poder Público (Woltmann, 2012, p. 27).

Em 2000 as mudanças ocorreram no modelo de financiamento do SUS, através da Emenda Constitucional 29/2000 (Brasil, 2000), que definiu percentuais mínimos de aplicação em ASPS e estabeleceu regras para o financiamento do SUS no período de 2000 a 2004. A partir de 2000 estados deveriam alocar no mínimo 7% das suas receitas em saúde, chegando até o mínimo de 12% em 2004. Já os municípios também deveriam aplicar 7% da receita a partir de 2000, mas deveriam chegar ao patamar mínimo de 15% em 2004. A União, por sua vez, deveria ampliar em 5% o orçamento do ano anterior para o ano seguinte, e, a partir daí, corrigir o valor conforme variação do Produto Interno Bruto (PIB). Contudo, de acordo com a EC 29/2000, o percentual mínimo destinado pela União para saúde deveria ser regulamentado por uma Lei Complementar, com reavaliação a cada cinco anos. Em caso de não publicação de Lei Complementar, permaneceriam os critérios estabelecidos pela emenda, que foi o que ocorreu.

Para controle e acompanhamento das receitas e despesas em ASPS, o Ministério da Saúde passou a utilizar o uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que já existia desde 1994. A partir de então foi adotado o indicador de despesas em ASPS do SIOPS como referência para cálculo do percentual aplicado em ASPS.

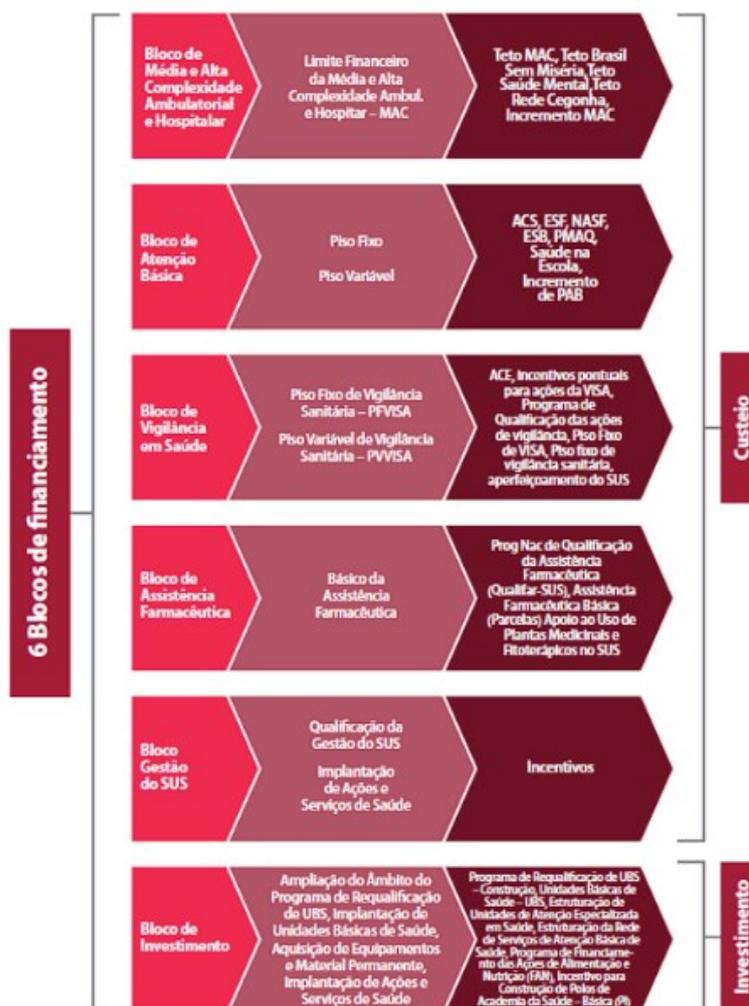
A partir de 2003, no governo Lula-1, já sob as regras de financiamento da EC 29/2000, dá-se início a um novo ciclo de ajustes no modelo de gestão do SUS, com a construção do Plano Nacional de Saúde (PNS), que viria ser formalizado na Portaria 2.607/ 2004 (Brasil, 2004b),

estabelecendo 23 objetivos para o SUS no período 2004-2007, definindo diretrizes e metas a serem atingidas.

No início de 2006 foram publicadas as Portarias 399/2006 (Brasil, 2006c) e 699/2006 (Brasil, 2006e), que implementaram o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão, numa espécie de acordo firmado União, estados e municípios. “Considerado como ordenador do processo de gestão do SUS, o Pacto pela Saúde fez parte da agenda prioritária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de 2006 a 2011” (Ministério da Saúde, 2021). Posteriormente, em dezembro de 2006, através das Portarias 3.085/2006 (Brasil, 2006a), 3.332/2006 (Brasil, 2006b) e 1.229/2007 (Brasil, 2007c), foi consolidado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), como previsto no artigo 36 da Lei 8.080/1990, para “atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (Brasil, 2006a).

A partir de então, fizeram parte do PlanejaSUS os seguintes instrumentos: Plano de Saúde; Programação Anual de Saúde; Relatório Anual de Gestão. Além disso, foi definida a obrigatoriedade de compatibilização do planejamento da saúde com os instrumentos gerais de planejamento governamental (PPA, LDO, LOA). No que tange o financiamento do SUS, pela Portaria 204/2007 (Brasil, 2007d) foram estabelecidos cinco blocos de financiamento para o custeio dos serviços, sendo Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão, e um bloco para investimentos. O objetivo desta mudança era reorganizar as transferências federais, que passariam a ser organizadas por meio desses blocos, em vez de serem feitas por vários programas e ações específicas, dando aos estados e municípios maior liberdade para realocar os recursos dentro de cada bloco, sem alterar o volume financeiro repassado.

Figura 11 - Seis Blocos de Financiamento do SUS (Portaria 204/2007)



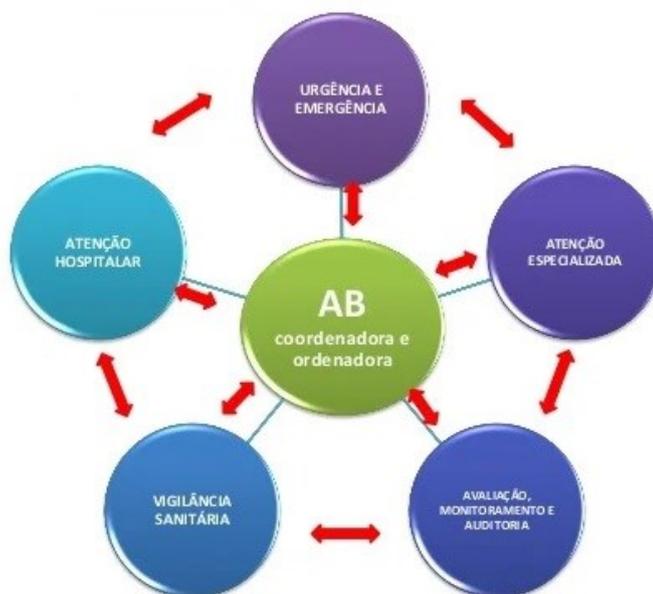
Fonte: CNM (2018).

Neste ínterim, o Congresso Nacional debatia a regulamentação dos percentuais destinados à saúde pela EC 29/2000. Em 2003, foi apresentado o Projeto de Lei Complementar (PLP) 01/2003 (Câmara dos Deputados, 2003), que previa a destinação de 8,5% do total da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a saúde em 2008, 9% em 2009, 9,5% em 2010, até o atingir 10% em 2011. Contudo, debates em torno da vigência da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), uma contribuição especialmente instituída pelo governo federal para custear serviços de saúde, previdência social e programas de combate e erradicação da pobreza, atrasaram a tramitação do PLP 01/2003, passando a tramitar em conjunto com o Projeto de Lei do Senado (PLS) 156/2007 (Senado Federal, 2007), que ao ser enviado para Câmara dos Deputados virou o PLP 306/2008 (Câmara dos Deputados, 2008).

No âmbito do modelo de gestão, em 2011 foi publicado o Decreto 7.508/2011 (Brasil, 2011a), que regulamentou a LOS no âmbito da regionalização da saúde, estabelecendo atribuições específicas para cada ente federado, definindo que a Atenção Primária à Saúde deve ser a porta de entrada prioritária do SUS e instituindo as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As

RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2017c).

Figura 12 - Diagrama básico de uma Rede Atenção à Saúde



Fonte: Adaptado de Mendes (2011).

Contudo, a regulamentação dos recursos para saúde só veio ocorrer no governo Dilma, em 2012, através da Lei Complementar 141/2012 (Brasil, 2012), que tinha como objeto regulamentar a EC 29/2000. Esta lei não chegou a modificar os percentuais definidos em 2011, mas estabeleceu critérios para o cálculo do rateio e para a efetivação do repasse de recursos da saúde entre os entes federados, principalmente nos recursos da APS. A partir de LC 141/2012 foram estabelecidos critérios para repasses de recursos para implantação de serviços, investimentos e custeio em áreas estratégicas. Foram instituídos repasses para expansão dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs), da Atenção Primária Prisional (APP) e para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), por exemplo, reforçando o caráter de prioridade da APS no sistema nacional de saúde.

Em 2013, a Portaria 2.135/2013 (Brasil, 2013b) revogou as Portarias 3.085/2006 e 3.332/2006 alterando novamente as diretrizes do planejamento do SUS, mas manteve os instrumentos de planejamento como o Plano de Saúde, a PAS e o Relatório de Gestão. É somente em 2015, através da Emenda Constitucional 86/2015 (Brasil, 2015b), conhecida como EC do Orçamento Impositivo, que é definido em lei o percentual a ser aplicado pela União em saúde. Isso ocorreu em razão das novas regras do Orçamento Impositivo, que passou obrigar o

Poder Executivo a executar as emendas parlamentares ao orçamento, exigindo que seja estabelecido o início da aplicação de um percentual mínimo do orçamento em saúde pela União, atendendo, por tabela, a EC 29/2000 e a LC 141/2012. Como resultado, os recursos da União aplicados em saúde ficaram limitados a 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) no primeiro ano após aprovação da EC 86/2015, 13,7% no segundo ano, 14,1% no terceiro, 14,5% no quarto e atingindo 15% no quinto ano.

Contudo, no ano seguinte, em 2016, antes mesmo do primeiro incremento previsto pela EC 86/2015, em meio à crise econômica, com a queda de cerca de 9% do PIB entre 2014 e 2016 (FGV IBRE, 2024), e crise política institucional, em razão das investigações e desenrolares da operação Lava-Jato da Polícia Federal, ocorre o golpe institucional contra a presidenta Dilma Rousseff. Em 12 de maio de 2016 a presidenta é afastada, para tramitação do processo do controverso impeachment, assumindo em seu lugar o vice-presidente Michel Temer.

O presidente substituto não esperou nem mesmo a conclusão do impeachment contra Dilma para iniciar um período medidas econômicas austeras. Um mês depois, em 15 de junho de 2016, Temer enviou a PEC 241/2016 (que se tornou a EC 95/2016) ao Congresso Nacional, destacando a existência de um movimento estratégico para reestruturar as bases econômicas, articulado entre Poder Executivo, Poder Legislativo, Poder Judiciário, militares e proprietários de meios de produção, representados por associações de empresários comerciais, industriais e do agronegócio. Gravações obtidas pelo jornal Folha de São Paulo entre o empresário do ramo de engenharia, ministro do Planejamento e senador licenciado Romero Jucá, integrante do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o empresário do ramo de transporte de combustíveis, ex-senador e ex-presidente da Transpetro Sérgio Machado, também do PMDB, que foram divulgadas no final de maio de 2016 demonstraram o pacto que havia sido realizado:

MACHADO - Rapaz, a solução mais fácil era botar o Michel [Temer]. JUCÁ - Só o Renan [Calheiros] que está contra essa porra. 'Porque não gosta do Michel, porque o Michel é Eduardo Cunha'. Gente, esquece o Eduardo Cunha, o Eduardo Cunha está morto, porra. MACHADO - É um acordo, botar o Michel, num grande acordo nacional. JUCÁ - Com o Supremo, com tudo. [...] JUCÁ - [Em voz baixa] Conversei ontem com alguns ministros do Supremo. Os caras dizem 'ó, só tem condições de [inaudível] sem ela [Dilma]. Enquanto ela estiver ali, a imprensa, os caras querem tirar ela, essa porra não vai parar nunca'. Entendeu? Então... Estou conversando com os generais, comandantes militares. Está tudo tranquilo, os caras dizem que vão garantir. [...] MACHADO - Eu acho o seguinte, a saída [para Dilma] é ou licença ou renúncia. A licença é mais suave. O Michel forma um governo de união nacional, faz um grande acordo, protege o Lula, protege todo mundo. Esse país volta à calma, ninguém aguenta mais (Folha de S.Paulo, 2016).

Influenciada pela crise econômica e pelo golpe político, o envio da PEC 241/2016, ao limitar os gastos públicos, reflete uma orientação gerencialista que prioriza a estabilidade fiscal

em detrimento de programas sociais, moldando assim a trajetória administrativa do país nos anos seguintes. Em 31 de agosto de 2016, o golpe institucional contra Dilma é consolidado, e Temer assume a presidência de forma definitiva, ficando até 1º de janeiro de 2018, quando empossou Jair Bolsonaro.

Após consolidado o golpe, em 15 de dezembro de 2016 a PEC 241/2016 foi aprovada, dando origem à Emenda Constitucional 95/2016 (Brasil, 2016a), conhecida como EC do Teto dos Gastos Públicos e estabelecendo um Novo Regime Fiscal (NRF) para o país, limitando o crescimento das despesas do Estado pelo período de 20 anos. Como resultado, a EC do Teto dos Gastos Públicos congelou o percentual de aplicação em saúde, desvinculando os percentuais mínimos que eram obrigatórios até 2036. Em substituição, o valor a ser aplicado em saúde anualmente foi limitado ao valor utilizado no ano anterior, corrigido pela inflação (Brasil, 2016a).

Já no caso da saúde, ainda será preciso obedecer em 2017 a regra que passou a vigorar em maio do ano passado com a Emenda Constitucional do Orçamento Impositivo, que afirmava que, gradativamente, o Governo deveria aumentar o percentual de sua receita corrente líquida para a área até chegar a 15% em 2020. Entretanto, a União antecipou a aplicação dos 15% para 2017 (ano em que seria 13,7%) e, assim, congelará a verba em patamar maior em 2018. [...] Mas, a partir de 2019, a saúde começa a perder dinheiro, [...] [demonstra] estudo apresentado pelo CNS que mostra que, até 2036, a mudança estabelecida pela PEC poderá fazer com que o SUS perca pouco mais de 430 bilhões de reais, projetando-se um crescimento do Produto Interno Bruto anual de 2% neste período e uma inflação de 4,5% (Bedinelli, 2016).

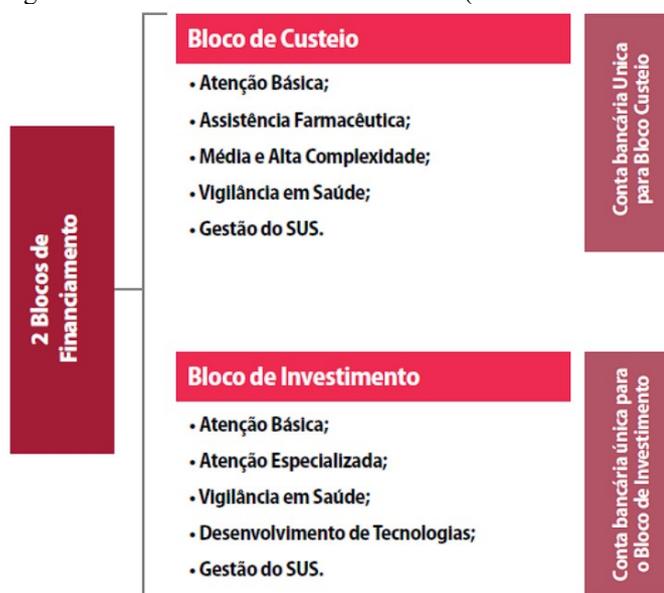
Assim, com a EC 95/2016 os recursos orçamentários da União para ASPS se mantiveram vinculados ao percentual aprovado pela EC 86/2015, inicialmente. Porém, a partir de 2018 o valor destinado à saúde ficou congelado, mantendo o mesmo valor do ano anterior, aplicando apenas a correção conforme índice de inflação. Nesse contexto, a União deixa de ser a fonte majoritária de recursos financeiros para saúde pública no Brasil, de forma que “em 2013, estados, municípios e o Distrito Federal arcaram com 57,41% dos recursos aplicados em saúde. Em 2016, o percentual médio investido pelos municípios, de acordo com a Ementa Constitucional 29, foi de 23,8%, muito além dos exigidos 15%.” (Mazon *et al.*, 2018)

Outras mudanças importantes no que se refere ao financiamento do SUS foram implementadas pelo próprio Ministério da Saúde, sem necessidade de ECs ou leis, principalmente na definição dos critérios de repasses, que foram se adequando as mudanças ocorridas no regime fiscal, no orçamento público e no modelo de gestão do SUS.

No ano de 2017, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria 3.992/2017 (Brasil, 2017e), realizando mudanças no modelo de transferência governamental, excluindo os blocos de financiamento anteriormente existentes e criando novos blocos, reorganizando os planos

orçamentários da União, estados e municípios, instituindo nova forma de repasse de recursos federais do SUS. Nesta mudança, que ficou inicialmente conhecida como a estratégia SUS Legal, os seis blocos de financiamento entre entes federados que existiam foram unificados em apenas duas modalidades, o bloco de custeio e o bloco de investimento. Além disto, a transferência passou a ser realizada em conta financeira única, permitindo o uso do recurso dentro do bloco de forma mais flexível pelo Fundos de Saúde, que, “no entanto, deverão demonstrar ao final do exercício financeiro a vinculação dos recursos federais repassados, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram realizados os repasses” (CONASEMS, 2020).

Figura 13 - Dois Blocos de Financiamento (Portaria 3.992/2017)



Fonte: CNM (2018).

Outras medidas do pacote de alterações macroeconômicas aprovadas ao longo do governo Temer também modificaram o modelo de gestão e financiamento do SUS. Uma destas medidas foi a Lei 13.429/2017 (Brasil, 2017a), conhecida como Lei da Terceirização, que passou a permitir a terceirização das atividades-fim em qualquer setor da economia. Outra medida foi a Lei 13.467/2017 (Brasil, 2017b), chamada de Lei da Reforma Trabalhista, uma mudança significativa na CLT, flexibilizando as relações trabalhistas e precarizando o emprego. Com estas medidas houve a redução de direitos e a flexibilidade nas jornadas de trabalho, que contribuem para um ambiente de trabalho menos estável e diminuição da qualificação técnica e da gestão do conhecimento em saúde, afetando a qualidade do serviço em saúde prestado no SUS e no mercado privado. Desta forma, se avançou mais um passo na implantação da dinâmica de mercado privado na gestão pública, que prioriza interesses econômicos sobre a efetividade do sistema.

A Tabela 4 apresenta um resumo histórico das vinculações orçamentárias para ASPS de cada ente federado, desde a EC 29/2000 até a EC 95/2016 que impõe congelamento do valor a partir de 2018 até o ano 2036:

Tabela 4 - Vinculações orçamentárias para ASPS, por ente federado, da EC 29/2000 à EC 95/2016

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
		DESDE 2000	DESDE 2000	DE 2000 A 2015	A PARTIR DE 2016	2017	A PARTIR DE 2018
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015	EC 95/2016		EC 95/2016	
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano	Base RCL	Ano	Base RCL	Base: gasto ano anterior Valor gasto no ano anterior + IPCA
			2016	13,2%	2016	15%	
			2017	13,7%	2017	15%	
			2018	14,1%	-	-	
			2019	14,5%	-	-	
			2020	15%	-	-	

Fonte: CONASEMS (CONASEMS, 2020).

O governo Bolsonaro iniciou em 2019 já sob as novas regras da EC 95/2016, onde o montante de recursos destinados à saúde pela União deveria ser o mesmo executado em 2017, corrigido pela inflação. Contudo, ao longo de seus quatro anos de mandato, o presidente Bolsonaro e seu Ministro da Economia, Paulo Guedes, conseguiram furar o teto de gastos algumas vezes. Em 2019, por exemplo, através da EC 102/2019 (Brasil, 2019a), que teve seu projeto de emenda conhecido como PEC da Cessão Onerosa, o governo federal pode estourar o Teto de Gastos ao repassar recursos do pré-sal para estados e municípios, sem que esse valor fosse contabilizado no teto, totalizando um recurso adicional de 46,1 bilhões acima do teto.

Além de propor diversas medidas de reforma do Estado e também de ataques a direitos trabalhistas e previdenciários, o governo Bolsonaro acelerou o uso dos instrumentos gerenciais que foram implementados ao longo dos últimos 30 anos, como a Lei da Terceirização, a flexibilização das leis trabalhistas e a contratualização de gestão de serviços públicos com entidades privadas, para aplicar uma agenda economicamente neoliberal e moralmente conservadora nos serviços públicos de saúde.

Através da Medida Provisória (MPV) 890/2019 (Brasil, 2019b), foi criado o Programa Médicos pelo Brasil, em substituição ao Programa Mais Médicos, criado pelo governo Dilma em 2013 pela MPV 621/2013 (Brasil, 2013a) para contratação de médicos para vagas disponíveis na rede do SUS em cidades do interior do país, principalmente na APS. Apesar do Programa Mais Médicos ter sido construído sobre um relação de trabalho mais frágil, pois os médicos eram contratados como bolsistas, seu caráter era transitório, de forma que estes médicos, se quisessem continuar atuando no SUS a longo prazo, deveriam procurar outro regime de trabalho, como concurso público, por exemplo. O Programa Médicos pelo Brasil, por

sua vez, avançou o modelo gerencial no SUS instituindo de forma definitiva a contratação de médicos pelo regime CLT.

Ainda em 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil, através de Portaria 2.979/2019 que “estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS” (Brasil, 2019c), constituído por três pilares: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A inovação que mais se destaca neste modelo é que o cálculo da capitação ponderada, que antes era calculado a partir do tamanho da população estimada pelo IBGE, passa a considerar somente a população cadastrada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O pagamento por desempenho continuou sendo realizado conforme metas estabelecidas para as ESF, de acordo como tipo de cada equipe, e resultados globais da política de APS, conforme Portaria 3.222/2019 (Brasil, 2019d). Para incentivos a ações estratégicas foram definidas 14 prioridades para receber incentivos de custeio:

- I - Programa Saúde na Hora;
- II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX - Microscopista;
- X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- XII - Programa Saúde na Escola (PSE);
- XIII - Programa Academia da Saúde;
- XIV- Programas de apoio à informatização da APS;
- XV - Incentivo aos municípios com residência médica multiprofissional;
- XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- XVII – Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde;
- XVIII - Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – SESB, e
- XIV - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (Brasil, 2019d).

Em março de 2020, no início da pandemia de Covid-19, o governo de Jair Bolsonaro, recebeu, através do Decreto Legislativo 6/2020 (Brasil, 2020a), autorização do Congresso Nacional para ultrapassar novamente o Teto de Gastos, em razão do estado de calamidade pública. Apesar de diversas autorizações extraorçamentárias, que incluem, por exemplo, 44 bilhões de reais na primeira onda do Covid-19, 108 bilhões na segunda e 41,2 bilhões na terceira, e que ficaram conhecidas como Orçamento de Guerra, parte significativa dos valores autorizados pelo parlamento não foram executados, ao mesmo tempo que o país enfrentava níveis muito alto de contaminação e recordes diária na quantidade de mortos em razão do

Covid-19. Foram mais de quatro meses com médias superiores à seis mil mortes por semana. Posteriormente, em 2021, durante a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid seria apresentado um relatório, enviado por uma Procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo (Pinto, 2021), que indicava que muitos recursos extraordinários autorizados para ASPS foram executados pelo Ministério da Defesa em despesas militares (Guimarães; Godoy, 2021).

Outros fatos apresentados na CPI da Covid demonstraram que durante o período da pandemia houve quebra de princípios doutrinários e organizativos do SUS, como a consolidação de um “gabinete paralelo” ao Gabinete do Ministro da Saúde, que se reunia com pessoas e organizações que não fazem parte da Administração Pública para tomar decisões sobre os rumos das políticas públicas de saúde, desde propostas de disseminação ativa do vírus até cobrança de propinas nas transações com laboratórios farmacêuticos produtores de vacina.

