GERENCIALISMO E SAÚDE PÚBLICA: análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde (PMAQ-AB)[1]

Kleiton Wagner Alves da Silva Nogueira[2]

RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar a forma como o Estado brasileiro, através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde (PMAQ-AB), reproduziu o gerencialismo na Atenção Básica à Saúde. Para o alcance deste objetivo foi realizado uma revisão da literatura com base em livros e periódicos acadêmicos, além da análise documental que contempla o marco temporal de 2011 a 2018. Os resultados evidenciaram que a forma como o Estado brasileiro institui o gerencialismo na Atenção Básica à Saúde apresenta um caráter contraditório no sentido de procurar sistematizar uma lógica administrativa pautada na modernização de processos, mas que encontra um claro limite ao submeter o trabalho em saúde sob uma lógica de culpabilidade e avaliação de desempenho, ao mesmo tempo em que faz a manutenção do subfinanciamento e desfinanciamento da política pública de saúde.

Palavras-chave: PMAQ-AB; Gerencialismo; Atenção Básica à Saúde

ABSTRACT

This study analyze how the Brazilian State, through the Program for Improving Access and Quality in Primary Health Care (PMAQ-AB), reproduced management in Primary Health Care. This objective is based in literature revision on academic journals and books, as well as a documentary analysis covering the period from 2011 to 2018. The results evidence the Brazilian State Institute or managerialism in Primary Health Care has a contradictory character that does not mean trying to systematize a administrative logic based on the modernization of processes, instead of finding a clear limit to either undermeasure or work in health in a logic of culpability and performance evaluation, at the same time as the face of maintenance, underfunding and underfunding of public health policy.

Keywords: PMAQ-AB; Managerialism; Primary Health Care.

[1] O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.
[2] Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande (PPGCS/UFCG); Doutorando pelo PPGCS/UFCG; Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estado e Luta de Classes na América Latina (Práxis). Email: kleiton_wagner@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Na Administração Pública é comum o debate acerca de temas como eficiência, eficácia e efetividade. Essas expressões remetem a um viés burocrático e racional como desfecho do avanço das técnicas no capitalismo. A necessidade de organizar e sistematizar as funções dos estados modernos cunhou no âmbito administrativo a necessidade de realizar observância quanto à organização dos aparelhos administrativos de gestão. As leis, a hierarquização, a estrutura, e a impessoalidade conformaram um agenciamento aos diferentes Estados para a implantação desse modelo burocrático na máquina administrativa.

No Brasil, observamos esse esforço com Getúlio Vargas mediante a institucionalização de um padrão burocrático no aparelho estatal. Todavia, mesmo com essa institucionalização, num país de dimensão continental, não podemos considerar que o modelo burocrático de fato se materializou na realidade, não sendo raro observarmos do ponto de vista empírico, resquícios de certo patrimonialismo na administração pública brasileira. Da década de 1930, com as ações empreendidas pelo governo Vargas, se passaram mais de 60 anos para que esse processo fosse materializado numa dimensão estatal de maior abrangência. Na década de 1990, com o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o paradigma burocrático da administração Pública estatal sofre alterações, não de modo a ser extinto, mas a abrir espaço ao gerencialismo mediante o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

Embora a ideia de um gerencialismo tivesse origem nas administrações de FHC, temos por hipótese nesse trabalho que foi apenas nos governos dos Partidos dos Trabalhadores (PT) que de fato houve essa implantação, especialmente no campo da saúde pública. Um dos flancos que o Estado brasileiro tem priorizado para aplicar o gerencialismo seria na Atenção Básica à Saúde (ABS), área de maior capilaridade territorial e que funciona através de equipes multiprofissionais nos distintos territórios do Brasil. E foi justamente no campo da ABS que procuramos observar empiricamente nossa hipótese de estudo tendo em vista que em 2011, o governo de Dilma Rousseff implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da

Qualidade na Atenção Básica à Saúde (PMAQ-AB) como uma forma de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território através de ferramentas gerenciais de produção, métricas e alcance de objetivo com retornos financeiros para as Equipes de Saúde espalhadas pelo território brasileiro. Nesse sentido, diante dessa problematização, o objetivo do presente trabalho é analisar a forma como o Estado brasileiro, através do PMAQ-AB reproduziu o ideário gerencialista na ABS. Para alcançar esse objetivo, foi realizada uma ampla revisão da literatura com base em livros e periódicos acadêmicos. Atrelado a essa revisão, também foi realizada uma análise documental mediante emissões oficiais do Ministério da Saúde no marco temporal que contempla o período de 2011 a 2018.

