

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

Políticas públicas e Organizações Sociais:

O controle social na terceirização dos serviços de saúde

Autora: **Maria Cristina Traldi**

Orientadora: **PROFa. DRa. Maria da Glória Gohn**

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Maria Cristina Traldi e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 24/11/2003

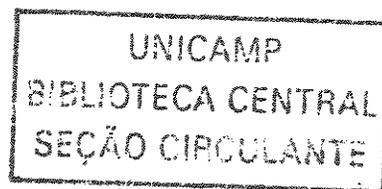
Assinatura:

Maria da Glória Gohn
Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:

Maria da Glória Gohn
Alcides de Jesus
Alcides
Ernesto

2003



UNIDADE BC
Nº CHAMADA UNICAMP
T683p
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 58517
PROC 16.117-04
C _____ D α
PREÇO 4,00
DATA 23/06/04
Nº CPD _____

CM00198085-6

BIBID 317309

**Catlogação na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecário: Gildeir Carolino Santos - CRB-8º/5447

T683p Traldi, Maria Cristina.
Políticas públicas e organizações sociais : o controle social na
terceirização dos serviços de saúde / Maria Cristina Traldi. -- Campinas, SP:
[s.n.], 2003.

Orientador : Maria da Glória Gohn Marcondes.
Tese (doutorado) -- Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação.

1. Controle social. 2. Conselho de Saúde. 3. Políticas públicas.
4. Terceirização. 5. Terceiro setor. I. Gohn, Maria da Glória Marcondes.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

03-179-BFE

Aos meus filhos, como incentivo
ao desenvolvimento intelectual
e espiritual.

RESUMO

A política de contratação de organizações do terceiro setor para executar serviços de saúde é parte da reforma do Estado, instituída no Brasil no final dos anos 90 e é analisada neste estudo a partir das novas formulações do conceito de sociedade civil. O modelo de gestão terceirizada de serviços não é uma medida isolada e segue uma tendência neoliberal adotada nos países centrais desde a década de 70, como estratégia de redução de gastos e focalização de recursos nas áreas sociais. O enfoque adotado na análise deste estudo foi o da reflexão sobre o risco de retrocesso que esse modelo de gestão pode acarretar à implementação do SUS caso não seja garantida a transparência nos processos de contratação das OS(s) e a regulação por parte da sociedade civil. Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar as perspectivas de controle social sobre a ação do Estado e seus parceiros, quando este coloca em prática a política de contratação de Organizações Sociais para executar serviços de saúde, atividade que até então era considerada de sua competência exclusiva. Optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa sobre as parcerias realizadas no estado de São Paulo, entre os anos de 1998 e 2002, buscando identificar os mecanismos de participação dos Conselhos de Saúde no processo de qualificação e contratação das OS(s). A pesquisa de campo ocorreu de Julho de 2002 a Agosto de 2003, e os instrumentos utilizados foram entrevistas e um questionário enviado aos catorze hospitais públicos terceirizados no período. A principal conclusão da investigação é a que as parcerias com entidades do terceiro setor para a produção de serviços de saúde ampliam a esfera pública, mas essa ampliação não se dá na perspectiva da nova concepção de sociedade civil porque a incorporação dessas entidades, via de regra, não passa pela disputa democrática nos espaços públicos de debate. Devido à tendência de privatização do patrimônio público, há necessidade de intensificar o controle social, particularmente aquele realizado pelos Conselhos de Saúde. O controle social nas parcerias mostrou-se incipiente e direcionado à fiscalização dos serviços prestados, pois o processo de qualificação das OS(s) e a definição das entidades parceiras do Estado são centralizados no Poder Executivo. A constatação da participação do CES na definição de políticas de saúde nesta investigação é considerada como elemento positivo e um registro de avanço no desempenho das funções desse órgão.

Palavras-chave: Terceiro Setor; Política Pública; Reforma do Estado; Organizações Sociais; Controle Social.

SUMÁRIO

Lista de Gráficos, Quadros e Tabelas	xi
Lista de Siglas	xiii
APRESENTAÇÃO	01
METODOLOGIA	15
CAPÍTULO I	
AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS E A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO	19
1.1. A Primeira Geração de Políticas Neoliberais: enfoque na Política Econômica	19
1.2. A Segunda Geração de Políticas neoliberais: enfoque na Política Social	24
1.2.1 O Papel da Descentralização na Reforma do Estado	33
CAPÍTULO II	
AS BASES DA REFORMA NO SETOR SAÚDE	37
2.1. O Programa de Publicização da Reforma no Setor Saúde	42
2.2 A Privatização e a Publicização na Saúde	43
2.3 O Processo de Publicização na Administração Pública	50
2.4 O Público e o Privado na Produção em Saúde	54
2.5 Os Possíveis Impactos da Publicização no Sistema Único de Saúde	56
	vii

CAPÍTULO III	
CONTROLE SOCIAL, SOCIEDADE CIVIL E ESFERA PÚBLICA	69
3.1 O Protagonismo da Sociedade Civil no Processo Contemporâneo de Democratização	71
3.2 Participação Cidadã, Espaço Público, Esfera Pública	80
3.3. Controle Social e Conselhos Gestores	95
3.4 Os Conselhos de Saúde e a Política de Parceria	101
CAPÍTULO IV	
O TERCEIRO SETOR EM PARCERIA COM O ESTADO	121
4.1 O terceiro Setor na Saúde	122
4.2 As Formas de Parceria entre o Estado e o Terceiro Setor	134
CAPÍTULO V	
A TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO PAULO	145
5.1 A Qualificação das Organizações Sociais e o Processo de Escolha das Entidades Parceiras	146
5.2 Os Contratos de Gestão dos Hospitais Públicos de São Paulo	150
5.3 A Participação do CES na Formulação da Política Estadual de Parcerias	159
5.4 A Universalização do Acesso na Terceirização dos Serviços de Saúde de São Paulo	166
CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
ABSTRACT	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181

ANEXOS	195
ANEXO I – Lei Complementar no.846, de 04 de Junho de 1998	197
ANEXO II – 1ª. Convocação Pública para o estabelecimento de parceria em São Paulo	203
ANEXO III – Modelo de Contrato de Gestão	211
APÊNDICE	225
APÊNDICE I – Questionário enviado aos hospitais	227

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

GRÁFICO 1. Brasil – Distribuição Porcentual de OSCIP(s) – Julho de 2002	133
QUADRO 1. Relação de Hospitais Publicizados, Organizações Sociais e Fundações SESSP – Junho de 1998 a Dezembro de 2002	152
TABELA 1. Conselhos Estaduais de Saúde, Ano de Criação e Número de Conselheiros – Brasil , 2001	105
TABELA 2. Municípios da Federação Sem Conselhos de Saúde -- Brasil, 2001	106
TABELA 3. Número de OSCIP(s) Qualificadas – Brasil, Julho de 2002	138

LISTA DE SIGLAS

- ABONG – Associação Brasileira de Organizações Não-governamentais
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- ALCA – Área de Livre Comércio das Américas
- BM – Banco Mundial
- BNDS – Banco Nacional de Desenvolvimento Social
- CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
- CEPAL – Comissão de Estudos e Planejamento para a América Latina e Caribe
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CES – Conselho Estadual de Saúde
- CNBB – Confederação nacional dos Bispos do Brasil
- CNS Conselho Nacional de Saúde
- EUA – Estados Unidos da América
- FIPE – Fundação Instituto de Pesquisa Econômica da USP
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- GEMDEC – Grupo de Estudos de Movimentos Sociais, Educação e Cultura
- HGIS – Hospital Geral de Itapeçerica da Serra
- IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
- IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Ampliado

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MARE – Ministério da Administração e da Reforma do Estado

NAFTA – *North American Free Trade Agreement*

NOB – Norma Operacional Básica

OECD – Organização para o Desenvolvimento Econômico e Comercial

OMC – Organização Mundial do Comércio

ONU – Organização das Nações Unidas

OS – Organização Social

OSS – Organização Social de Saúde

OSCIP – Organização Social da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAS – Plano de Assistência à Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SECONCI – Serviço Social na Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo

SEPLA – Secretaria Municipal de Planejamento

SESSP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UE – União Européia

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

USP - Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Nas últimas décadas, os sistemas de proteção social têm sofrido intensas transformações de caráter político e ideológico, cujas causas determinantes não se encontram apenas no âmbito setorial, mas estão relacionadas a mudanças políticas e econômicas que atingem, de maneira distinta, os Estados nacionais, os mercados e a sociedade civil.

Associada a essas mudanças, uma onda de políticas neoliberais tem sido implementada nas últimas décadas com a promessa de “resguardar” as economias capitalistas das conseqüências desestruturantes desse novo contexto social. Todavia, o resultado da adoção dessas políticas não tem correspondido às expectativas de seus propositores, antes têm contribuído para aumentar ainda mais as demandas de cunho assistencial devido aos reflexos negativos no campo do emprego, do poder aquisitivo dos trabalhadores, da desigualdade e da exclusão social.

No setor saúde, as implicações desse processo todo têm sido evidenciadas na maneira de formular políticas, de produzir atividades e de gerir serviços e sistemas de saúde. Num cenário de crescente elevação do custo da atenção médica, essas mudanças de contexto têm sido usadas como justificativa para a imposição de um ritmo acelerado na reforma setorial (ALMEIDA, 1996).

Um aspecto peculiar e importante na reforma do setor saúde é o fato da introdução das mudanças em um sistema ainda em consolidação, como é o caso do Sistema Único de Saúde – SUS -, que, embora tenha alcançado expressivo avanço em termos de ampliação de cobertura, desde a sua institucionalização em 1990, ainda carece de mecanismos que possam efetivar o processo de descentralização – um de seus pressupostos fundamentais (BRASIL, 2002).

Seguindo a tendência mundial, o Brasil inicia uma reforma administrativa em meados dos anos 90, semelhante em seus fundamentos, àquelas adotadas nos países de capitalismo avançado, desde o final dos anos 70 do século XX. E as conseqüências dessa reforma para o setor saúde caminham na direção da redução dos gastos públicos, da

privatização e da terceirização de serviços (LAURELL, 1996; ALMEIDA, 1996). Os países precursores das reformas neoliberais foram a Inglaterra, no governo de Margareth Thatcher e os EUA, na gestão de Ronald Reagan (ANDERSON, 1995).

Nesse contexto de grandes transformações, novas formas de mediação entre Estado e sociedade civil têm surgido, juntamente com o processo de transição democrática, como estratégia de preservação dos direitos sociais adquiridos e da ampliação da participação nos processos decisórios.

São inúmeros os mecanismos de controle público criados pela sociedade que visam acompanhar a implementação das políticas sociais e a ação dos governos, seguindo o princípio constitucional de participação popular e a promoção da *accountability*. O intuito é o de influenciar os rumos das políticas públicas e imprimir transparência aos processos, que, tradicionalmente, são marcados pelo clientelismo e pelo patrimonialismo das instituições públicas e o populismo dos governos (BAQUERO, 2001; SANTOS JÚNIOR, 2001).

Buscando contribuir com o conhecimento científico sobre esses mecanismos, esta investigação realizou um estudo exploratório que analisou a questão do controle público sobre a ação do Estado e seus parceiros, em face à implementação de mudanças na orientação das políticas de saúde no Brasil, instituídas com a Reforma da Administração Gerencial iniciada em 1995 durante a segunda gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso.

A referida reforma, proposta para as diferentes áreas da Administração Pública, instituiu duas leis de fundamental importância para os setores sociais como a saúde, a assistência social, a ciência e tecnologia, a educação e a cultura, entre outros. As referidas leis permitem ao Estado estabelecer parcerias¹ com organizações do terceiro setor – aquelas

¹ Neste estudo, o termo parceria é usado de forma genérica para indicar as todas as formas de relação formal de órgãos e instituições estatais com organizações do terceiro setor (instituições privadas de interesse público), devidamente qualificadas na forma da lei e contratadas para produzir bens e serviços públicos de saúde. Uma definição mais estrita do termo parceria indica uma relação em que os parceiros se unem em torno de um projeto conjunto ao qual se estabelece uma interação estratégica, normalmente de médio e longo prazo visando objetivo comum (TRALDI, 1997). Essa definição se aplica mais adequadamente às relações entre Estado e OSCIP e aos convênios estabelecidos com Fundações. Nos contratos de gestão a relação não é propriamente de parceria (mão dupla), pois os objetivos dos dois atores envolvidos não são comuns. Como esclarecem CARVALHO e SANTOS (2002), nos contratos os interesses são diversos e opostos enquanto uma parte pretende objetivo do ajuste (obra ou serviço), outra parte visa a contraprestação correspondente (o preço ou qualquer outra vantagem).

organizações privadas, de natureza não empresarial que se distinguem por não ter fins lucrativos e por atuar em esferas classicamente consideradas próprias da atividade governamental (NAVARRO, 1999).

A aprovação das Leis Federais Nº. 9.637 no ano de 1998, e No. 9.790 de 23 de março de 1999 instituiu duas novas categorias de Instituição Pública: a **Organização Social – OS** e a **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP**, respectivamente. O intuito, segundo seus propositores, é desburocratizar o processo de parceria entre essas organizações e o Estado (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

As OSCIPs são organizações sociais da sociedade civil, ou seja, do terceiro setor, assim qualificadas no intuito de estabelecer parceria com o Estado para receber deste recursos para desenvolver ações e serviços na área social².

Por sua vez, as OS(s), objeto deste estudo, são instituições públicas não-estatais, que buscam essa qualificação para assumir o nome e a gestão de uma extinta instituição estatal cujas atividades foram publicizadas. São denominadas atividades publicizadas aquelas que perderam o caráter de exclusividade da ação do Estado, tornando-se passíveis de serem produzidas e geridas por instituições públicas não-estatais (BRASIL, 1995).

No limite, o que diferencia as OSCIP(s) das OS(s) é a natureza da parceria, ou seja, o tipo de relacionamento que mantém com o Estado: enquanto as OSCIP(s) estabelecem parceria para colocar seus próprios projetos em prática – aqueles cujos objetivos são comuns aos programas sociais do governo e que por essa razão são eleitos para receber apoio financeiro do Estado -, as OS(s) buscam essa qualificação para estabelecer contratos

² Pela Lei Federal 9.637/98, as OSCIP(s) são obrigadas a constituir um Conselho Fiscal e a ter no seu estatuto como objetivo social pelo menos um dos seguintes objetivos:

- defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;
- promoção da assistência social;
- promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;
- promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação de que trata a lei;
- promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata a lei;
- promoção da segurança alimentar e nutricional;
- promoção do voluntariado;
- promoção do desenvolvimento econômico e social e do combate à pobreza;
- experimentação não-lucrativa, de novos modelos socioprodutivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;
- promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;
- promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;
- estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas.

de gestão e passar a realizar serviços que vinham sendo executados pela administração direta do Estado.