Em 2021, com o país, e todo resto do mundo, ainda em situação de emergência sanitária enfrentando a pandemia de Covid-19, o presidente Bolsonaro apresentou ao Congresso uma proposta de orçamento para o SUS com valores semelhantes aos valores anteriores à 2020, ou seja, mantendo o orçamento em patamares ao orçamento pré-pandemia, sem incluir a compra de vacinas no planejamento, por exemplo. “Entre fevereiro e agosto a propagação escalou. O Brasil chegou a registrar mais de 20 mil casos fatais a cada sete dias. O sistema colapsou, houve falta de remédios, respiradores, oxigênio e equipamentos de proteção para as equipes” (Lacerda, 2022). Apesar da escassez de recursos aplicados ASPS, o governo federal tinha autorização para furar o Teto de Gastos em mais de 41 bilhões novamente, desta vez através da EC 113/2021 (Brasil, 2021), chamada PEC dos Precatórios.

Para 2022 a proposta orçamentária do governo federal reduziu em 20% o que foi aplicado em ASPS no ano anterior. Este corte orçamentário teve resultado imediato. Em poucos meses a fila de espera para consultas com especialistas, exames e cirurgias no SUS, que já havia crescido em razão da suspensão de serviços durante a pandemia, voltou a bater recordes. Contudo, novamente, apesar do congelamento do orçamento para ASPS, Bolsonaro e Guedes conseguiram autorização para furar o Teto de Gasto, através da EC 123/2022 (Brasil, 2022a), chamada de PEC das Bondades, ou apenas PEC Kamikaze, que aumentou benefícios sociais de forma provisória há poucas semanas da eleição presidencial.

Em 2023, com a troca de governo, novas mudanças no aparelho do Estado, citadas no capítulo 1, e na estrutura de gestão e financiamento do SUS ocorreram. A primeira medida do presidente Lula foi a nomeação da Ministra da Saúde Nísia Trindade, primeira mulher a assumir a gestão do Ministério da Saúde. Outra medida importante foi a tentativa de restituir o

financiamento do SUS à níveis executados em antes da EC 95/2016. Parte dos recursos foram recuperadas em razão da aprovação da EC 126/2022 (Brasil, 2022b), conhecida como PEC da Transição, que autorizou o uso de recursos destinados à enfrentamento do Covid-19 pelos entes federados, reclassificou algumas despesas em saúde de forma provisória, para que não entrem no cálculo do Teto de Gastos, e alterou os limites de emendas parlamentares na saúde, ampliando o recurso orçamentário disponível para o SUS.

Quando deixou o governo, o ex-presidente Jair Bolsonaro (PL) deixou também uma proposta orçamentária que reduzia os investimentos em saúde em R\$ 22,7 bilhões de reais para este ano. O tombo potencializava o esgotamento da área, que já era realidade desde que Michel Temer (MDB) instituiu o teto de gastos, em 2016. A Emenda à Constituição (EC) congelava os investimentos sociais por vinte anos. Frente a esse cenário, o ano de 2023 representou uma corrida para retomar o básico. A nova gestão conseguiu aprovar a PEC da transição, que permitiu deixar de fora da regra fiscal R\$ 145 bilhões no orçamento para bancar despesas como o Bolsa Família, o Auxílio Gás e o Farmácia Popular (Lacerda, 2023).

Como medida para reestruturar o modelo de gestão do SUS, o governo Lula-3 revogou portarias e publicou novas, remontando programas que foram extintos ou abandonados após o golpe parlamentar ocorrido em 2016. Pela Portaria 578/2023 (Brasil, 2023j) foi criado o Departamento de Saúde Mental (DESME) e reestruturados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecendo um financiamento para contratualização de Serviços Hospitalares de Referência (SHR), repassado junto ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) de estados e municípios. Pela Portaria 844/2023 (Brasil, 2023k) foi reestruturado o Programa Nacional de Imunização (PNI), incluindo a instituição de incentivo financeiro de custeio. Também foi reestruturado o financiamento do Programa Farmácia Popular do Brasil (PGFB), através da Portaria 885/2023 (Brasil, 2023l). Para recomposição da força de trabalho do SUS foram formados 180 mil novos ACS, com foco no reforço da APS e na vigilância em saúde. Também foi relançado o Programa Mais Médicos e foram publicadas autorizações para concurso em diversas áreas da saúde.

Por outro lado, algumas medidas foram em direção oposta à proposta de valor do SUS, como as medidas de ampliação da atuação do mercado privado em áreas como educação, saúde, saneamento, inovação e meio-ambiente, por meio do avanço da gestão delegada, com incentivo a contratualizações, como as PPPs e as parcerizações. Um exemplo disto é o Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF), que foi instituído através da Portaria 90/2023 (Brasil, 2023i) e que possui como uma de suas estratégias “qualificar a contratualização com a rede complementar” (Brasil, 2023i, art. 2º)

O Quadro 19 - Relação de leis e normativas que modificaram o modelo de gestão do SUS, da CF-1988 até 2023, apresenta um resumo destas modificações ocorridas no modelo de gestão e financiamento do SUS:

Quadro 19 - Relação de leis e normativas que modificaram o modelo de gestão do SUS, da CF-1988 até 2023

Ano	Documento	Evento	Âmbito	Principais Mudanças
1988	CF-1988	Constituição Federal de 1988	Geral	Constituição do SUS, definição de diretrizes e princípios, incluindo a imposição de Regime Jurídico dos servidores da saúde.
1990	Lei 8.080/90	Lei Orgânica da Saúde (LOS)	SUS	Regulamentação das ações e serviços de saúde no território nacional.
1990	Lei 8.142/90	Lei do SUS (Participação Social e Financiamento)	SUS	Complementação à LOS, regulamentando a participação social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.
1991	Resolução 258/1991	NOB 01/91	SUS	Transição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS); aplicação de um mínimo de 10% do orçamento de 1991 em saúde
1993	Portaria 545/1993	NOB 01/93	SUS	Introdução das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB).
1994	PDRAE	Reforma Gerencial do Estado	Geral	Reforma do Estado brasileiro, repassando atividades públicas para organização paraestatais, não-estatais e mercado privado
1996	Resolução 258/1991	NOB 01/96	SUS	Admissão da fragmentação do SUS para superar obstáculos da gestão compartilhada entre diferentes entes federados
1997	Portaria 1.882/1997	Piso da Atenção Básica (PAB)	SUS	Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.
1997	Portaria 1.886/1997	Programa de ACS e PSF	SUS	Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF)
1998	Lei 9.637/1998	Programa Nacional de Publicização - Lei das OS	Geral	Institui o Programa Nacional de Publicização e o Contrato de Gestão como instrumento de contratualização entre o poder público e as OSs
1999	Lei 9.790/1999	Lei do Terceiro Setor - Leis das OSCIPs	Geral	Institui o Termo de Parceria como instrumento de contratualização entre o poder público e as OSCIPs
2000	Emenda Constitucional 29/2000	EC 29/2000	SUS	Regras de financiamento do SUS de 2000 a 2004: estados aplicariam 12% e municípios 15%, no mínimo, em 2004. União deveria ampliar em 5% para 2000 e depois corrigir pela variação do PIB
2001	Portaria 2.207/2001	Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde	SUS	Criado para organizar o território nacional em regiões e microrregiões de saúde, com o objetivo de melhorar a coordenação do SUS e a equidade no acesso aos serviços.
2001	Portaria 95/2001	NOAS 01/2001	SUS	Instituição do PDR, buscando organizar regiões e microrregiões de saúde. Amplia as responsabilidades dos municípios na APS e altera os critérios de habilitação de estados e municípios.

Ano	Documento	Evento	Âmbito	Principais Mudanças
2002	Portaria 373/2002	NOAS 01/2002	SUS	Atualização da NOAS.
2003	PLP 01/2003, PLS 156/2007 e PLP 306/2008	Projetos para definição do percentual a ser aplicado pela União em saúde	SUS	Prevê a destinação de 8,5% do total da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a saúde em 2008, 9% em 2009, 9,5% em 2010, até o atingir 10% em 2011
2004	Portaria 2.607/2004	Plano Nacional de Saúde 2004-2007	SUS	Estabelece metas e objetivos a serem atingidos até 2007.
2006	Portaria 3.992/2006	Pacto pela Saúde	SUS	Pactuação de compromissos entre União, estados e municípios, instituindo 5 blocos de financiamento para o SUS
2006	Portaria 648/2006	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	SUS	Publicada com o objetivo de orientar a organização da atenção básica no SUS.
2010	Portaria 2.436/2010	Revisão da PNAB	SUS	Revisão da PNAB, com o objetivo de fortalecer a atenção básica como porta de entrada do SUS.
2011	Decreto 7.508/2011	Regulamentação da LOS e instituição da RAS	SUS	Regulação da LOS, criando as RAS, estabelecendo a APS como porta de entrada prioritária e instituindo as Redes de Atenção à Saúde (RAS)
2011	Lei Complementar 141/2012	Regulamentação dos percentuais aplicados em saúde	SUS	Regulamenta a EC 29/2000, vinculando recursos e estabelecendo critérios para o rateio inter federativo.
2012	Portaria 4.279/2012	Pacto de Gestão	SUS	Instituído para fortalecer a gestão inter federativa do SUS, com a pactuação de compromissos entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal.
2015	Emenda Constitucional 86/2015	EC do Orçamento Impositivo	Geral	Introduz a obrigação do poder executivo em executar as emendas parlamentares ao orçamento, definindo assim orçamento mínimo da União para a saúde
2016	Emenda Constitucional 95/2016	EC do Teto dos Gastos - Novo Regime Fiscal	Geral	Fixação de um teto para gastos públicos, congela investimentos e reduz o repasse federal para custeio da saúde
2017	Portaria 3.992/2017	Mudanças no financiamento do SUS	SUS	Unifica seis blocos de financiamento em dois blocos: bloco de custeio e bloco de investimento
2017	Lei 13.467/2017	Reforma Trabalhista	Geral	Flexibilização das relações de trabalho; contratos temporários; jornada intermitente
2017	Lei 13.429/2017	Lei da Terceirização	Geral	Permitir a terceirização das atividades-fim em qualquer setor da economia
2018	Medida Provisória 890/2019	Programa Médicos pelo Brasil	SUS	Contratação de médicos, por regime CLT, em substituição ao Programa Mais Médicos, criado pelo governo Dilma em 2013 e que contratava mediante bolsa.
2019	Emenda Constitucional 102/2019	PEC da Cessão Onerosa	Geral	Autoriza furo no Teto de Gastos
2019	Portaria 2.979/2019	Programa Previne Brasil	SUS	Estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS
2020	Decreto Legislativo 6/2020	Decreta calamidade pública em razão da Covid-19	SUS	Autoriza furo no Teto de Gastos em razão da Covid-19

Ano	Documento	Evento	Âmbito	Principais Mudanças
2021	Emenda Constitucional 113/2021	PEC dos Precatórios	Geral	Autoriza furo no Teto de Gastos e altera período do índice de correção do teto
2022	Emenda Constitucional 123/2022	PEC das Bondades (PEC Kamikaze)	Geral	Autoriza furo no Teto de Gastos e aumenta benefícios sociais de forma provisória
2022	Emenda Constitucional 126/2022	PEC da Transição	Geral	Autoriza o uso de recursos destinados à enfrentamento do Covid-19 pelos entes federados e altera os limites de emendas parlamentares na saúde, ampliando o recurso orçamentário disponível para o SUS
2023	Portaria 3/2023	Programa Nacional de Redução de Filas	SUS	Institui o Programa de Redução de Filas (PNRF) e qualifica a contratualização com a rede complementar
2023	Portaria 578/2023	Reestruturação do PNI e dos CAPSi	SUS	Cria o DESME e reestrutura os CAPSi, estabelecendo um financiamento para contratualização de Serviços Hospitalares de Referência (SHR)
2023	Portaria 844/2023	Reestruturação do PNI	SUS	Reestrutura o Programa Nacional de Imunização (PNI), incluindo a instituição de incentivo financeiro de custeio
2023	Portaria 885/2023	Reestruturação do PGBF	SUS	Reestrutura o financiamento do Programa Farmácia Popular do Brasil (PGFB)
2023	Portarias diversas; MP 1.165/2023	Reestruturação do Programa Mais Médicos	SUS	Institui a volta do Programa Mais Médicos

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.4. Modelos de gestão da APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivos, que incluem a promoção e proteção da saúde, prevenção de problemas, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral aos efeitos na saúde e autonomia das pessoas, bem como aos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades (Brasil, 2017d). A APS deve ser a porta principal de contato do usuário com o sistema de saúde, funcionando como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possuindo os serviços com maior grau de descentralização e capilaridade do sistema de saúde.

A APS é desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, de trabalho em equipe, dirigidas a populações em territórios definidos. Essas equipes assumem a responsabilidade sanitária em relação população desses territórios, observando suas dinâmicas específicas. Apesar da baixa complexidade tecnológica, quando comparada à Atenção Especializada, ambulatorial e hospitalar, APS não é simples (Mendes, 2015, p. 45). Ela utiliza tecnologias de cuidado complexas e diversas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu

território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência, bem como o imperativo ético de acolher todas as necessidades, demandas de saúde ou sofrimento.

Antes da Independência do Brasil, não existia um sistema público de saúde estruturado. Durante a colonização, as instituições religiosas foram as responsáveis pela implementação de tratamentos de saúde no país. Neste período, as Santas Casas de Misericórdia foram a principal alternativa para aqueles que não tinham recursos de pagar por serviços particulares. A chegada da família real portuguesa, em 1808, marcou um período de investimentos em infraestrutura no Brasil, incluindo a criação dos primeiros cursos universitários de Medicina, Cirurgia e Química. Essa iniciativa resultou na formação de profissionais locais, substituindo os médicos estrangeiros. A Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador foram pioneiros nesse processo.

Após a Independência, em 1822, as primeiras escolas médicas foram estabelecidas, mas o sistema público de saúde no Brasil só começou a se desenvolver no final do século XIX. Nesse período, a atenção médica estava voltada principalmente para eventos agudos, e o foco recaía sobre doenças infecciosas e parasitárias. No período Imperial escolas foram transformadas em faculdades, foram criados órgãos de fiscalização de higiene pública e implementadas medidas de controle para doenças como tuberculose, febre amarela e malária.

Na década de 1920, surge o primeiro ciclo da APS no Brasil (Mendes, 2012) com a criação dos Centros de Saúde na Universidade de São Paulo (USP). Esses centros atuavam diretamente com a população adscrita, ou seja, que estavam no mesmo território, com ênfase na educação sanitária para a promoção da saúde. Neste período estabeleceu-se uma nítida separação entre o campo da saúde pública e o campo da atenção médica.

Durante os anos 1940, o Brasil adotou o modelo sanitarista americano com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, dando origem ao segundo ciclo da APS. Inicialmente voltado para políticas sanitárias pontuais, como controle de malária nas bases militares americanas em Belém, Recife e Natal, e controle sanitário nas regiões com alto índice de migração produtoras de matérias-primas estratégicas para a guerra, como a borracha na Amazônia e a mica em Minas Gerais, o SESP expandiu-se no pós-guerra, focando em ações preventivas e curativas, especialmente em doenças infecciosas. Em 1991, o SESP foi incorporado a outros órgãos dando origem à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Na década de 1960 ocorre o terceiro ciclo da APS, quando as Secretarias Estaduais de Saúde incorporaram a atenção médica dirigida a grupos especiais, como a população materno infantil e doenças infecciosas, como tuberculose e hanseníase. Nos anos 1970 ocorre o quarto ciclo da APS, a partir da introdução da Medicina Simplificada, uma atenção primária seletiva

com foco na extensão da cobertura da APS. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado em 1975 no Nordeste, nacionalizou-se em 1979, expandindo a cobertura de 1.122 unidades de APS, em 1975 para 13.739 unidades em 1984 em todo o país. A década de 1980 trouxe o quinto ciclo da APS, marcado pelo esgotamento do sistema de saúde, pela crise previdenciária e pelas exigências do movimento de reforma sanitária que pressionavam os governos. Este contexto levou à criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, unindo Ações Integradas de Saúde (AIS) à APS.

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, com ênfase na descentralização da gestão da saúde para os municípios, marcando o início do sexto ciclo da APS. A municipalização da saúde proporcionou que diferentes modelos de cuidados primários fossem explorados, como a medicina geral e comunitária em Porto Alegre, a ação programática em saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o médico de família da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e o modelo de defesa da vida da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Mendes, 2015). Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), que já existia no Ceará desde 1987, foi estendido nacionalmente. O Programa Saúde da Família (PSF), como está consolidado atualmente, foi criado em 1993, tornando-se a política oficial para organização da APS a partir 1994.

Na segunda metade dos anos 1990 e durante os anos 2000, ocorre o sétimo ciclo da APS, caracterizado pela expansão do PSF e sua consolidação como estratégia básica de cuidados em saúde. Para os anos 2010, a OMS, no Relatório Mundial de Saúde 2008 – Atenção Primária à Saúde Agora Mais do Que Nunca (WHO, 2008) apontou para um oitavo ciclo da APS, com foco na consolidação do ESF como estratégia fundamental da APS em todo o mundo.

O Quadro 20 - Ciclos da APS no Brasil, de 1920 a 2024 apresenta um resumo dos oito ciclos da APS no Brasil, de 1920 a 2024:

Quadro 20 - Ciclos da APS no Brasil, de 1920 a 2024

Ciclo da APS	Período	Estratégia
1º	Anos 1920	Centros de Saúde-Escola
2º	Anos 1940	Modelo sanitarista americano
3º	Anos 1960	Centros de Saúde Pública Estaduais
4º	Anos 1970	Medicina Simplificada
5º	Anos 1980	Ações Integradas de Saúde
6º	Anos 1990	Municipalização da APS e instituição do PSF
7º	Anos 2000	Consolidação do PSF como estratégia básica do SUS
8º	Anos 2010 até o presente	Consolidar a ESF como estratégia fundamental da APS

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Mendes (2012, 2015), Motta (2015) e WHO (2008).

Conforme apresentado no Quadro 13 - Abordagens sobre saúde no capitalismo e as políticas públicas em saúde, observa-se que a APS no Brasil seguiu uma trajetória que fluiu da abordagem de Medicina Preventivista, passando pela Saúde Coletiva e pela Promoção da

Saúde, sendo influenciado também pelo movimento da Reforma Sanitária, conforme descreve Paim (2006b). Contudo, a partir dos anos 1990 surge o movimento da Nova Saúde Pública, que, juntamente ao avanço do gerencialismo na Administração Pública e por influências da NAP, para além das estratégias de assistência à saúde, também desenvolveu propostas e implementou mudanças na gestão do sistema de saúde.

Sob a lógica gerencial na AP e a abordagem da Nova Saúde Pública, a saúde pública no Brasil viu o desenvolvimento e consolidação do modelo de contratualização entre Estado e sociedade civil no SUS (Oliveira, 2005, p. 424). Este modelo se desenvolveu com mais facilidade nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, em razão da estrutura mais centralizada dos serviços e do modelo de financiamento da saúde que favorecia estes serviços (Fausto; Matta, 2007, p. 58), mas não ficou restrito à média e alta complexidade, ele também chegou à APS. Para tanto, foram necessárias diversas reformas, alterando a forma de contratação da AP, as relações trabalhistas, o modelo de atenção à saúde e também a organização e o financiamento do SUS. Assim, da promulgação da CF-1988 aos dias atuais foi criado um conjunto complexo de leis e normas que disciplinam a contratualização dos serviços públicos com entidades privadas.

Na década de 1990, apesar de já existir o PACS e o PSF, estes programas não eram política prioritária para o SUS, ocupando uma “posição marginal dentro do Ministério da Saúde, que contribuiu para que tais programas assumissem no primeiro momento um perfil segmentado” (Fausto; Matta, 2007, p. 59), estando vinculado à uma coordenação interna da FUNASA. A partir de 1993 o PSF é nacionalizado e deixa de estar vinculado à FUNASA, passando a ser gerenciado diretamente pelo Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS) no Ministério da Saúde, o que significou o fortalecimento da APS na política de saúde nacional.

Em 1996, a partir da NOB 01/96, como parte do processo de descentralização da gestão em saúde, o poder público instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) como forma de repasse financeiro da União para os municípios. Na sua implantação, o PAB era calculado de forma *per capita*, de acordo com a população estimada, para serviços de atenção básica em saúde, e também possuía um repasse variável destinado a incentivar a implementação do PSF e do PACS nos municípios. O foco inicial o PAB eram os municípios mais pobres, contudo, a partir de 1998, com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o PSF se tornou parte importante da organização da atenção à saúde nos municípios brasileiros.

Após a NOB 01/96, uma série de medidas foram adotadas para incentivar a implementação e expansão do PSF nos municípios brasileiros, exigindo mudanças no modelo

de gestão e no financiamento da APS. Estas medidas ocorreram de forma concomitante à consolidação da NAP no Brasil, a partir do PDRAE, e colaboraram, junto com as reformas administrativas de âmbito geral da AP, com o avanço de contratualização no SUS.

5.5. As reformas que aceleraram a contratualização na APS

A contratualização de ASPs refere-se à prática de estabelecer contratos entre gestores e prestadores de serviços do SUS, sejam eles públicos, privados ou do terceiro setor, para a realização de ações específicas no âmbito da saúde. Considerando a complexidade do sistema de saúde, “composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações [...] [entende-se que] a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos” (Mendes, 2011, p. 83). Assim, considerando o contexto brasileiro, de uma sociedade capitalista e da vigência de um Estado de Direito, a negociação entre diferentes partes é firmada em contratos.

Um contrato pode ser descrito como um acordo entre dois ou mais agentes econômicos, no qual eles concordam em assumir ou renunciar a certas obrigações, realizar ou evitar determinadas ações. Portanto, o contrato representa uma aliança voluntária entre as partes envolvidas. Esses acordos contratuais devem incluir cláusulas fundamentais que abrangem a especificação dos produtos, a seleção e organização de recursos, a coordenação temporal e espacial, o estabelecimento de garantias, o sistema de monitoramento e avaliação, o método de pagamento e o sistema de incentivos (Mendes, 2011).

No caso do SUS, os contratos são utilizados como instrumentos jurídicos para formalizam a relação entre os entes públicos e privados que atuam na RAS, da APS à atenção hospitalar, estabelecendo metas, indicadores de desempenho, responsabilidades, e condições para a prestação e financiamento de serviços de saúde.

Em razão do aumento de organizações públicas ou privadas atuando no SUS, os contratos ganharam destaque. Estes contratos definem responsabilidades, obrigam a existência uma qualidade mínima nos serviços e regulamentam a relação entre o SUS e seus prestadores de serviços. Mendes (2011) sugere uma tipologia para categorizar estes contratos a partir da análise de quais atores que firmam o contrato, distinguindo-os em contratos internos (endógenos) e contratos externos (exógenos).

Os contratos internos referem-se a acordos nos quais as partes contratantes são uma mesma entidade estatal, caracterizando-se como contratos morais, carecendo de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos. Esses contratos são denominados acordos de

serviços, termos de compromisso ou quase-contratos, e implicam na substituição da autonomia jurídica do ente prestador pelo conceito de centro de responsabilidade.

Por outro lado, os contratos externos envolvem uma instituição estatal como contratante, interagindo com entes prestadores externos, como instituições públicas, filantrópicas ou privadas lucrativas. Estes contratos, conhecidos como Contratos de Gestão, caracterizam-se pela terceirização de serviços, possuindo uma base legal e conferindo autonomia administrativa e jurídica aos entes contratados, que são capazes de formalizar e responsabilizar-se legalmente pelo que foi pactuado nos contratos (Mendes, 2011, p. 192).

Ao longo da segunda metade da década de 1990 e durante os anos 2000 e 2010, foram criados diversos instrumentos no âmbito macro da Administração Pública brasileira que colaboraram com a expansão da contratualização no SUS, principalmente na expansão de contratos com atores externos, como a Lei das OSs, ou Plano Nacional de Publicização, a Lei das OSCIPs, ou Lei do Terceiro do Setor, a Lei das PPPs, o Regime Diferenciado de Contratações (RDC), a Lei das Estatais, a Lei das OSCs e a Nova Lei de Licitações, que cria o Regime de Contratação Integrada (RCI).