Do ponto de vista da exposição de nossos resultados, o presente texto está subdividido em três partes, além desta introdução e das considerações finais: Iniciamos fazendo uma reflexão acerca da incorporação do gerencialismo pelo Estado brasileiro, chamando atenção para as características do paradigma gerencialista na administração pública federal; em seguida, damos um enfoque na aplicação dessas práticas no âmbito da saúde pública brasileira, demonstrando também que houve um acréscimo de normas promulgadas pela administração dos governos do PT em relação à temática, por fim, e não menos importante tecemos um balanço sobre a experiência do PMAQ-AB frente ao nosso fenômeno estudado.

2. GERENCIALISMO NO ESTADO BRASILEIRO

Uma das marcas principais da sociedade neoliberal seria a lógica concorrencial, não apenas no âmbito empresarial, mas também num nível atomizado, entre os próprios sujeitos. Esses seriam vistos como empresas de si, necessitando investirem em si para competirem no mercado pelas melhores posições na sociedade. Todavia, a sociedade neoliberal não atua apenas sobre o nível individual, mas, na própria esfera estatal, contrariando as visões que advogam

que o neoliberalismo, enquanto ideologia se finca apenas na defesa de um “Estado mínimo” (DARDOT; LAVAL, 2016).

Como desfecho do neoliberalismo, o Estado procura reproduzir práticas gerenciais advindas das empresas privadas. Essa reprodução estaria pautada no paradigma da nova administração pública - na literatura anglo-saxã conhecida como *New Public Management* – que em síntese objetiva a aplicação de mecanismos gerenciais como a avaliação de desempenho e métricas como uma forma de trazer ao âmbito estatal a lógica privada. Ao surgir na década de 1950, esse modelo de gestão priorizou a descentralização das execuções políticas; flexibilização das relações trabalhistas do funcionalismo público; e a promoção da remuneração por desempenho.

A mudança de um padrão de gestão do aparelho estatal baseado no modelo burocrático-keynesiano, para um Estado neoliberal e gerencial teve como pressuposto a flexibilização das relações trabalhistas (GURGEL, 2003). Desse modo, a Administração Pública Gerencial procura realizar uma transferência dos conceitos e práticas do universo empresarial para a esfera do serviço público. O governo de Ronald Reagan nos Estados Unidos, e de Margaret Thatcher na Inglaterra foram os primeiros a implantar um processo de reforma estatal no sentido de viabilizar o gerencialismo em suas estruturas administrativas (PAES DE PAULA, 2005). No Brasil, segundo a interpressão de Bresser Pereira, ex-ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, a década de 1980 marcava no mundo o imperativo dos ajustes fiscais e das reformas estatais voltadas ao mercado. Nesse sentido, como um meio de realizar essa adequação, o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) tentou conformar o Brasil à nova realidade capitalista, marcada pelo capital financeiro (BRESSER PEREIRA, 1997).

Em 1995 é realizado no Brasil o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) com o objetivo de reformular a estrutura da administração pública brasileira. Nesse período, os esforços do governo FHC estavam direcionados para a implantação de um modelo gerencial que provesse o Estado de eficiência e efetividade. FHC entendia que era necessário deixar essa estrutura administrativa mais reduzida, porém, ao mesmo tempo ágil. Nos dizeres de Bresser Pereira, era

necessário um Estado pequeno, mas eficiente na promoção da cidadania mediante parcerias com empresas privadas e na absorção de práticas gerencialistas do âmbito empresarial para as estruturas estatais (BRESSER PEREIRA, 1997).