Os riscos que o modelo de gestão gerencial e o processo de contratação de organizações sociais podem acarretar à consolidação do Sistema Único de Saúde são aspectos da reforma do Estado sobre os quais este estudo se detém e nos quais o controle público se mostra imprescindível. Um dos aspectos diz respeito ao risco de privatização da *res pública* e suas conseqüências no campo da descentralização e do controle social, ambos preconizados pelo SUS e firmados como princípios constitucionais (BRASIL, 2003).

Outro aspecto seria o viés ideológico e à particularização do interesse que, em geral, caracterizam a atuação das organizações do terceiro setor (FERNANDES, 1997; SALOMON, 1997), podendo comprometer a implementação dos programas sociais.

Portanto, o objetivo principal desta pesquisa foi analisar as perspectivas de controle social por parte da sociedade civil sobre a ação do Estado e seus parceiros, quando este coloca em prática a política de contratação de Organizações Sociais para gerir a produção de serviços e bens de saúde, atividade que até então era de sua competência e exclusividade.

Esse tipo de contrato dota de autonomia a OS contratada em relação ao direcionamento dado ao gasto na gestão do serviço, processo distinto daquele que até então ocorria no âmbito da contratação de leitos hospitalares e serviços de diagnóstico e tratamento com a iniciativa privada e os convênios com instituições filantrópicas (Santas Casas de Misericórdia). Esses tipos de associação, bastante difundidos e igualmente criticados na área da saúde no Brasil, existem desde a formação do Instituto Nacional de Previdência Social em 1966, e ainda resistem à estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS (MENDES, 1995). Em ambos o repasse de recursos é feito após a realização da atividade, em função da produtividade, e pago sobre a produção das Autorizações de Internação Hospitalar –AIH. Esses contratos não têm o caráter de “parceria” e os hospitais privados, assim como as instituições filantrópicas, não desfrutam de qualquer autonomia gerencial sobre verbas estatais, equipamentos médico-hospitalares e de pessoal que os atuais contratos oferecem às Organizações Sociais. São limitados aos tetos estabelecidos nos pactos entre municípios e estados, creditados no Fundo Municipal de Saúde e repassados às instituições contratadas mediante contracheque.

A emergência de novas formas de gestão e parceria com o Estado representa, ao mesmo tempo, uma nova possibilidade de relacionamento com instituições de saúde do terceiro setor e uma preocupação quanto aos rumos que as políticas públicas do setor estão seguindo, a despeito da assunção oficial de um projeto de construção de um sistema de saúde público e universal em termos de acesso (BRASIL, 2003). Isso porque as tendências neoliberais que permeiam a orientação das atuais políticas públicas podem conduzir a uma retirada progressiva do Estado da produção de serviços sociais, mudando significativamente o caráter das funções clássicas do Estado executor, que predominou no modelo de Estado de Bem-estar social para um Estado gestor. No limite, essa tendência poderá caminhar para a retirada também do financiamento estatal, deixando para a sociedade civil esse encargo.

O papel dos Conselhos de Saúde nesse processo de redefinição das funções do Estado é o foco principal de atenção deste estudo.

A atuação dos Conselhos de Saúde, previstos na Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde 8142/90, mostra-se limitada na implementação da política de contratos de gestão, uma vez que o processo que inclui a publicização dos serviços e a qualificação das OS(s) não prevê a atuação dos Conselhos de Saúde, contrariando as tendências políticas e as práticas democráticas de controle público que o setor vem experimentando com sucesso desde o final da década de 80 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2003).

A garantia dos direitos sociais conquistados na Carta Constitucional de 1988 e os princípios do SUS constituem os parâmetros para a análise dessa nova forma de relacionamento entre Estado e Sociedade Civil. O debate sobre essa questão tem sido polarizado entre duas posições diametralmente opostas: a de que a implementação dessa política amplia a esfera pública (BRESSER PEREIRA, 1998) e a de que a contratação das OS(s) para gerir serviços publicizados visa, em última instância, à redução do tamanho do Estado e o grau de responsabilidade deste sobre a ação social (LAURELL, 1996; MERHY, 1999).

Para refletir sobre a polêmica que envolve a inclusão de organizações sociais como gestoras de serviços sociais essenciais foi preciso compreender alguns elementos como: a natureza dessa política pública, o contexto social em que ela foi proposta, os aspectos

jurídicos e administrativos envolvidos no processo de qualificação e seleção da Organização Social gestora, os critérios de escolha da Instituição estatal a ser dissolvida e a natureza dos serviços a serem publicizados.

Para tanto, foi necessário buscar nos discursos, tanto de seus defensores como de seus opositores, as justificativas e os argumentos teóricos que respaldam a sua adoção ou a sua negação como crítica. Com isso, estaremos tentando evitar análises simplistas da política pública em questão que atribui todas as proposições de mudança à tentativa neoliberal de reduzir o tamanho do Estado ou, por outro lado, as análises que remetem ao modelo de gestão terceirizada para Organizações Sociais de Saúde – OSS - a solução milagrosa para todos os males do setor saúde.

O contexto social da reforma do Estado deve ser visto tanto em termos macro – relativo às mudanças estruturais operadas pela globalização –, como em termos conjunturais, nacionais, dados pela articulação de forças sociais do país.

Observa-se que, nas últimas décadas, no Brasil, ocorreu uma emergência de redes de movimentos sociais e o aparecimento de organizações não-governamentais reivindicantes de espaço político de atuação e inclusão de itens na pauta das políticas públicas de direitos sociais que até recentemente eram ignorados pelo Estado (direito de preservação e recuperação do meio ambiente; direito das minorias [índios; portadores de deficiências físicas e mentais]; direito a particularidades atribuídas às mulheres, às crianças, aos excluídos etc.) (GOHN, 2000, 2000a e 2002). Esses movimentos e organizações, em sua maioria, legítimos, têm conquistado espaço na mídia, nos organismos internacionais de financiamento e no interior dos Estados, e vêm gerando um aumento de demanda de serviços e ações sociais, por vezes especializados, que requerem não só investimentos financeiros, mas fundamentalmente um *Know how* para oferecê-los, o qual a estrutura do Estado não possui de pronto.

O contexto micro das reformas explicita-se no avanço das políticas neoliberais impostas pelos organismos internacionais de financiamento público (Banco Mundial, BIRD e BID), cujas orientações e deliberações incluem a redução da influência do Estado no mercado e na ação social. Via de regra, a liberação de empréstimos se dá mediante a assinatura de compromissos de ajustes estruturais nas contas públicas que levam, impreterivelmente, os países endividados ao caminho da desestruturação dos seus sistemas

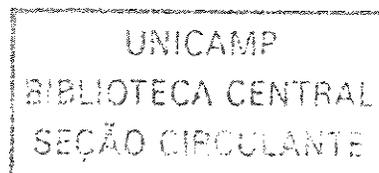
de proteção social por meio de políticas cada vez mais fragmentadas e focalizadas, próprias da concepção liberal de direito individual defendida por FRIEDMAN (1997).

O cenário em que esses atores se encontram e defendem seus pontos de vista é o da globalização econômica, compreendido aqui não como uma ideologia ou movimento, mas como um processo objetivo e multidimensional cuja expressão mais determinante é a interdependência global dos mercados financeiros (CASTELLS, 1999), embora se manifeste de forma expressiva na inter-relação intensa em diferentes áreas como a da produção de bens e serviços, da ciência e tecnologia, da cultura e da comunicação.

Cada Estado-nação se inter-relaciona de modo distinto em função de sua capacidade de articulação e resistência diante do poder político e econômico do mercado global. O impacto social desse relacionamento global tende a ser proporcional à respectiva autodeterminação, ou seja, à respectiva capacidade de preservar seus cidadãos das conseqüências sociais e econômicas desse processo. Como forma de se preservar, os países centrais têm aumentado o protecionismo em setores que julgam essenciais para garantir o nível de empregos, subsidiando a agricultura ou determinadas indústrias pontualmente estratégicas, tentando, assim, reduzir as demandas sociais.

Os países periféricos, por sua vez, participam desse processo de forma menos determinante, ou até mesmo submissa aos interesses do mercado globalizado. Eles estão limitados às metas estabelecidas nos contratos de financiamento e dispõem de reduzida liberdade de ação política e de autodeterminação, tendo em vista que qualquer atitude mais agressiva - no sentido de preservação de seus próprios interesses - pode significar embargos financeiros, supressão das parcelas de empréstimos acordados e boicotes por parte de outros países nos organismos também globalizados de negociação como a Organização Mundial do Comércio – OMC.

Essas estruturas globalizadas, que não incluem somente organismos financeiros, mas também estruturas transnacionais de movimentos sociais e empresas, limitam o âmbito de ação dos Estados nacionais que passam a decidir e a implementar políticas públicas em função de um contexto de inter-relacionamento global e não mais em função de seus interesses particulares e internos (IANNI, 1995). Isso vale, principalmente, para os países periféricos embora seja uma regra também para as economias capitalistas avançadas.



Uma das estratégias para aumentar a capacidade de barganha e poder de decisão nas negociações dos Estados nacionais é a formação de blocos econômicos, tais como: o Mercado Comum do Sul – Mercosul -, o *North American Free Trade Agreement* – NAFTA -, a Aliança para o Comércio das Américas – ALCA -, e a União Européia – UE -, o que, paradoxalmente, induz a novos padrões de relacionamento entre os países envolvidos, reforçando a necessidade de legislar e governar em função dos acordos estabelecidos em conjunto, e não baseados no próprio interesse apenas (IANNI, 1995).

Com efeito, o contexto de globalização e relações econômicas, sociais e culturais propicia a vinculação de decisões políticas dentro de um mesmo círculo ideológico em que predomina a radicalização das políticas liberais num determinado período histórico e de desenvolvimento do capitalismo em que os Estados passam por uma diminuição da arrecadação fiscal e uma crescente demanda por serviços sociais, decorrências perversas do processo de globalização e da adoção de um conjunto de medidas econômicas ortodoxas impostas pelos organismos internacionais de financiamento. Essas medidas, conhecidas pela expressão Consenso de Washington (WILLIAMSON, 1990)³, tiveram o propósito de inserir os países em desenvolvimento no processo de globalização, mas o exagero na dosagem e a crença de que o mercado resolveria por si só os problemas sociais decorrentes da baixa taxa de crescimento econômico e do desemprego estrutural, resultaram num aumento da exclusão social e da desigualdade presentes em nossa sociedade.

Entre as alternativas encontradas para minimizar as conseqüências perversas dessa confluência de contexto de globalização e políticas neoliberais está a reforma do Estado.

A Reforma Administrativa do Estado é analisada por alguns autores (DRAIBE, 1995; LAURELL, 1996; DURÁN, 2001) como uma segunda geração de políticas neoliberais que visam dar continuidade às medidas de ajuste estrutural e que culminariam com a redução do tamanho do Estado e com a restrição do âmbito de sua atuação ao atendimento das necessidades dos excluídos do processo de globalização, já que a regulação é função do mercado. Outros autores analisam (BRESSER PEREIRA & CUNILL GRAU, 1999; DINIZ, 2001) como uma correção necessária de caminho em

³ John Williamson é analista do Instituto de Economia Internacional de Washington. Foi consultor do FMI e um de seus feitos mais conhecidos foi cunhar a expressão “Consenso de Washington”, no final da década de 80, para designar um conjunto de idéias em favor da economia de mercado. Atualmente é crítico das medidas que defendeu a ponto de declarar que o modelo falhou (SALGADO, 2002).

função das conseqüências perversas, derivadas do processo de globalização e das políticas neoliberais de ajuste fiscal.

A política de contratação de Organizações Sociais para a prestação de serviços de saúde faz parte da reforma do Estado e foi analisada neste estudo à luz das teorias da sociedade civil, destacando o risco de retrocesso que esse modelo de gestão pode acarretar à implementação do SUS caso não seja garantida a transparência nos processos de contratação das OS(s) e regulação por parte da sociedade civil. Deriva desse fato a necessidade de participação da sociedade no processo decisório sobre a gestão da produção na área da saúde, inclusive a participação na formulação de políticas sociais.

Não há como negar a necessidade de mudança do Estado e da Administração Pública, tendo em vista o esgotamento do modelo burocrático e de planejamento centralizado que prevaleceu durante o período da “Guerra Fria”. No entanto, é preciso ponderar que essas mudanças não estão caminhando a contento, no ritmo desejado e tampouco sendo abrangentes no aspecto do controle social.

A inclusão de setores participativos da sociedade civil nas políticas públicas não só é desejável como imprescindível se o objetivo é democratizar as decisões e imprimir transparência aos processos, ampliando o acesso aos serviços com equidade e permitindo atingir mais rapidamente os segmentos mais necessitados da população.

Ao longo de muitos anos, as organizações não-governamentais vêm atuando em setores que o Estado até pouco tempo não atingia com seus programas sociais. O *Know how* alcançado por algumas delas não pode ser menosprezado, assim como não se pode pensar o sistema de saúde atualmente sem considerar a participação da iniciativa privada com fins lucrativos onde estão incluídos aproximadamente 40 milhões de brasileiros. Há que se estabelecer critérios para distinguir entre as inúmeras instituições que atualmente se abrigam sob a expressão “terceiro setor”, as que realmente detêm esse potencial, estabelecer os limites de sua atuação e avaliar o investimento realizado com base não só na eficiência, mas na eficácia das ações desenvolvidas, mudando a racionalidade do planejamento (ONOCKO, 2001). Essa é uma das atribuições que o Estado reformado deve assumir.

A reflexão ética a respeito da privatização do patrimônio público mostra-se indissociável do debate sobre a política pública que prevê a contratação de Organizações

Sociais para gerir serviços publicizados devido à natureza particularista/privatista do trabalho das ONG(s) e das associações do terceiro setor (FERNANDES, 1997; SALOMON, 1997).

A **primeira hipótese** deste estudo sugere haver, no âmbito das reformas instituídas na virada do milênio para a área da saúde e demais áreas sociais, uma maior permeabilidade à participação da sociedade civil organizada nas políticas públicas, a despeito do viés neoliberal que fundamenta essas políticas. Isso ocorre devido à incorporação de novos instrumentos legais que possibilitam as parcerias entre o Estado e as organizações sociais, o que, inegavelmente, amplia a esfera pública e permite que competências pontuais, adquiridas em determinadas áreas por organizações do terceiro setor, sejam reconhecidas e incorporadas ao âmbito da ação estatal para implementar programas sociais através dos contratos de gestão e parcerias.

Um dos riscos dessa abertura à sociedade civil pode estar na transformação da esfera pública em campo fértil para a completa privatização da produção de serviços sociais, pois isso já vem ocorrendo e comprometendo a estruturação do Estado de bem estar social nos países de capitalismo avançado (DRAIBE, 1989, LAURELL, 1996; EIBENSCHUTZ, 1996). Essa radicalização levaria à inviabilização da universalização da saúde nos moldes inscritos no texto constitucional e à transformação do atendimento em serviços focalizados a apenas alguns segmentos da população.