O

Quadro 21 apresenta um resumo de algumas reformas do Estado de âmbito macro que se relacionam com a expansão da contratualização no SUS:

Quadro 21 - Reformas de âmbito macro que se relacionam com a expansão da contratualização no SUS		
Evento	Mudança	Relação com o SUS
Lei das OSs (9.637/1998)	Institui as Organizações Sociais (OSs) no âmbito da Administração Pública, definindo critérios e condições para sua qualificação e atuação e normas para celebração de Contratos de Gestão com o poder público.	Definiu critérios para que as OSs pudessem atuar em parceria com o SUS, permitindo maior participação da iniciativa privada na gestão de ASPs.
Lei das OSCIPs (9.790/1999)	Institui as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), definindo requisitos para sua qualificação e normas para celebração de Termos de Parceria com o poder público.	Facilitou a celebração de Termos de Parceria entre OSCIPs e o SUS, facilitando a contratação de organizações privadas para gestão de ASPs.
Lei das PPPs (11.079/2004)	Regulamenta as Parcerias Público-Privadas (PPP), estabelecendo regras para a cooperação entre entidades públicas e privadas na execução de serviços e projetos de interesse público, com previsão de compartilhamento de riscos e responsabilidades.	Permite a celebração de Parcerias Público-Privadas (PPPs) no âmbito da saúde, possibilitando gestão privada de serviços de saúde.
Lei do RDC (12.462/2011)	Cria o Regime Diferenciado de Contratações (RDC) para agilizar procedimentos licitatórios em obras e serviços de engenharia, possibilitando maior agilidade na contratação de empreendimentos públicos.	Facilitou a contratação de serviços e obras relacionadas à saúde, diminuindo critérios e exigências.
Lei das OSCs (13.019/2014)	Estabeleceu o regime jurídico das parcerias voluntárias entre a Administração Pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSCs), ou seja, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco.	Fortaleceu o arcabouço jurídico para contratos entre organizações privadas não estatais e o SUS, possibilitando avanço da contratualização em todo a Administração Pública e na saúde.

Evento	Mudança	Relação com o SUS
Lei das Estatais (13.303/2016)	Muda o regime dos contratos de estatais, afastando as regras da Lei 8.666/1993 (antiga Lei de Licitações), aplicando o regime de direito privado nos contratos. Altera critérios e limites de valores para dispensa de licitação, ampliando a possibilidade de contratações por dispensa.	Ampliou as possibilidades de participação de empresas privadas em contratos com estatais da área de saúde, aumentando a flexibilidade na gestão destes serviços.
Lei das PPI (13.334/2016)	Criou o Programa de Parcerias de Investimentos (PPI), destinado à ampliação e fortalecimento da interação entre o Estado e a iniciativa privada por meio da celebração de contratos de parceria para a execução de empreendimentos públicos de infraestrutura e de outras medidas de desestatização.	Inicialmente o PPI não foi criado direcionado para SUS. Contudo, ele pode ser utilizado na área da saúde, para formalização de PPPs, tanto para investimentos, como reformas e aquisições, quanto para gestão de serviços de saúde de forma delegada.
Reforma Trabalhista (Lei 13.429/2017)	Realizou alterações significativas nas relações de trabalho, flexibilizando a legislação trabalhista. Dentre as mudanças, destaca-se a permissão para terceirização irrestrita de atividades-fim, impactando a dinâmica de contratações e relações laborais.	Influenciou as dinâmicas de contratação no setor de saúde, permitindo uma maior flexibilidade na terceirização de serviços, o que pode afetar diretamente o quadro de profissionais e a qualidade dos serviços prestados ao SUS.
Nova Lei de Licitações e Contratos - RCI (14.133/2021)	Instituiu um novo marco legal para licitações e contratos públicos, revogando a Lei 8.666/1993, a Lei do Pregão (Lei 10.520/2002), e o RDC (Lei 12.462/2011); introduzindo o Regime de Contratação Integrada (RCI), alterando as modalidades de licitação, desburocratizando a licitação.	Estabeleceu novas normas para a contratação de serviços de saúde, visando maior eficiência, com impactos diretos na gestão de contratos relacionados ao SUS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No âmbito do SUS também houve normativas que criaram condições e incentivaram a estratégia de contratualização, como a EC 51/2006 que regulamentou as atividades de ACS, as mudanças nos blocos de financiamento das ASPS com alterações nos critérios e formas de repasses, e alterações na PNAB, modificando critérios de financiamento e aumentando o número de repasses vinculados à produtividade e metas de desempenho.

No caso dos ACS, durante muito tempo houve “dificuldades de contratação do agente por concurso público, em virtude da exigência de moradia no local do trabalho, a sua maioria foi contratada pelo Poder Público, mediante interposta pessoa jurídica” (Santos, 2006, p. 126), por exemplo, gerando uma situação de insegurança da relação de trabalho dos ACS. Nesse sentido, foi aprovada a Emenda Constitucional 51/2006 (Brasil, 2006a), que validou processos seletivos simplificados e reconheceu vínculo com os ACS contratados por entidades privadas. Entretanto, para isto, seguindo o modelo gerencial de Administração Pública, houve autorização para contratação destes trabalhadores pelo Estado por meio do regime de CLT, o que significou o enfraquecimento da relação contratual com estes agentes públicos.

No caso das mudanças no financiamento, conforme apresentado na Figura 11 - Seis Blocos de Financiamento do SUS (Portaria 204/2007) e na Figura 13 - Dois Blocos de

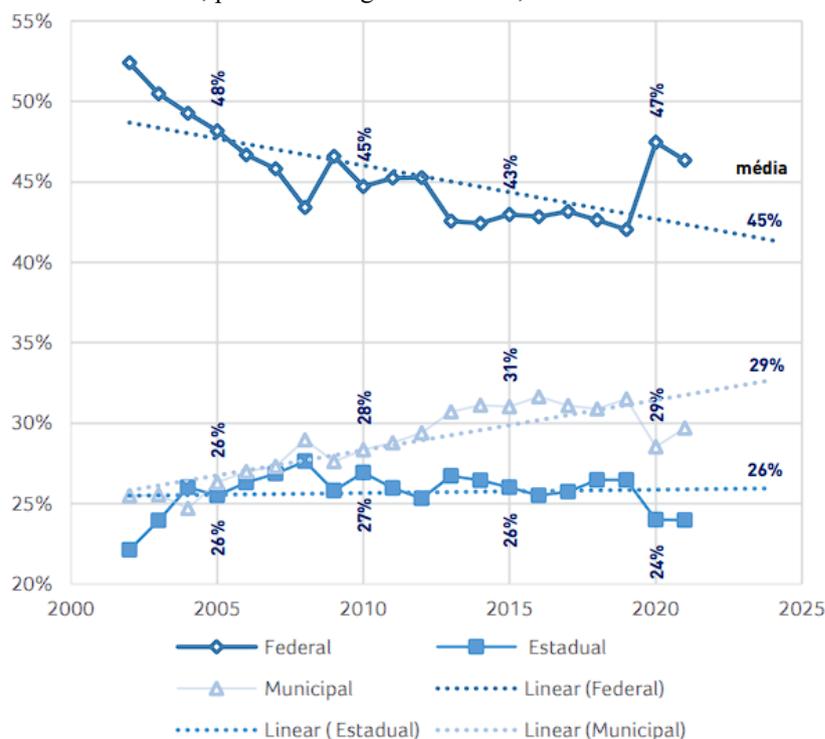
Financiamento (Portaria 3.992/2017), os seis blocos de financiamento do SUS, criados em 2007, foram reduzidos para apenas dois blocos: um para custeio das ASPS, dividido em Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão, e outro bloco para investimentos. Esta mudança teve como objetivo simplificar a alocação de recursos e os repasses financeiros, dando maior autonomia aos gestores locais, permitindo uma maior adequação às demandas específicas de cada região. Também teve como objetivo fortalecer a APS, criando incentivos para ações preventivas e para promoção da saúde.

Por outro lado, com as mudanças no financiamento a partir de 2017, houve a ampliação do modelo de gestão por resultados, com a introdução de novas metas e indicadores de desempenho para os repasses, e a ampliação do modelo de contratualização. Além disto, a configuração do bloco investimentos, em razão de seu caráter variável e transitório, onde os investimentos realizados não podem gerar novas despesas permanentes de custeio, também incentivou a celebração de contratos provisórios com a iniciativa privada para a melhoria da infraestrutura e aquisição de equipamentos para as unidades de saúde.

Outro aspecto do novo financiamento do SUS que incentiva a contratualização é a queda dos valores destinados pela União para ASPS, em razão da EC 95/2016 que congelou os recursos destinados à saúde. Com este congelamento houve um aumento significativo dos recursos aplicados em ASPS por estado e, principalmente, pelos municípios. Como este aumento impacta de forma negativa os orçamentos destes entes, a estratégia adotada foi a celebração de contratos com a iniciativa privada vinculados à realização da receita estimada nas LOA e LDO, ou seja, a continuidade da prestação do serviço ao longo do período contratual ficou sujeita ao ingresso das receitas, em caso de não realização destas despesas o serviço é paralisado.

Esta política de financiamento, unida à municipalização da saúde, pressionou os municípios a destinarem mais recursos próprios para a saúde, elevando os gastos municipais em saúde muito acima do mínimo constitucional, conforme demonstra o gráfico da Figura 14:

Figura 14 - Gráfico da composição percentual do gasto público em ASPS, por esfera de gestão do SUS, de 2001 a 2021



Fonte: Pereira (2022, p. 56), elaborado com dados do SIOPS.

Entretanto, em alguns casos, mesmo havendo previsão orçamentária e o repasse dos recursos ocorrer de forma correta, o serviço também pode vir a ser paralisado em razão da má gestão dos recursos pela entidade privada. Um exemplo disto ocorreu com as contratualizações realizadas pelo SUS com a Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) nas cidades de Porto Alegre, Alvorada e Cachoeirinha e no Distrito Federal (DF). Ao longo do ano de 2023, diversas vezes os serviços contratualizados por estes municípios e pelo DF com a FUC para prestação de atendimentos públicos nos hospitais próprios da entidade e também para gestão de hospitais públicos foram suspensos, em razão de falta de pagamento de salários e de fornecedores (Delanhese, 2023; Favero, 2023; Giovanni, 2023; Passarella, 2023). Os serviços públicos realizados nestes hospitais só foram ser normalizados quando o poder público interviu na gestão dos hospitais com autorização judicial ou através da criação de repasses financeiros especiais para pagamento das dívidas e manutenção mensal dos serviços (Coimbra, 2023).

Em maio de 2019, através de Portaria 930/2019, foi lançado o Programa Saúde na Hora, um novo incentivo financeiro para APS ligado à produtividade. O Saúde na Hora, atualizado em março de 2020 através da Portaria 397/2020 (Brasil, 2020d), criou incentivos dentro da PNAB para ampliação do horário de funcionamento de serviços da APS, onde uma parte do recurso era incentivo para estruturação do programa, ou seja, investimento, e outra parte para o custeio dos serviços, ligado à produtividade.

Contudo, ainda em 2019, o governo Bolsonaro reorganizou novamente o financiamento da APS com o lançamento do Programa Previne Brasil, através da Portaria 2.979/2019 (Brasil, 2019c). De acordo com o governo, este “novo modelo de repasse de recursos aos municípios é baseado nas melhores evidências e experiências internacionais, como nos sistemas de saúde do Reino Unido e Canadá” (Ministério da Saúde, 2020). A partir do Previne Brasil os serviços de APS passaram a ser financiados por um modelo de financiamento composto por três componentes.

1. **Capitação ponderada:** repasse calculado com base no número de pessoas cadastradas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e pelas equipes de Atenção Primária (eAP), ajustado conforme a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE;

2. **Pagamento por desempenho:** repasse calculado a partir de resultados obtidos no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, com reavaliação dos resultados e atualização dos valores a cada quatro meses. Para o ano de 2022 foram estabelecidos sete indicadores, que são revisados anualmente. Para 2023 foram mantidos os mesmos indicadores, com pequenas correções nos critérios e atualização das metas:

Quadro 22 - Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil no ano de 2023

Ações Estratégicas	Indicador
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
Saúde da mulher	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.
Saúde da criança	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo b e Poliomielite inativada.
Doenças crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2022).

3. **Incentivos financeiros:** divididos em dois tipos:

a) **Incentivo com base em critério populacional:** repasse *per capita* conforme estimativa populacional do IBGE. Este repasse considera toda a população residente no território da unidade de saúde, diferente do recurso financeiro calculado por capitação ponderada, que considera apenas as pessoas cadastradas pelas eSF e eAP

b) **Incentivos para ações estratégicas:** repasses que financiam a implementação e o custeio de programas, estratégias e ações ligados às características específicas e à necessidade

de cada município ou território. A partir destes incentivos são financiados os seguintes serviços da APS:

Quadro 23 - Incentivos para ações estratégicas do Previne Brasil

Tipo de incentivo	Ação
Prioritários	Programa Saúde na Hora;
	Programas de apoio à informatização da APS;
	Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
Saúde Bucal	Equipe de Saúde Bucal (eSB);
	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
	Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
Promoção da Saúde	Unidade Odontológica Móvel (UOM);
	Programa Saúde na Escola (PSE);
	Programa Academia da Saúde;
Especificidades	Equipe de Consultório na Rua (eCR);
	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
	Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
	Microscopista;
	Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
	Saúde do adolescente;

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2022).

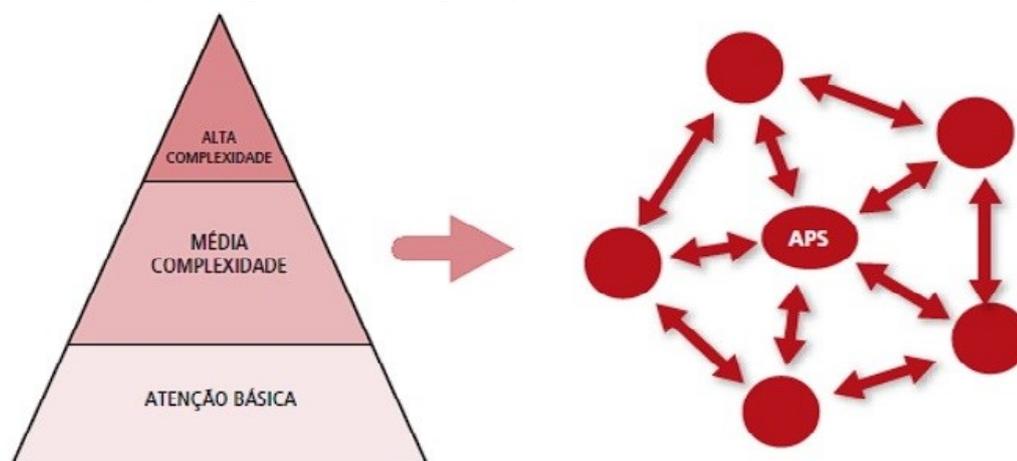
Em outubro de 2020, outra modificação na estrutura da APS para aprofundar o modelo de contratualização foi ensaiada pelo governo Bolsonaro. Sob a liderança do Ministro da Economia Paulo Guedes, o presidente publicou o controverso Decreto 10.530/2020 (Brasil, 2020b) que incluiu a APS no programa de privatizações do governo. Este decreto destacou a intenção do governo em privatizar as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, a medida encontrou forte resistência da sociedade. Diante da intensa pressão e do repúdio generalizado, o governo acabou recuando, revogando a medida dois dias depois.

5.6. Conclusão do capítulo

Primeiramente foi realizada uma pesquisa documental histórica descritiva para delinear como se formou, quais reformas sofreu e como funciona o modelo de gestão em saúde do SUS. Aplicando a proposta de modelo de gestão em saúde de Christensen, Grossman e Hwang (2009) foi identificado que o SUS se difere de outros sistemas nacionais de saúde por possuir competência de organizar, regular e normatizar todos os serviços de saúde existentes no país, desde os serviços públicos até os serviços privados, que, somados, representam mais de 10% do PIB (conforme apresentado na Tabela 2). Além disto, se difere de sistemas privados de saúde no que tange à fórmula do lucro, pois sua missão não é produzir mais-valor e lucro, de forma que a utilização de seus recursos, estruturais, de força de trabalho, financeiros e intangíveis, é orientada pelo objetivo de manter a saúde da população.

Também foi verificado que o modelo de gestão do SUS, que existia antes das reformas gerenciais ocorridas nos anos 1990, 2000 e 2010, era um modelo organizacional hierarquizado de pirâmide. Em seguida foi identificado que este modelo foi reformado, migrando para o modelo de rede chamado RAS, conforme demonstra a Figura 15:

Figura 15 - Mudança da estrutura de organização do SUS do modelo hierárquico de pirâmide para o modelo de poliárquico de Rede de Atenção em Saúde



Fonte: Mendes (2011).

No que se refere aos tipos ideais de modelo de gestão inovador em saúde sugeridos por Christensen, Grossman e Hwang (2009), foi identificado que o SUS possui dentro de sua estrutura os três modelos ideais sugeridos, apresentados no Quadro 15: o modelo de Centros Resolutivos, o modelo de Organizações com Processos de Agregação de Valor e o modelo de Redes Facilitadoras.

Na APS ocorre o mesmo, existem serviços dos três tipos, formando uma Rede de Atenção à Saúde, que, por sua vez, é formada por outras redes. Nesse sentido, avaliando a APS de forma micro, ou seja, apenas uma unidade de saúde ou um serviço específico, não existe mudança de modelo de gestão de uma unidade de APS, como propõe a Figura 4 - O efeito cascata da ruptura na assistência à saúde, no que tange aos seus processos internos e na assistência médica, pois estas unidades, contratualizadas ou não, com entidades públicas ou privadas, devem seguir os princípios do SUS. Assim, unidades que funcionam como Centro Resolutivo não podem ser modificadas para o modelo VAP ou para Rede Facilitadora, por exemplo, pois o sistema é estruturado em razão das necessidades de saúde da população e precisa oferecer cuidados integrais. As estruturas do SUS, públicas ou privadas, possuem sua proposta de valor, seus recursos e seus processos regulados pelo Estado, o que inclui regras de referência e contrarreferência entre os serviços.

Entretanto, quando avaliamos a APS de forma macro, podemos verificar que ao contratualizar um conjunto de unidades de saúde de diferentes propostas de valor (unidades

básicas de saúde com e sem ESF, unidades com e sem CEO, Farmácias, equipes de atendimento domiciliar ou equipes de atenção à saúde prisional, por exemplo) sob gestão contratualizada de uma mesma entidade privada, é possível a mudança de modelo de gestão. Nesse caso, a entidade privada assume um conjunto inteiro de serviços de APS, ou seja, dentro do contrato firmado já está instituída uma nova Rede de Valor, que se aparta da rede da APS existente sob gestão pública. A partir de então, considerando a pactuação de metas entre o poder público e a entidade privada, que gerencia as unidades de APS de um mesmo território (zona sul, zona leste ou zona norte da cidade, por exemplo) existe possibilidade de inovações em processos e na estrutura organizacional da rede, concretizando assim a mudança no modelo de gestão da rede.

No que se refere a forma de financiamento da APS foram identificadas mudanças em dois níveis. Em âmbito geral, no que tange ao volume de recursos orçamentários repassados pela União para os estados e municípios, houve redução da participação da União no gasto em saúde em razão de reformas gerenciais ocorridas com objetivo de atingir resultados fiscais, como o superávit primário que libera recursos para pagamento de juros da dívida pública, ocorrendo o desfinanciamento do sistema de saúde, onerando os municípios que passaram a aplicar valores superiores ao percentual exigido constitucionalmente. Em razão da incerteza de arrecadação de recursos a médio e longo prazo para cobrir estes gastos, estados e municípios optaram por firmar contratos por tempo determinado, que podem ser suspensos caso o repasse financeiro não ocorra, por falta de receita, ou, também, quando houverem mudanças nas regras de repasses. Nesses casos, o estado ou município pode manter o serviço funcionando por iniciativa própria, com recursos próprios.

Já no âmbito interno do SUS, foi identificada a mudança na estrutura de repasses de recursos financeiros do SUS, que antes era regulada pela Portaria 204/2007, com seis blocos de financiamento, e, através da Portaria 3.992/2017, passou para apenas dois. Esta mudança flexibiliza a aplicação de recursos, que pode ser um fator de redução de recursos em certos programas para suporte de outros programas em que o repasse da União foi reduzido. Esta flexibilização na aplicação do recurso também impulsionou a contratualização na gestão da APS.

Figura 16 - Mudança na estrutura de repasses de recursos financeiros do SUS da Portaria 204/2007 para Portaria 3.992/2017



Fonte: Adaptado de COSEMS-PR (2023).

Em seguida, foi realizada uma pesquisa documental descritiva para identificar o modelo da APS no Brasil e quais modificações que ocorreram na estrutura do aparelho da Administração Pública e do próprio SUS, que incentivaram o avanço da contratualização na APS. O estudo dos modelos de APS no Brasil, delineados ao longo do tempo, revela uma trajetória complexa e dinâmica, que se modifica acompanhando o desenvolvimento da estrutura econômico política do Brasil e da Administração Pública nacional. Desde os Centros de Saúde-Escola na década de 1920 até a definição da ESF como estratégia prioritária do modelo de saúde do SUS, o país experimentou diferentes ciclos da APS. Nos anos 1990, a municipalização da saúde e a instituição do PSF, consequências de movimentos ocorridos em períodos anteriores como Reforma Sanitária e a retomada democrática, marcam o início da descentralização da saúde.

No entanto, é possível observar que a evolução da APS no Brasil não ocorreu de forma linear, sendo influenciada por questões econômicas, diferentes correntes ideológicas e diferentes modelos de cuidado em saúde. O desenvolvimento da lógica gerencial na Administração Pública, em geral, e da Nova Saúde Pública no SUS trouxeram consigo transformações no modelo de gestão em saúde, como a evolução do modelo de contratualização entre o Estado e organizações privadas. A contratualização não impactou não apenas a média e alta complexidade, já consolidada nos contratos de prestadores de serviços do SUS como hospitais, ambulatorios e laboratórios, por exemplo, mas também alcançou a APS, demandando adaptações nas relações trabalhistas, no modelo de atenção à saúde e na organização e financiamento do sistema.

6 GESTÃO DA INOVAÇÃO NA APS CONTRATUALIZADA

Este capítulo tem como objetivo identificar quais as responsabilidades das entidades privadas que assumiram a gestão de unidades de APS em Porto Alegre no que tange à gestão da inovação em saúde. Para isto foi realizada uma pesquisa descritiva (Gerhardt; Silveira, 2009) dividida em três etapas.

6.1. Procedimentos Metodológicos

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa documental descritiva para identificar o modelo de gestão da inovação do SUS e da APS, a partir dos três elementos que compõem a inovação de ruptura, de Christensen, Grossman e Hwang (2009), apresentados na seção 4.5 Inovação de ruptura em serviços saúde: o modelo de gestão, as tecnologias disruptivas e a rede para inovação em saúde.

Em seguida, foi realizada uma pesquisa documental histórica descritiva para identificar como ocorreu o processo de contratualização da Atenção Primária a Saúde em Porto Alegre. A partir dos documentos analisados foi possível identificar as mudanças no modelo de gestão da APS em Porto Alegre, do surgimento da ESF na cidade até o Chamamento Público (CP) 22/2022, último edital de contratualização de unidades de APS com OSCs vigente.

Por último, foi realizada a análise de conteúdo (Gibbs, 2009) dos Planos de Trabalhos que fazem parte dos Termos de Colaboração firmados entre a SMS de Porto Alegre e as OSC que gerenciam unidades de APS, para identificar as responsabilidades das OSC na gestão da inovação em saúde.

6.2. Gestão da inovação em saúde no SUS e na APS

A gestão da inovação em saúde do SUS é orientada por um conjunto de instrumentos de gestão e planejamento. No âmbito macro, a Lei 13.243/2016, conhecida como Marco Legal de Ciência, Tecnologia e Inovação, “dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação” (Brasil, 2016b) para todas as esferas da Administração Pública. Dentre seus objetivos está incluído “estimular e apoiar a constituição de alianças estratégicas e o desenvolvimento de projetos de cooperação envolvendo empresas, ICTs e entidades privadas sem fins lucrativos voltados para atividades

de pesquisa e desenvolvimento, que objetivem a geração de produtos, processos e serviços inovadores e a transferência e a difusão de tecnologia.”