Nesse sentido, o PDRAE argumenta que a administração pública gerencial é construída a partir da eficiência e eficácia, tendo como suporte o controle de resultados e a descentralização das ações para que o cidadão passe a ser um ‘cliente’ dos serviços prestados pelo Estado. Em vista disso, elementos como qualidade e produtividade do serviço público, e profissionalização dos servidores seria um horizonte que o Estado brasileiro deveria alcançar (BRASIL, 1995). Essa alteração seria promovida pela ideia de publicização, que em tese é a descentralização das atividades estatais para um setor público, mas não estatal. Esse setor executa as tarefas que não necessitam do poder estatal, e poderia ser realizada por empresas privadas. Entrariam nessa dimensão os serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. O PDRAE também preconizou a privatização de empresas estatais para que houvesse a transferência de atividades antes realizadas pelo Estado Brasileiro, para entes privados. O Estado reduziria a execução e prestação direta nas atividades social e econômica, para ser um ente regulatório (SANTOS, 2015).

Sem embargo, mesmo com a realização e institucionalização desses elementos, o governo FHC não conseguiu implantar essas transformações. Em nossa hipótese, foi com os governos do PT que essas mudanças foram paulatinamente sendo implantadas, especificamente no campo da saúde pública. Com uma suposta aparência de democratização do Estado brasileiro, percebemos que, do ponto de vista da macropolítica econômica, os anos iniciais do PT na gestão do aparelho estatal firmaram o pacto tucano de uma gestão do capital (OLIVEIRA, 2018). Coube aos governos Lula e Dilma a materialização das propostas do PDRAE no âmbito estatal de forma mais intensa, a iniciar pelo campo da saúde como poderemos observar no tópico a seguir.

3. SAÚDE PÚBLICA SOB O IMPERATIVO DA PRODUÇÃO E DA QUALIDADE

Ainda na década de 1990 Bresser Pereira argumentava que o Sistema Único de Saúde (SUS) necessitava de um sistema administrativo que provesse a saúde pública brasileira de forma eficaz e eficiente. Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou inicialmente uma série de Normas Operacionais Básicas (NOBs) que estruturam administrativamente o sistema. A NOB 96 teria, em tese, os elementos gerenciais baseados no sistema de saúde inglês: descentralização administrativa, criação de um quase mercado com a administração da oferta e da demanda por serviços de saúde, transformações dos hospitais públicos em organizações públicas não estatais, e a criação de um sistema de triagem para o acesso ao sistema (BRESSER PEREIRA, 1988).

O aspecto da descentralização implica na municipalização das ações e serviços de saúde, em conformidade ao pacto federativo brasileiro. Através de mecanismos distributivos de recursos, em especial para a Atenção Básica à Saúde, teríamos na leitura realizada por Bresser Pereira (1988) o alinhamento ao escopo gerencial para o provimento de qualidade do serviço público de saúde mediante a valorização da competitividade e da busca por resultados.

A qualidade vai ser um elemento perseguido para manutenção da excelência dos serviços. Cabe salientar que essa dimensão já estava presente no PDRAE através da gestão da qualidade total. Em 1997 teremos o lançamento de programas específicos acerca da qualidade, a exemplo do Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública (BRASIL, 1997) e o Programa de Reestruturação e Qualidade dos Ministérios (BRASIL, 1998). Ambos os programas procuraram trazer a prática de condutas como: liderança, planejamento estratégico, controle de resultados, revisão e aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho, etc. Contudo, essas alterações não foram realizadas apenas na década de 1990. Com a eleição dos governos petistas observa-se de forma empírica a implantação de elementos gerenciais no Estado, e especificamente no campo da saúde pública (VARGAS, 2012).