É com a perspectiva de aprofundar o controle social sobre o Estado em suas novas formas de administrar a *res pública*, particularmente aquelas que visam repassar a produção de atividades na área social às instituições públicas não-estatais, buscou-se aprofundar os mecanismos de participação da sociedade civil sobre as decisões de Estado, principalmente aqueles relativos às atividades desenvolvidas no âmbito da esfera pública.

Dessa forma, optou-se por analisar a atuação dos Conselhos de Saúde no processo de contratação de OSS com o propósito de aprofundar o estudo sobre o alcance dos mecanismos de controle social nas políticas resultantes da reforma do Estado, em especial da política implementada no estado de São Paulo na área da saúde.

Nesse sentido, a **segunda hipótese** desta pesquisa é a de que, nos moldes como foi proposta e tem sido implementada a política de contrato de gestão, a participação dos Conselhos de Saúde está aquém do pretendido pela Reforma Sanitária e almejado pela

sociedade, pois tende a se restringir ao âmbito da avaliação de natureza qualitativa/quantitativa do produto final, ou seja, dos serviços oferecidos pela Organização Social à população atendida.

O processo de contratação que inclui a publicização dos serviços, a qualificação da OS, o estabelecimento das metas a serem pactuadas no contrato e a decisão sobre os recursos envolvidos, não passa pelo crivo dos Conselhos de Saúde sendo, em grande medida, de exclusividade do Poder Executivo. Isso requer dos conselheiros uma atuação mais efetiva não somente sobre as ações do Executivo, mas também junto ao Ministério Público e ao Parlamento. A articulação com os Conselhos Administrativos constituídos para controle social da Organização Social contratada parece ser fundamental para estreitar os laços entre conselhos e acompanhar mais de perto o desenvolvimento das atividades.

Na permanência do sistema atual de controle social e devido à crise de legitimidade pela qual passam as instituições públicas brasileiras, há necessidade de um aprimoramento das ações de controle social que não esteja direcionado apenas ao Poder Executivo, mas que atinja em igual intensidade de eficácia os demais poderes Legislativo e Judiciário, de modo a dotá-los de maior credibilidade, visto serem legítimos na função que representam no processo de qualificação das OS(s) e extinção de empresas estatais.

Nesse sentido, dentre as demais atribuições que lhe cabem, a participação na formulação de políticas constitui-se foco de atenção na reflexão sobre a atuação desse órgão em relação aos contratos de gestão, no intuito de fazer avançar um pouco mais o conhecimento científico a respeito dos limites e possibilidades que essa função pode atingir.

No intuito de provar as hipóteses levantadas, este estudo elaborou uma descrição das etapas formais do processo de contratação das OSS no estado de São Paulo e a partir desta, buscou identificar as possibilidades de participação efetiva dos Conselhos de Saúde. Entende-se por efetiva participação aquela em que a perspectiva de atuação envolve as duas principais atribuições dos conselhos, quais sejam, a de participação na elaboração da política pública e a de controle na gestão do SUS (BRASIL, 1990b).

A pesquisa se debruçou sobre os processos de contratação de OSS que ocorreram nas gestões dos governadores Mário Covas e Geraldo Alckmin, no período de 1998 a 2002.

Mais precisamente, de junho de 1998, quando foi aprovada a Lei Complementar n.846/98 até dezembro de 2002.

Para abarcar os aspectos qualificáveis e quantificáveis do objetivo geral, dando melhor visibilidade ao trajeto metodológico adotado (COEHN e FRANCO, 1993), os **objetivos específicos** foram distribuídos de acordo com a seqüência de elaboração do trabalho de investigação. Assim, por necessidade de realizar primeiramente uma análise da política para chegar à avaliação dos mecanismos de controle social que permeiam a mesma, os três primeiros objetivos específicos referem-se mais diretamente à avaliação da política, ou seja, estão relacionados com a primeira hipótese, enquanto os demais estão relacionados ao controle social. Assim, os objetivos específicos foram:

- Analisar os discursos através dos documentos oficiais para captar as principais diretrizes políticas para o setor saúde e sua relação com as políticas neoliberais e de Estado mínimo, os documentos produzidos pelos órgãos oficiais do estado e a legislação pertinente;
- Descrever o processo de contratação das Organizações Sociais para gerir atividades publicizadas, identificando suas diferentes etapas: a) a de publicização das atividades; b) a de qualificação da OS; c) a de pactuação das metas e; d) a da avaliação dos resultados;
- Identificar, na legislação vigente sobre os contratos de gestão, as possibilidades de controle social previstas, comparando-as com as demais políticas públicas de saúde como a do SUS, das Leis Orgânicas da Saúde e das Normas Operacionais vigentes;
- Destacar possíveis pontos que, por ventura, mereçam ser ressaltados entre os contratos de gestão firmados entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SESSP - com as respectivas Organizações Sociais, uma vez que todos eles seguem um único modelo padrão, e que dizem respeito às especificidades da OS contratada;
- Identificar, ao longo do processo de contratação e acompanhamento do contrato, fatos indicativos de exercício efetivo de controle social por parte dos Conselhos

Estadual, Municipal e Regionais de Saúde, no intuito de verificar suas participações na concretização dos contratos as quais possam ter contribuído para a legitimidade do processo.

- Buscar, entre os atores envolvidos na contratação de serviços, Estado, Conselhos de Saúde e Organizações Sociais, as respectivas opiniões a respeito da necessidade de maior participação dos Conselhos de Saúde na contratação de serviços, como forma de democratizar as decisões em todas as etapas do processo.

O estado de São Paulo destaca-se entre os mais avançados em termos de implementação da política de parceria com o Terceiro Setor e de legislação para efetivá-la. Todavia, passou a adotá-la antes que uma reflexão mais aprofundada a respeito das possibilidades de gestão compartilhada entre Estado e Sociedade civil fossem minimamente consensualizadas, deixando ainda mais apreensiva a sociedade paulistana que, no nível municipal, sofreu com a implementação do Plano de Assistência à Saúde – PAS -, um equivocado e mal sucedido exemplo de política de terceirização na área da saúde (COHN; ELIAS, 1999; COHN, 2002), que impediu a habilitação do Município junto ao SUS durante o período de tempo em que vigorou.

A análise da política de contratos de gestão no estado de São Paulo, embora esteja focalizada na questão do controle social, pode contribuir para o enriquecimento do debate sobre a inclusão pontual de setores reconhecidamente capacitados e legítimos da sociedade civil no processo de produção de serviços e bens sociais. A reflexão também pode ajudar a avançar em direção à resposta de uma pergunta recorrente: até que ponto as parcerias podem contribuir para a retirada do Estado e para o desmonte da estrutura de bem-estar social no país, ainda inacabada no que tange à universalização do acesso?

Possivelmente, a análise dos contratos de gestão permitirá ainda responder ao questionamento a respeito de sua contribuição para a promoção da equidade e a integralidade das ações de saúde ou se criam novas formas de seletividade ao acesso da população aos serviços, tendo em vista o caráter privado das instituições públicas qualificadas como organizações sociais.

METODOLOGIA

O estudo ora concluído insere-se no campo da pesquisa social de natureza qualitativa porque busca analisar um fenômeno da realidade social que não pode ser quantificado e do qual o investigador participa como agente, configurando assim uma identidade entre sujeito e objeto (MINAYO, 1994). Nesse caso, a identificação entre pesquisador e objeto se dá de forma estreita pelos laços feitos durante uma atuação de vinte e cinco anos na área da saúde pública. Portanto, a subjetividade na análise está presente tal qual nas demais pesquisas sociais, buscando, no entanto, não comprometê-la, tentando não se desvincular dos princípios da cientificidade, dados pela metodologia.

Devido à natureza complexa do fenômeno em estudo – os contratos de gestão e o controle social sobre os mesmos – fez-se necessário realizar um percurso metodológico concomitante em duas direções. Foi preciso, primeiramente, elaborar uma análise sobre a política em questão, no intuito de contextualizá-la social e historicamente.

Para o estado de São Paulo foi analisada a política de parceria adotada a partir da aprovação da Lei Complementar Estadual no. 846, de 04 de Junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Nessa etapa da pesquisa, foram analisados os dados de fonte primária extraídos dos documentos oficiais do governo de Mário Covas - Geraldo Alckmin, nas gestões de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002: as Mensagens do Governador à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, as legislações e os contratos de gestão.

Na seqüência, foram analisadas as atas, menções e recomendações do Conselho Estadual de Saúde, referentes ao período anterior e imediatamente posterior a aprovação da Lei 846/98, a fim de obter dados que pudessem subsidiar a análise consubstanciada na participação desse órgão na fase de implementação da política de parceria em todas as etapas do processo.

Foram lidas todas as atas das reuniões ordinárias realizadas pelo CES entre o ano de 1997 a 2001, incluindo as deliberações, tendo sido identificadas todas aquelas em que o

Foram lidas todas as atas das reuniões ordinárias realizadas pelo CES entre o ano de 1997 a 2001, incluindo as deliberações, tendo sido identificadas todas aquelas em que o assunto das parcerias era relatado; as Mensagens do Governador à Assembléia Legislativa, referentes aos anos de 1995 até 2001, no intuito de buscar as justificativas para a adoção dessa política.

A etapa da pesquisa de campo ou fase exploratória da pesquisa (MINAYO, 1994), que durou de julho de 2002 a agosto de 2003, serviu para colher informações provenientes de várias fontes primárias, incluindo as fontes orais.

Foram priorizadas as entrevistas com representantes da Coordenadoria de Contratos de Gestão da SESSP e do Conselho Estadual de Saúde. O propósito dessa opção metodológica foi conseguir dados que indicassem as possibilidades e os limites da participação da sociedade civil na política de contrato de gestão, e que pudessem servir para estabelecer alguns parâmetros para dimensionar a capacidade de exercício de controle social por parte dos conselhos de saúde sobre as atividades desenvolvidas no âmbito da esfera pública.

As entrevistas formais seguiram um roteiro semi-estruturado e foram realizadas pela própria pesquisadora, nos meses de Julho e agosto de 2003; as informais foram sendo realizadas na medida das visitas ao CES e à sede da Coordenadoria de Contratos de Gestão, onde foram ouvidos conselheiros atuais e da antiga gestão e funcionários públicos. Foram quatro entrevistas formais e sete informais. As entrevistas formais foram gravadas e transcritas, sendo precedidas por contatos pessoais ou telefônicos para agendamento. As entrevistas informais ocorreram em função da não aceitação da gravação de entrevista, algumas vezes declaradas outras não, mas com permissão para registro das informações.

Além da entrevista, outro instrumento utilizado na tentativa de coletar dados junto às OSS(s) foi um questionário semi-estruturado contendo perguntas objetivas sobre o interesse das instituições nas parcerias e na qualificação como OS e, principalmente, a respeito do relacionamento com os Conselhos Locais de Saúde e o interesse da entidade no desenvolvimento de parcerias com o Estado (Apêndice I).

Os questionários foram encaminhados aos Hospitais via correio, em carta registrada para os catorze hospitais públicos com contrato de gestão que constam do Quadro 1 apresentado mais adiante neste trabalho (pg. 152). O envelope enviado continha uma carta de apresentação com explicações sobre o motivo da pesquisa e informava o nome, endereço

uma cópia do questionário impressa e uma em disquete, caso a instituição preferisse digitar os dados e devolvê-lo via e-mail. A correspondência também incluía um envelope novo, selado para o envio da resposta e uma declaração de esclarecimento consentido assinada no original pela pesquisadora, com espaço para assinatura do representante da Instituição respondente.

Apesar da espera prolongada e das reiteradas tentativas de persuasão, nenhum dos questionários foi devolvido, deixando margem para a suposição de que houve um acordo em não responder.

A opção foi utilizar o não-dado como dado da pesquisa, analisando a recusa não declarada em responder ao questionário como uma posição de resistência ou, no mínimo, de descaso para com a pesquisa científica, fato que não se coaduna com a missão da maioria das entidades terceirizadoras, pois dez delas estão ligadas ao ensino superior, sendo quatro universidades.

Assim sendo, a investigação prosseguiu e foi concluída e o resultado está apresentado em cinco capítulos nos quais são abordados: o contexto da reforma administrativa do Estado – Capítulo I -; as implicações das políticas de parcerias no SUS – Capítulo II -; as teorias que embasam a participação social no contexto da nova sociedade civil, a formação da esfera pública e a importância dos conselhos de saúde como mecanismo de acompanhamento da implementação de políticas sociais e definição das mesmas – no Capítulo III -; as formas de inserção das entidades do terceiro setor na saúde – Capítulo IV- e, finalmente, no Capítulo V, são apresentadas as análises das parcerias realizadas no estado de São Paulo com as organizações sociais qualificadas após a aprovação da Lei 846/98.

CAPÍTULO 1

AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS E A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

Os anos 90 do século XX marcaram o Estado brasileiro com amplas reformas que, insinuadas no governo Collor de Melo com algumas medidas de abertura comercial, foram em grande parte implementadas ao longo dos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso, encerrado em 31 de dezembro de 2002.

As reformas às quais nos referimos instituíram mudanças significativas no curso do desenvolvimento do país, em suas relações comerciais externas e na política econômica. Na área social, elas introduziram uma nova concepção de privatização ao adotar um modelo de parcerias do Estado com setores da sociedade civil organizados para terceirizar serviços de saúde e de promoção social, que tradicionalmente vinham sendo executados por instituições estatais.

1.1 A Primeira Geração de Políticas Neoliberais: enfoque na política econômica

No campo econômico, as modificações introduzidas no curso das políticas, na década de 80, já apresentaram um significativo impacto com a abertura dos mercados brasileiros ao exterior, eliminando o protecionismo de alguns setores, como o de informática, que garantiam a reserva de mercado interno. Essa medida não foi tomada isoladamente e teve o intuito de introduzir no país um modelo ultraliberal de políticas econômicas apresentadas naquele momento pelos técnicos do Fundo Monetário

Internacional (FMI), pelo Banco Mundial (BM), como o caminho que garantiria mínimas condições econômicas e de mercado para a inserção dos países em desenvolvimento – aqueles que mais dependem dos recursos dos financiamentos oferecidos por essas mesmas instituições – no contexto da globalização.

O primeiro conjunto de medidas, reconhecido internacionalmente como o “Consenso de Washington”, foi sistematizado por John Williamson no ano de 1990⁴ e apresentou dez pontos de um programa que visava promover reformas estruturais com o objetivo de aumentar a eficiência na alocação de recursos produtivos mediante a redução da intervenção do Estado na economia.

Os defensores dessas medidas apostavam que, se implementadas em qualquer país, no contexto de globalização, as taxas de crescimento aumentariam e, conseqüentemente verificar-se-ia uma diminuição da pobreza, pois o fluxo de capital e o crescimento das exportações promoveriam o desenvolvimento de setores da economia com base no uso intensivo de mão de obra (WILLIAMSON, 1990). Isso não ocorreu e a pequena diminuição da pobreza que se verificou em alguns países – como o Brasil – foi reflexo da redução nas taxas de inflação acompanhada de um pequeno crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e não da distribuição de riqueza (OCAMPO, 1998).