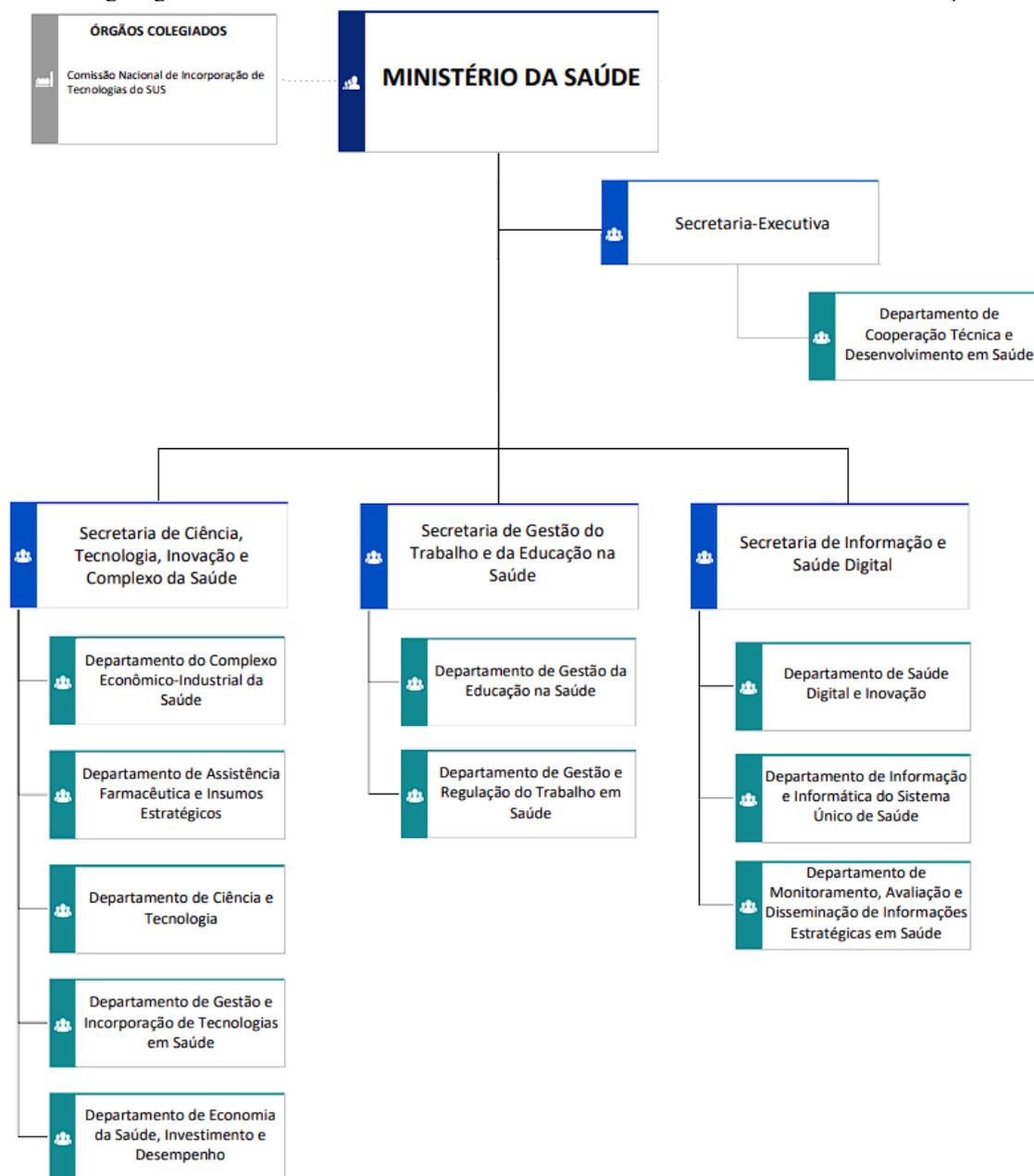
Já no âmbito do SUS, desde 2023, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS), é responsável pela formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNCTS). A PNCTS abrange desde a pesquisa e desenvolvimento até a incorporação, monitoramento e avaliação de novas tecnologias no SUS, assim ela busca garantir o acesso da população a tecnologias eficazes, seguras e que atendam às necessidades da realidade brasileira.

Um dos principais instrumentos da PNCTS é o Programa Estratégico Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Brasil, 2023a) do Ministério da Saúde. Este programa visa fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde para “ampliação do conhecimento científico, com a geração e a disseminação de evidências científicas enquanto ferramenta de aprimoramento das políticas, dos programas, das ações e dos serviços de saúde do SUS” (Brasil, 2023a).

Fazem parte também das atribuições da PNCTS a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), realizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). A ATS busca embasar as decisões de incorporação no SUS em evidências científicas, contribuindo para a racionalização dos recursos e a eficiência na oferta de serviços. Além disso, a PNCTS promove a articulação entre diferentes atores e setores envolvidos na gestão de tecnologias em saúde, incluindo órgãos reguladores, gestores do SUS, profissionais de saúde, indústria, academia e sociedade civil. Essa abordagem integrada visa alinhar interesses, otimizar investimentos e fomentar a inovação no setor.

A PNCTS também reconhece a importância da capacitação e qualificação de profissionais de saúde para lidar com as novas tecnologias através do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), que é responsável pela gestão do conhecimento em Ciência e Tecnologia em Saúde, com o objetivo de aplicar o conhecimento científico e tecnológico em todas as instâncias de gestão do SUS.

Figura 17 - Organograma resumido de áreas do Ministério da Saúde envolvidas na Gestão da Inovação em Saúde



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2023).

Esse modelo organizacional adota uma perspectiva sistêmica, reconhecendo a complexidade do sistema de saúde e dos processos de inovação, onde as redes de inovação desempenham um papel crucial, promovendo a interconexão entre diferentes atores e instituições, facilitando a troca de conhecimento, recursos e experiências, e impulsionando a inovação de forma colaborativa. A composição da rede de inovação em saúde do SUS é diversificada, abrangendo instituições de pesquisa, universidades, profissionais de saúde, gestores, pacientes e setor privado, refletindo a necessidade de integrar diferentes perspectivas para impulsionar a inovação de maneira abrangente.

A rede de inovação em saúde do SUS é ampla e descentralizada, composta por diversas iniciativas, em todas as esferas da Administração Pública e em todos os níveis de atenção à saúde. Um exemplo disto é a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). A REBRATS, instituída pela Portaria 2.915/2011 (Brasil, 2011b) desempenha um papel crucial ao fornecer subsídios técnicos-científicos para a tomada de decisão na incorporação de tecnologias em saúde, contribuindo para o aprimoramento dos serviços oferecidos pelo sistema. Outro exemplo é a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), uma plataforma nacional de troca de dados em saúde, que faz parte do programa estruturante Conecte SUS. A RNDS é uma peça fundamental na promoção da inovação, integrando informações de saúde de forma eletrônica, proporcionando uma base sólida para a pesquisa, monitoramento epidemiológico e melhoria da gestão de dados no âmbito do SUS.

Também fazem parte da rede de inovação do SUS alguns órgãos e estruturas estatais externos ao Ministério da Saúde, como as instituições de ensino e pesquisa em saúde e os Hospitais Escolas vinculados ao Ministério da Educação (MEC), por exemplo. A colaboração com essas instituições não apenas impulsiona o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias, mas também contribui para a formação e capacitação de profissionais de saúde, promovendo um ciclo virtuoso de aprendizado e inovação.

Outro ponto a ser destacado é a relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Essa integração busca alinhar as demandas por inovação no SUS com as capacidades e potencialidades do setor industrial, favorecendo a produção nacional de insumos e equipamentos de saúde. A parceria com o CEIS fortalece a autonomia do sistema nacional de saúde, reduzindo a dependência de tecnologias importadas e promovendo o desenvolvimento econômico no âmbito da saúde.

Dessa forma, a rede de inovação em saúde do SUS não se limita apenas aos serviços de atendimento à saúde, mas se estende como uma teia interconectada de colaborações estratégicas, em todos os níveis e em todas as esferas. Essas iniciativas, como a REBRATS, a RNDS, as relações com instituições de ensino e pesquisa e o CEIS, por exemplo, convergem para fortalecer a capacidade do SUS em enfrentar os desafios e promover avanços contínuos no cuidado à saúde da população brasileira.

Uma das atividades de GIS de responsabilidade do SUS é a Avaliação da Tecnologia em Saúde (ATS). A ATS desempenha um papel fundamental na inovação em saúde, contribuindo para a tomada de decisões embasadas e eficientes no que diz respeito à incorporação e utilização de novas tecnologias, desde novos protocolos clínicos, passando por novos equipamentos até novos fármacos. No contexto do SUS, a ATS é realizada pela Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que tem a responsabilidade de avaliar a eficácia, efetividade, segurança, custo-efetividade e impactos sociais das tecnologias em saúde. Além de garantir a segurança em saúde, a partir de avaliações sistemáticas e baseadas em evidências, a CONITEC busca assegurar que os recursos públicos sejam direcionados para intervenções que ofereçam os benefícios significativos à saúde da população, promovendo a equidade e a sustentabilidade do sistema. A ATS no SUS representa, assim, um componente crucial na gestão de tecnologias em saúde, alinhando-se aos princípios de universalidade e integralidade, e contribuindo para a oferta de serviços de saúde eficientes e de alta qualidade.

No que diz respeito às inovações tecnológicas, a pandemia de Covid-19 acelerou o processo de digitalização e informatização da saúde, ampliando a telemedicina, por exemplo. Referente aos capacitadores tecnológicos em saúde para assistência à saúde, a telemedicina e o prontuário eletrônico se destacam, possibilitando consultas remotas, monitoramento de pacientes e facilitando o acesso às informações médicas. Quanto aos CTS para gestão, eles incluem sistemas de informação em saúde, que agilizam a coleta e análise de dados epidemiológicos, e a gestão de filas eletrônica, otimizando o agendamento e atendimento nos serviços de saúde. Finalmente, quanto aos CTS que abrangem tanto assistência quanto gestão incluem o uso de inteligência artificial no diagnóstico médico, contribuindo para diagnósticos mais precisos, e o emprego de *big data* na gestão hospitalar, aprimorando a gestão de recursos e o planejamento estratégico.

Coelho Neto e Chioro (2021) realizaram pesquisa buscando identificar os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de base nacional em funcionamento no período de 2010 a 2018. A partir de informações colhidas em sete núcleos de TI descentralizados que atuam de forma integrada ao DATASUS, os autores identificaram 54 SIS em funcionamento no período pesquisado. Ao examinar o modo como operam, classificaram em quatro grupos de SIS. O primeiro, relativo ao cadastramento populacional e de estabelecimentos de saúde, destacando-se o CADSUS e o CNES como exemplos. O segundo, relativo ao monitoramento de eventos de relevância para a saúde pública. O terceiro, direcionado ao controle e monitoramento ampliados de programas de saúde do Ministério da Saúde. E, o quarto, caracterizado como “uma nova geração” (Coelho Neto; Chioro, 2021, p. 9) de SIS, desenvolvidos para apoiar a informatização de políticas, processos e serviços do SUS.

Como visto no capítulo 5, a Atenção Primária à Saúde (APS) “aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar” (Starfield, 2002, p. 28), com foco de atenção sobre a pessoa, e não somente sobre a enfermidade, como ocorre em serviços de saúde como os hospitais, por

exemplo. A APS considera todos determinantes do estado de saúde, como características culturais e comportamentais da população e dos pacientes, o ambiente social e físico e a prática médica (a estrutura e nível de assistência dos serviços de saúde disponíveis). “A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares” (Starfield, 2002, p. 29).

Assim, a APS representa a porta de entrada do paciente no sistema de saúde, desempenhando um papel crucial no cuidado contínuo à população. “Um sistema de saúde com base na APS tem como objetivo garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, enfatizando a atenção clínica, a prevenção e a promoção da saúde” (Ministério da Saúde, 2019).

Como peça essencial no processo assistencial à saúde, o modelo de gestão da APS deve evoluir constantemente para atender às demandas de uma sociedade em transformação (Starfield, 2002). Nesse sentido, a inovação na APS é essencial para o cumprimento de sua proposição de valor, ou seja, para fornecer cuidados abrangentes e acessíveis, sendo tão relevante quanto para um hospital. A integração de novas tecnologias, como telemedicina e os registros eletrônicos de saúde, aumenta as opções de acesso aos serviços e otimiza a gestão de informações clínicas, desenvolvendo a medicina baseada em evidências na APS.

Contudo, a inovação no contexto da APS vai além dos avanços tecnológicos, pois pode abranger novas abordagens clínicas, métodos de prevenção e estratégias de promoção da saúde. Estratégias inovadoras de educação em saúde, campanhas de conscientização e intervenções precoces baseadas em evidências científicas podem ser implementadas para abordar os determinantes de saúde e reduzir a incidência de doenças crônicas. A prevenção, aliada à inovação, não apenas melhora a qualidade de vida, mas também reduz a demanda por serviços de saúde. Além disto, a análise dos processos de inovação na APS pode colaborar na construção de modelos de gestão inovadores, centrados no paciente, promovendo a continuidade do atendimento e o fortalecendo o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes.

A gestão da inovação em saúde na APS é construída em rede, a partir de um conjunto de políticas, como os programas de gestão do conhecimento e os laboratórios de inovação. Em razão da baixa intensidade tecnológica, verifica-se que a gestão do conhecimento, tanto para aperfeiçoamento dos profissionais de saúde quanto para educação em saúde da população, é um dos pilares da inovação na APS.

A nível nacional existem diversos programas neste sentido, conveniados entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino e saúde, como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a Plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o programa Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (EAD/ENSP/FIOCRUZ), o Portal da Inovação na Gestão do SUS (APSREDES) e os Laboratórios de Inovação em Saúde (LIS) estabelecidos com a OPAS/OMS.

Em nível local, Lacerda, Machado e Brito (2023) realizaram pesquisa para identificar inovações recentes nos serviços de APS da cidade de Campina Grande, em São Paulo. A partir de entrevistas semiestruturadas com grupo focal identificaram inovações de processo, organizacionais e de comunicação. Como exemplo das inovações identificadas estão ações de educação em saúde para a população do território, oficinas de aperfeiçoamento para os profissionais da APS, implementação de novos insumos e equipamentos, incluindo uma nova unidade ESF, ampliação do horário de atendimento a partir de recursos do Programa Saúde na Hora e adoção de sistemas de informação como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e o Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Nesse sentido, verifica-se que a incorporação de práticas inovadoras na APS é potencializada através da integração entre os diferentes serviços de saúde, a coordenação entre profissionais de diferentes áreas e a implementação de práticas de gestão do conhecimento, não só aprimorando a qualidade dos serviços para o acolhimento do paciente, mas também contribuindo para a eficiência do sistema de saúde como um todo. Assim, a GIS na APS desempenha um papel fundamental para organização dos sistemas de saúde, para melhor atender às necessidades da população, de forma clinicamente eficaz e financeiramente sustentável.

6.3. A contratualização de gestão da APS de Porto Alegre

Na conferência de Alma Ata, realizada em setembro de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizou a importância da APS como forma eficaz de promoção à saúde, especialmente nos países denominados como “em desenvolvimento” (WHO, 1978). Dentre os componentes fundamentais da APS destacados, estavam: educação em saúde, saneamento básico e disponibilidade adequada de água potável e alimentos, cuidados em saúde materno-infantis, planejamento familiar, imunizações contra doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Para atender a esses componentes, a APS envolve questões para além dos serviços de atendimento em saúde, como a produção de alimentos, a educação, a habitação, entre outros.

Em razão da integralidade na assistência e da intersecção com outras áreas, a forma de prestação de serviços de APS pode depender de vários fatores, como as características demográficas e as necessidades específicas da população assistida, a estrutura do sistema de saúde e os recursos disponíveis em dado momento. Assim, uma das principais estratégias de desenvolver cuidados em APS consiste em equipes de profissionais de saúde multidisciplinares, que realizam o acompanhamento e o monitoramento de uma determinada população, em um território específico, com ênfase na prevenção de doenças. Programas de medicina comunitária e saúde da família, como o Programa Saúde da Família (PSF), são exemplos de modelos de assistência à saúde desse tipo.

O PSF surgiu no Brasil em 1994, como consequência de um processo de desospitalização e de humanização dos serviços públicos de saúde, ocorrido no contexto da Reforma Sanitária e da redemocratização do país. O PSF teve como objetivo principal a reorganização dos serviços de saúde públicos sob um novo modelo de atenção à saúde, buscando superar o modelo assistencial centrado no atendimento à emergência e procedimentos hospitalares, que elevam os custos em saúde e dificultam o acesso da população.

Nesse sentido, o PSF surgiu para valorizar as ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Seu modelo baseava-se no repasse de recursos financeiros federais para os municípios conforme a quantidade de equipes, seus formatos e população coberta. Em razão de seus resultados positivos, principalmente no aumento do nível de cuidado e prevenção em saúde, o PSF se consolidou como estratégia prioritária para APS no Brasil (Brasil, 2006d). Assim, por não se tratar mais de apenas um programa, essa política de saúde é denominada hoje como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF foi implementada na cidade de Porto Alegre em 1995, ainda sob o nome de PSF, através de uma colaboração entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Inicialmente, foram estabelecidos convênios com associações comunitárias, evoluindo posteriormente para contratação de trabalhadores por concurso específico em 1996 e, após, via convênio com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS).

O modelo de gestão por contratos com o GHC permitiu a realização do projeto inicial, ou seja, a adoção da ESF na cidade de Porto Alegre. Porém, problemas contratuais e a forma jurídica como fora estabelecida a relação com a FAURGS, acarretaram em interrupções e insegurança na continuidade dos atendimentos em unidades de PSF. Diante desses problemas, em 2007, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) foi firmado entre o Município de Porto

Alegre (MPOA), o Ministério Público do Trabalho (MPT), o Ministério Público Federal (MPF) e o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul (MP-RS). Neste TAC o município se comprometia a realizar contratações de profissionais para o PSF mediante concurso público.

Apesar da assinatura do TAC em 2007, a trajetória do ESF seria marcada por mais desafios contratuais, conforme aconteciam mudanças na legislação e reformas na Administração Pública, em todos os níveis, federal, estadual e municipal. Além das reformas no Estado, a política de ESF em Porto Alegre sofreu diversas interrupções, em razão de escândalos de corrupção e de disputas judiciais, como no caso do período em que as unidades de PSF eram administradas pelo Instituto Sollus, uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), mediante Termo de Parceria firmado a SMS. O Termo de Parceria com a OSCIP Sollus foi o primeiro contrato de gestão delegada de serviços públicos municipais que a Prefeitura de Porto Alegre celebrou com uma OSCIP. Contudo, isso não impediu que tal contratação resultasse em escândalo de corrupção, que foi investigado pela Polícia Federal, seguido de processo judicial em que os sócios-proprietários da OSCIP foram condenados e seus bens bloqueados para devolução à cidade Porto Alegre.

Em 2011, foi proposta uma lei para criação de uma fundação pública (Porto Alegre, 2011), sob regime de direito privado, chamada de Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família (IMESF). Tal instituição, um órgão público de direito privado, poderia contratar profissionais de saúde para atuar na ESF sob relações trabalhistas de regime celetista, ou seja, regrados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Assim, essa fundação poderia firmar contrato com a Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) como forma do MPOA atender ao TAC, ou seja, contratados por concurso público. Contudo, por ser uma fundação de direito privado, o IMESF poderia contratar os trabalhadores sob o regime CLT, como ocorria no contrato com a FAURGS e com a OSCIP Sollus. Nesse sentido, “a fundação era um modelo de gerencialismo, uma brecha que estava sendo aberta à privatização dos serviços de saúde básica, pois, em que pese fosse uma fundação pública, tinha personalidade jurídica de direito privado e a contratação da equipe multidisciplinar era celetista” (Melo, 2023, p. 197).

Após a aprovação da lei de criação do IMESF, dezessete sindicatos e entidades representativas ajuizaram ADIN contra lei de criação do IMESF, contestando a forma jurídica, enquanto fundação pública de direito privado, e a forma de contratação dos profissionais, pelo regime da CLT. Em 17 de junho de 2013, o TJRS julgou procedente o pedido de inconstitucionalidade da lei que criava o IMESF. O imbróglio jurídico ainda se arrastaria por muitos anos. Em setembro de 2019, após julgamento de diversos recursos extraordinários e de

uma ação cautelar, impetrados pelo Município de Porto Alegre, o STF não deu provimento aos pedidos do réu e confirmou que o IMESF deveria ser extinto (Melo, 2023).

O governo municipal defendeu a manutenção do IMESF na via judicial, acusando que os culpados da extinção da fundação seriam os sindicatos das categorias que ingressaram com a ação judicial. Entretanto, quando a decisão de extinção do instituto tornou-se irreversível, o governo utilizou a decisão judicial como oportunidade de divulgar um modelo em que os serviços de PSF teriam sua gestão delegada a entidades privadas. “O prefeito na ocasião usou a expressão “fazer do limão uma limonada” quando se referiu às consequências da decisão judicial final do imbróglio” (Melo, 2023, p. 205), afirmando que o governo municipal estava trabalhando num modelo de gestão alternativo. “No seu Twitter oficial no dia 1/10/2022 às 23h40min: ‘Sobre as demissões do IMESF, elas só aconteceram porque sindicatos, ligados ao PCdoB, entraram com uma ADIN e o Supremo determinou a extinção do Instituto, mas fizemos do limão uma limonada e ampliamos em mais de 20% o atendimento na atenção primária’” (Melo, 2023, p. 205).

A alternativa apresentada pelo governo municipal consistia em contratar entidades privadas para realizar o trabalho que o IMESF executava mediante edital de Credenciamento Público 01/2019, publicado em 1º de novembro de 2019, para habilitar Organizações da Sociedade Civil com atuação na área da saúde para prestar serviços de saúde no âmbito do Município de Porto Alegre, nos mesmos moldes dos editais que já haviam sido realizados e contratos firmados para gestão delegada dos Pronto-Atendimentos da Lomba do Pinheiro (PALP) e da Bom Jesus (PABJ) e também de doze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Além deste edital, o governo municipal também emitiu uma Dispensa de CP, no Diário Oficial de 18 de dezembro de 2018, autorizando a celebração de TC com qualquer OSC cumprisse as exigências definidas pela SMS. Esta dispensa se deu em razão de uma autorização judicial, obtida a partir do argumento que sem prestação de serviços de APS o Município perderia valores repassados pelo Ministério da Saúde em razão do Programa Saúde na Hora, no qual Porto Alegre estava habilitado desde o mês de junho de 2019.

No mesmo Diário Oficial em questão foram publicados os extratos de TCs com as OSC escolhidas pela SMS no credenciamos e na dispensa: a Sociedade Sulina Divina Providência (SSDP), o Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC), a Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN) e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA). Com as OSC assumindo a gestão das unidades de APS e prestando o serviço com força de trabalho própria, contratada por CLT, a demissão dos trabalhadores que tinham vínculo direto com a SMS através do IMESF, que estava sob judice, começou a ocorrer.

Também no mesmo Diário Oficial foi publicada uma intimação para os trabalhadores do IMESF que estavam em greve voltassem aos seus postos de trabalho.

Após assinatura dos TCs emergenciais a ISCMPA passou a gerir 9 unidades de saúde (10% do total de unidades contratualizadas) das regiões Noroeste/Humaitá/Navegantes e Ilhas e Região Centro e Região Leste/Nordeste e Norte/Eixo/Baltazar, a SSDP começou a gestão de 34 unidades de saúde (36%) das regiões Glória/Cruzeiro/Cristal e Região Partenon/Lomba do Pinheiro, a AHVN ficou 22 unidades (23%) das regiões Restinga, Centro/Sul, Sul, e o IC-FUC com 29 unidades de saúde (31%) na região Leste e Norte.

Tabela 5 - Distribuição de unidades de APS contratualizadas a partir do Edital de Credenciamento Público 01/2019 e da Dispensa de Chamamento Público de 18 de dezembro de 2019, por OSC

OSC	Unidades de APS	Percentual das unidades contratualizadas	Valor	Prazo do Contrato (dias)	Processo SEI
SSDP	34	36%	R\$ 22.816.742,91	180	19.0.000147791-1
IC-FUC	29	31%	R\$ 15.529.989,16	150	19.0.000147798-9
AHVN	22	23%	R\$ 16.563.911,87	180	19.0.000147802-0
ISCMPA	9	10%	R\$ 5.664.638,64	180	19.0.000147804-7

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos Extratos de Termo de Colaboração publicados no Diário Oficial de Porto Alegre de 18 de dezembro de 2019 (DOPA, 2019).