Como exemplo dessa realidade temos a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) criada no ano de 2011. Trata-se de uma empresa com personalidade jurídica privada e com patrimônio próprio, ligada ao Ministério da Saúde. Sua função é prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, e a prestação de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão às instituições de ensino públicas federais. Esta prática estaria ancorada nos elementos que na década de 1990 foram implantados no governo FHC. A ideia de criar uma empresa de âmbito privado para realizar a gestão dos serviços de saúde funciona como uma forma de flexibilizar as relações trabalhistas no âmbito estatal, aplicando assim, elementos do gerencialismo para a promoção da eficiência, eficácia e efetividade no serviço público.

Ainda no ano de 2011 foi institucionalizado o PMAQ-AB com o objetivo de estabelecer práticas de desempenho por resultado e gestão da qualidade nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Iremos tecer considerações sobre esse programa no tópico a seguir, mas de início, destacamos o seu viés gerencial como uma forma de promover um tipo de relação de trabalho no cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde que seja balizada pelo ideário das metas e de objetivos. Ainda podemos destacar que no ano de 2012 foi criado o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). A principal característica desse índice é a junção de indicadores simples e compostos para aferir o desempenho do SUS. Explora a noção de *ranking* entre os municípios de modo a promover comparabilidade entre os mesmos. O índice também apresenta a função de avaliar a rede de atenção à saúde a partir do acesso e dos resultados das ações e serviços de saúde na vigilância em saúde e na Atenção Básica, especializada ambulatorial e hospitalar, assim como de urgência e emergência (SANTOS, 2015).

Com o golpe institucional (OLIVEIRA, 2018) aplicado sobre a ex-presidente Dilma Rousseff, o ciclo petista de conciliação e promoção de uma agenda neodesenvolvimentista se encerra, dando lugar ao aprofundamento de contrarreformas com o governo Temer e posteriormente com o governo Bolsonaro. Em 2019, temos a institucionalização do programa Previne Brasil com o objetivo de

fomentar um novo modelo de financiamento de custeio à Atenção Básica à Saúde. Com o previne Brasil esse financiamento passou a ser constituído pela capitação ponderada; pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Na capitação ponderada temos os seguintes itens para cálculo: população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2019).

No que diz respeito ao incentivo financeiro por desempenho o Previne Brasil realiza cálculo a partir dos resultados de indicadores alcançados ou não pelas equipes inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. De forma mais crítica, e fora do âmbito eminentemente institucionalista, podemos compreender que o Previne Brasil realiza uma completa destituição da Atenção Básica à Saúde e do princípio da Universalização do SUS. Torna a prevenção o foco da atuação, mesmo que historicamente o dilema preventivo tenha caminhado para superação (AROUCA, 1975), cedendo lugar para aspectos voltados à promoção da saúde (MENDES; SANTOS, 2020).

Diante dessa breve exposição, percebe-se que há uma lógica intrínseca aos diferentes governos, com alterações qualitativas, mas que realizam a manutenção de uma ordem gerencialista com mecanismos para efetivação das políticas públicas. Todavia, o que chama atenção é que essas práticas são também reproduzidas por governos ditos de “esquerda”, como é o caso do PT, que em princípio fazia contraponto à oposição, em específico ao PSDB. Dessa forma, no tópico a seguir veremos de forma mais detida o caso do PMAQ-AB, concretizado pelo governo Dilma Rousseff.

4. PMAQ-AB COMO DESFECHO DE UMA LÓGICA PRIVADA

Em termos empíricos, ao ter como fundamento a ideia de melhoria da qualidade e do acesso, o PMAQ-AB visualiza a saúde como um ente abstrato. Não fica explícito o que se entende por qualidade em saúde, tendo em vista que, no âmbito administrativo, qualidade pode ser associada a um produto, partes de um serviço ou até mesmo a um processo administrativo. Além disso, há uma perda da noção de determinação social em saúde (BREILH, 2015), pelo reducionismo da realidade social a indicadores quantitativos. Ao criar parâmetros de comparabilidade entre as equipes de saúde através da melhoria de indicadores e padrões de acesso e qualidade na gestão e trabalho, reproduzir uma lógica empresarial, como se as equipes de saúde precisassem atingir metas, num contexto de redução dos problemas de saúde apenas à esfera mercadológica, excluindo a relação saúde-doença do âmbito das relações sociais de produção.