As conseqüências da adoção do modelo de ajuste estrutural no campo social foram desastrosas e podem ser verificadas através da análise dos índices apresentados pelos principais institutos de pesquisa. Os dados falam por si sós. Um relatório da CEPAL afirma que, entre 1980 e 1990, a pobreza aumentou na América Latina e Caribe, como resultado das políticas de ajuste, implementadas na região, o que anulou a maior parte das conquistas alcançadas durante as décadas de 60 e 70 (CEPAL, 1994). Há vinte e cinco anos havia no Brasil algo em torno de 17% de sua população vivendo em situação de miséria. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA -, esse percentual é atualmente de 14,5%. Os dois e meio por cento de redução nos indicadores de miséria não correspondem às expectativas da globalização e das políticas econômicas liberalizantes introduzidas nos

⁴ Os dez pontos do consenso de Washington sistematizados por Williamson (1990) são: 1) a disciplina fiscal para redução do déficit público; 2) a priorização do gasto público em educação e saúde; 3) a implementação de uma reforma tributária; 4) a manutenção das taxas de juros positivas e determinadas pelo mercado; 5) a manutenção de câmbios competitivos; 6) o desenvolvimento de políticas comerciais liberais; 7) a promoção da abertura para investimentos estrangeiros diretos; 8) a privatização de empresas estatais; 9) a promoção de uma profunda desregulamentação dos mercados; 10) a garantia de proteção à propriedade privada.

anos 80. Mostram, por outro lado, que as conquistas realizadas na produção e conservação de alimentos e os avanços na área biomédica e de informação não foram devidamente socializados a toda a população, e em números absolutos os miseráveis somam aproximadamente 25,5 milhões de pessoas, ou seja, mais do que havia há um quarto de século quando esse contingente correspondia a 18 milhões (MENDONÇA, 2002)⁵.

Análises governamentais sobre o período do primeiro mandato de FHC mostram que, em 1995, com o controle da inflação, houve uma diminuição do número de pobres no país caindo de 44% para 34%, e um aumento global do consumo de alimentos pela população (idem). Há que se destacar, no entanto, que essa situação não permaneceu estável, pois a inflação ronda novamente o cotidiano das pessoas e o desemprego tem crescido entre diferentes segmentos da população, particularmente os de menor qualificação, o que pressupõe o aumento da exclusão social. Outro indicador social importante é o do desemprego, cujo índice, num dos estados mais importantes da federação, o estado de São Paulo, permanece em torno de 19% nos últimos anos, com pequenas oscilações que não merecem consideração na análise visto serem insignificantes em termos de impacto (ROLLI, 2003)⁶.

A orientação neoliberal na adoção de políticas econômicas ortodoxas baseadas nas premissas do consenso de Washington é considerada por muitos autores como responsável direta pela agonia financeira e social pela qual passam os países da América Latina (SADER; GENTILLI, 1995; BORON, 2001; OLIVEIRA, 2001, DUPAS, 2003), até mesmo por aqueles que estiveram entre seus fervorosos defensores. Um deles, o economista Joseph Stiglitz, declarou em recente Seminário⁷, que “...existe uma conexão entre os fracassos ocorridos na América Latina e as políticas de globalização e

⁵ Há muita controvérsia sobre o número real de pessoas vivendo em situação de miséria no Brasil e, dependendo do Instituto pode-se encontrar até a cifra de 40 milhões de indigentes. Essa variação está geralmente relacionada ao conceito de miséria ou indigência assumido pelo Instituto. O indicador do IPEA foi adotado neste estudo por ser o mesmo utilizado pela Pastoral da Criança como base de cálculo para as ações de seus programas, o que dá uma certa garantia de proximidade com a realidade dos fatos, tendo em vista a experiência e a credibilidade que essa Organização Não-governamental católica desenvolveu ao longo de seus dezenove anos de atuação junto à população carente em várias regiões do país (FOLHA DE SÃO PAULO, 20/01/03).

⁶ A reportagem é sobre estudo da Fundação Seade e do Dieese que mostra a queda na renda dos brasileiros e a taxa de 18,6% da população Economicamente Ativa em São Paulo, o que equivale a 1,75 milhão de pessoas sem emprego na região metropolitana.

⁷ Seminário Internacional do Banco Nacional de Desenvolvimento Social – BNDS -, denominado *Novos Rumos do Desenvolvimento*”, realizado no Rio de Janeiro, em 13 de Setembro de 2002.

liberalização. Os fracassos refletem o consenso de Washington...” (*FOLHA DE SÃO PAULO*, 2000). Em entrevista de destaque a uma revista de circulação nacional o economista inglês afirma categoricamente que “O que ficou conhecido como consenso de Washington falhou.” (SALGADO, 2002).

Defendendo uma intervenção mais incisiva do Estado na economia, Stiglitz agora pondera que não há caminhos fáceis de sucesso no mundo moderno, mas é fundamental aos países que queiram reverter esse processo a adoção de uma política industrial que aumente a capacidade de a economia ser empreendedora e aportar capital no país que a aplica, e a regulamentação de setores mais sensíveis. Afirma que os EUA dão clara demonstração contrária ao próprio discurso de economia de mercado quando não cumprem o receituário que elaboraram, pois o governo federal daquele país é responsável por 25% do total de créditos destinados ao desenvolvimento, inclusive sob forma de patrocínio, o que caracteriza intervenção do Estado na economia e no mercado⁸.

No mesmo Seminário, Dani Rodrik, professor da Universidade de Harvard, afirmou que os três países bem sucedidos atualmente, China, Vietnã e Chile⁹, são justamente aqueles que violaram a ortodoxia ideológica do fundamentalismo de mercado. No mesmo caminho, BRESSER PEREIRA (1993) afirma que a reestruturação econômica realizada no Chile não pode ser usada como o melhor exemplo de sucesso das políticas neoliberais devido às peculiaridades presentes em matéria de privatização, gasto público e desregulação financeira. Boron vai além quando argumenta que o neoliberalismo obteve mais sucesso como ideologia de época, caracterizada por suscitar intensa adesão de amplos setores sociais, tornando-se, em pouco tempo, um inapelável senso comum da nossa época em função da manipulação ideológica provocada pelos meios de comunicação de massas do que propriamente pelo conjunto de resultados obtidos com a implementação de suas políticas que ampliaram a exclusão social e a desigualdade econômica. “O fracasso

⁸ As críticas de Stiglitz são importantes destacar e mostram uma revisão do pensamento de um ex-defensor do receituário de Washington, quando integrante da equipe do Fundo Monetário Internacional, portanto, conhecedor profundo das medidas que ajudou a implementar na América Latina (*Revista Veja*, 2002). Demonstraram um equívoco em termos de orientação econômico-financeira que continua sendo praticada mesmo em face das evidências empíricas.

⁹ Quanto ao Chile, há que se fazer uma observação: ele foi o primeiro país da região a adotar as reformas de livre mercado, nos anos 70. No ano de 1973, sob o arbítrio do General Pinochet e em consequência da radicalização da liberalização do comércio e das finanças, o setor privado daquele país sofreu uma crise sem precedentes, levando o país, em 1982, a uma reflexão profunda sobre as medidas adotadas, ocorrendo então um processo de revisão e retificação para um modelo mais flexível (PANFICHI e CHIRINOS, 2002).

econômico do neoliberalismo, nos mais diversos países da América Latina, é tão evidente como foi seu êxito no plano das idéias.” (BORON, 2001:12).

No Brasil, as conseqüências da implantação das medidas liberalizantes não trouxeram os resultados esperados, a despeito do aumento da exportação e da modernização do parque industrial, havendo, contudo, no campo social, um aprofundamento ainda maior da exclusão social, a exemplo de outros países que seguiram o “modelo tamanho único”¹⁰ de políticas econômicas.

A alternativa para minimizar os efeitos do ajuste estrutural dos anos 90, no entanto, está passando novamente por políticas que dificultam a capacidade de mobilização da sociedade civil de reagir contra o agravamento das desigualdades sociais e econômicas. Isso ocorre porque as medidas adotadas não têm o propósito de mudar o modelo de desenvolvimento e o padrão de intervenção de proteção social, amarradas que estão à ortodoxia ideológica de mercado. Ao contrário, impõem ao Estado um outro receituário de medidas que visam aumentar sua eficiência por meio do gerenciamento dos recursos públicos cada vez mais reduzidos em função da diminuição da arrecadação fiscal. São dois, portanto, os efeitos perversos das políticas neoliberais: o primeiro e mais visível está no campo das questões econômicas e sociais: desemprego, recessão econômica e exclusão social etc. O segundo, menos notório, encontra-se no campo da resistência da sociedade frente ao primeiro efeito, isto é, a sua capacidade de se organizar e se mobilizar para enfrentar em cenário remodelado política, social e economicamente (DAGNINO, 2002).

Nesse aspecto, as medidas adotadas para corrigir os efeitos das políticas liberalizantes da primeira geração de medidas ortodoxas, abrem uma brecha para a participação da sociedade, embora não possam ser consideradas como estratégia de mobilização para enfrentar todos os efeitos perversos apontados por DAGNINO op.cit., uma vez que a regulamentação dessa participação é restrita em termos de poder decisório. Esse argumento é, inclusive, usado pelos seus mentores para justificar a inclusão das ONG(s) na prestação de serviços sociais: o de que a sociedade civil deve se responsabilizar pelas questões sociais, deixando de ser esse um dever exclusivo do Estado.

¹⁰ A expressão “modelos tamanho único” para designar as políticas do modelo ortodoxo do Consenso de Washington foi emprestada de Clóvis Rossi, 2002.

1.2 A Segunda Geração de Políticas Neoliberais: enfoque na política social

O segundo conjunto de medidas adotado pelos países da região para minimizar os efeitos das políticas neoliberais, batizado pelo presidente do Banco Mundial como o “Consenso de Santiago”, originou-se da Declaração dos Presidentes dos países da América Latina e Caribe, reunidos na “*Cumbre de Santiago*”, em abril de 1998. Na carta de intenções dessa reunião de cúpula está acordado um conjunto muito ambicioso de objetivos, em matéria de reforma do setor público, judicial e financeiro. No que diz respeito à reforma do Estado, o Consenso de Santiago está centrado em cinco pontos-chave: administração pública; saúde; justiça; educação e finanças.

Em grande medida, as intenções declaradas pelos presidentes que assinaram a Carta, coincidem com aquelas contidas no Informe do Banco Mundial de 1997, que foi o primeiro a sistematizar, em forma específica, o papel do Estado no processo de consolidação das reformas econômicas (BURKY; PERRY¹¹, apud DURÁN, 2002).

Devido à relevância para este estudo serão abordados somente os aspectos principais das reformas na administração pública e no setor saúde.

Sobre as reformas na administração pública, as premissas são as de que o Estado deve ser um facilitador do mercado; concentrar-se naquilo que é essencial, ou seja, em garantir o direito à propriedade privada, à estabilidade econômica, ao controle das enfermidades, à água potável e à proteção aos mais necessitados; deve buscar construir um setor público com melhor capacidade central de formulação e coordenação política e estabelecer sistemas mais eficientes e efetivos de provisão de serviços através de medidas orientadas para o desempenho; combater a corrupção por meio de melhores regulamentações, maior transparência dos processos, supervisão e uso do mercado; promover os funcionários públicos através da capacitação-motivação, de políticas de compensação adequadas e da formação de espírito de equipe.

¹¹ BURKI, Shahid Javed ; PERRY, Guillermo E. *Más allá del Consenso de Washington: la hora de la reforma institucional. Estudios del Banco Mundial sobre a América Latina y el Caribe*, Washington D.C., 1998.

O documento ainda dá ênfase ao problema da ineficiência do Estado quando na condição de monopolista de serviços públicos, mesmo em se tratando de áreas sociais como a educação e a saúde, mas não se refere a esses termos quando trata de formulação e coordenação de políticas, o que nos leva a inferir que o planejamento das ações continua a ser pensado como atribuição privilegiada dos burocratas de nível central.

Em suma, as reformas de segunda geração confluem para a focalização dos gastos sociais ao defender a ação direta do Estado na atenção básica e na mudança nas funções estatais ao buscar uma melhor capacitação das instâncias centrais para a formulação e coordenação de políticas.

Esse novo receituário desvia a atenção dos reais efeitos das políticas do Consenso de Washington quando atribui à ineficiência do Estado e à falta de focalização das políticas públicas todo o ônus do agravamento dos problemas sociais e diminuição da arrecadação do Estado que, em última instância, deveriam ser atribuídos às conseqüências do modelo econômico adotado em décadas anteriores e aplicados em seu conjunto de maneira única a diferentes países com contextos e estágios de desenvolvimento econômico e social distintos (DRAIBE, 1990).

Há duas vertentes que tentam explicar a introdução da segunda geração de medidas para reformar do Estado. A primeira delas sugere ser, paradoxalmente, uma tentativa de “correção de caminho” traçado pelas políticas liberalizantes adotadas nos anos 80, e a segunda vê as medidas como decorrência das políticas neoliberais na medida em que o Estado “mínimo” não dispõe de estrutura para oferecer, sozinho, a proteção social universal nos moldes oferecidos pelo Estado de Bem-estar Social.

A natureza corretiva dessa reforma diz respeito ao papel do Estado no contexto das economias “não-industrializadas” em face às políticas de ajuste fiscal adotadas na década de 80 e é explicada por FIORI (1992) como uma exigência da transformação atual pela qual passa o Estado como parte da lenta e complexa construção de um novo modelo de desenvolvimento. O autor usa a expressão “paradoxo político das reformas liberais” para explicar o problema cujo enunciado pode ser resumido numa questão: como conduzir a transição de um Estado numa reforma em que ele próprio – o Estado – é o artífice principal? A resposta, segundo o autor, é a reforma de si mesmo – do Estado.

As reformas, apreendidas como necessárias e decorrentes das políticas de ajuste estrutural, apóiam-se na tese de que o Estado, tendo sido reduzido em seu tamanho e limitado em seu papel de articulador precisa se reformular. Essa reformulação visaria a sua adequação ao novo contexto e às novas funções, oferecendo proteção social seletiva à parcela da população marginalizada – os excluídos - que cresce a cada dia devido às políticas econômicas e à globalização dos mercados.

Essa perspectiva de análise é a mais difundida entre os intelectuais de esquerda que, de maneira geral, vêem a reforma do Estado como um artifício da ideologia neoliberal para moldar o próprio Estado às condições que restrinjam o âmbito de sua atuação e que o impeçam de intervir na economia do país, deixando ao mercado a regulação da sociedade (BORON, 2001; OLIVEIRA, 2001; SADER, 2001, THERBORN, 2001).

Oficialmente, a reforma do Estado de 1995, visou redirecionar as políticas públicas e implementar uma nova forma de gerir a *res* pública por meio de uma reforma administrativa que, sob o comando o ex-ministro Bresser Pereira no extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE)¹², propôs-se a promover a modernização da máquina administrativa.