Na sequência, o Município argumentou, no processo que instituiu o TAC em 2007, que proibia a terceirização das atividades-fim, não existia mais, em razão de mudanças legislativas nesse ínterim, como a Lei 13.019/2014 (Brasil, 2014), que instituiu o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), a Lei 13.429/2017 (Brasil, 2017^a) que dispõe sobre relações de trabalho temporário na empresa de prestação de serviços a terceiros, e a Lei 13.467/2017, conhecida como lei da Reforma Trabalhista (Brasil, 2017b).

Assim, em 2020, partindo da premissa que poderia, enfim, terceirizar atividades fins na Atenção Primária à Saúde, o governo municipal publicou o edital de CP para contratação definitiva de organizações para administrarem os serviços de APS de Porto Alegre mediante TCs. Como resultado, o MPOA credenciou 07 organizações privadas para gestão de serviços de APS, sendo as quatro instituições que já possuíam contratos emergenciais, SSDP, IC-FUC, AHVN e ISCMPA, e mais três instituições novas: a Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (AFPERGS), a Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV) e União Brasileira de Educação e Assistência ligada pertencente à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (UBEA-PUCRS).

Nos meses de julho e agosto de 2020 os TCs foram aditivados, sob a justificativa da emergência sanitária que estava ocorrendo em razão do Covid-19. Estes aditivos não somente ampliaram os prazos, mas também aumentaram a quantidade de unidades contratualizadas, o número de equipes e o quantitativo de pessoal, elevando os valores repassados pelo Município

para as OSCs. Novas renovações e acréscimos contratuais ocorreram também em 2021 e 2022, mantendo a contratualização por dispensa em razão de situações emergenciais desde 30 de dezembro de 2019 até 31 de agosto de 2022.

Em 1º de junho de 2022, a SMS lançou o primeiro edital de CP para gestão de unidades de APS, Edital 02/2022. Neste edital novas unidades de APS, até então sob gestão municipal, foram incluídas na contratualização. Entretanto, o edital foi suspenso mais de uma vez pelo Prefeito, ao longo dos meses de junho e julho, em razão de problemas de vício de direito e também em erros na estimativa dos serviços a serem executados e nos valores necessários. Dessa forma, em agosto de 2022 foram assinados novos TCs emergenciais, para que os serviços de APS não fossem suspensos. Em 27 de dezembro de 2022 a SMS tornou o CP 02/2022 válido novamente e publicou abertura de prazo para novas OSCs se habilitarem no certame. Em 7 de março de 2023 foi publicado o resultado final do CP 22/2022 (DOPA, 2023), com os nomes das OSC e valores contratuais. Após, cada OSC celebrou novo TC.

Em janeiro de 2024 são 132 unidades sob o modelo de contratualização por TC, representando 96% dos serviços de APS de Porto Alegre. Destes, 118 por meio de parcerias com OSC (86%) e 14 unidades por meio de convênios com administração indireta federal (10%). Estes TC são celebrados com prazo de cinco anos e preveem metas de cobertura populacional, indicadores de qualidade da atenção à saúde e metas financeiras, de acordo com as regras de repasses financeiros do SUS, estabelecidos pelo Programa Previne Brasil.

6.4. Gestão da inovação nos serviços de APS contratualizados

O objetivo desta seção é identificar como está configurada a gestão da inovação em saúde nos serviços de APS contratualizados, a partir da análise de conteúdo (Bardin, 2016; Gibbs, 2009) dos Planos de Trabalho, que fazem parte dos TC vigentes em 2023.

A coleta dos documentos analisados ocorreu de forma eletrônica, por meio de pesquisa no site da SMS, com consulta realizada em 15 de dezembro de 2023. Os documentos consultados foram localizados na seção *Gestão*, subseção *Prestadores de Serviços de Saúde*, item *Serviços de Atenção Primária* do site da SMS.

Inicialmente o objetivo da pesquisa era analisar os próprios TC, contudo, na análise prévia foi identificado que os contratos seguem uma minuta padrão, variando apenas as unidades de APS contratualizadas, os serviços vinculados em cada unidade (eSF, eSB, etc.) e o quantitativo de pessoal em cada unidade (que varia conforme serviços habilitados, características do território e população atendida). Assim, foram selecionados os Planos de

Trabalho, que compõem TC, relacionados no Quadro 24, celebrados com base no resultado do Chamamento Público 22/2022 e que estavam vigentes na data da consulta.

A relevância de utilizar os Planos de Trabalho anexados aos TC ocorre em razão de serem documentos exigidos pela SMS no edital de habilitação das OSC. Dessa forma, estes documentos atendem critérios mínimos de padronização, podendo ser utilizados para comparar os casos menores que compõem o caso estudado. Por exemplo, é possível comparar o caso das unidades de APS contratualizadas com a OSC AHVN com o caso das unidades contratualizadas com a OSC SSDP.

O Quadro 24 apresenta os TCs vigentes em 15 de dezembro de 2023:

Quadro 24 - Termos de Colaboração de gestão de unidades de APS de Porto Alegre celebrados a partir do CP 22/2022 e da inexigibilidade de CP 545/2022, vigentes em 15 de dezembro de 2023

CP	Lote	Valor Mensal	OSC	Termo de Colaboração	Processo SEI
22/2022	01 Oeste	R\$ 4.625.216,89	IBSAÚDE	82223/2023 ²⁴	23.0.000025671-4
	02 Norte	R\$ 6.347.622,37	ISCMPA	82257/2023 ²⁵	23.0.000022008-6
	03 Sul	R\$ 6.795.606,65	AHVN	82225/2023 ²⁶	23.0.000022210-0
	04 Leste	R\$ 7.513.978,76	SSDP	82224/2023 ²⁷	23.0.000022119-8
545/2022	Vila Fátima	R\$ 156.187,93	UBEA-PUCRS	80038/2022 ²⁸	22.0.000078820-5

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos Termo de Colaboração disponibilizados no site da SMS em 15 dez. 2023²⁹.

Além das quatro OSC que firmaram TC conforme CP 22/2022, foi identificada também a contratualização de gestão de uma unidade de APS com a UBEA-PUCRS, que, apesar de habilitada, não apresentou proposta no CP 22/2022, mas já possuía um TC assinado com a SMS para gestão da Unidade de Saúde Vila Fátima. Em 2022 este TC foi prorrogado conforme Inexigibilidade de Chamamento Público 545/2022. Este TC não foi incluído na análise de conteúdo a fim de manter a homogeneidade do *corpus* (Bardin, 2016), pois foi celebrado em um momento anterior, por inexigibilidade de chamamento, e possui a particularidade da OSC executar as atividades em imóvel próprio.

Conforme edital CP 22/2022, os Planos de Trabalho apresentados pelas OSCs deveriam descrever a forma de gestão a ser adotada nos serviços de APS contratualizados a partir de seis itens principais:

1. Procedimento de compras e apresentação do regulamento de compras;

²⁴ https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/aps_termo_colaboracao_ibsaude.pdf

²⁵ https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/aps_termo_colaboracao_sta_casa.pdf

²⁶ https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/aps_termo_colaboracao_ahvn.pdf

²⁷ https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/aps_termo_colaboracao_ssdp.pdf

²⁸ https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/aps_termo_colaboracao_ubea.pdf

²⁹ <https://prefeitura.poa.br/sms/prestadores-de-servicos-de-saude>

2. Descrição detalhada das atividades da Coordenação Técnico Administrativa da OSC;
3. Proposta de integração e acompanhamento do ACS aos demais profissionais da equipe;
4. Plano/Programa de Educação Permanente;
5. Programa de ações para integrar ao Plano de Gestão de Logística Sustentável; e,
6. Apresentação do Plano de Modernização dos serviços e unidades de saúde, referente recursos do FRIM e de Emendas Impositivas repassados pela SMS à OSC.

Dessa forma, ao desenvolver estes Planos de Trabalho, as OSCs descreveram como irão se organizar para execução dos serviços, ou seja, definiram parte do modelo de gestão que a entidade pretende implementar nas unidades de APS que irá assumir a gestão. Assim, foi realizada um análise de conteúdo dos documentos escolhidos, com utilização do aplicativo de análise de dados qualitativos NVivo, para identificar quais elementos da inovação de ruptura em saúde, relacionados por Christensen, Grossman e Hwang (Christensen; Grossman; Hwang, 2009) que estão presentes nos Planos de Trabalho, identificando assim como ocorre o processo de inovação em saúde na Atenção Primária à Saúde sob o modelo de gestão contratualizada.

Para realizar a análise de conteúdo no *software* NVivo foi necessário transcrever os Planos de Trabalho das quatro OSC, pois os documentos publicados pela SMS estavam em formato imagem. Em três documentos foi possível utilizar a ferramenta de Reconhecimento Óptico de Caracteres (OCR) com versão gratuita *online* da OnlineOCR.net³⁰, convertendo o arquivo original em texto e realizando revisão manual. Já o Plano de Trabalho da ISCMPA não foi reconhecido pela ferramenta de OCR, de forma que precisou ser transcrito manualmente.

Os documentos selecionados foram importados para o NVivo, e as categorias e subcategorias escolhidas inseridas como códigos. Cada OSC foi definida como um caso. Os quatro lotes de unidades contratualizadas também foram definidos como casos pois diferentes lotes poderiam ficar sob gestão de uma única OSC. Entretanto a SMS selecionou uma OSC diferente para cada lote.

A partir da opção Consulta de Frequência de Palavras do NVivo foi possível visualizar as palavras, os conceitos, os temas e as palavras mais utilizadas pelas OSCs em seus Planos de Trabalho. A palavra de maior frequência identificada foi *saúde*, com 394 ocorrências. A segunda foi *equipes*, com 247 ocorrências. Após, a terceira maior ocorrência foram derivações da conjugação do verbo *realizar*, com 203 ocorrências. A quarta maior frequência foram das

³⁰ Disponível em: <https://www.onlineocr.net/pt/>.

palavras *ações* e *serviços*, com 173 ocorrências cada. E a sexta palavra mais repetida foi *trabalho* e suas variações, com 130 ocorrências.

Quadro 25 - Seis palavras mais frequentes nos Planos de Trabalho da APS contratualizada

Palavra	Palavras similares	Contagem
saúde	saúde	394
equipes	equipe, equipes	247
realização	realiza, realização, realizada, realizadas, realizado, realizados, realizam, realizando, realizar, realizará, realizarão, realizaremos, realize, realizem, realizou	203
ações	ações	173
serviços	serviço, serviços	173
trabalho	trabalha, trabalhadas, trabalhador, trabalhadora, trabalhadores, trabalhados, trabalhamos, trabalhando, trabalhar, trabalhem, trabalhistas, trabalho, trabalhos	130

Fonte: Elaborado pelo autor com utilização do *software* NVivo.

Um detalhe pertinente ao tema deste estudo já se apresenta na contagem de palavras. Ao analisar a listagem de palavras mais frequentes, termos e conceitos do campo da inovação em saúde foram pouco utilizados pelas OSC em seus Planos de Trabalho. O Quadro 26 apresenta as palavras do campo da Gestão da Inovação em Saúde mais frequentes identificadas nos Planos de Trabalho analisados:

Quadro 26 - Palavras do campo da Gestão da Inovação em Saúde mais frequentes nos Planos de Trabalho

Palavra	Palavras similares	Contagem
atualização	atualização, atualizações, atualizadas, atualizado, atualizar	26
tecnologia	tecnologia, tecnologias, tecnológica, tecnológicas, tecnológico, tecnológicos	22
tele	tele, teleatendimento, teleconsulta, teleconsultas, teleobservação, telemonitoramento, telessaúde	17
moderna	moderna, modernos, modernização, modernização, modernizar	11
informática	informática, informatiza, informatização, informatizado	8
racionalização	racional, racionalidade, racionalmente, racionalização	8
learning	learning	3
modificações	modificações, modificadores	3

Fonte: Elaborado pelo autor com utilização do *software* NVivo.

A seguir, a Figura 18 apresenta a nuvem de palavras mais frequentes identificadas nos Planos de Trabalho, elaborada a partir do NVivo.

O centro da nuvem de palavras produzida a partir dos Planos de Trabalho demonstra que os documentos estão orientados para um modelo de gestão da saúde, com ênfase na *APS*, em que *equipes* formadas por *profissionais* realizam *ações* e *atividades*, de *atendimento* e *acompanhamento* a *populações*.

Num segundo nível, ao redor do centro da nuvem, surgem as primeiras terminologias ligadas à Gestão da Inovação em Saúde (GIS). Neste âmbito foi identificado o uso de termos como *qualificação* e *melhorias*.

Quadro 27 - Códigos e subcódigos criados no NVivo para análise de conteúdo dos Planos de Trabalho das OSC

Categoria	Subcategoria	Nº
Modelo de Gestão	Proposição de Valor	1.1
	Recursos (Força de Trabalho, Instalações, Máquinas, Equip., Sistemas)	1.2
	Processos (Procedimentos, rotinas, treinamentos)	1.3
	Fórmula do Lucro	1.4
Capacitadores Tecnológicos	CTS para assistência à saúde (medicina, diagnóstico, tratamento)	2.1
	CTS para gestão e assistência à saúde	2.2
	CTS para gestão (do conhecimento, Sistemas de Informação em Saúde)	2.3
	CTS para gestão (da CT&I)	2.4
	CTS para gestão (da TIC)	2.5
Rede de Inovação	Relação com a contratante (SMS)	3.1
	Relação com os usuários do SUS	3.2
	Relação com os profissionais de saúde	3.3
	Relação com parceiros de negócios (fornecedores, prestadores de serv.)	3.4
	Relação com governo e órgãos de saúde	3.5
	Relação com instituições de Ensino e Pesquisa (Ufrgs, Fiocruz, etc.)	3.6
Recursos para investimentos	Fundo de Reserva de Investimento e Manutenção (FRIM)	4.1
	Emendas Parlamentares	4.2

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos referenciais teóricos utilizados nas Figura 2, Figura 3, Figura 6,

Quadro 5,

Quadro 16 e Quadro 18.

Quadro 28 - Quantidade de trechos codificados a partir dos elementos da inovação de ruptura por OSC

Código	Total	AHVN	IBSAÚDE	ISCOMPA	SSDP
Total de trechos codificados	98	36	20	19	21
Modelo de Gestão Inovador	36	14	9	9	4
- Proposição de valor	0	0	0	0	0
- Recursos	19	7	5	3	4
- Processos	17	7	4	6	0
- Fórmula do Lucro	0	0	0	0	0
Capacitadores Tecnológicos em Saúde	30	9	6	3	11
- CTS para assistência à saúde	10	3	1	2	4
- CTS para gestão (da CT&I)	0	0	0	0	0
- CTS para gestão (da TIC)	3	1	1	0	1
- CTS para gestão (conhecimento, SIS)	13	5	3	0	5
- CTS para gestão e assistência	4	1	1	1	1
Rede para Inovação de Ruptura	15	3	5	4	3
- Relação com a contratante (SMS)	1	0	0	1	0
- Relação com governo e órgãos de saúde	1	0	1	0	0
- Relação com instituições Ensino e Pesq.	2	0	1	1	0
- Relação com os profissionais de saúde	4	1	1	0	2
- Relação com os usuários do SUS	3	0	1	1	1
- Relação com parceiros de negócios	4	2	1	1	0
Gestão de Recursos Extraordinários	7	2	0	1	3
- Gestão de recursos para investimentos - Emendas parlamentares	2	0	0	0	2
- Gestão de recursos para investimentos - FRIM	5	2	0	1	2

Fonte: Elaborado pelo autor com utilização do *software* NVivo.

Foram codificados 98 trechos relacionados à gestão da inovação em saúde, num total de quatro arquivos, distribuídos de forma aproximada entre cada Plano de Trabalho. No documento do IBSAÚDE foram 36 codificados, no da ISCMPA foram 20, a AHVN teve 19 trechos codificados e a SSDP teve 21. Do total, foram identificados 36 trechos que se relacionam com inovações no modelo de gestão, outros 30 trechos que sugerem adoção de CTS, além de 15 trechos que abordam questões relacionadas à rede de inovação e 7 trechos sobre gestão de recursos extraordinários ao valor contratual original.

6.4.1 Modelo de gestão inovador

Em relação ao Modelo de Gestão Inovador, os dados produzidos com auxílio do NVivo revelam que a AHVN é a OSC que mais apresenta referências à inovação na gestão de processos e de recursos em seu Plano de Trabalho, com 14 trechos codificados, se destacando, quando comparada às outras OSC. O modelo de gestão proposto pela AHVN apresenta algumas propostas de inovação focadas em processos e recursos.

[...] gestão por processos, com responsabilidades ponta a ponta, sendo ordenadas a cada gestor conforme a atividade (Plano de Trabalho da AHVN, p. 1).

A AHVN propõe a implementação de um novo arranjo organizacional, com a criação de unidades específicas para atender os serviços que irá gerenciar.

Equipe Diretoria Técnica: formada pelo diretor técnico e gerente assistencial, os quais supervisionam o funcionamento das unidades de atenção primária com assessoria de profissionais das áreas técnicas (odontologia, enfermagem, medicina e farmácia) (Plano de Trabalho da AHVN, p. 2).

A AHVN também propõe o uso de novas tecnologias e ferramentas para a melhoria da eficiência e eficácia dos processos. Entretanto nenhuma das tecnologias e dos processos podem ser caracterizados como inovações de ruptura. Em geral são correções ou pequenas melhorias na execução de processos que já são realizados.

[...] compras são realizadas seguindo nosso atual Procedimento de Compras de Urgência (Plano de Trabalho da AHVN, p. 1).

Educação Permanente e Continuada para profissionais da APS da AHVN será programada pela equipe de gestão com práticas baseadas no Arco de Maguerez, fazendo uso de tecnologias leves e metodologias ativas na formação continuada dos profissionais de saúde (Plano de Trabalho da AHVN, p. 5).

Seleção de profissionais da saúde já com formação na área de PICS (Plano de Trabalho da AHVN, p. 9).

O IBSAÚDE e a ISCMPA também apresentam modelos de gestão com foco em processos e recursos. No entanto, as propostas dessas OSCs são ainda menos inovativas que as da AHVN. No caso do IBSAÚDE, em razão de possuir instituições de educação em sua rede de valor, o foco do modelo apresentado está em experiências de gestão do conhecimento que já são utilizadas em outros serviços gerenciados pela OSC:

[...] implantação de educação permanente/ educação continuada e treinamento dos profissionais de saúde (IB Escola) nos serviços, pela equipe multiprofissional capacitada, comprometida e estrutura organizacional quanto aos recursos humanos, insumos, materiais/equipamentos, internet, apoio institucional no assessoramento à gestão providos pelo IBSAÚDE (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 3).

Implantar linhas de cuidado prioritárias da Assistência Farmacêutica: Diabetes, Asma, Tabagismo e Pacientes em uso de Anticoagulantes Orais (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 5).

Projeto de Desenvolvimento/Educação Técnica em Tecnologia, Enfermagem e Administração: para subsidiar a gestão e a melhoria da clínica nos serviços prestados nas unidades de saúde gerenciadas pelo IBSAÚDE será implementado através das plataformas do IBSAÚDE: IB Tech e IB Escola, a busca na comunidade de jovens para desenvolver o conhecimento nas áreas em que o instituto atua, treinando estes para que possam estagiar e até mesmo ter a oportunidade do seu primeiro emprego (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 14).

As propostas da ISCMPA também foram construídas com base em experiências anteriores, o que representa meramente a transposição de ferramentas de gestão da produção já existentes no setor privado para aplicação no setor público (Lopes, 2019):

Integrar metodologias ágeis, como a Lean Agile, para a gestão dos processos (Plano de Trabalho da ISCMPA, p. 15).

[...] ferramentas específicas para o controle de falhas e automação de processos, como o 5S, já utilizados com êxito na ISCMPA, para a gestão da qualidade nos ambientes de trabalho (Plano de Trabalho da ISCMPA, p. 16).

A SSDP foi a única OSC que não apresentou nenhuma proposta de mudança em processos. Sua proposta de trabalho é focada em gestão de recursos, com foco em mudanças incrementais e corretivas, com baixo grau de impacto no mercado e baixa intensidade tecnológica.

Estimular os profissionais capacitados em terapia comunitária, para o uso desta ferramenta na execução das atividades coletivas (Plano de Trabalho da SSDP, p. 3).

Disponibilizar serviços de tradutor e intérprete de libras/LP2 nas US, a partir de projeto elaborado pela Coord. de Políticas Públicas de Saúde/DAPS/SMS (Plano de Trabalho da SSDP, p. 7).

No que tange a mudanças na proposição de valor, nos próprios Termos de Colaboração as OSC se comprometem a seguir os princípios do SUS e as diretrizes do Programa Previne Brasil e demais programas da APS, de forma que a proposição de valor, em princípio, não se altera. Entretanto, é possível verificar que as reformas gerenciais que ocorreram no SUS, como

as mudanças na forma de financiamento e também no modelo de gestão, por exemplo, já colocaram os serviços de APS, tanto aqueles sob gestão pública direta ou indireta, quanto aqueles sob gestão privada, na lógica de mercado, pois todas unidades são geridas com recursos financeiros vinculados à produtividade, desde os repasses fixos, que ocorrerem em razão do cadastramento e da manutenção do vínculo da população à unidade de saúde, até os repasses vinculados à ações estratégicas, que ocorrerem conforme atingimento de metas de produção.

Por fim, não foram identificados trechos nos TCs apresentados pelas OSCs que tratem uma proposta de fórmula de lucro, em razão do Termo de Colaboração ser um instrumento de contrato que não prevê lucros ou taxas administrativas. Entretanto, todos os recursos, da infraestrutura à força de trabalho, que estão sob gestão da OSC, sejam recursos públicos ou recursos próprios da contratada, estão organizados pela entidade privada para atingir os objetivos pactuados com a Administração Pública, em troca de um pagamento mensal.

Assim, caso o contratante de tais serviços, o Município, declare que não possui recursos para continuar pagando pelos serviços, em razão da suspensão de repasses financeiros da União, por exemplo, as unidades contratualizadas podem ser paralisadas e seus profissionais até mesmo demitidos, deixando a população sem atendimento, como já ocorreu em 2023 no caso do Hospital Instituto de Cardiologia de Porto Alegre (Giovanni, 2023) e também já havia ocorrido na própria APS de Porto Alegre, que teve algumas semanas de atendimento suspenso em 2022, em razão de problemas contratuais, de decisões judiciais e da ameaça de suspensão de repasse por não atingimento de metas.

Nestes casos, enquanto as OSCs fecharam as portas dos serviços de saúde públicos sob sua gestão, a Administração Pública precisou absorver a demanda por serviços de saúde reencaminhando os usuários para outras unidades de saúde, ocasionando dificuldades de acesso, redução da oferta de serviços, quebra das relações e do vínculo estabelecidos na rede de atenção à saúde, entre outros problemas. Isto demonstra que a proposição de valor das OSCs é diferente da proposição de valor do SUS, e que existe uma fórmula de lucro, apesar de não estar descrita nos Planos de Trabalho.

6.4.2 Capacitadores Tecnológicos em Saúde

Em relação aos Capacitadores Tecnológicos em Saúde, a AHVN apresentou nove propostas, ficando na média quando comparada as outras OSCs, que também propuseram o uso de tecnologias para a melhoria da gestão, assistência e educação em saúde. Na sua maioria, assim como no modelo de gestão inovador, também se tratam de incremento de tecnologias já existentes, contudo, há incremento de CTS recentes, como uso do *chatbots* para atendimento aos usuários, que já é utilizada pela gestão pública municipal, no Hospital Municipal Intendente Presidente Vargas (HMIPV), por exemplo.

Estimular os profissionais para uso da Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (Bvaps) e participação na APS 30 (Plano de Trabalho da AHVN, p. 5).

Dentro dos serviços que oferecerão exame de raio-x odontológico, o mesmo será realizado no formato digital, que em comparação ao modelo manual de processamento, apresenta vantagens como a agilidade na captação da imagem, redução do tempo de exposição à radiação, menor contaminação ambiental e custo financeiro pela ausência de produtos químicos reveladores, fixadores e películas radiográficas (Plano de Trabalho da AHVN, p. 7).

Fazer uso de chatbot para chamamento da população em atraso aos cuidados de saúde (Coletas de Citopatológico, Revisão de Hipertenso/Diabético) e para consultas de retorno (Pré-Natal e Puericultura) (Plano de Trabalho da AHVN, p. 8).

O IBSAÚDE apresentou a proposta mais robusta no que tange a implementação de CTS. Segundo sua proposta, o IBSAÚDE irá disponibilizar uma plataforma de ensino remoto para profissionais da APS, tele atendimentos realizados pela plataforma própria da OSC. A estimativa do IBSAÚDE é de cerca de 30% de unidades de APS com acréscimo de atendimentos realizados pela plataforma remota.