A noção de uma remuneração por desempenho também promove um aprofundamento das limitações de trabalho punindo equipes que não conseguem atingir metas com a retirada de recursos, e premiando aquelas que alcançam a pactuação. Num contexto de subfinanciamento crônico (MENDES, 2012). Essa dinâmica é reforçada nas quatro fases que compõem o PMAQ-AB: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa, e a recontratualização, nessa última etapa, se as equipes não alcançarem os indicadores previstos são descredenciadas do programa, influenciando consequentemente na ausência de recursos financeiros.

Ao passarem pela avaliação, essas equipes recebem notas classificatórias de quatro tipos: Insatisfatório; Regular; Bom, e Ótimo. As equipes que alcançam o resultado insatisfatório recebem como punição o corte do repasse dos 20% do componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste. As que alcançam o desempenho regular mantém esse percentual. Já aquelas que conseguem o

desempenho bom recebem uma ampliação de 20% para 60% desses recursos e recontratualização, e as equipes com conceito ótimo elevam essa percentagem para 100% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O fetiche pela quantificação também acaba sendo uma marca do programa. Ao ter sete áreas estratégias de ação: Saúde da mulher; Saúde da criança; Controle de Diabetes mellitus e hipertensão; Saúde bucal; Produção geral; Tuberculose e hanseníase; e Saúde mental, as equipes precisam atingir metas estipuladas pelo Ministério da Saúde. Em cada uma dessas áreas há cálculos específicos a partir das distintas realidades locais para que a ABS promova a qualidade de suas ações, sem dúvida, o indicador por si só, como ferramenta, pode apresentar avanços na sistematização de trabalho, contudo, cabe destacar que o fetiche pelos números também pode mascarar a realidade, ou justificar um ideário tecnicista que não consegue abarcar fatores de ordem social, econômica e política.

No âmbito sociológico esses elementos se coadunam com a gestão gerencialista que busca fomentar uma síntese entre: regras racionais, prescrições, instrumentos de medida e técnicas de avaliação. Há também regras irracionais: prescrições irrealistas, julgamentos arbitrários e medidas inalcançáveis. Dessa forma, existe uma verdadeira obsessão pelo uso de números (quantofrenia) para comprovar ou “maquiar” determinada realidade (GAULEJAC, 2007). Essa realidade esconde a ausência de recursos para a saúde pública, como podemos observar:

Tabela 1 - Evolução das despesas do ministério da saúde com ações e serviços de saúde pública

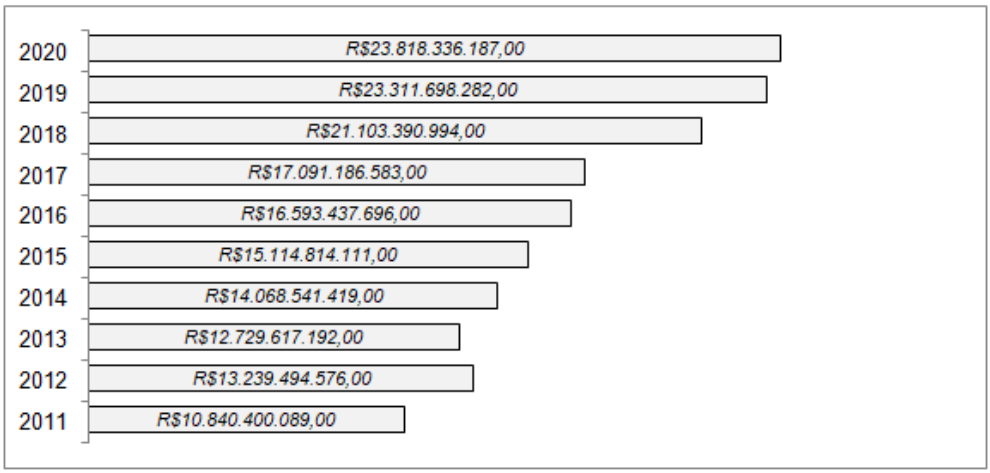
Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soma de valores pagos corrigidos (R$ bilhões de dez/2018, IPCA).	101,7	108,8	109,9	116,6	112,3	114,9	112	119,4
Variação percentual	-	6,98%	1,01%	6,10%	-3,69%	2,32%	-2,52%	6,61%
Gasto per capita ano (R$ de dez/2018, IPCA).	528,7	560,7	546,7	574,8	549,2	557,5	539,4	572,5
Variação percentual	-	6,05%	-2,50%	5,14%	-4,45%	1,51%	-3,25%	6,14%