No que tange à burocracia do Estado, e para alcançar o nível desejado de eficiência e efetividade nas ações, a administração pública deveria passar por uma reestruturação que implica a substituição do modelo hierárquico de estrutura pelo modelo da Nova Administração Pública (NAP). Esse novo modelo tem sido experimentado em quase todos os países de capitalismo avançado e tem como componentes fundamentais: 1) a delegação da tomada de decisão para instâncias mais próximas dos problemas; 2) orientação para o desempenho com maior ênfase no produto que nos insumos; 3) orientação para o cliente, no sentido de escutar sua opinião ou contar com sua participação; 4) orientação para o mercado através de contratos de gestão, de pessoal e da competência entre os organismos públicos (BRESSER PEREIRA, 1998).

Em outras palavras, a aproximação da decisão aos problemas implicaria a implementação da política de descentralização – que pressupõe dos funcionários uma maior

¹² O Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) foi criado na primeira gestão do governo de FHC e extinto em 1998, quando o ex-ministro Bresser Pereira deixou a pasta. As funções do MARE foram absorvidas pelo Ministério do Orçamento e da Gestão Federal, passando a ser uma Secretaria. Até o final da gestão de FHC, a Secretaria de Gestão continuava na estrutura do Ministério que ganhou o nome de Ministério do Planejamento, Orçamento e da Gestão.

responsabilidade de desempenho em função da proximidade com a clientela -, transferindo as responsabilidades do governo central para o nível municipal. A desconcentração, adotada juntamente com a descentralização, e segundo a concepção do Banco Mundial, permitiriam aumentar a autonomia das agências regionais do governo federal, assim como possibilitariam a privatização de determinados serviços.

A descentralização em si, como processo de transferência de responsabilidade e poder de intervenção com relativa liberdade de aplicação de recursos de estados e municípios, encontra consenso entre a maioria dos estudiosos em políticas de saúde no Brasil e, tendo sido contemplada pela Constituição de 1988, é reconhecida como um avanço e uma pré-condição para a viabilização do Sistema Único de Saúde. Tanto é assim que está contida entre os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 2003; BRASIL, 1990a e 199b) e encontra-se entre as diretrizes de implementação de política setorial do movimento da reforma sanitária (FLEURY, 1997; ESCOREL, 1998).

Em termos de cenário político, a recente reforma foi introduzida em um contexto democrático em que se pôde verificar uma ampla e significativa condição de contestação pública e participação política ou, como sugere KINZO (2001), foi uma reforma que ocorreu dentro de “um regime com claros contornos de uma democracia”, embora isso não signifique, em termos de reforma, uma ruptura com a antiga ordem ou consenso sobre pontos essenciais. Antigos problemas referentes à qualidade da participação do cidadão no funcionamento efetivo do processo decisório ainda permanecem presentes e constituem um sério obstáculo à democratização dos processos e da construção da agenda das políticas públicas.

Em termos de alcance, a reforma em curso pretende ser mais ampla que o das anteriormente realizadas. Ela visa dar um novo rumo ao desenvolvimento do país e a sua inserção internacional, face ao intenso processo de globalização ao qual todas as nações estão submetidas, guardadas as proporções de qualidade de participação e conseqüências do processo. E, diferente das anteriores, a reforma dos anos 90 destaca-se notadamente pelas privatizações efetivadas e pela liberalização comercial e abertura econômica sem precedentes na história da República. Essas reformas tiveram eficácia no desmonte dos alicerces da antiga ordem vigente, provocando mudanças na estrutura do aparelho estatal e

no rumo do desenvolvimento, de tal forma que qualquer perspectiva de retorno ao passado torna-se anacrônica (KINZO, 2001).

Entretanto, dentro do atual modelo, cabem diferentes estratégias de desenvolvimento, inclusive algumas frontalmente contrárias às atuais políticas implementadas, principalmente as que visam a formas alternativas de gestão pública que permitam a consecução de metas coletivas e viabilizem uma inserção do país na ordem globalizada de uma perspectiva mais ativa e determinada (DINIZ, 2001).

Cronologicamente, a reforma dos anos 90 é a terceira implementada no âmbito do Estado brasileiro e a primeira em ambiente democrático. As duas anteriores à da Nova República ocorreram sob regimes fortemente autoritários. A primeira foi efetivada durante a ditadura do Estado Novo, sob o comando de Getúlio Vargas (1930-1945), e a segunda durante o período de ditadura militar (1964-1985).

Nos dois casos anteriores, além do contexto autoritário, o ponto convergente do esforço reformador estava relacionado especificamente às questões administrativas da máquina burocrática, ao aumento do grau de centralização e hierarquia entre as várias unidades do aparelho estatal, à classificação de cargos e carreiras, à definição de órgãos normativos e fiscalizadores e à articulação entre as diversas agências do poder executivo (DINIZ, 2001).

A tradição de implementar reformas estatais sob regimes autoritários deixou marcas no campo da elaboração de políticas públicas que não podem ser ignoradas. A consolidação de uma modalidade de presidencialismo dotado de amplas prerrogativas promoveu um desequilíbrio entre o executivo e os demais poderes. A falta de espaço institucional para a interferência das forças políticas e a intolerância face ao conflito e à inoperância dos mecanismos de controle mútuos – consequência dessa centralidade – instituíram sérios obstáculos à articulação entre os poderes e à comunicação com a sociedade.

Outro traço marcante das reformas do Estado, realizadas sob regime autoritário, é a consolidação do estilo tecnocrático de gestão da economia, que reforçou a concepção de supremacia da abordagem técnica na formulação das políticas públicas (BRESSER PEREIRA; MARAVELL; PRZEWORSK, 1993 apud BRESSER PEREIRA, 1999). A valorização do saber técnico e da racionalidade da ordem econômica conduziu a uma visão da administração pública na qual a competência na formulação de políticas públicas

constitui campo exclusivo de uma elite acima do questionamento da sociedade e da classe política. A concepção de planejamento normativo que sempre permeou a elaboração das políticas públicas até a Constituição de 1998, colaborou como reforço ao estilo tecnocrático. Na área da saúde, por exemplo, a possibilidade de adoção do planejamento estratégico e participativo nos moldes propostos por autores como Mário Testa, Carlos Matus e Uribe Rivera só teve espaço após a década de 80, passando a ser referência paradigmática para os que desejam implementar formas mais democráticas de planejar ações no nível local. Mas isso só passou a ser adotado por governos locais após iniciado o processo de implementação da descentralização no setor, não coincidentemente na mesma década (RIVERA, 1989).

Paralelamente à racionalidade e à centralização do círculo decisório que ainda permeiam o universo das políticas públicas, convive a prática do clientelismo e da patronagem, configurando assim duas lógicas políticas antagônicas em termos de princípio, mas que coexistem ao sabor das circunstâncias políticas (BAQUERO, 2001, SANTOS JUNIOR, 2001). Esse legado de valores voluntaristas e personalistas há muito vem contribuindo para a formação de uma cultura política deslegitimadora da ação dos partidos, do Congresso e da sociedade civil e, de maneira geral, vem se contrapondo à implementação das propostas de controle social, inclusive a da reforma do Estado e da Constituição de 1998.

Cabe lembrar que a reforma em curso também não primou pelo aperfeiçoamento dos mecanismos sociais de controle e participação, tampouco alcançou o equilíbrio entre os três poderes na medida em que o Executivo continua gozando de amplas prerrogativas para a formulação e implementação das políticas públicas, particularmente as de cunho econômico. A excessiva edição de medidas provisórias nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso respalda essa afirmação¹³ (COUTO, 2001). A despeito de uma proposta que propõe parceria com a sociedade civil e a modernização das formas de gestão, o estilo autocrático permanece sem romper com os laços da tradição autocrática. Entretanto, não se pode negar que houve alguns importantes avanços ao longo dessa última década, fruto da mobilização de setores da sociedade civil. E embora ainda não se tenha atingido

¹³ Em estudo elaborado por Couto (2001), em que compara o número de Medidas Provisórias entre os governos Sarney, Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique, pode-se verificar que este último é recordista de edições de MP, sendo respectivamente de 147, 160, 505 e 2.609 (1º. mandato) e 2.919 (2º. mandato).

um grau efetivo de participação, o processo de democratização da sociedade e das instituições está em curso e que a inclusão na Constituição Federal de 1988 do Cap. da Seguridade Social sobre o controle social instituiu uma nova dinâmica nas relações entre sociedade civil e Estado, garantindo legalmente o acesso à informação e poderes à sociedade de interferência no campo das políticas públicas sociais. As formas e a qualidade da participação nas decisões sobre questões públicas dependem da práxis que se aprimora a cada dia à medida que amplia o controle social sobre o Estado e o mercado.

Num contexto de democracia recente, e dada a cultura das instituições acostumadas ao clientelismo e à patronagem, e à visão normativa de planejamento (quando este é realizado), a probabilidade de modificar a maneira de conduzir as decisões em políticas públicas é limitada, qualquer que seja o perfil do presidente e de seu partido (KINZO, 2001). Mas também é verdade que a vontade política de alterar esse quadro muito pode contribuir para que as mudanças efetivamente aconteçam sob uma perspectiva mais participativa e que priorize o aspecto social nas decisões. As experiências de governos locais com o orçamento participativo corroboram essa afirmação (TEIXEIRA, 2002; COHN, 2002; SOARES; GONDIN, 2002, SINGER, 2002). A decisão política de optar pelo planejamento estratégico participativo é um indicador relevante da maneira de avaliar um programa social; implica a opção de avaliar pela eficácia das ações, por exemplo, em detrimento da eficiência, o que altera fundamentalmente o foco de avaliação e direcionamento da aplicação de recursos públicos (ONOCKO, 2001).

A reforma do Estado, implementada em meados dos anos 90 pelo MARE, embora tenha rompido com a ordem vigente até então, revelou-se incapaz de realizar a ruptura preconizada por seus idealizadores, ficando muito aquém das metas estabelecidas e mostrando-se inócua para atacar em sua complexidade, os problemas responsáveis pela crônica ineficácia da ação estatal (DINIZ, 2001). Na origem das dificuldades podem ser situadas não apenas as falhas de implementação, mas também um erro de diagnóstico acerca da crise de governabilidade que ciclicamente tem afetado diversos países da América Latina, em decorrência não só das oscilações do mercado internacional, mas

também da fragilidade dos experimentos de estabilização econômica levada a efeito a partir dos anos 80¹⁴.

No Brasil, a crise de governabilidade foi percebida desde o fracasso do Plano Cruzado, no governo do presidente José Sarney, como efeito direto da sobrecarga da agenda pública e pelo excesso de pressões advindas da esfera social e do mundo da política, tendo se expressado pela paralisia decisória. De lá para cá, essas demandas sociais têm-se ampliado diante do progressivo avanço do desemprego estrutural, do aumento da violência urbana e rural, da criminalidade e da carência no atendimento às necessidades mínimas na área da saúde e da promoção social. Têm crescido também as demandas provenientes dos setores organizados da sociedade, e por vezes minoritários, que conseguem, através de suas entidades representativas, elevar o *status* de suas reivindicações à agenda de políticas públicas.

Cada vez mais crescentes e diversificadas, as demandas provenientes dos interesses sociais fragmentados levam a uma incapacidade de resposta simultânea do Estado a essa gama de exigências, o que caracteriza, na concepção de HABERMAS apud CASTELLS (1999), uma “crise de legitimação”. E é no intuito de superar tal crise que os Estados buscam a sua reconstrução (FIORI, 1992) e descentralizam parte de seu poder para poderes locais/regionais (CASTELLS, 1999), ou ainda recorrem a parcerias com a sociedade civil (CARDOSO, 2002).

Na teoria de CASTELLS (op.cit.) a transferência de poder central para os demais níveis decorre de duas tendências convergentes: melhoria da capacidade de manifestação das identidades das minorias em nível local/regional e liberação dos governos nacionais para concentrar-se na administração dos desafios impostos pela globalização da riqueza, da comunicação e do poder, permitindo aos escalões inferiores tratar das questões do dia-a-dia. Há que ressaltar que a tendência de melhor expressar as identidades das minorias no processo de descentralização não tem sido acompanhada pela recíproca capacidade do

¹⁴ O caso da Argentina é exemplar no que diz respeito às conseqüências do modelo de ajuste fiscal e estabilização da moeda, que levou o país à mais séria crise de governabilidade já experimentada por aquela nação, com a renúncia do presidente Fernando De la Rúa logo após a sua posse e sucessivas tentativas de manter um outro presidente no cargo até a renúncia do ex-presidente Menen e a eleição de Néstor Kirchner em 2003.

poder local/regional em atender às respectivas demandas geradas pelos movimentos de expressão das necessidades particulares. As análises mais recentes sobre o processo de descentralização na saúde e a construção do SUS mostram que os municípios ainda enfrentam grandes dificuldades de dar respostas aos problemas locais de prestação de serviços à população devido à limitação de recursos financeiros imposta pelo governo federal, à pulverização de verbas distribuídas em um cem número de mecanismos para a sua liberação, à fragmentação de programas e à falta de capacidade técnico-administrativa e de recursos humanos nos níveis locais (BRASIL, 2002).

Paradoxalmente ao que apregoa o pensamento neoliberal, o que se observa no atual processo de reforma não é propriamente o enfraquecimento do Estado, ou uma versão de Estado minimalista, mas o seu fortalecimento pela concentração de poder do Executivo, enfraquecendo os suportes institucionais da democracia, configurando-se uma crise de governabilidade decorrente do desequilíbrio entre “...uma hiperatividade decisória e uma fraca capacidade de implementação das políticas.” (DINIZ, 2001:19).

A incapacidade de implementação de políticas se agravou com a primeira onda de reformas liberais, centrada no corte de gastos e de pessoal, acentuando a já deficiente capacidade de o Estado garantir o acesso universal dos serviços públicos à população. A segunda geração de reformas, que inclui a reforma administrativa, visa solucionar o problema da falta de capacidade de implementar as políticas públicas e, em última instância, dar respostas à sociedade a fim de garantir a governabilidade (BRESSER PEREIRA, 1998). O processo de descentralização das ações no nível local, as terceirizações e as parcerias com o Terceiro Setor – elementos essenciais da reforma do Estado – apresentam-se como estratégias para alcançar a governabilidade num contexto em que, simultaneamente, aumentam as demandas sociais e diminuem os recursos públicos para atendê-las, sejam eles de origem fiscal e/ou de capacidade instalada e competência técnica. Não se pode esquecer que muitas dessas demandas surgiram recentemente devido à incorporação de uma série de novos direitos alcançados pelos cidadãos e que o investimento governamental nas instituições produtoras de bens e serviços sociais não tem sido proporcional às necessidades demandadas.