Os profissionais da área de saúde e administrativos terão acesso aos cursos e seminários disponibilizados pela Plataforma de Ensino do IB Escola, bem como aos cursos presenciais e Seminários Rede IBSAÚDE, promovidos periodicamente. Dessa forma, será proporcionado o contato com outras realidades e vivências trazidas pelos colaboradores de outros serviços em todo o Estado, bem como o conhecimento compartilhado nesses eventos de qualificação e fortalecimento da rede (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 12).

Estação de Tele atendimento: atendimento contínuo do profissional por meio de plataforma digital IBSAÚDE. Consiste na utilização de tele atendimento médico, nas unidades de saúde da AP, dispondo das mais importantes inovações tecnológicas do mercado: inteligência artificial, *machine learning*, conectividade, *big data*, *analytics*/BI. 30% das unidades de saúde da AP, terão acréscimo do médico, pela estação de tele atendimento, como estratégia de cobertura de suporte deste profissional, qualificando o serviço. Assim, por intermédio de tecnologia própria, do IBSAÚDE, tem-se a resolutividade de uma resposta rápida e eficaz, incluindo a receita de medicamentos e encaminhamento para exames se forem necessários. As unidades de saúde serão estruturadas para a estação de tele atendimento, com aparelhos de TV, webcam e acesso a plataforma digital IBSAÚDE (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 14).

A ISCMPA também apresentou algumas propostas de implantação e uso de CTS. De acordo com seu Plano de Trabalho, esta OSC propõe usar um “*dashboard* de monitoramento dos indicadores” (Plano de Trabalho do ISCMPA, p. 1) e também a “incorporação permanente do serviço de Tradução e Interpretação em LIBRAS às atividades rotineiras da APS, não somente nos atendimentos, mas também nos grupos de educação em saúde e em todas as atividades de Educação Permanente em Saúde” (Plano de Trabalho do ISCMPA, p. 8)

A SSDP apresentou a proposta mais robusta no que se refere aos CTS. Em seu Plano de Trabalho ela propõe o uso de diversas tecnologias para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

Garantir espaços terapêuticos com a utilização de tecnologias leves, como a escuta qualificada (Plano de Trabalho da SSDP, p. 3).

Enviar lembrete pelo WhatsApp para todos os pacientes em tratamento, para que compareçam a US (Plano de Trabalho da SSDP, p. 2).

Compra/Recebimento: Implementar acordos comerciais com fornecedores de insumos e serviços terceiros, oportunizando sua inserção no módulo de gestão de contratos do software de Planejamento Recursos Empresariais (ERP) da RSDP que possibilita medir a performance dos mesmos (Plano de Trabalho da SSDP, p. 7).

Gestão: O Supply Chain Management (Gestão da Cadeia de Suprimentos) terá robustez em todos os processos; Aplicação da metodologia *Lean Manufacturing* (Manufatura Enxuta), permitindo a eliminação de [...] (Plano de Trabalho da SSDP, p. 7).

Uso de Indicadores-Chave de Performance (Key Performance Indicator - KPI) como On-Time In-Full (OTIF) para monitorar o Acordo de Nível de Serviço (SLA) de fornecedores através de medição da sua pontuação (critérios pré fixados) no módulo de avaliação e, se for o caso, aplicar o PDCA para o seu desenvolvimento (Plano de Trabalho da SSDP, p. 8).

[...] monitoramento de indicadores por meio de *dashboards* em BI (Business intelligence) (Plano de Trabalho da SSDP, p. 15).

Realizar uma Prova de Conceito com a startup NoHarmn.ai, alinhado com a Coordenação de Atenção Farmacêutica da SMS, com o objetivo de testar uma solução inovadora e gratuita para o SUS, utilizando inteligência artificial no auxílio do farmacêutico clínico na tomada de decisão e a cuidar do paciente. A evidência documentada dos resultados permitirá, se for o caso, apresentar uma proposta à DAPS para um projeto de integração entre NoHarmn.ai e e-SUS, colaborando para o aperfeiçoamento e consolidação do SUS (Plano de Trabalho da SSDP, p. 15).

6.4.3 Rede para inovação de ruptura

Dentre os três elementos da ruptura de inovação em saúde, a rede para inovação foi o elemento que menos teve trechos codificados. Foram apenas 15 trechos, contra 30 dos CTS e 36 do modelo de gestão.

A AHVN apresentou a proposta mais simples em relação à rede para inovação de ruptura. Tratam-se de apenas três proposta ligadas às relações com fornecedores e com a relação com a SMS para apresentação de documentos.

O IBSAÚDE, por sua vez, apesar de apresentar poucas propostas, proporcionou sugestões mais completas, com destaque para redes estabelecidas com instituições de ensino. No âmbito do IBSAÚDE estas propostas não consistem exatamente em inovações pois já são relações estabelecidas pela OSC, mas serão participantes novos que passam a se relacionar com a rede da APS:

[...] diferencial representado pelas parcerias já efetivadas com universidades tanto nacionais como internacionais como a Ulbra, UniRitter e Fadergs e Cooperativa de Ensino Universitário — CEU (Portugal), potencializando assim a atuação com as instituições de ensino para o desenvolvimento de pesquisas e ações de extensão e de responsabilidade social (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 12).

Pesquisa de Satisfação: Por meio de aplicativo no celular será disponibilizado um QR Code - Anexo IX (IBSAÚDE), para que o usuário e sua família possam avaliar os serviços prestados pelas unidades de saúde da AP. O interesse é obter informações dos atendimentos para melhorar a qualidade da assistência, abrangendo os serviços desde a recepção/acolhimento, limpeza, estrutura física das salas de espera, consultórios, salas de exames, atendimento dos profissionais (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 14).

Canal de Denúncias: Fortalecimento da cultura ética no IBSAÚDE por meio do Canal de Denúncias e Sistema de Ouvidoria, alinhando práticas de governança à tecnologia. Estes canais garantem que os usuários e comunidade registrem as denúncias através do site denuncias.ibsaude.com e whatsapp, quando presenciarem [...] (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 14).

Estratégias para Pesquisas e Diagnósticos de Problemas Relacionados à Saúde: Aplicação de parcerias já existentes do IB/Universidades brasileiras e internacionais/Microsoft, para a APS do município de POA, para que haja a expansão de pesquisas de informações em prol de melhores diagnósticos e atuação nas causas raízes de problemas relacionados à saúde (Plano de Trabalho do IBSAÚDE, p. 14).

A ISCMPA apresentou algumas propostas para formatação da rede para inovação, especialmente na relação com parceiros de negócios e instituições de ensino e pesquisa.

Parceria com as instituições de ensino do DDA para: Práticas de estágio curricular com ações que impactam aprendizados profissionalizantes [...]. Ações extensionistas [...] (Plano de Trabalho da ISCMPA, p. 6).

Além de lideranças comunitárias e ativistas das populações específicas, temos previsto a contratação de mediadores interculturais e de um serviço de TILSP, tanto presencial como à distância, de forma síncrona, como parte das estratégias trabalhadas na Santa Casa de Acessibilidade, Inclusão e Diversidade (Plano de Trabalho da ISCMPA, p. 8).

A ISCMPA possui um Manual de Fornecedores que assegura a responsabilidade corporativa e ambiental dentro das comunidades em que eles atuam (Plano de Trabalho da ISCMPA, p. 14).

Será utilizado *software* de planejamento de previsão de demanda, as compras de insumos terão entregas centralizadas na matriz, para conferir e garantir a

disponibilidade de estoque com distribuição diária para todas as US (Plano de Trabalho da ISCMPA, p. 14).

A SSDP também apresentou apenas três trechos codificados como relacionados à rede para inovação de ruptura. Uma proposta trata de “Ofertar as PICS aos trabalhadores, através de vivências psicossensoriais em atendimentos individualizados e/ou coletivos, que contribuam para o autocuidado e conseqüentemente para melhora do desempenho profissional” (Plano de Trabalho da SSDP, p. 3). Outra proposta fala em “incentivo para fortalecimento da cultura e clima organizacional que favoreçam o crescimento e qualidade de vida dos colaboradores; Plano de benefícios corporativos tradicionais e flexíveis” (Plano de Trabalho da SSDP, p. 4). E, por último, uma proposta de utilizar as redes sociais da SSDP, o informativo interno da OSC que atinge 3,5 mil trabalhadores e as relações com rádios e imprensa em geral, para promover educação e informação em saúde (Plano de Trabalho da SSDP, p. 11).

6.4.4 Gestão de recursos FRIM e Emenda

Foram poucas menções à gestão de recursos extraordinários, que excedem o valor contratual, mas que são gerenciados pelas OSC. A AHVN apresentou duas propostas. O IBSAÚDE não fez nenhuma menção. A ISCMPA apresentou uma proposta. E a SSDP indicou duas. Todas as propostas foram superficiais, sugerindo que serão estabelecidas ações para garantir a execução destes recursos, mas sem especificar de que forma.

6.5. Conclusão do capítulo

Na abordagem do Modelo de Gestão Inovador, as OSCs, em sua maioria, não apresentaram propostas de fórmulas de lucro, alinhando-se ao caráter não lucrativo dos Termos de Colaboração. A AHVN destacou-se com propostas inovadoras em gestão de processos e recursos, enquanto IBSAÚDE e ISCMPA apresentaram abordagens menos inovativas. A SSDP focou em gestão de recursos com baixo impacto no mercado e tecnologia.

Quanto aos Capacitadores Tecnológicos em Saúde (CTS), as OSCs propuseram diversas iniciativas, com destaque para a AHVN e SSDP. O IBSAÚDE apresentou a proposta mais robusta, com a implementação de uma plataforma de ensino remoto e teleatendimento. A ISCMPA também contribuiu com propostas inovadoras, enquanto a SSDP enfatizou tecnologias para melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde. Não foi identificada nenhuma menção à CTS para gestão da Ciência Tecnologia e Informação.

A análise de propostas para promoção da Rede para Inovação de Ruptura revelou que este elemento foi menos explorado, com destaque para o IBSAÚDE que estabeleceu parcerias com instituições de ensino e pesquisa. AHVN apresentou propostas mais simples, enquanto ISCMPA e SSDP abordaram parcerias e aprimoramento das relações com fornecedores.

No âmbito da Gestão de Recursos FRIM e Emenda, poucas menções foram feitas, com AHVN, ISCMPA e SSDP propondo ações para garantir a execução desses recursos, ou seja, não foram apresentadas proposições inovadoras para a gestão de recursos extraordinários.

A análise aponta variações nas ênfases das OSCs em relação aos elementos da inovação de ruptura, com a AHVN destacando-se como possivelmente líder em práticas inovadoras. A IBSAÚDE e a ISCMPA também apresentam propostas sólidas, mas ficam atrás da AHVN em alguns aspectos. A SSDP é a empresa que apresenta a proposta menos abrangente e inovadora. A distribuição equitativa em algumas categorias sugere práticas comuns entre as OSCs em determinados aspectos da inovação de ruptura.

Foi observado que a SMS tentou resolver o problema “a rotatividade de profissionais decorrente da fragilidade de vínculos empregatícios com as OSC, que compromete diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, com prejuízos à continuidade dos cuidados na APS que é a principal porta de entrada e essencial à condução e cuidados dos usuários no SUS” (Melo, 2023, p. 5), estabelecimento de metas de *turnover*, que as OSC se comprometeram em cumprir.

7 CONCLUSÃO

Os produtos de saúde, em geral, sejam bens ou serviços, se apresentam como mercadorias na sociedade capitalista, pois são produzidos por força de trabalho assalariada e seu acesso ocorre mediante relações mercantis. Em razão disto, diante da necessidade de acessar tais serviços, por não possuir meios de produção próprios e nem possuir recursos financeiros para comprar tais mercadorias, a classe trabalhadora organizou-se, de forma solidária, e constituiu seus próprios serviços de assistência como alternativa de acesso. Além disto existem instituições que realizam ações de filantropia, como grupos de apoio de igrejas e associações de voluntários, por exemplo, que oferecem algum tipo de assistência à saúde, desde a promoção e educação em saúde, consultas médicas, tratamentos odontológicos até exames clínicos menos sofisticados. Entretanto, na sociedade capitalista, a auto-organização e a caridade não são suficientes para garantir condições adequadas de saúde a todos.

No capitalismo, com o avanço do conhecimento, passou-se a compreender que o nível de produtividade das empresas capitalistas está relacionado à disponibilidade de força de trabalho, em condições técnicas (treinamento) e de saúde (físico-emocional), a qual se desgasta ao longo da jornada de trabalho e precisa ser recuperada para estar em condições para a jornada seguinte. Nesse sentido, como visto no capítulo 3, os próprios capitalistas organizaram e passaram a oferecer serviços de atenção à saúde aos trabalhadores e suas famílias, bem como pressionaram o Estado a também fazê-lo.

Ao longo da história o Estado adotou diferentes visões sobre o conceito de saúde e sobre sua responsabilidade no cuidado com os níveis de saúde da população. Com o avanço do conhecimento científico, o desenvolvimento das forças produtivas e novas necessidades do capital, as formas de organizar o trabalho e de distribuir a riqueza produzida foram sendo modificadas. Neste contexto, o próprio Estado também se modifica, adaptando-se às necessidades do capital. Ao longo do tempo ocorreram diversas reformas na Administração Pública, até a consolidação do modelo neoliberal gerencialista que vigora nas principais economias do mundo.

Na área da saúde, novas políticas públicas surgiram e os Sistemas Nacionais de Saúde (SNS) foram se consolidando. Na atualidade, a maioria dos países capitalistas “desenvolvidos” ou “em desenvolvimento”, como o Brasil, por exemplo, disponibilizam serviços de saúde à população financiados pelo Estado, variando a forma de organização e de financiamento, a depender da formação econômica e social de cada nação. Entretanto, apesar da existência dos

SNS e todo avanço tecnológico e capacidade produtiva disponível, a classe trabalhadora continua a enfrentar dificuldades no acesso, baixa disponibilidade e baixa qualidade nos serviços de saúde disponíveis.

Conforme Christensen, Grossman e Hwang (2009) propõem, uma solução para estes problemas estaria na inovação de ruptura em saúde, a qual pode ser construída a partir de três elementos, denominados de capacitadores de ruptura em saúde: a inovação no modelo de gestão, a implantação de tecnologias sofisticadas simplificadoras e adoção de uma cadeia de valor inovadora e economicamente coerente, apresentados anteriormente na Figura 2 - Os elementos da inovação de ruptura.

A respeito da inovação no modelo de gestão, observa-se que na Agenda de Reformas do SUS (Quadro 14) do Banco Mundial (2018, p. 8), que tem sido colocada em prática no Brasil, desde governos com viés mais privatizante, como o governo Bolsonaro, até governos que se apresentam como mais progressistas, como o governo Lula-3, e que tem sido reproduzida em todas instâncias do SUS, vai ao encontro das proposições de IGS de Christensen, Grossman e Hwang (2009). É possível identificar que as inovações no modelo de gestão em saúde propostas pelo autores se relacionam com as propostas números 2, 6, 7 e 8 da Agenda de Reformas do SUS (Banco Mundial, 2018), que são, respectivamente: melhorar a coordenação entre os setores público e privado; reformar o pagamento a prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade; modificar a forma de financiamento, para o sistema de financiamento acompanha o paciente; e, redistribuir recursos vinculados à Média e Alta Complexidade (MAC) através da APS, adaptando o financiamento do Piso da Atenção Básica (PAB), incluindo a instituição de pagamento por desempenho.

A contratualização da gestão da APS em Porto Alegre é um processo controverso. Entidades representativas dos profissionais de saúde e movimentos sociais criticam a terceirização da gestão, argumentando que representa um risco para a qualidade da atenção à saúde, alegando que a gestão pública tem maior autonomia e capacidade de controle sobre os serviços, o que garante uma melhor qualidade da atenção à saúde. O governo municipal de Porto Alegre, por outro lado, defende a contratualização da gestão como uma forma de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços, pois as organizações privadas possuiriam maior expertise e capacidade de gestão do que a Administração Pública para inovação.

A análise histórica do processo de avanço dos modelos de gestão contratualizada na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil revela uma dinâmica complexa, permeada por influências ideológicas, transformações institucionais e desafios intrínsecos à gestão em saúde. Desde os Centros de Saúde-Escola nos anos 1920 até a consolidação da Estratégia Saúde da

Família (ESF) como pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), observamos uma evolução marcada por mudanças de paradigmas na Administração Pública e nos modelos de cuidado à saúde. Neste contexto, a contratualização, impulsionada pelo gerencialismo e inserida na lógica neoliberal, apresenta-se como uma estratégia para promover a inovação nos serviços públicos, visando aumentar a produtividade e eficiência.

O estudo do caso da contratualização das unidades de APS em Porto Alegre inserido no contexto da reforma do Estado revela uma complexa interação entre as ideias neoliberais que permeiam as políticas de saúde em Porto Alegre e a dinâmica local. Contudo, como identificado na análise dos Planos de Trabalhos dos Termos de Colaboração vigentes na APS de Porto Alegre, a análise da gestão da inovação em saúde nos planos de trabalho das Organizações da Sociedade Civil (OSC) que gerenciam unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre revelou uma abordagem pouco empreendedora. As propostas destacam mudanças incrementais, sem investimento significativo em inovação, questionando a efetiva contribuição dessas organizações para a melhoria do sistema de saúde.

Quanto a proposta de um Modelo de Gestão Inovador, a AHVN destacou-se com propostas de gestão pouco disruptivas, mas com algum grau de incremento de ferramentas de gestão já utilizadas em suas unidades de saúde privadas. IBSAÚDE e ISCMPA apresentaram abordagens menos inovativas, também optando por sugerir mudanças incrementais a partir de processos já utilizados pela organização. A SSDP focou em apresentar novos recursos com baixo impacto no mercado e tecnologia, evidenciando que o modelo de gestão das OSCs não traz grandes inovações para as unidades de APS públicas.

Quanto aos Capacitadores Tecnológicos em Saúde (CTS), as OSCs propuseram algumas iniciativas, com destaque para o IBSAÚDE que apresentou a proposta mais robusta, incluindo utilização de uma plataforma de ensino remoto e também de teleatendimento, que a OSC já possui. Em geral foram propostas pequenas mudanças, utilizando tecnologias já consagradas, e que já são utilizadas em serviços de saúde públicos e privados no Brasil.

A análise de propostas que possam incentivar a Rede para Inovação de Ruptura indicou menor exploração desse elemento pelas OSCs, destacando parcerias estabelecidas pelo IBSAÚDE com instituições de ensino e pesquisa, enquanto AHVN, ISCMPA e SSDP apresentaram propostas ainda mais simples, sugerindo estabelecer parcerias e aprimorar as relações com fornecedores.

No tocante à Gestão de Recursos Extraordinários, repassados pelo FRIM e por Emendas Parlamentares, poucas menções foram feitas, com AHVN, ISCMPA e SSDP propondo apenas garantir a execução desses recursos.

A análise dos Planos de Trabalho indica uma ausência de ações significativas de investimento, pesquisa e promoção da inovação por parte das OSCs. Em geral, os Planos de Trabalho limitaram-se a propor incremento de tecnologias já existentes, e que inclusive são utilizadas em serviços públicos de APS em outros locais, o que demonstra que não há um caráter empreendedor por parte das OSCs, que optam por não investir em inovação e não assumir riscos a fim de manter sua margem de receita sem riscos.

Por meio da NAP, o gerencialismo tem promovido diversas reformas no Estado, de orientação neoliberal, que prometem promover a inovação nos serviços públicos para aumentar a produtividade e a eficiência nestes serviços. Como um de seus resultados, estas reformas ampliaram o modelo de contratualização nos serviços de saúde nos anos 1990 e 2000, especialmente nos ambulatoriais e hospitalares, e, na última década, chegaram aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, verifica-se que a reforma do aparelho da APS em Porto Alegre se situa no contexto da reforma ininterrupta do aparelho de Estado no Brasil (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017).

A municipalização da saúde nos anos 1990, em consonância com a instituição do Programa Saúde da Família (PSF), refletiu uma tentativa de descentralização da gestão, no entanto a dependência dos recursos repassados pela União para financiamento das ASPs, que foram reduzidos nos últimos anos, evidencia desafios quanto à efetiva autonomia dos municípios e à construção de sistemas de saúde regionalizados.

A incorporação de elementos da Nova Saúde Pública e a lógica gerencial na Administração Pública, sob a égide da contratualização entre o Estado e entidades privadas, emerge como um fenômeno crítico nos estudos organizacionais. Tal transformação não apenas impacta a média e alta complexidade, mas também alcança a APS, demandando adaptações nas relações trabalhistas, no modelo de atenção à saúde e na organização e financiamento do sistema. Essas mudanças refletem não apenas ajustes técnicos, mas questionamentos profundos sobre a mercantilização da saúde, a fragmentação do cuidado e as implicações éticas e sociais da crescente participação do setor privado na gestão pública da saúde.

A compreensão desses ciclos e das influências que moldaram a APS no Brasil, à luz dos estudos organizacionais, destaca não apenas aspectos técnicos e estruturais, mas também as relações de poder, as tensões ideológicas e as complexidades inerentes à construção de sistemas de saúde. Diante do desafio contínuo de buscar modelos de gestão mais eficientes e centrados no paciente, é crucial uma abordagem crítica que questione não apenas as estruturas formais, mas também os pressupostos ideológicos que moldam as políticas de saúde, visando uma APS mais equitativa, integral e comprometida com os princípios fundamentais do SUS.

Futuras pesquisas podem aprofundar a análise de CTS implementados por OSC em unidades de APS contratualizadas, comparando com a mesma prática em unidades gerenciadas de forma direta pelo Estado. Também podem ser comparadas práticas de GIS nas unidades de APS públicas gerenciadas pelas OSCs, com práticas realizadas nas unidades de APS que são privadas.

REFERÊNCIAS

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10520 — Informação e documentação — Citações em documentos — Apresentação**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2023.

ACOA, American Council on Aging. **Medicaid Eligibility Income Chart by State**. Washington, 2023. Disponível em: <https://www.medicaidplanningassistance.org/medicaid-eligibility-income-chart/>. Acesso em: 19 dez. 2023.

ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. *In*: DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DECS. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2023. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=28448&filter=ths_termall&q=sa%C3%BAde. Acesso em: 17 dez. 2023.

AGÊNCIA BRASIL. Casa Civil conversará com estados e empresas para ampliar PPP. **Agência Brasil**, Brasília, 9 dez. 2022. Disponível em: Acesso em: 10 dez. 2023.

AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS. Câmara tem 243 deputados novos e renovação de 47,3%. **Portal da Câmara dos Deputados**, Brasília, 9 out. 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/545896-camara-tem-243-deputados-novos-e-renovacao-de-473/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS. Reforma tributária: o que está em discussão. **Portal da Câmara dos Deputados**, Brasília, 7 jul. 2023. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/reforma-tributaria-o-que-esta-em-discussao>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ALMEIDA, Celia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: IPEA, 1998. Texto para Discussão. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2476>. Acesso em: 31 dez. 2023.

ALMEIDA, Mansueto. O Novo Estado Desenvolvimentista e o Governo Lula. **Revista Economia & Tecnologia**, Curitiba, v. 7, 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/ret/article/view/26880>. Acesso em: 3 dez. 2023.

ALVES, Eduardo. Uma análise crítica do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. **Revista Acadêmica Multidisciplinar Urutágua**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 106–118, 2001.

ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 4, p. 10.1111/j.1468–0009.2005.00428.x, 2005.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, E.; GENTILI, P. (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9–23.

ANDUJAR, Andréa Martins; MARTINS, Anderson Antônio Mattos. **Modelos de Gestão Pública**. 2. ed. Florianópolis: IFSC, 2014. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/206324>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 2. ed. São Paulo, SP: Boitempo, 2020.

ARISTÓTELES. **A política**. tradução: Roberto Leal Ferreira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Coleção Clássicos).

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva (1975)**. [S. l.]: Fiocruz, 2003. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q7gtd>. Acesso em: 26 dez. 2023.

BAGNO, Raoni; CHENG, L. C.; MELO, J. C. F. Gestão da Inovação. *In*: BAGNO, Raoni; PEREIRA, Maria Cecília (org.). **Tópicos Selecionados em Organização Industrial: um Guia para o Ensino Superior**. Belo Horizonte: [s. n.], 2018. v. 1, p. 140–168. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324603629_Gestao_da_Inovacao. Acesso em: 16 dez. 2023.