Fonte: Anfip, 2019. Elaboração própria.

Na tabela acima percebemos variações percentuais negativas, especialmente nos anos de 2013, 2015 e 2017. Esse quadro fica mais complexo quando colocamos nessa equação que os serviços de saúde demandam recursos de forma constante, seja por variáveis ligadas ao aumento populacional, ou pela modificação da pirâmide etária brasileira, com tendência à terceira idade, elemento que demanda serviços de alta e média complexidade.

Desde os anos 2000, através da Lei e responsabilidade fiscal, a política econômica do Brasil persegue superávits primários. Esse mecanismo funciona como uma espécie de firmamento do compromisso junto aos credores do Estado brasileiro via emissão de papéis da dívida pública. Desde o final da década de 1990 os repasses federais à ABS não seguem uma constante, tendo variações percentuais que limitam a capacidade de planejamento em saúde. De 2011 a 2012, ano chave para a implantação do PMAQ-AB tivemos um acréscimo de recursos que ocasionou numa variação percentual de 22%. Contudo, nos anos seguintes esses números foram sofrendo variações percentuais negativas, com atenção para o ano de 2013 com -4% como podemos observar no gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Repasses financeiros do governo Federal aos municípios



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Elaboração própria.

Independente do espectro político, os distintos governos realizaram a manutenção de retirada de recursos do Orçamento da Seguridade Social para a manutenção de obrigações junto aos credores da dívida pública brasileira. Apenas no governo Dilma houve a retirada de R$ 399 bilhões, deixando o orçamento da Seguridade Social com um déficit de 155 Bilhões. Nos governos do PT houve uma "perda" de R$ 672 bilhões do orçamento da seguridade social (ANFIP, 2019).

Percebemos num nível de abstração mais concreto que há sob o imperativo de uma lógica neoliberal, a aplicação do ideário da privatização e da máxima administrativa do "fazer muito com menos recursos", explorando todas as possibilidades de maximização dos resultados e provimento à qualidade dos serviços. O grande gargalo dessa concepção aplicada à realidade social brasileira é desconsiderar que desde a década de 1990 o SUS já vem fazendo muito com pouco, e desde sua criação convive com o subfinanciamento crônico da saúde, e a partir da emenda constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o teto dos gastos públicos, sofre o desfinanciamento na saúde, o que aprofunda ainda mais a possibilidade de "ofertar serviços de qualidade".

5. CONCLUSÕES

Ao retomarmos o objetivo central do presente trabalho percebemos que alguns pontos que nos chamam atenção na análise. O primeiro deles diz respeito sobre a necessidade de observar o fenômeno do gerencialismo dentro de um contexto histórico específico, tal como fizemos na primeira parte desse trabalho ao elencarmos as origens do fenômeno na realidade social brasileira. Não ter em consideração esse contexto, redunda em análises diacrônicas, no qual não conseguiríamos enxergar o demiurgo que levou a materialização do PMAQ-AB como expressão do gerencialismo na saúde pública brasileira. Cabe salientar que o PMAQ-AB não surge como um raio a iluminar o céu azul, pelo contrário, antes de sua concretização o ideário gerencialista era estimulado desde meados da década de 1990. Se nos governos de FHC houve a sistematização e preparação em âmbito institucional para a conformação de um Estado gerencial, percebemos que foi a