Posto dessa forma, e considerando que as demandas sociais têm aumentado em termos de volume e ampliado em consequência de direitos adquiridos com a nova

Constituição, as dificuldades de implementação de programas e de responder às expectativas da sociedade têm sido descentralizadas do governo federal para os governos municipais - responsáveis em maior grau pela prestação dos serviços públicos – e para a sociedade civil (CASTELLS, 1999). Cabe ponderar sobre a capacidade de os municípios e a sociedade civil arcarem com essa incumbência e a respeito de quais as efetivas garantias de que o Estado vá atribuir recursos e mecanismos ágeis de repasses que suportem as atividades descentralizadas para os municípios e publicizadas para o terceiro setor.

1.2.1 O papel da Descentralização na Reforma Administrativa do Estado

A descentralização é uma das principais estratégias de mudança relacionadas à gestão das políticas públicas ocorridas na década de 90. Até esse período, a estrutura do sistema de proteção social no Brasil estava centralizada no governo federal e, a partir de então, passou a ser transferida aos níveis estadual e municipal de governo. Há, no entanto, expressiva variação no alcance da descentralização promovida nas diferentes áreas que compõem o conjunto das políticas sociais, assim como há diferentes graus de assunção das funções em cada uma delas pelos estados e municípios da federação (ARRETCHE, 2000).

Ao analisar o processo de descentralização nas políticas sociais brasileiras, a referida autora afirma que, embora alguns estudos apontem um aumento do gasto efetivo no campo específico das políticas sociais nos anos 80 (AFONSO; SENRA, 1994; AFONSO, 1995; MÉDICE, 1994 apud ARRETCHE, 2000), mostrando uma significativa elevação do gasto social nos governos estaduais e municipais, contrapondo-se à redução do gasto da União no mesmo período, esses, geralmente apresentados de forma agregada, não são suficientes para identificar a natureza da ação dos governos e não podem ser usados isoladamente como base para afirmar que a gestão das políticas públicas esteja efetivamente sendo assumida por esses níveis de governo.

Em outras palavras, o registro isolado de gasto de um estado ou município não significa que a descentralização da gestão - entendida como a efetiva assunção das funções de gestão nos níveis estadual e municipal, com distribuição de poder e responsabilidade

entre os três níveis de governo -, esteja de fato ocorrendo¹⁵. O processo de descentralização pressupõe mais que a indicação de gasto numa determinada área de ação; implica a existência de competência para a implementação de programas sociais a qual requer capacidade técnica institucionalizada no estado ou município, com estrutura administrativa e de recursos humanos que garantam a continuidade do fluxo de um dado bem ou serviço (idem).

Dentro dessa perspectiva, a autora conclui que a descentralização da gestão das políticas públicas não poderia ocorrer apenas em decorrência da aprovação da Constituição de 88, que transfere recursos financeiros para estados e municípios, mas não transfere as correlatas atribuições. A Constituição da Nova República promoveu uma descentralização fiscal que permitiu significativa transferência de recursos e de poder de taxaçaõ para estados e municípios, sem que houvesse concomitantemente um pacto de redefinição de funções na área social capaz de estabelecer um conjunto minimamente equivalente de atribuições.

Apesar da falta de explicitação sobre a redefinição de papéis, no início dos anos 90, já era perceptível pelos diferentes setores da sociedade que não era mais possível que o governo federal continuasse a desempenhar as funções que cumpria quando da vigência do Estado desenvolvimentista e que, como decorrência natural do processo de democratização e descentralização fiscal, estados e municípios passassem a assumir tarefas de gestão das políticas sociais.

O grau de sucesso da descentralização nos estados e municípios da federação é variável e está "...diretamente associado à decisão política pela implementação de regras de operação que efetivamente incentivem a adesão do nível de governo ao qual se dirigem..." (ARRETCHÉ, 2000:53), pouco importando o grau de cultura cívica - filiação e participação em associações civis -, como afirma PUTNAM (1993) ou a condição de riqueza do estado ou município.

No processo de descentralização, dentre as áreas que compõem o conjunto das ações sociais de governo analisadas por Arretche, a área de saúde é a que apresenta as mais altas

¹⁵ Isso vale principalmente para o Brasil, pois há inúmeros casos em que o percentual de gasto relativo à verba vinculada a uma determinada área pela Constituição de 1988 é computado como tal na prestação de contas, mas é utilizado para pagar faturas de outras rubricas.

taxas de adesão. Em janeiro de 1997, 58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados na NOB01/93 (BRASIL, 1993). A NOB01/96, chamada de “norma da gestão”, institui um conjunto de atribuições aos três níveis de governo, redefinindo as funções na área da saúde oito anos após a descentralização ter sido aprovada como princípio constitucional (BRASIL, 1996). Ela estabelece diretrizes para o processo de regionalização da assistência; para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualiza os critérios para a habilitação de estados e municípios. A NOAS 01/01 (BRASIL, 2001a) tem o propósito de regulamentar as duas formas previstas na NOB 01/96, estabelecendo os critérios mínimos para a habilitação dos municípios (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) e dos estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual).

Dados de um levantamento realizado até maio de 2001 mostram que 161 municípios, correspondentes a 25,04% do total, estão habilitados na Gestão Plena do Sistema; 482, equivalentes a 74,7%, estão sob a gestão Plena da Atenção Básica e que apenas dois municípios, correspondentes a 0,3% dos 645 existentes no estado de São Paulo, encontram-se sem habilitação (BRASIL, 2001b).

Ao contrário, a publicização que vem sendo duramente criticada no setor, a descentralização na saúde encontra consenso entre os estudiosos da política setorial, que vêem na transferência de poderes e responsabilidades para estados e municípios uma estratégia ímpar de alcançar níveis mais eficazes de implementação de programas de saúde voltados para a resolução de problemas específicos de cada região, considerando as particulares condições socioeconômicas e culturais da população alvo dos programas e os indicadores de saúde locais, logrando mais êxito na intervenção da atenção à saúde (COHN, 2002).

À guisa de concluir este Capítulo, que teve como objetivo apresentar o caráter das reformas do Estado pôde-se observar que as primeiras medidas visaram o ajuste fiscal e o corte nos gastos sociais, enquanto o conjunto de medidas que compõem a segunda geração de reformas traz em seu bojo a focalização das ações do Estado naquilo que é presumido como essencial ou básico (fornecimento de água potável, atenção à saúde de nível primário, garantia do direito à propriedade etc.), implicando o repasse para a sociedade e/ou para o

mercado de todas as demais atribuições que eram características de um Estado de natureza de Estado de Bem-estar Social, ou seja, de Estado provedor.

Nesse processo de mudança do papel do Estado, a descentralização ganha novos contornos, perdendo o seu caráter original que é o de transferir aos níveis estadual e municipal a responsabilidade pela gestão das políticas sociais. Na vigência plena do Estado gestor a descentralização das funções consideradas não essenciais é repassada à sociedade, mudando significativamente o caráter dessa estratégia.

CAPÍTULO II

AS BASES DA REFORMA PARA O SETOR SAÚDE

A reforma do Estado e da administração pública proposta pelo MARE baseia-se no modelo de administração gerencial voltado para melhorar o atendimento aos cidadãos e a eficiência do serviço público, o que implica, segundo a lógica que a fundamenta, instituir uma nova maneira de pensar o espaço de ação pública. É essa a base de fundamentação teórica do projeto de reforma do Estado em processo de implementação (BRASIL, 1995).

Tradicionalmente, o espaço de desenvolvimento de ações na sociedade esteve condicionado entre dois referenciais diametralmente distintos e opostos: o público – referente àqueles serviços prestados pelo setor público estatal -, e o privado – os serviços prestados com a finalidade de obtenção do lucro. No espectro dessa perspectiva dicotomizada de espaço foram consideradas as reformas para as áreas sociais no Brasil, cujas premissas haviam sido instituídas pela Constituição de 1988. E sob essa concepção foram formuladas as políticas setoriais para a educação, a cultura, a saúde e para a previdência social. O texto constitucional pressupõe apenas dois tipos de instituições prestadoras de serviços de saúde: as públicas-estatais - responsáveis pela prestação da assistência integral à saúde do cidadão nos níveis primário, secundário e terciário -, e as filantrópicas e privadas formando um outro bloco de instituições destinadas a prestar serviços de saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde –SUS-, mediante celebração de contrato de direito público ou convênio, com preferência para as entidades sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, §1º. do art. 199). Nesse contexto, que continua vigendo para fins de convênios e contratação de serviços de diagnóstico e tratamento, as entidades filantrópicas e as organizações sem fins lucrativos, de maneira geral, foram consideradas como integrantes da esfera privada, dentro do entendimento de que tudo o que

não é público-estatal é privado. As razões que permitiram essa simplificação na classificação são atribuídas ao pensamento clássico liberal que levou à fundação do Estado moderno no qual a esfera privada corresponde à esfera da sociedade em que se realizam os interesses individuais, e o do Estado, o espaço onde se desenvolvem os assuntos de caráter público, separando assim o Estado da sociedade (GERSCHMAN, 1995). As organizações sociais e filantrópicas, por essa lógica, foram colocadas no espaço de atuação da sociedade, portanto, no âmbito do privado até que novas concepções surgissem para refinar esse pensamento e subdividir a esfera pública em pública-estatal e pública não-estatal.

Sustentada na nova concepção de esfera pública, a reforma do Estado foi projetada e as políticas formuladas com base na implantação de dois novos modelos organizacionais: as Organizações Sociais – OS(s) -, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – as OSCIP(s). As reformas na área da saúde e da promoção social foram as que mais avançaram nesse sentido, passando a ser implementadas no âmbito da esfera pública ampliada. As **parcerias** com setores da sociedade civil, mais precisamente com OSCIP(s) foram regulamentadas para a área da assistência social e os **contratos de gestão** com as OS(s) na área da saúde foram as estratégias encontradas para colocar em prática essa orientação (BRASIL, 1998).

A reforma implementada insere-se num contexto de redefinição do papel do Estado, em que este

“...deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens de serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.(...) desse modo, o Estado abandona o papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se entretanto no papel de regulador e provedor e promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano. Como promotor desses serviços o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade.” (BRASIL, 1998: 9).

No espectro da reforma do Estado, a estratégia para alcançar o propósito de transferir a execução de serviços públicos passa pela publicização¹⁶ das atividades

¹⁶ O conceito de publicização foi difundido a partir dos documentos da Reforma do Estado, editados pelo MARE em 1995. Porém, este termo já havia sido utilizado por Luiz Eduardo Wanderley em 1987 em um

classificadas como não exclusivas da esfera estatal de forma que essas possam ser absorvidas pelo setor público não-estatal. No Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995), foram distinguidos quatro setores estatais, em relação aos quais se elaboram diferentes diagnósticos e proposições. São eles:

- O Núcleo Estratégico, que corresponde aos Poderes: Legislativo, Judiciário e Executivo e ao Ministério Público. Trata-se do governo, em sentido amplo. Esse Núcleo Estratégico cria leis e define políticas públicas e cobra o seu cumprimento pelas demais instâncias;
- As Atividades Exclusivas, não delegáveis, em que só o Estado pode prestar serviços. Incluem atividades de Estado que envolve a regulamentação, a fiscalização e o fomento;
- Os Serviços Não-Exclusivos são relativos à produção de bens e serviços em setores em que o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como o da educação, da saúde.
- A Produção de Bens e Serviços para o Mercado, que corresponde à área de atuação de empresas estatais do segmento produtivo ou do mercado financeiro. Caracteriza-se pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho de Estado, como por exemplo, o setor de infra-estrutura.

Entre os dois extremos, a área de exclusividade do Estado e a de atribuição do Mercado encontram-se as atividades social e científica, que envolvem o poder de Estado, mas prescindem da presença deste para a sua realização. Incluem-se nessa categoria as escolas, as universidades, os centros de pesquisa científica e tecnológica, as emissoras de Tv e rádio educativas, os serviços de saúde etc.

O financiamento dos programas sociais, em grande medida, continuaria sendo responsabilidade do Estado, mas a nova política abre a possibilidade de obtenção de subsídios diretos provenientes da sociedade civil como doações de particulares e de

texto no qual o autor trazia ao debate público naquele momento, alternativas de organização jurídico-institucionais para a superação da polarização público-privado no âmbito das Universidades (Wanderley, 1987 apud RAICHELIS, 2002).

empresas¹⁷. O que está em jogo é em que proporção o Estado manterá a sua participação no financiamento dos programas sociais se a orientação de publicizar e contratar gestores da sociedade civil busca atingir a totalidade dos hospitais públicos. Qual a garantia de continuidade do financiamento das Organizações Sociais se os hospitais públicos estatais vêm, há muito, sofrendo com a crônica falta de recursos? O mesmo processo de desmantelamento pode acontecer com os serviços publicizados. Nesse caso, que mecanismos poderiam impedir o sucateamento do patrimônio público cedido a organizações sociais para desfrute da produção de bens e serviços de saúde?

Pela experiência, não bastam leis para regulamentar um processo avaliativo das condições de oferta e realização de ações de saúde; é preciso haver controle social efetivo e continuado que evite uma situação de insolvência (VOLPI, 2000). O modelo de parceria através de contratos de gestão, como veremos mais adiante neste trabalho, parece mais factível de controle pela possibilidade de avaliação das metas para a renovação anual dos mesmos. Esse requisito tende a antecipar situações críticas de interrupção das atividades por falta de condições operacionais. Mas só esse mecanismo não é suficiente, pois não basta constatar a crise, é necessário intervir para a sua superação e, nesse aspecto, a atuação sistemática dos conselhos de saúde, colegiados externos à instituição, poderia contribuir no sentido de fazer cumprir os preceitos legais.

Os programas de publicização e de privatização foram os que ganharam maior ênfase nas últimas duas gestões presidenciais, sendo colocados em prática imediatamente após a legalidade do processo ter sido alcançada. Os processos de privatização das estatais do setor de energia elétrica e siderurgia foram os mais polêmicos, alguns realizados sob intensos protestos e manifestações explícitas de repúdio, e efetivados em sua maioria mediante ações judiciais, como mostram as notícias veiculadas pela imprensa na época e as análises posteriores¹⁸.

¹⁷ O mecanismo de doação da sociedade civil para projetos sociais governamentais não era possível até edição dessa nova política, sendo que as contribuições somente eram feitas indiretamente através de projetos de empresas e fundações. O programa de publicização permite essa abertura que, se não resolve a questão do financiamento dos programas sociais, auxilia na resolução de pequenos problemas do cotidiano, com a formalização das doações.

¹⁸ A privatização dos Bancos estatais e a das empresas distribuidoras de energia foram as que causaram maiores protestos entre os brasileiros e as análises feitas por especialistas, assim como o racionamento de energia imposto à população indicam que houve falta de planejamentos e precipitação nos processos (FOLHA DE SÃO PAULO, 20/05/01).

As conseqüências das privatizações das empresas estatais e o impacto do programa de publicização e de parcerias foram, até o momento, pouco estudados, mas algumas análises indicam que os principais problemas dos respectivos setores não foram resolvidos como previam os defensores dessa medida. Por exemplo, as evidências empíricas mostram não ter havido qualquer investimento no setor energético após a privatização das empresas distribuidoras de energia elétrica no País e o endividamento de algumas junto aos órgãos financiadores da venda como o Banco Nacional de Desenvolvimento Social – BNDS - aumentou em função do não pagamento das parcelas pactuadas¹⁹.