BANCO MUNDIAL. **O Brasil do Futuro: rumo à produtividade, inclusão e sustentabilidade**. [S. l.]: BIRD/AID, 2023. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099103023102510656/pdf/P1734580b4aaf90b1097d70600e8c92b744.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2023.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. [S. l.]: BIRD/AID, 2018. Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2023.

BARCELLOS, Christovam. **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. [S. l.]: ABRASCO, 2008. (Saúde Movimento: n. 6). Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=shib&db=cat07377a&AN=sabi.000707432&lang=pt-br&scope=site&authtype=guest,shib&custid=s5837110&groupid=main&profile=eds>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARNARD, Chester I. **As funções do executivo**. São Paulo: Atlas, 1979.

BARNEY, Jay B.; HESTERLY, William. Economia das Organizações: entendendo a relação entre as organizações e a análise econômica. *In*: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. (org.). **Handbook de Estudos Organizacionais - Volume 3: Ação e Análise Organizacionais**. [S. l.]: Atlas, 2004.

BEDINELLI, Talita. PEC 241: o que vai mudar na saúde dos brasileiros. **El País**, São Paulo, 18 out. 2016. p. Brasil.

BIRDSALL, Nancy; LA TORRE, Augusto de. **El Disenso de Washington: Políticas económicas para la equidad social en Latinoamérica**. tradução: Peter Lustig; Marc Wachtenheim. Washington, D.C.: Fondo Carnegie para La Paz Internacional y Diálogo

Interamericano, 2001. Disponível em: <https://carnegieendowment.org/pdf/files/Disenso.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2023.

BRASIL. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-da-saude-nos-estados/>. Acesso em: 18 dez. 2023.

BRASIL. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_propostas_ministerio_saude_2023.pdf. Acesso em: 11 jan. 2024.

BRASIL. **CBO - Classificação Brasileira de Ocupações 6.0.0**. [S. l.], 2023b. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 17 dez. 2023.

BRASIL, [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. **DATASUS - Informações de Saúde**. [S. l.], 2023c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>. Acesso em: 17 dez. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020**. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública [...]. 6 mar. 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/dlg6-2020.htm. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 2.829 de 29 de outubro de 1998**. Estabelece normas para a elaboração e execução do Plano Plurianual e dos Orçamentos da União, e dá outras providências. 29 out. 1998a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=2829&ano=1998&ato=9dfAT5650dNpWTfc8>. Acesso em: 1 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **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. 28 jun. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020**. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. 26 out. 2020b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10530.htm. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.798 de 28 de novembro de 2023**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de

confiança. Brasília, 28 nov. 2023d. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11798.htm#art5.
Acesso em: 1 jan. 2014.

BRASIL. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, durante cerimônia de lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2)**. Brasília: Presidência da República, 2007b. Disponível em:
http://www.infoacervo.planalto.gov.br/static/inf_pac2.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio [...]. Brasília, 4 jun. 1998b. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 13 set. 2000. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003**. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Brasília, 19 dez. 2003. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015**. Altera e adiciona dispositivos na Constituição Federal para atualizar o tratamento das atividades de ciência, tecnologia e inovação. Brasília, 26 fev. 2015a. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc85.htm. Acesso em: 26 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, 17 mar. 2015b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **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, 15 dez. 2016a. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 102, de 26 de setembro de 2019**. Dá nova redação ao art. 20 da Constituição Federal e altera o art. 165 da Constituição Federal e o art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 26 set.

2019a. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc102.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 113, de 8 de dezembro de 2021**. Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas ao Novo Regime Fiscal e autorizar o parcelamento de débitos previdenciários dos Municípios; e dá outras providências. Brasília, 8 dez. 2021. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc113.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 123, de 14 de julho de 2022**. Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas ao Novo Regime Fiscal [...]. Brasília, 14 jul. 2022a. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc123.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022**. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos [...]. Brasília, 21 dez. 2022b. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc126.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão/Secretaria de Gestão de Pessoas. **Instrução Normativa nº 2, de 12 de setembro de 2018**. Estabelece orientação, critérios e procedimentos gerais a serem observados pelos órgãos e entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipec, quanto à jornada de trabalho [...]. Brasília, 12 set. 2018a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/40731752/do1-2018-09-13-instrucao-normativa-n-2-de-12-de-setembro-de-2018-40731584. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. **Instruções para Avaliação da Gestão Pública – 2008/2009**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2008a. (Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA). Disponível em:

<https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/597>. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **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 [...]. 13 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 1 jan. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023**. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico [...]. Brasília, 31 ago. 2023e.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9106.htm. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 17 mar. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 28 dez. 2023.

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

BRASIL. Presidência da República. **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. 28 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. 15 maio 1998c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 3 jun. 1998d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. 23 mar. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, 12 fev. 2001a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10185.htm. Acesso em: 1 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 abr. 2001b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 1 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004**. Dispõe sobre a aplicação de disposições da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, altera dispositivos das Leis nºs 9.717, de 27 de novembro de 1998, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e dá outras providências. 18 jun. 2004a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.887.htm. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008**. Regulamenta o inciso VII do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; revoga a Lei nº 6.638, de 8 de maio de 1979; e dá outras providências. 8 out. 2008b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111794.htm. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. 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, [...] em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº [...]. Brasília, 11 jan. 2016b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13243.htm. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13429&ano=2017&ato=d64gXQU5EeZpWTc21>. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jul. 2017b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória 621, de 8 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 8 jul. 2013a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória 890, de 1 de agosto de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, 1 ago. 2019b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2213191>. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 726, de 12 de maio de 2016**. Altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, 12 maio 2016c.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/mpv/mpv726.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. **Novo CAGED - Outubro de 2023**. [S. l.], 2023f. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/novo-caged/pagina-inicial-outubro-2023>. Acesso em: 17 dez. 2023.

BRASIL. **Novo PAC: Medidas Institucionais**. [S. l.], 2023g. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/novopac/medidas-institucionais/medidas-institucionais>. Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. **Painel do Orçamento Federal**. [S. l.], 2023h. Disponível em: https://www1.siof.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República; Câmara da Reforma do Estado; Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <http://www.anped11.uerj.br/planodiretor1995.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 28 set. 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 1 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007**. Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. Brasília, 24 maio 2007c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1229_24_05_2007_comp.html. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). 25 set. 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica - NOB-SUS nº 01/96**. NOB-SUS 01/96: norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/SUS: publicado no DOU de 6/11/1996. 5 nov. 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 21 set. 2017d. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, 10 dez. 2004b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2607_10_12_2004.html. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.915, de 12 de dezembro de 2011**. Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). Brasília, 12 dez. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915_12_12_2011.html. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 12 nov. 2019c.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006**. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 1 dez. 2006a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. 10 dez. 2019d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 28 dez. 2006b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 28 dez. 2017e. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 30 dez. 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 31 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 90, de 3 de fevereiro de 2023**. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e

Consultas Especializadas. 3 fev. 2023i. Disponível em:

https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0090_06_02_2023.html. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 29 jan. 2007d. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 321, de 8 de fevereiro de 2007**. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 8 fev. 2007e. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007_comp.html. Acesso em: 1 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS nº 01/2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e [...]. Brasília, 27 fev. 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 1 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. 16 mar. 2020d. Disponível em:

https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-*-248809238. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 fev. 2006c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica - NOB-SUS nº 01/93**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, 20 maio 1993. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 578, de 5 de maio de 2023**. Habilita Serviços Hospitalares de Referência (SHR) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) de Estados e Municípios. 5 maio 2023j. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0578_10_05_2023.html. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, 30 mar. 2006e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 844, de julho de 2023.** Dispõe sobre ações de multivacinação no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS para o exercício de 2023, incluindo a instituição de incentivo financeiro de custeio, excepcional e temporário, para esse fim. 14 jul. 2023k. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-844-de-14-de-julho-de-2023-497045598>. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 885, de julho de 2023.** Aprova o repasse dos recursos financeiros de custeio, referente ao segundo ciclo de 2023, ao retroativo do segundo ciclo de monitoramento de 2022, e ao retroativo [...] do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS). 14 jul. 2023l. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0885_18_07_2023.html. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. **Presidente (2016-2018: Michel Temer). Mensagem ao Congresso Nacional, 2018.** Brasília: Presidência da República, 2018b. Disponível em: <https://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/mensagem-ao-congresso/mensagem-ao-congresso>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica - NOB-SUS nº 01/91.** A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nºs 8.074/90 e 8.080/90. 7 jan. 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRITO, Gabriel. Saúde Coletiva: revoluções do passado e as que estão por vir. **Outras Palavras**, [s. l.], 14 out. 2022. SUS. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/saude-coletiva-as-revolucoes-do-passado-e-as-que-estao-por-vir/>. Acesso em: 19 nov. 2023.

CAJUEIRO, Roberta Liana Pimentel. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: Guia prático do estudante.** 3ª edição. [S. l.]: Editora Vozes, 2014.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Parlamentar nº 1, de 2003.** Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal e dá outras providências.

Brasília, 2003. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0a5kglcy8mkbv16sfqanlcrjkb3135046.node0?codteor=518572&filename=EMP+3/2007+%3D%3E+PLP+1/2003. Acesso em: 5 jan. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Parlamentar nº 306, de 2008 (Origem: PLS 121/2007)**. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (Origem: PLS 121/2007). Brasília, 2008. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=394079>. Acesso em: 5 jan. 2024.

CARVALHO, Henrique. **A Matriz de Inovação: unificando os tipos de inovação. Vida de Produto**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://vidadeproduto.com.br/matriz-de-inovacao/>. Acesso em: 14 dez. 2023.

CASTEL, Robert. **Metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário**. tradução: Iraci D. Poleti. 12ª edição. [S. l.]: Editora Vozes, 2015.

CASTRO, Heloísa Pinheiro Rosa de. **Chicago Oldies? Um estudo comparativo sobre a institucionalização, socialização e atuação de economistas brasileiros e chilenos treinados na Universidade de Chicago**. 2022. text - Universidade de São Paulo, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-19052023-185859/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

CASTRO, Janice Dornelles de; PELEGRINI, Maria Leticia; WINKLER, Kalila Luize Balen. Saúde, desenvolvimento econômico e desigualdade nos municípios do Rio Grande do Sul: Um estudo sobre gasto público e IDESE. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 33, n. 64, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/16626>. Acesso em: 17 nov. 2023.

CHESBROUGH, Henry W. The Era of Open Innovation. **MIT Sloan Management Review**, [s. l.], n. Magazine Spring 2003, 2003. Disponível em: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:15322360>. Acesso em: 14 dez. 2023.

CHRISTENSEN, Clayton M. **The Innovator's Dilemma: When New Technologies Cause Great Firms to Fail**. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1997.

CHRISTENSEN, Clayton M; GROSSMAN, Jerome H; HWANG, Jason. **Inovação na Gestão da Saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade**. São Paulo: Bookman, 2009.

CLAD, Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento. Uma nova gestão pública para a América Latina. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 121–144, 1999.

CNM, Confederação Nacional de Municípios. **Mudanças no financiamento da saúde**. Brasília: CNM, 2018. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3135>. Acesso em: 7 jan. 2024.

CNN BRASIL. Emendas parlamentares no Orçamento atingem R\$ 48,8 bilhões e batem recorde. [s. l.], 27 mar. 2021. Economia. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/emendas-parlamentares-no-orcamento-atingem-r-48-8-bilhoes-e-batem-recorde/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

COASE, R. H. The Nature of the Firm. **Economica**, [s. l.], v. 4, n. 16, p. 386–405, 1937.

COELHO NETO, Giliate Cardoso; CHIORO, Arthur. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 7, p. e00182119, 2021.

COHN, Gabriel. Introdução. In: WEBER, Max. **Max Weber: sociologia**. [S. l.]: Ática, 1979. (Coleção Grandes Cientistas Sociais). p. 7–35.

COIMBRA, Vinicius. Recuperação judicial, atendimentos, demissões: o que se sabe sobre a crise na Fundação Universitária de Cardiologia. **GZH**, Saúde, 20 nov. 2023. Saúde. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2023/11/recuperacao-judicial-atendimentos-demissoes-o-que-se-sabe-sobre-a-crise-na-fundacao-universitaria-de-cardiologia-clp7dzi760056014icvyia67p.html>. Acesso em: 9 jan. 2024.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Nota Técnica CONASEMS sobre a Portaria 3.992/2017**. [S. l.]: CONASEMS, 2020. Disponível em: <https://portalfn.sau.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/NOTA-T%C3%89CNICA-CONASEMS-SOBRE-NOVAS-REGRAS-DE-FINANCIAMENTO-E-TRANSFER%C3%8ANCIA-PARA-O-SUS-nota-tecnica-prt-3992-1.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2024.

CORBETTA, Piergiorgio. **Social Research: Theory, Methods and Techniques**. [S. l.]: SAGE Publications, Ltd, 2003. Disponível em: <https://methods.sagepub.com/book/social-research-theory-methods-and-techniques>. Acesso em: 30 dez. 2023.

COSEMS-PR, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Paraná. **Financiamento do SUS em 2023**. [S. l.]: COSEMS-PR, 2023. Disponível em: https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Financiamento-do-SUS_2023.pdf. Acesso em: 6 jan. 2024.

COSTA, Frederico Lustosa da. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 42, n. 5, p. 829–874, 2008.

COSTA, Achyles Barcelos da. Teoria Econômica e Política de Inovação. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 281–307, 2016.

COSTA, Renata Luiza da; SOUZA, Maria Aparecida R.; THEREZA JÚNIOR, Alcides Hermes. Materialismo Histórico Dialético em Pesquisas de Informática na Educação. In: PIMENTEL, Mariano; SANTOS, Edméa (org.). **Abordagem Qualitativa**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2021. (Metodologia de Pesquisa em Informática na Educação). v. 3. Disponível em: https://metodologia.ceie-br.org/wp-content/uploads/2018/10/livro3_cap5_MHD.pdf.

CRUZ, June Alisson Westarb *et al.* Brazilian private health system: history, scenarios, and trends. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 49, 2022.

DA TROPICÁLIA À SAÚDE COLETIVA: AS ‘REVOLUÇÕES’ DOS ANOS 1960-70. [S. l.: s. n.], 2022. (1:59:31). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=I5cD40m1yB8>. Acesso em: 26 dez. 2023.

DARWIN, Charles. **On the origin of species**. London: Public Domain Book, 1872. Disponível em: <http://darwin-online.org.uk/>. Acesso em: 13 dez. 2023.

DATHEIN, Ricardo. Inovação e Revoluções Industriais: uma apresentação das mudanças tecnológicas determinantes nos séculos XVIII e XIX. **Publicações DECON Textos Didáticos**, Porto Alegre, n. 2, 2003. Disponível em: <https://lume-re-demonstracao.ufrgs.br/artnoveau/docs/revolucao.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

DE MIRANDA GONDIM, Grácia Maria *et al.* O Território da Saúde: A Organização Do Sistema de Saúde e a Territorialização. *In*: TERRITÓRIO, AMBIENTE E SAÚDE. [S. l.]: Fiocruz, 2008. p. 237–256. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575413746.17>. Acesso em: 26 dez. 2023.

DE OLIVEIRA SOUZA, Diego; RODRIGUES DE AZEVEDO LIRA, Paulo Victor. A saúde dos trabalhadores em O Capital. **SER Social**, Brasília, v. 24, n. 51, p. 490–506, 2022.

DELANHESE, Mariu. Estado e Instituto de Cardiologia ajustam ações no Hospital de Alvorada. *In*: O ALVORADENSE. 2 jun. 2023. Disponível em: <https://oalvoradense.com.br/estado-e-instituto-de-cardiologia-ajustam-acoes-no-hospital-de-alvorada/>. Acesso em: 9 jan. 2024.

DIMAGGIO, Paul Joseph; POWELL, Walter W. A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, [s. l.], v. 45, n. 2, p. 74–89, 2005.

DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz; MILES, Ian. Two decades of research on innovation in services: which place for public services? Structural Change and Economic Dynamics. *In*: CAVALCANTE, Pedro *et al.* (org.). **Inovação no setor público: teoria, tendência e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017. p. 59–94. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2989>. Acesso em: 17 nov. 2023.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

DOPA, Diário Oficial de Porto Alegre. **Diário Oficial de Porto Alegre Edição 6149 - Quarta-feira, 18 de dezembro de 2019 - Ano XXIV**. [S. l.]: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2019. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3156_ce_20191218_executivo.pdf. Acesso em: 15 dez. 2023.

DOPA, Diário Oficial de Porto Alegre. **Retificação do Resultado e Classificação Final - Chamamento Público 02/2022**. [S. l.]: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://dopaonline.procempa.com.br>. Acesso em: 15 dez. 2023.

DOSI, Giovanni. **Technical Change and Economic Theory**. London: Pinter Publishers, 1988. (IFIAS research series). Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=8vG3AAAAIAAJ>.

DOSI, Giovanni. Technological paradigms and technological trajectories: A suggested interpretation of the determinants and directions of technical change. **Research Policy**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 147–162, 1982.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship): prática e princípios**. tradução: Carlos J. Malferrari. ed. reved. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

DRUCKER, Peter Ferdinand. O advento da nova organização. *In*: HARVARD BUSINESS REVIEW (org.). **Gestão do conhecimento**. tradução: Afonso Celso da Cunha Serra. 10. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001. p. 9–26.

DUMÉNIL, Gérard; LÉVY, Dominique. Neoliberalismo: neo-imperialismo. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1–19, 2007.

DUNLOP, John Thomas. **Industrial Relations Systems**. Boston: Harvard Business School Press, 1993.

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. tradução: Paulo Neves. 3. ed. [S. l.]: Martins Fontes, 2007.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. tradução: Nélcio Schneider. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019.

ESTADÃO. Gatilho para conter despesa com pessoal abre espaço de R\$ 40 bi no Orçamento - Estadão. [s. l.], 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/economia/gatilho-para-conter-despesa-com-pessoal-abre-espaco-de-r-40-bi-no-orcamento/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ETZIONI, Amitai. **Organizações Modernas**. 7. ed. São Paulo: Pioneira Editora, 1984.

FAGERBERG, Jan. Innovation: A guide to the Literature. *In*: FAGERBERG, Jan; MOWERY, David C.; NELSON, Richard R. (org.). **The Oxford Handbook of Innovation**. 1st edition. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 1–26.

FARIA, José Henrique de. Dimensões da Matriz Epistemológica em Estudos em Administração: uma proposição. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, XXXVI EnANPAD., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2012. Disponível em: https://arquivo.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=&cod_evento_edicao=63&cod_edicao_subsecao=848&cod_edicao_trabalho=14687. Acesso em: 18 nov. 2023.

FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. Burocracia como organização, poder e controle. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 424–439, 2011.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: Rio de Janeiro: Fiocruz-EPSJV, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>. Acesso em: 8 jan. 2024.

FAVERO, Rafael. Hospital de Cachoeirinha enfrenta dificuldades financeiras e restringe atendimentos. **GZH**, Porto Alegre, 25 abr. 2023. Região Metropolitana. Disponível em:

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2023/04/hospital-de-cachoeirinha-enfrenta-dificuldades-financeiras-e-restringe-atendimentos-clgwpe09u006e017722nmgqkx.html>. Acesso em: 9 jan. 2024.

FAYOL, Henri. **Administração industrial e geral: previsão, organização, comando, coordenação, controle**. tradução: Irene de Bojano; Mário de Souza. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

FELLS, Michael J. Fayol stands the test of time. **Journal of Management History (Archive)**, [s. l.], v. 6, n. 8, p. 345–360, 2000.

FERRAREZI, Elisabete. **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP: a lei 9.790/99 como alternativa para o terceiro setor**. Brasília: Conselho da Comunidade Solidária, 2001. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=22005>. Acesso em: 5 jan. 2024.

FILHO, Calino Ferreira Pacheco; WINCKLER, Carlos Roberto. Reforma da Previdência: o ajuste no serviço público. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 221–248, 2005.

FIOCRUZ. **Aspectos Teóricos, Conceituais e Práticos Relacionados à Inovação em Medicamentos da Biodiversidade**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2023. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/medicamentos-da-biodiversidade/>. Acesso em: 14 dez. 2023.

FOLHA DE S.PAULO. Em diálogos gravados, Jucá fala em pacto para deter avanço da Lava Jato. **Folha de S.Paulo**, [s. l.], 23 maio 2016. Poder. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/05/1774018-em-dialogos-gravados-juca-fala-em-pacto-para-deter-avanco-da-lava-jato.shtml>. Acesso em: 6 jan. 2024.

FORD, Henry. **Henry Ford: os princípios da prosperidade**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora, 2012.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. Conferência realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara em outubro 1974. *In*: MICROFÍSICA DO PODER. tradução: Roberto Machado. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012. p. 143–170.

FRAZÃO, Dilva. **Biografia de Frederick Taylor**. [S. l.], 2018. Disponível em: https://www.ebiografia.com/frederick_taylor/. Acesso em: 26 nov. 2023.

FREEMAN, Chris. The “National System of Innovation” in historical perspective. **Cambridge Journal of Economics**, Oxford, v. 19, n. 1, p. 5–24, 1995.

FRIEDLAND, Roger. Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions. *In*: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul J. (org.). **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991. p. 232–263.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, 2003.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g3s64xr995byZfmkHb4HBrc/#>. Acesso em: 31 dez. 2023.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1891–1902, 2018.

GALLOUJ, Faïz; DJELLAL, Faridah (org.). **The handbook of innovation and services: a multi-disciplinary perspective**. Cheltenham, UK; Northampton, MA: Edward Elgar, 2010.

GARRETY, Karin; MCLOUGHLIN, Ian; ZELLE, Gregor. Disruptive Innovation in Health Care: Business Models, Moral Orders and Electronic Records. **Social Policy and Society**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 579–592, 2014.

GELIJNS, Annetine C.; HALM, Ethan A. An Introduction to the Changing Economics of Technological Innovation in Medicine. *In*: MEDICINE, Institute of Medicine (US) Committee on Technological Innovation in (org.). **The Changing Economics of Medical Technology**. [S. l.]: National Academies Press (US), 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234316/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. (Educação a distância). Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=shib&db=cat07377a&AN=sabi.000728684&lang=pt-br&scope=site&authtype=guest,shib&custid=s5837110&groupid=main&profile=eds>.

GESTÃO EM SAÚDE. *In*: DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DECS. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2023. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=34024&filter=ths_termall&q=gest%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde. Acesso em: 17 dez. 2023.

GIBBS, Graham. **Análise de Dados Qualitativos**. tradução: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas Ltda, 2017.

GIOVANNI, Pablo. Justiça suspende liminar e autoriza intervenção no Instituto de Cardiologia. **Correio Brasiliense**, Brasília, 20 dez. 2023. Cidades DF. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/cidades-df/2023/12/6773196-justica-suspende-decisao-e-autoriza-intervencao-no-instituto-de-cardiologia.html>. Acesso em: 9 jan. 2024.

GODIN, Benoît. The Linear Model of Innovation: The Historical Construction of an Analytical Framework. **Science, Technology, & Human Values**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 639–667, 2006.

GONÇALVES, Marcos Augusto. Neoliberalismo em choque: O pós-Consenso de Washington. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 jul. 1998. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs12079804.htm>. Acesso em: 2 dez. 2023.

GOVERNO FEDERAL LANÇA O NOVO PAC. Rio de Janeiro: CanalGov, 2023. 1 vídeo (3:14:35). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=f1F-Vy-CZMw>. Acesso em: 11 dez. 2023.

GRANOVETTER, Mark. Ação econômica e estrutura social: o problema da imersão (1985). **RAE eletrônica**, [s. l.], v. 6, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/raeel/a/XPnDYztgpcR79zWtgkC3z7f/>. Acesso em: 14 dez. 2023.

GRANOVETTER, Mark S. The Strength of Weak Ties. **American Journal of Sociology**, [s. l.], v. 78, n. 6, p. 1360–1380, 1973.

GRUPO RBS. **Opinião da RBS: À espera da reforma administrativa**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/opinioao/noticia/2020/02/a-espera-da-reforma-administrativa-ck72c0dmq0jxz01mv2y4ar5ou.html>. Acesso em: 10 dez. 2023.

GUERRERO, Omar. **La administración pública del estado capitalista**. Ciudad de México: Fontamara, 1981. (Colección Ensayo contemporáneo). Disponível em: <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/1184-la-administracion-publica-del-estado-capitalista>. Acesso em: 26 nov. 2023.