partir das eleições de Lula e Dilma que de fato houve a aplicação dessas conformações. Ao avaliarmos o caso específico do PMAQ-AB constatamos a contradição de um Estado que busca prover eficiência, eficácia e efetividade aos serviços prestados pelos Agentes Comunitários de Saúde, ao mesmo tempo em que reproduz de forma histórica o subfinanciamento. Essa contradição releva a ausência de um olhar mais profundo sobre a realidade social brasileira, e a tentativa de copiar modelos aplicados a outros setores e formações sem enxergar às especificidades locais. Esse fato acaba por influenciar na construção de métricas e valores que muitas vezes não condizem com a realidade concreta de um país continental como o Brasil, servindo em muitos casos como argumentação tecnicista para criar uma cultura empresarial dentro das políticas públicas. Percebemos que esse mesmo ímpeto gerencialista se aprofundou com o governo Temer, e posteriormente com Bolsonaro. O Previne Brasil é, no campo da saúde, o desfecho mais atual que temos dos ataques à saúde pública brasileira.

Desse modo, gerencialismo, flexibilização das relações trabalhistas e precarização no funcionalismo público seriam variáveis associadas ao fenômeno que tentamos abordar nesse trabalho, mas que de forma mais profunda, abre espaço para pesquisas futuras sobre os impactos dessa concepção sobre o trabalho dos servidores públicos, tendo em vista que o governo Bolsonaro vem tentando materializar uma nova proposta de contrarreforma administrativa no setor público brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANFIP. Análise **da Seguridade Social 2018**. Disponível em: https://www.anfip.org.br/livros/. – Brasília: ANFIP, 2019. Acesso em: 16 Jun. 2021.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975. Disponível em: https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf. Acesso em: 08 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Programa de reestruturação e qualidade dos Ministérios** / Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998. Disponível em:

https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/777/640/1/Programa_de_Reestruturacao_e_Qualidade_dos_Ministerios.pdf. Acesso em: 3 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado**. Programa da qualidade e participação na administração pública** / Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado: Brasília: MARE, 1997. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno04.pdf. Acesso em: 3 Jun. 2021.

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.Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 15 Jun. 2021.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Câmara da Reforma do Estado, Brasília, 1995. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf. Acesso em: Mar 2017.

BREILH, Jaime. Entrevista. . **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 533-540, Aug. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200533. Acesso em: 23 Mar. 2021.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Lua Nova. São Paulo , n. 45, p. 49-95, 1998 . Disponível em:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004. Acesso em: 14 Abr. 2019.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista de Economia Política (Impresso**), v. 17, p. 24, 1997. Disponível em: https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/375. Acesso em: 03 Ago. 2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

GAULEJAC, Vicent de. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. tradução de Ivo Storniolo. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2007.

GURGEL, Claudio. **A gerência do pensamento**: gestão contemporânea e consciência neoliberal. São Paulo: Cortez, 2003.
https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/375. Acesso em: 03 Ago.2019.

MENDES, Áquilas. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Áquilas; SANTOS, Leonardo Carnut dos. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, v. 57, p. 174-210, 2020. Disponível em: https://www.revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636. Acesso em: 27 Mar.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**, 2012. Disponível em: http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq. Acesso em: 10 Mai. 2018.

OLIVEIRA, Francisco de. **Brasil**: uma biografia não autorizada. São Paulo: Boitempo, 2018.

PAES DE PAULA, Ana Paula. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV,2005. Revista de Economia Política (Impresso), v. 17, p. 24, 1997. Disponível em:

SANTOS, Leonardo Carnut dos**. Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde**. 2015. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08102015-131706/pt-br.php. Acesso em: 08 Jun. 2021.

VARGAS, Thais Luiz. **O Governo Lula e a Administração Pública Federal**: Análise Crítica/ Thais Luiz Vargas. 2012. 176 f.: il. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFJF_f0948c2a1b80bfeaddea96e388f05489. Acesso em: 23 Jul. 2019.