Sobre o processo de privatização (venda de empresas públicas para a iniciativa privada), no contexto das políticas neoliberais, OLIVEIRA (2001) ressalta que, no Brasil, esse mecanismo funcionou como uma forma de entregar o patrimônio público à iniciativa privada, visto que o preço pago, na maior parte dos casos feito em “moeda podre”, não correspondeu aos custos reais das empresas estatais.

Se a despeito das críticas e da avaliação *ex post* a estratégia da privatização foi considerada pelos seus propositores como um êxito em termos de implementação de política, a publicização, por seu lado, não avançou tanto quanto o esperado. E como aponta o estudo sobre o balanço da reforma do Estado no Brasil apresentado em Seminário de Balanço da Reforma, havia somente 50 organizações sociais qualificadas no âmbito estadual e 07, no governo federal, número avaliado como uma implementação aquém do originalmente pretendido e tímido diante das expectativas de seus idealizadores (AFONSO, 2002.).

Cabe destacar que essa política também sofreu consistentes críticas, provenientes de vários segmentos da sociedade, inclusive do Conselho Nacional de Saúde e seus congêneres nos estados, mas elas vieram basicamente da intelectualidade e dos trabalhadores do setor, visto se tratar de um processo mais refinado de privatização e envolver aspectos administrativos e políticos só perceptíveis por iniciados.

¹⁹ No caso da empresa norte-americana AES, que possui 75% do capital da AES Tietê e 77,8% da Eletropaulo, a dívida acumulada desde que foi privatizada em 1998 supera os R\$ 6,2 bilhões, e não foi saldada dentro dos prazos estabelecidos, não por da falta de recursos para honrar os compromissos assumidos, mas devido à remessa de dividendos das filiais para a matriz americana. (NASSIF, 2003). No que tange aos compromissos com os consumidores e à eficiência na gestão, os episódios do “apagão” de 2001 e o aumento nas tarifas são fatos que demonstram o contrário, uma vez que houve uma elevação de 174,17% nas tarifas residenciais de 1995 a 2002, enquanto a inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Ampliado – IPCA -, no mesmo período, foi de 101% (BALBI, 2003). A re-estatização de algumas delas já está sendo cogitada em face da persistência da inadimplência junto ao BNDS (SANTOS, 2003).

2.1 O Programa de Publicização da Reforma do Setor Saúde

A publicização é o meio pelo qual o setor público estatal transfere para o não-estatal “...a produção dos serviços competitivos ou não exclusivos de Estado, estabelecendo-se um sistema de parceria entre o Estado e sociedade para seu financiamento e controle.” (BRASIL, 1998: 9).

Enquanto a publicização se dá no âmbito das atividades não-exclusivas ao Estado a privatização tende a se consolidar naquelas áreas em que a concorrência do mercado na produção de bens e serviços visa a ampliação da oferta e melhora da qualidade dos mesmos. A privatização das empresas fornecedoras de energia elétrica, das ferrovias, de bancos estatais etc., enquadra-se nesse segmento. Bresser afirma que “... há um relativo consenso de que é necessário privatizar – dada a crise fiscal – e conveniente privatizar, devido à maior eficiência e à menor subordinação a fatores políticos das empresas privadas.” (BRESSER PEREIRA, 1998: 98). Continua ressaltando que o único setor da produção de bens e serviços para o mercado, sobre o qual pode haver dúvidas legítimas acerca da conveniência de privatizar, é o dos monopólios naturais.

O consenso sobre a necessidade e a conveniência de privatizar empresas públicas, principalmente as estatais lucrativas, não existe e essa tese não é aceita como verdade universal, tampouco como única alternativa na redefinição do papel do Estado. Existem autores, inclusive, que discutem a necessidade de se redefinir o papel do Estado e focalizar sua intervenção em determinados setores. De acordo com SODRÉ (1999), a intervenção do Estado, nos países mais avançados no desenvolvimento capitalista, é concreta, mas tem sido sonogada ao conhecimento dos brasileiros e a simples estatística pode mostrar como as despesas do setor público cresceram nas últimas décadas. Nos Estados Unidos, as despesas do setor público passaram de menos de 10% no início do século XX, para 37% em 1980, o mesmo ocorrendo na Inglaterra. Na Alemanha, o monopólio estatal em setores tradicionais, como as ferrovias, assim como setores de ponta como o das telecomunicações é ainda mantido, contrariando a orientação de privatização que tanto se exige dos países em desenvolvimento (SODRÉ, 1999).

A controvérsia sobre a necessidade de se reformar o Estado ainda existe, mas as evidências empíricas mostram que devido a uma situação global de mudança de cenário

político e econômico nas sociedades capitalistas avançadas e em desenvolvimento e de grandes transformações sociais decorrentes das conseqüências da própria mudança de cenário e do processo de democratização na América Latina que inclui a emergência dos movimentos sociais e suas demandas, há necessidade premente de se repensar o papel do Estado e buscar alternativas diferentes daquelas propostas pelo neoliberalismo e pelo modelo de estado desenvolvimentista que prevaleceu até meados do século XX. Esse relativo consenso está presente na fala de autores de diferentes linhas de pensamento (POSSAS, 1996; BRESSER PEREIRA, 1999; CASTELLS, 1999; IANNI, 1995) e, é claro, de forma exacerbada entre os defensores do neoliberalismo, visto que a reforma do Estado é o meio pelo qual pretendem reduzir ao extremo o seu tamanho e o seu poder de interferência sobre o mercado.

2.2 A Privatização e a Publicização na Saúde

A privatização, com suas inúmeras formas de implementação, é um processo do qual as reformas administrativas ocorridas nos anos 90 têm se utilizado como estratégia privilegiada de ação para aumentar a oferta de serviços sociais à população, em face ao aumento da demanda por serviços e bens públicos e à redução do aporte financeiro disponível para as despesas sociais, tendo em vista a continuidade do ajuste fiscal imposto pelo FMI e Banco Mundial e o aumento dos custos das atividades relacionadas ao cuidado com a saúde (TAMEZ; EIENSCHUTZ; BODEK, 1996; POSSAS, 1996; POLANCO, 1996; FLEURY, 1996).

As concepções de privatização e suas variantes mais refinadas, utilizadas nas reformas atuais, particularmente no setor saúde, são importantes de serem explicitadas na medida em que há muita controvérsia sobre o significado do termo.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, a concepção de privatização merece aprofundamento visto ser um conceito usado como contraponto da publicização, apreendida como um processo que mistura o público-privado e que é a viga-mestra do projeto de reforma da Administração do Estado – nosso objeto de estudo.

Genericamente, a privatização é entendida como um processo mediante o qual um conjunto de relações de produção, controladas e dirigidas pelo Estado, passa para as mãos de particulares (POLANCO, 1996).

No atual contexto de reformas, esse processo de transferência de bens públicos para o setor privado é explicado pela necessidade de alcançar um aumento de produtividade e/ou eficiência na prestação de serviços públicos, comumente taxados como ineficientes e caros. Para o neoliberalismo, a privatização é considerada como *desideratum* para sanear qualquer tipo de economia e vem sendo adotada nos últimos vinte anos em diversas economias com as mais variadas formas de operacionalização, na dependência do grau de resistência ou da permeabilidade que essa política encontra no âmbito do Estado da sociedade que a adota.

O debate sobre a privatização na saúde ganhou evidência no calor dos programas de ajuste e mudança estrutural da primeira geração de reformas, mas é com o segundo conjunto de medidas, que inclui a reforma do Estado, que esse fenômeno passou a ter maior relevância e é apresentado de uma forma mais sutil ou seletiva como classifica LAURELL (1996), sendo ainda bastante controversa a sua classificação como uma forma propriamente dita de privatização. BRESSER PEREIRA (1998) distingue os dois processos, concebendo a privatização em sua forma clássica – venda ou transferência definitiva de bens públicos para o setor privado, enquanto a publicização é um processo de cessão temporária e não implica no repasse de bens públicos a particulares.

A privatização é, segundo POSSAS (1996), o argumento principal dos adeptos da teoria da *public choice* como Birdsall e James (1992), usado para justificar a necessidade de concentração dos recursos sociais nas camadas mais pobres da população (focalização), alegando que essa medida restringe a utilização de recursos públicos a grupos sociais de maior poder aquisitivo que, normalmente, dispõem de maior poder de pressão sobre o Estado. Ao contrário, segue a autora, a privatização da produção de bens e serviços de saúde dirigidos à população que, teoricamente, pode pagar por eles e o conseqüente aumento da focalização de recursos públicos em programas dirigidos aos mais pobres implica uma redução das despesas públicas diretas devido à ausência de instrumentos políticos de pressão desse último segmento da população.

A estratégia da privatização, também compartilhada pelo Banco Mundial, tende a aumentar os gastos públicos e não diminuir conforme o postulado, visto que os prestadores

de serviços privados, em muitos países da América Latina, são altamente subsidiados pelo governo e a contrapartida da eficiência e da qualidade dos serviços prestados está por ser verificada. Os planos de saúde privados no Brasil gozam de subsídios indiretos quando são declarados no imposto de renda dos contribuintes e estão entre os campeões nacionais de reclamação nos serviços de proteção ao consumidor. Além dos custos para os cofres públicos e a baixa qualidade no atendimento, a categoria da eficiência também não fica atrás, pois se estima atualmente que, de cada três empresas do segmento, uma apresenta situação financeira desastrosa e as outras duas arriscam fechar o ano de 2002 no prejuízo, dado que por si não as qualifica como modelos de eficiência de gestão (GASPARI, 2003).

Para autores como LAURELL (1992); YERO (1991) e EIBENSCHUTZ, (1991), existem duas modalidades de privatização: a) a direta, que se encaixa no modelo que aqui denominamos de clássico; b) a indireta, na qual são incluídas diferentes formas de incentivo ao fortalecimento do setor privado em detrimento do público, tais como: a introdução de cotas para pagamento de serviços anteriormente oferecidos gratuitamente, a gestão privada de bens públicos, o fortalecimento do setor privado frente ao público mediante incentivos diversos, a sub-contratação de serviços, e a administração de fundos públicos pelo setor financeiro e bancário privado. A este último tipo de privatização denominamos uma variação refinada ou sutil.

Avançando um pouco mais, TAMEZ; EIBENSCHUTZ e BODEK (1996), entendem que a privatização no sentido estrito refere-se a um processo de venda de serviços e ativos do setor público para o privado, no qual prevaleça a lógica do setor privado, entendida como acumulação de capital e obtenção de lucros. Mantida a lógica da obtenção de lucro, os processos de gestão privada de bens públicos e as diferentes formas de administração ou financiamento não podem ser incluídos na categoria de privatização, embora constantemente o sejam.

Seguindo uma linha próxima de pensamento, LAURELL (1996), insiste em que o debate sobre a privatização na saúde apresenta-se ainda confuso por várias razões, uma das quais diz respeito à falta de politização que remete as discussões ao plano das questões técnicas, como a de eficiência. Continua ressaltando que este deve ser remetido à questão conceptual a respeito de como o Estado deve manejar a economia e satisfazer as necessidades sociais, garantindo aos cidadãos os direitos sociais conquistados. Outra razão

da confusão diz respeito ao que é privado, visto que são encontradas inúmeras formas de se oferecerem serviços de saúde fora do âmbito estatal e a maneira como o Estado se relaciona com elas no intuito de serem correspondentemente diferenciadas.

Para distinguir os níveis de privatização e diferenciá-los dos processos anteriores é preciso esclarecer o que se entende por privatização em duas abordagens: a) fazendo uma aproximação com o conceito de mercantilização; b) analisando a sua lógica, isto é, a que interesses e forças esse processo obedece, que atores mobiliza e que ação estatal é necessária para impulsioná-lo.

A privatização é uma questão técnica do pensamento neoliberal que se desprende do seu postulado sobre o mercado como o melhor mecanismo para a assimilação de percursos (FOXLEY, 1988; GUILLIIN, 1992 apud LAURELL, 1996). Para que as forças do mercado possam entrar em jogo, é preciso que os bens produzidos sejam mercadorias. Um dos argumentos que justificam que os benefícios sociais sejam mercantilizados é o de que são bens apropriados, ou seja, consumidos individualmente por pessoas privadas. Como algumas pessoas consomem mais serviços que outras – no caso, serviços de saúde –, instala-se uma situação de injustiça quando os serviços são públicos.

Nessa linha de raciocínio, estaria caracterizada uma situação de apropriação desigual dos bens públicos e o justo seria que cada um pagasse pelos serviços que consumisse, ficando a cargo do setor público somente os serviços dos quais todos se apropriassem de maneira igual, ou seja, coletivamente.

A mercantilização dos serviços de saúde é a condição básica necessária para a privatização e sem a qual a mesma não tem sentido. A única forma de privatização que não depende da mercantilização como condição seria aquela em que o cuidado com a saúde é realizado fora do nexó mercantil, ou seja, privatizada no âmbito da família como autoconsumo, como o cuidado que se dispensa a alguém doente em casa e que não envolva remuneração.

Cabe uma ressalva sobre a adequação do termo à especificidade de cada caso, pois no Brasil a remercantilização seria mais adequada, visto que a mercantilização aqui não significa exatamente uma novidade (COHN, 1981; CORDEIRO, 1980; FLEURY, 1989), embora as tendências de privatização se apresentem sob novas formas que podem ser separadas em quatro campos distintos, a saber: a) o da produção de serviços; b) o do

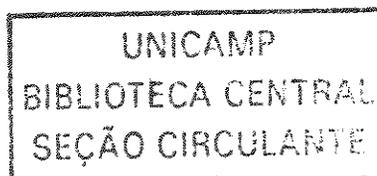
financiamento; c) o da regulação; d) o da produção de insumos e equipamentos (fármacos, equipamentos de diagnóstico e tratamento).

Analisada sob essa tipologia de inserção no mercado da saúde, a privatização que o programa de publicização impõe, embora mais sutil na forma de apresentação (não implica a venda de bem público) mostra-se mais agressiva na sua efetivação. Essa modalidade não se concretiza num único ato, ao contrário garante para o setor privado sem fins lucrativos uma forma de terceirizar a produção de serviços de saúde dispensando a concorrência com outras instituições, tanto na oferta de serviços produzidos quanto na disputa pelo financiamento.

COHN analisa que a privatização inaugurada com a terceirização dos serviços de saúde para as organizações sociais é, no mínimo, peculiar, se analisada sob o aspecto dos pressupostos do neoliberalismo. Esses preconizam a abertura do mercado e a lógica da concorrência para justificar a privatização de serviços nos setores que não desenvolvem atividades exclusivas de Estado. Na privatização por meio dos contratos de gestão, "...o mercado continua sendo protegido para o setor privado, na medida em que continua havendo subsídio de custos (...), fazendo com que o que for privatizado não tenha que correr riscos de mercado." (COHN, 1999:4). O exemplo mais evidente desse tipo de privatização continua a autora, foi o PAS em São Paulo, que teve todas as garantias e benesses de uma cooperativa, mas foram, efetivamente, administradas no sentido oposto - sua administração seguiu as regras de uma empresa privada -, e tinham receita garantida pelo Estado, não necessitando se preocupar com a concorrência do mercado.