GUIMARÃES, Fernanda; GODOY, Marcelos. Dinheiro destinado ao SUS contra a covid bancou gastos de militares. **Estadão**, [s. l.], 7 jul. 2021. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/dinheiro-destinado-ao-sus-contr-a-covid-bancou-gastos-de-militares/>. Acesso em: 6 jan. 2024.

HAMERSKI, Bruna. A presença do setor privado na saúde pública no município de Porto Alegre : o caso do IMESF. [s. l.], 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/195016>. Acesso em: 24 dez. 2023.

HARVEY, David. Neoliberalismo como Destruição Criativa. **InterfacEHS - Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, São Paulo, v. 2, n.4, 2007. Disponível em: <https://www1.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/vol-2-4-ano-2007/>. Acesso em: 2 dez. 2023.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 352–358, 2006.

HOBBSAWM, Eric. **A Era das Revoluções 1789-1848**. tradução: Maria L. Teixeira; Marcos Penchel. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2012.

HORKHEIMER, Max. Teoria Tradicional e Teoria Crítica. *In*: BENJAMIN, Walter *et al.* **Textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores). v. XLVIII. Disponível em: <https://umapiruetaduaspiruetas.wordpress.com/2011/02/28/800/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

HOWELLS, Jeremy *et al.* **Innovation in Services: Issues at Stake and Trends**. 2004. report - European Commission, [s. l.], 2004. Disponível em: <https://shs.hal.science/halshs-01113600>. Acesso em: 17 dez. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 17 nov. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019. **Agência de Notícias - IBGE**, Rio de Janeiro, 26 nov. 2020. Estatísticas Sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>. Acesso em: 17 nov. 2023.

INOVAR. *In: DICIO, DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS*. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/inovar/>. Acesso em: 18 nov. 2023.

ISO, International Organization for Standardization. **ISO - About us**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.iso.org/about-us.html>. Acesso em: 14 dez. 2023.

ISO, International Organization for Standardization. **ISO 56000:2020**. [S. l.]: ISO, 2020. Disponível em: <https://www.iso.org/standard/69315.html>. Acesso em: 14 dez. 2023.

JOHNSON, Mark W.; CHRISTENSEN, Clayton M.; KAGERMANN, Henning. Reinventing Your Business Model. **Harvard Business Review**, [s. l.], 2008. Disponível em: <https://hbr.org/2008/12/reinventing-your-business-model>. Acesso em: 2 jan. 2024.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. tradução: Fernando Costa Mattos. Petrópolis: Vozes, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/discurso/article/view/84730/87427>. Acesso em: 26 nov. 2023.

LACERDA, Nara. Do desmonte ao respiro: saúde viveu retomada em 2023, mas precisa superar desfinanciamento histórico. **Brasil de Fato**, São Paulo, 31 dez. 2023. Saúde. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/12/31/do-desmonte-ao-respiro-saude-viveu-retomada-em-2023-mas-precisa-superar-desfinanciamento-historico>. Acesso em: 6 jan. 2024.

LACERDA, Nara. Em quatro anos de Bolsonaro, área da saúde perdeu verba, qualidade e capilaridade. **Brasil de Fato**, São Paulo, 29 dez. 2022. Saúde. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/12/29/em-quatro-anos-de-bolsonaro-area-da-saude-perdeu-verba-qualidade-e-capilaridade>. Acesso em: 6 jan. 2024.

LACERDA, Katarina; MACHADO, André; BRITO, Geraldo. Inovação em serviços públicos: evidências na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, [s. l.], v. 19, 2023.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. tradução: Amélie Cohn *et al.* São Paulo: Hucitec, 1989. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-528501>. Acesso em: 17 dez. 2023.

LEFEBRE, Henri. **Lógica formal lógica dialética**. tradução: Carlos Nelson Coutinho. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à Filosofia de Marx**. 8. ed. [S. l.]: Expressão Popular, 2004. Disponível em: https://ivotonet.xp3.biz/arquivos/Introducao_a_Filosofia_de_Marx.pdf. Acesso em: 13 dez. 2023.

LOPES, Fernando Dias. Criticism to the transposition of tools from private administration to public administration: a debate on modernizing public administration in Brazil. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 12, n. 5, p. 841–856, 2019.

LOPES, Herton Castiglioni. O desenvolvimento econômico: uma proposta de abordagem teórica evolucionária e institucionalista. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 45, p. 377–400, 2015.

LOPES, Fernando Dias; BALDI, Mariana. Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 1007–1035, 2009.

LUFT, Gabriela Fernanda Cé. **Análise bibliométrica de teses e dissertações sobre gestão em saúde ou gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) no período de 2017 a 2021**. 2021. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Gestão em Saúde, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/238985>. Acesso em: 18 dez. 2023.

LULA DEBATE PROPOSTAS PARA O BRASIL NA FIESP. São Paulo: [s. n.], 2022. 1 vídeo (2:16:05). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SpupKecYzpQ>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MALIK, Ana Maria. Gestão da inovação em serviços de atenção à saúde. *In*: CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza; LÁZARO, Cristiane Pinheiro; PEREIRA, Hernane Borges De Barros (org.). **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 111–131. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/6hks3/pdf/cunha-9788575415566-07.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

MALIK, Ana Maria; PENA, Fábio Patrus Mundim. **Administração estratégica em hospitais**: FGV EAESP - GVpesquisa - Relatórios Técnicos. Rio de Janeiro: FGV/EAESP/NPP, 2003. Relatório de pesquisa. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/3155>. Acesso em: 18 dez. 2023.

MANTOVANI, Rafael. O que foi a polícia médica?. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 409–427, 2018.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES, 2016. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 17 dez. 2023.

MARSDEN, Richard; TOWNLEY, Barbara. Introdução. A coruja de Minerva: reflexões sobre a teoria na prática. *In*: GLEGG, Stewart R. *et al.* (org.). **Handbook de Estudos Organizacionais: Reflexões e Novas Direções**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2001. v. 2, p. 31–56.

MARX, Karl. Capítulo I - A derrota de Junho de 1848. *In*: BARATA-MOURA, José *et al.* (org.). **Marx Engels Obras Escolhidas**. Lisboa: Editorial Avante, 1997. (Obras Escolhidas de Marx e Engels).

MARX, Karl. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. tradução: Florestan Fernandes. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008a. Disponível em: <http://archive.org/details/MARXKarl.ContribuioCrticaDaEconomiaPoltica>. Acesso em: 26 nov. 2023.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política**. tradução: Regis Barbosa; Flavio Rene Kothe. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v. 1, t. 1

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política - Livro I: o processo de produção do capital**. tradução: Rubens Enderle. 2. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017.

MARX, Karl. **Salário, preço e lucro**. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2008b.

MARX, Karl. **Trabalho Assalariado e Capital**. Lisboa: Avante, 1982. (Obras Escolhidas de Marx e Engels).

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã: Crítica da Novíssima Filosofia Alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do Socialismo Alemão em seus diferentes profetas, 1945-1946**. tradução: Luciano Cavini Martorano; Nélio Schneider; Rubens Enderle. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista | Editora Sundermann**. 3. ed. São Paulo: Sundermann, 2017. Disponível em: <https://editorasundermann.com.br/produto/manifesto-do-partido-comunista/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

MAYO, Elton. **The human problems of an industrial civilization**. 1. ed. London: Routledge, 2003. (The early sociology of management and organizations, v. 6).

MAZON, Luciana Maria *et al.* Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 38–51, 2018.

MELLO, Igor. Bolsonaro é o presidente que menos aprova projetos no Congresso, diz estudo. **UOL**, [s. l.], 6 dez. 2021. Uol News. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/12/06/bolsonaro-e-o-presidente-que-menos-aprova-projetos-no-congresso-diz-estudo.htm>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MELO, Karen Cristina Correa de. **Contratualização da atenção primária à saúde às organizações da sociedade civil em Porto Alegre: fragilidade do monitoramento e consequências para o direito à saúde à porta de entrada do SUS**. 2023. Tese de Doutorado em Direito - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/265969>. Acesso em: 18 nov. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://livros.unb.br/index.php/estante/catalog/book/283>. Acesso em: 31 dez. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 8 dez. 2023.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades (1992). *In*: AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; SANTOS, Liliana (org.). **Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves: saúde, sociedade e história**. 1. ed. São Paulo, Porto Alegre: Hucitec, Rede Unida, 2017.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em Saúde**. *In*: DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Fiocruz-EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 17 dez. 2023.

MEYER, John W.; ROWAN, Brian. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. **American Journal of Sociology**, [s. l.], v. 83, n. 2, p. 340–363, 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília: [s. n.], 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde Estrutura Organizacional Básica**. [S. l.]: Coordenação-Geral de Inovação de Processos e de Estruturas Organizacionais - CODIPE/SAA/SE/MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/organograma/organogram-ms.pdf/>. Acesso em: 11 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 12/2022**. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102 [...]. 11 jul. 2022. Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2022/07/SEI_MS-0027964163-Nota-Tecnica-12.pdf. Acesso em: 6 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto pela Saúde**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pacto-pela-saude>. Acesso em: 6 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Serão transferidos aproximadamente R\$500 milhões por desempenho dos serviços da Atenção Primária**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/9256>. Acesso em: 9 jan. 2024.

MISOCZKY, Maria Ceci. Uma defesa da reflexão teórico-crítica na pesquisa e prática da administração pública. **Encontro de Administração Pública e Governança**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1–14, 2004.

MISOCZKY, Maria Ceci Araujo; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio; DAMBORIARENA, Luiza Araujo. A trajetória ininterrupta da reforma do aparelho de Estado no Brasil: Continuidades nos marcos do neoliberalismo e do gerencialismo. **Administração Pública e Gestão Social**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 184–193, 2017.

MISOCZKY, Maria Ceci; MORAES, Joysi. **Práticas organizacionais em escolas de movimentos sociais**. 1. ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2011. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar?cluster=8994944200309544150&hl=en&oi=scholar>. Acesso em: 24 dez. 2023.

MORAES, Marcela Barbosa de; CAMPOS, Teodoro Malta; LIMA, Edmilson. Modelos de desenvolvimento da inovação em pequenas e médias empresas do setor aeronáutico no Brasil e no Canadá. **Gestão & Produção**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. e2002, 2019.

MOTTA, Lindayane Debom. **A Evolução Histórica da APS no Brasil**. Canoas: [s. n.], 2015. Disponível em: <https://prezi.com/wgequ9qvoldv/a-evolucao-historica-da-aps-no-brasil/>. Acesso em: 8 jan. 2024.

MPS, The Mont Pèlerin Society. **About The MPS - The Mont Pèlerin Society**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.montpelerin.org/event/429dba23-fc64-4838-aea3-b847011022a4/websitePage:d0c34bd9-1aa4-48df-a55e-4be50dfb57ee>. Acesso em: 2 dez. 2023.

NARCISO, Pedro Felipe. O golpe de Estado, a burocracia e a teoria marxista do Estado. **Princípios**, [s. l.], v. 41, n. 163, p. 294–318, 2022.

NARVAI, Paulo Capel; PEDRO, Paulo Frazão São. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luis Galvão. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Ateneu, 2008. p. 269–295. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-498853>. Acesso em: 18 dez. 2023.

NORONHA, José Carvalho de; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, María Eliana (org.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. [S. l.]: Fiocruz, 1995. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-06.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2023.

NUNES, Everardo Duarte. Introdução. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. [S. l.: s. n.], 1985. p. 13–24.

O GLOBO. Chicago oldies têm oportunidade de dar um choque liberal. **Época**, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/chicago-oldies-tem-oportunidade-de-dar-um-choque-liberal-1-23261665>. Acesso em: 10 dez. 2023.

OCDE, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Manual de Oslo: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação**. tradução: Financiadora de Estudos e Projetos FINEP. 3. ed. [S. l.]: FINEP, 2005. Disponível em: <https://repositorio.mcti.gov.br/handle/mctic/5410>. Acesso em: 14 dez. 2023.

OECD. **Managing National Innovation Systems**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1999. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/industry-and-services/managing-national-innovation-systems_9789264189416-en. Acesso em: 14 dez. 2023.

OECD. **OECD Science, Technology and Industry Scoreboard 2011**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oecd-science-technology-and-industry-scoreboard-2011_sti_scoreboard-2011-en. Acesso em: 16 dez. 2023.

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. **Oslo Manual 2018: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation, 4th Edition**. 4. ed. Paris: OECD, 2018. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oslo-manual-2018_9789264304604-en. Acesso em: 14 dez. 2023.

OLB. **Monitor Legislativo de indicadores**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://olb.org.br/monitor/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, p. 423–431, 2005.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **As funções essenciais de saúde pública nas Américas - uma renovação para o século 21. Marco conceitual e descrição**. Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55678>.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Carta de Ottawa**. Ottawa: Fiocruz-EPSJV, 1986. Disponível em: <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1350>. Acesso em: 17 dez. 2023.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud. **Funciones esenciales de salud pública**. Washington, D.C.: OPAS, 2000. Governing Bodies documents. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_15-s.pdf. Acesso em: 18 dez. 2023.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **OPAS atualiza funções essenciais de saúde pública para países das Américas**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-12-2020-opas-atualiza-funcoes-essenciais-saude-publica-para-paises-das-americas>. Acesso em: 18 dez. 2023.

PAÇO-CUNHA, Elcemir. Keynes, Hayek e Friedman: Pensamento Econômico como Ideologia na Combinação Histórica dos Métodos de Administração Política do Capital a partir da Renovação do (Neo)Liberalismo. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, XLVI EnANPAD., 2022, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2022. Disponível em: <https://anpad.com.br/uploads/articles/120/approved/78679495fe70bfa486d8aaff1a2e4aa9.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006a. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ptky6>. Acesso em: 17 nov. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Movimentos no campo social da saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. [S. l.]: EDUFBA, 2006b. p. 117–138. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ptky6>. Acesso em: 18 dez. 2023.

PASSARELLA, Marcelo. Profissionais do Instituto de Cardiologia anunciam greve na próxima sexta-feira (14). **Brasil de Fato**, Porto Alegre, 10 jul. 2023. Direito do Trabalho. Disponível em: <https://www.brasildefatores.com.br/2023/07/10/profissionais-do-instituto-de-cardiologia-anunciam-greve-na-proxima-sexta-feira-14>. Acesso em: 9 jan. 2024.

PAULA, João Antônio de; CERQUEIRA, Hugo E. A. da Gama; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta e. Ciência e tecnologia na dinâmica capitalista: a elaboração neo-schumpeteriana e teoria do capital. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 825–844, 2002.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino & Faleiros. **Financiamento do SUS na perspectiva municipal: Contribuições do CONASEMS para o debate**. Brasília: CONASEMS, 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2024.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. **Parcerias na administração pública**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde**. In: DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Fiocruz-EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 26 dez. 2023.

PINTO, Élide Graziane. **Execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19**. São Paulo: [s. n.], 2021. Disponível em: <https://www.mpc.pr.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-sobre-a-execucao-orcamentaria-do-SUS-Elida-G-Pinto.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2024.

PORTER, Michael E. **Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance**. [S. l.]: Free Press, 1985.

PORTER, Michael E. What Is Strategy?. **Harvard Business Review**, [s. l.], n. 74, p. 61–78, 1996.

PORTER, Michael E.; KRAMER, Mark. R. Creating Shared Value: How to reinvent capitalism and unleash a wave of innovation and growth. **Harvard Business Review**, [s. l.], n. 89, p. 2–17, 2011.

PORTO ALEGRE. **Lei Ordinária nº 11.062, de 06 de abril de 2011**. Autoriza o Executivo Municipal a instituir fundação pública de direito privado com personalidade jurídica de direito privado, a ser denominada Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), entidade jurídica sem fins lucrativos, com atuação exclusiva no âmbito da Estratégia de Saúde da Família [...]. Porto Alegre, 2011. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/governo_municipal/usu_doc/lei_11.062.pdf. Acesso em: 18 nov. 2023.

POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul J. **The New Institutionalism in Organizational Analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 2012. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=jbTbAgAAQBAJ>.

POWELL, Walter W.; SMITH-DOERR, Laurel. Networks and economic life. In: SMELSER, Neil J.; SWEDBERG, Richard. **The handbook of economic sociology**. Second Edition (2005)ed. Princeton: Princeton University Press, 1994. p. 354.

PRIOR, Lindsay. Researching Documents: Emergent Methods. In: HESSE-BIBER, Sharlene Nagy; LEAVY, Patricia. **Handbook of Emergent Methods**. [S. l.]: Guilford Press, 2008. p. 155–70.

RAMELLA, Francesco. **Sociologia da inovação econômica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/219626>. Acesso em: 18 nov. 2023.

RODRIGUES, Elida Janaina Barbosa. **Burguesia e proletariado: um estudo sobre as classes em O Capital – livro I**. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/riufal/4622>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ROGERS, Everett M. **Diffusion of innovations**. 5. ed. New York; London: Free Press; Collier Macmillan, 2003. Disponível em: <https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2023.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública (1979)**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. (Saúde em Debate). v. 74 Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=GzzLBAAACAAJ>.

ROSENBERG, Nathan. **Inside the Black Box: Technology and Economics**. Cambridgeshire: Cambridge University Press, 1982.

ROSENBERG, Nathan. Was Schumpeter a Marxist?. **Industrial and Corporate Change**, Oxford, v. 20, n. 4, p. 1215–1222, 2011.

SANTOS, Lenir. A Emenda constitucional 51/2006 e os agentes comunitários de saúde. **Revista de Direito do Trabalho**, [s. l.], v. 32, n. 124, p. 125–139, 2006.

SANTOS, Thiago Chagas Silva. As Articulações entre Estado e Capital e seus Novos Arranjos Institucionais: a Experiência Brasileira Recente. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, XLVI EnANPAD., 2022, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2022. Disponível em: <https://anpad.com.br/uploads/articles/120/approved/810bf83c7adfd8a04ac1f11508bab9e0.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2023.

SAÚDE. *In*: DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DECS. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2023. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=28448&filter=ths_regid&q=D006262. Acesso em: 17 dez. 2023.

SCHUMPETER, Joseph. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. tradução: Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. Rio de Janeiro: Nova Cultural, 1982.

SENADO FEDERAL. Antes do SUS, saúde era para poucos. **Em discussão! Revista de audiências públicas do Senado Federal**, Brasília, n. 19, p. 84, 2014.

SENADO FEDERAL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 156, de 2007 (Complementar)**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, que trata de recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/80388>. Acesso em: 5 jan. 2024.

SIMON, Herbert A. Rationality in Psychology and Economics. **The Journal of Business**, Chicago, v. 59, n. 4, p. S209–S224, 1986.

SKAF, Paulo. Paulo Skaf: Muito prazer, somos a Fiesp. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 jan. 2020. Opinião. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/01/muito-prazer-somos-a-fiesp.shtml>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações: investigação sobre sua natureza e suas causas**. tradução: Luiz João Baraúna. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996. (Os Economistas). v. I

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes De. Saúde Pública ou Saúde Coletiva?. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 7, 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-622019>. Acesso em: 17 nov. 2023.

SYLOS LABINI, Paolo. **Oligopolio e progresso tecnico**. Torino: Einaudi, 1957. Disponível em: <https://dspace.unitus.it/handle/2067/597>. Acesso em: 13 dez. 2023.

TAYLOR, Frederick W. **Principios de Administração Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

THE LUNAR SOCIETY. **Lunar Men: An Introduction**. Shirley, United Kingdom, 2023. Disponível em: <https://lunarsociety.org.uk/lunar-men-an-introduction/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

TIDD, Joe; BESSANT, John. **Gestão da inovação**. tradução: Gustavo Arthur Matte; Félix Nonnenmacher. 5. eded. Porto Alegre: Bookman, 2015.

TIDD, Joe; BESSANT, John; PAVITT, Keith. **Gestão da inovação**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=ZsZoPgAACAAJ>.

TRAGTENBERG, Maurício. **Administração, poder e ideologia**. 3. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2005. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/948hc>. Acesso em: 14 nov. 2023.

TRAGTENBERG, Maurício. **Burocracia e ideologia**. São Paulo: Editora Unesp, 2012. (Coleção Maurício Tragtenberg).

UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Ementa da Disciplina Desenvolvimento e Mudanças no Estado brasileiro do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal**. Porto Alegre: Escola de Administração da UFRGS, 2013.

UOL. Sob Bolsonaro, PL vira maior partido da Câmara na janela partidária. **UOL Eleições**, [s. l.], 1 abr. 2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/eleicoes/2022/04/01/sob-bolsonaro-pl-vira-maior-partido-da-camara-na-janela-partidaria.htm>. Acesso em: 10 dez. 2023.

U.S. CENSUS BUREAU. Health Insurance Coverage Status and Type by Geography: 2019 and 2021. **Health Insurance Publications**, [s. l.], p. 18, 2022.

VARGAS, Thais Luiz. O governo Lula e a administração pública federal: análise crítica. Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2437>. Acesso em: 3 dez. 2023.

VEBLEN, Thorstein. **A teoria da classe ociosa: um estudo econômico das instituições**. tradução: Olivia Krahenbuhl. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os economistas). Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/mc000281.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2023.

VELOSO, Germany Gonçalves; MALIK, Ana Maria. Produção Científica Brasileira em Administração em Saúde: Escopo e Diferenciação. **Revista Economia & Gestão**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, p. 153–177, 2016.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, [s. l.], v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

VOLKMER, Bibiana *et al.* Evolução e tendências da agenda de pesquisa internacional em inovação. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 59, p. 293–307, 2019.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. tradução: Regis Barbosa; Karen Elsabe Barbosa. 4. ed. Brasília: Editora da UnB, 2004. v. 1

WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. tradução: Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

WEBER, Max. **História geral da economia**. tradução: Calógeras A. Pajuaba. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

WHO, World Health Organization. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. *In:* , 1978, Geneva. **Anais [...]**. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund, 1978. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>.

WHO, World Health Organization. **The world health report 2000. Health systems: improving performance**. [S. l.]: World Health Organization, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>. Acesso em: 18 dez. 2023.

WHO, World Health Organization. **The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43949>. Acesso em: 8 jan. 2024.

WHO, World Health Organization. **World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. [S. l.]: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>. Acesso em: 18 dez. 2023.

WILSON, Woodrow. The Study of Administration. *In:* POLITICAL SCIENCE QUARTERLY. Oxford: Oxford University Press, 1887. v. 2, p. 197–222. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2139277>. Acesso em: 26 nov. 2023.

WOLFFENBÜTTEL, Rodrigo Foresta. **Produção social da inovação: o automóvel elétrico e as redes de inovação no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade

Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/206877>. Acesso em: 14 dez. 2023.

WOLTMANN, Eduardo. **Fundações Públicas de Direito Privado como Ferramentas de Gestão de Serviços Municipais de Saúde: O Caso do Município de Porto Alegre**. 2012. 112 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/71792>. Acesso em: 24 dez. 2023.

WOLTMANN, Eduardo. **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público na Saúde Brasileira: Uma Forma de Privatização Dissimulada**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

WREN, Daniel A.; BEDEIAN, Arthur G. **The evolution of management thought**. 6th. ed. Hoboken, N.J: Wiley Hoboken, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAWISLAK, Paulo Antônio. A relação entre conhecimento e desenvolvimento: essência do progresso técnico. **Análise: a revista acadêmica da FACE**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, Análise : a revista acadêmica da FACE. - Porto Alegre, ISSN 1516-2680, ZDB-ID 1133706-0. - Vol. 6.1995, 1, p. 125-149, 1995.

BASES DE DADOS E BIBLIOTECAS UTILIZADAS

Biblioteca da Escola de Enfermagem Prof^a. Dirce Pessôa de Brum Aragón (BIBENF) da UFRGS <https://www.ufrgs.br/bibliotecaenfermagem/>

Biblioteca de Ciências Sociais e Humanidades (BIBCSH) da UFRGS <https://www.ufrgs.br/bibcsh/>

Biblioteca del Instituto Nacional de Administración Pública Antonio Carrillo Flores, Ciudad de México <https://inap.mx/biblioteca/>

Biblioteca Eletrônica Científica ScieLO <https://scielo.org/pt/>

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/>

Lume: Repositório Digital da UFRGS <https://lume.ufrgs.br/>

OCDEiLibrary <https://www.oecd-ilibrary.org/>

OCDE Health Data <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Sabi+: Catálogo integrado das bibliotecas da UFRGS e publicações eletrônicas, fornecido pela EBSCO <https://sabimais.ufrgs.br/>

Tabulador de Informações de Saúde (TABNET) do DATASUS <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) <https://periodicos.capes.gov.br/>

PubMed Central - United States National Library of Medicine (NLM) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>