As novas formas de privatização e de mercantilização no setor não estão sendo efetivadas despretensiosamente, pois a saúde representa a principal atividade em expansão de crescente importância econômica no mercado atual, tendo sido incluída pela primeira vez na pauta de discussão da Organização para o Desenvolvimento Econômico e Comercial - OECD - no ano de 1997 (RICUPERO, 1997).

É com base no grau de desmercantilização dos benefícios sociais que ESPING ANDERSEN (1990) classificou os distintos modelos de Estado de Bem-estar Social: o liberal, representado pelos EUA, no qual os serviços médicos nunca foram retirados do mercado; o social-democrata, que tem alto grau de desmercantilização por pertencer ao



âmbito do público e estar articulado de forma indireta com o mercado por meio dos insumos e equipamentos médico-hospitalares.

É preciso ressaltar que é equivocada a idéia de estabelecer relação entre o grau de desmercantilização, o tamanho do setor público estatal e o grau de intervenção estatal, já que o Estado desempenha papel central tanto na constituição como na perpetuação dos distintos modelos de bem-estar (LAURELL, 1996). E dessa forma, o foco central da discussão deixa de ser mais ou menos Estado e passa a ser mais ou menos público ou mais ou menos privado. Em outras palavras, a questão central é a que distingue as dinâmicas que resultam na saúde como bem público ou como mercadoria, uma vez que essa categoria condiciona inevitavelmente a uma lógica de estruturação do sistema de saúde e da elaboração de políticas públicas para o setor. A lógica da desmercantilização dos benefícios sociais está ligada a uma concepção universalista de acesso aos serviços de saúde, enquanto a concepção de condicionamento do acesso por mérito implica a condição de bens sociais mercantilizados.

A concepção de direitos sociais ao não condicionar o acesso ao mérito desvincula-o da mercantilização da força de trabalho, na medida em que pressupõe condições dignas de vida às pessoas independentemente de sua condição de trabalho. O pensamento liberal postula o contrário, que os benefícios sejam correspondentes ao mérito, que na prática é o trabalho remunerado; somente aquele que vende a sua força de trabalho tem direito a usufruir os benefícios sociais (LAURELL, 1996).

A *priori*, a idéia de privatização da saúde não é socialmente desejável porque pressupõe que a produção de serviços esteja no âmbito de obtenção de lucros. Afora radicalismos excessivos - chamados por LOPEZ ACUÑA apud LAURELL (1996) como jacobinismo sanitário -, é preciso defender a saúde como de âmbito público e de realização como direito dos cidadãos, embora se reconheça que essa posição muitas vezes impede a elaboração de uma análise mais ampliada e a busca de soluções que incluam a participação do setor privado nas questões públicas. Essa simplificação e essa radicalização levariam a análise a desconsiderar, de antemão, a necessidade de se buscarem novas alternativas para o setor saúde que incluíssem um modelo tipo “mix público-privado”, desconsiderando, por conseguinte, o direito de participação das organizações não-governamentais na produção de serviços e bens públicos. Faz-se premente, então, para uma melhor reflexão sobre a política

pública de contratação de serviços no setor saúde, conceituar publicização como processo, objetivando compreender as formas de privatização que esse modelo impõe. Para tanto, a apresentação dos principais elementos presentes no projeto original da reforma do Estado brasileiro sobre publicização fornecerá elementos para a elaboração de uma análise à luz dos argumentos a respeito da privatização expostos anteriormente.

A privatização, em sua forma clássica e original, foi inserida no contexto da reforma do Estado no Brasil como uma estratégia privilegiada para resolver o problema das atividades incluídas no segmento da produção de bens e serviços destinados ao mercado, de cujo envolvimento direto o Estado deve abster-se. Na forma mais refinada e sutil, a privatização está sendo usada como recurso estratégico nas áreas sociais, incluída entre as atividades as quais o Estado, embora responsável, não detém a exclusividade de sua produção, sendo dotada sob diferentes modalidades não excludentes entre si em uma determinada reforma.

A tese que defendemos neste estudo é a de que a publicização é uma dessas formas mais elaboradas de privatização, se considerados os argumentos de cessão de bens públicos para setores privados e direito de exploração dos serviços excedentes. Os contratos de gestão permitem às organizações sociais assumirem temporariamente o patrimônio da instituição cujos serviços foram publicizados e venderem os excedentes produzidos (isso é permitido na Lei Federal; no estado de São Paulo não ocorre dessa forma). Por essa perspectiva, a publicização pode ser considerada uma modalidade de privatização, pois este mecanismo carrega consigo os elementos essenciais que caracterizam a privatização, sistematizados por LAURELL (1996) como a mercantilização dos produtos e a apropriação lucrativa de pelo menos uma parte das atividades produzidas mediante utilização da infraestrutura pública – a parte que a OS produz além das metas pactuadas no contrato. Essa forma de apropriação privada não é nova e não está sendo praticada somente no âmbito dos serviços publicizados e na vigência dos contratos de gestão. Alguns Hospitais públicos brasileiros já vêm adotando o sistema de “segunda porta”, que vende serviços de saúde a planos privados e particulares há muito tempo, com a justificativa de que o produto dessa venda ajuda a custear despesas dos atendimentos feitos pelo SUS²⁰. Esse argumento, além

²⁰ A abertura de uma segunda porta nos hospitais públicos para atender aos pacientes de planos de saúde e os “particulares” não é estratégia recente no Brasil, como denunciaram Vicente Amato Neto e Jacyr Pasternak ,

de ser bastante questionável no aspecto ético, na medida em que o acesso se dá geralmente de forma diferenciada entre os usuários do SUS e os particulares (são literalmente duas portas), é também discutível no quesito da apropriação dos resultados financeiros que, via de regra, são privatizados no âmbito de uma categoria profissional e não socializada como bem público retornando integralmente à instituição.

Essa perspectiva ética do uso privado do público está presente no processo de publicização e remete-nos ao conceito de função pública e se aproxima da linha de raciocínio de TAMEZ, EIBENSCHUTZ e BODEK (1996), que defendem que as diferentes formas de gestão privada de bens e instituições públicas não podem ser classificadas como privatização, se a lógica que permeia a produção desses bens e serviços continuar sendo a da produção de serviços públicos.

2.3 O Processo de Publicização na Administração Pública

A publicização é o meio pelo qual o Estado transfere para entidades privadas a gestão da produção de serviços públicos, mediante estabelecimento de contrato com organizações sociais.

O conceito de Organização Social foi definido no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado em dezembro de 1995 como:

“...um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.” (BRASIL, 1998:13).

As Organizações Sociais diferem juridicamente das demais organizações sem fins lucrativos e das ONG(s) em geral pela particularidade que dispõem de poder **estabelecer contratos de gestão** com o Estado, assumindo por tempo determinado as empresas estatais o patrimônio e a gerência dos serviços prestados. “Seu propósito mais genérico é permitir e

que fundamentaram a análise desse fenômeno utilizando o argumento da privatização de bem público (*Folha de São Paulo*, 11/09/98. p.A3).

incentivar a publicização, ou seja, a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não-exclusivos do Estado.” (BRASIL, 1998: 7).

As OS(s) inserem-se no marco legal vigente das associações sem fins lucrativos e, como pessoas jurídicas de direito privado, estão fora do âmbito da Administração Pública, não estando sujeitas às normas que regulam a gestão de recursos humanos, orçamento e finanças, compras e contratos próprios do setor público. Pertencem à esfera pública, mas não se submetem ao Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos, a concursos públicos, ao Sistema de Aposentadoria e Pensão - SIAPE - e à tabela salarial do setor público, o que lhes dá autonomia para contratar pessoal, realizar compras e contratos e dispor de ampla flexibilidade na execução de seu orçamento.

A criação da figura das OS(s) é, de certa forma, a repetição de tentativas anteriores de introduzir agilidade aos processos e ações governamentais. De acordo com VAZ (1999), as autarquias criadas na década de trinta, seguidas das fundações e das empresas estatais tiveram o mesmo propósito, e o ponto central na iniciativa de criar OS(s) está na transferência de funções de órgãos públicos para entidades privadas da sociedade civil, visando reduzir os gastos públicos e ganhar agilidade na gestão de pessoal.

Do ponto de vista financeiro e da gestão orçamentária, os recursos destinados às OS(s) são consignados no Orçamento da União ou do respectivo estado, constituindo receita própria, cuja alocação e execução não se sujeitam aos ditames da execução governamental orçamentária, financeira e contábil. O controle se dá pelos resultados através da avaliação das metas estabelecidas nos contratos de gestão, ao contrário das estatais que se submetem a um controle processualístico.

Ao ser qualificada e contratada para gerir a produção de serviços, a organização social recebe do Estado toda a infra-estrutura montada que antes servia como base operacional da estatal que lhe forneceu o nome e os funcionários. Os funcionários públicos da extinta estatal continuam a prestar serviços no mesmo local (se assim o desejarem), mas ficam subordinados administrativamente à direção da OS. A expectativa é a de que as vagas decorrentes do desligamento progressivo por aposentadoria ou ainda por incentivos aos programas de demissão voluntária passem a ser preenchidas por meio de contratação de celetistas, produzindo no médio prazo uma redução no número de integrantes do quadro funcional do Estado. Entretanto, o que a princípio pode levar a uma redução no quadro de

funcionários públicos na medida que as vagas são preenchidas com pessoal contratado segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT -, em instâncias superiores, por exemplo a de planejamento e avaliação de programas, ocorre um aumento do quadro de funcionários, provavelmente em número inferior ao exigido pelo modelo de bem-estar social, quando o Estado se responsabilizava pela produção direta de serviços.

Efetiva-se na prática a reestruturação da máquina administrativa para dar suporte às novas funções do Estado que passa de executor para regulador e promotor de ações e serviços públicos. Se, no cômputo geral, o número de funcionários se mantiver reduzido, reforçando as previsões dos que criticam as reformas com argumentos estritamente ligados à tese do Estado mínimo, caberá ainda analisar o peso dessas novas contratações em termos de ônus financeiro, visto que o nível salarial tende a ser maior nesses escalões em função da especialização e qualificação exigidas (BRESSER PEREIRA, 1998).

A princípio, o que parece, é que as parcerias não reduzirão o tamanho do Estado, mas promoverão uma revisão em suas funções em face às novas exigências impostas também pelas reformas, pois enquanto ele encolhe na prestação de serviços, na medida em que terceiriza para as OS(s) a produção, cresce em setores da administração cuja função é administrar esses contratos. Ao final da pesquisa, talvez possamos indicar alguns elementos que possam contribuir com a reflexão sobre essa questão.

Os autores que se dedicaram à análise da privatização têm consenso a respeito de sua versão clássica – referente ao processo de venda de empresas estatais para o setor privado -, mas o mesmo não ocorre com as formas indiretas de privatização (LAURELL, 1992; YERO, 1991; EIBENSCHUTZ, 1991), cujas análises das diferentes modalidades se fazem com argumentos que variam em torno da lógica que prevalece nas instituições que passaram por esse processo, qual seja a lógica do bem público versus lógica da obtenção de lucro, ou a forma de apropriação do serviço pelo consumidor-cidadão, no entendimento de que a produção de bens públicos está relacionada à universalidade do acesso enquanto a produção de saúde, na condição mercantilizada, está condicionada ao acesso por mérito.

A publicização, em sua forma ideal e original, não restringe, *a priori*, o acesso aos serviços pelos cidadãos que deles necessitam visto que as atividades pactuadas são produzidas e geridas pelas OS(s) e financiadas pelo Estado que passa a se tornar guardião dos princípios normativos contidos nas legislações pertinentes e principal regulador da

produção, efetivando paulatinamente o seu papel de provedor em detrimento do de produtor de serviços.

Entretanto, esse sistema híbrido de produção que segue duas lógicas diferentes, a do setor público e a do setor privado, carrega consigo um elemento de risco para o livre acesso caso o controle exercido pelo próprio Estado (avaliação e repactuação das metas e dos recursos envolvidos) e o controle social exercido pelo Ministério Público, Conselhos Gestores, e Poder Legislativo não sejam efetivos no estrito compromisso com os princípios de universalização e atenção integral que regem o SUS. Qualquer falha no repasse financeiro ou demora na aprovação de suplementação de verba para pagamentos de eventuais manutenções de equipamentos etc., pode gerar um movimento de redução do atendimento dos usuários do SUS em detrimento de um aumento da produção mercantilizada de ações de saúde. Há inúmeros exemplos de formas de burlar a contabilidade de hospitais (ou de qualquer outra empresa) quando os processos não são transparentes e os mecanismos de controle não são eficazes.

Por apresentar a característica dupla de produzir atividades de saúde, com predomínio daquelas de caráter público, destinadas aos usuários do SUS, a publicização será considerada neste estudo como uma forma de privatização refinada ou sutil e híbrida na qual a OS contratada mantém o caráter público de sua antecessora estatal, podendo explorar, entretanto, dentro da lógica da iniciativa privada, os excedentes que porventura decorram de sua capacidade instalada. Dessa forma, a lógica que prevalece é a do setor público conquanto esse equilíbrio pró-universalista não seja quebrado por retirada estratégica do financiamento por parte do Estado ou por falta de eficácia nos mecanismos de controle social. Essa forma de conceber a publicização difere da linha de raciocínio e da argumentação de Bresser Pereira que distingue esse processo do processo de privatização porque o apreende somente em sua forma clássica.

Na seqüência, a publicização será analisada como uma alternativa de interação público-privada no contexto da reforma do Estado, no intuito de analisar as possibilidades que essa forma híbrida de público-privado pode oferecer para ampliar a esfera pública ou limitá-lo na medida em que essa modalidade pode levar tanto à total retirada do Estado da produção de ações de saúde, transferindo essa responsabilidade indefinidamente para o terceiro setor.

2.4 O Público e o Privado na Produção em Saúde

A condição de não-exclusividade do Estado em relação a uma área de atuação, em regra, não deveria significar a desativação massiva de empresas estatais por meio da privatização, assim como a abertura para as parcerias do Estado com Organizações Não-Governamentais não pode ser apreendida com radicalização a ponto de, a curto prazo, serem publicizados todos os serviços sociais e transferidas as gestões dos mesmos às Organizações Sociais, repassando à sociedade civil, dessa forma, a responsabilidade sobre a totalidade das ações e implementação da assistência à saúde.

O Relatório produzido pelo Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde sobre a “Reforma do Estado e a Repercussão para o SUS” analisa os modelos de gestão flexíveis na reforma do Estado nos serviços de saúde e não se posiciona contrário à adoção de novos modelos que, a serviço do cidadão, exercitem formas mais eficazes e eficientes de administrar a coisa pública. O documento reconhece a profunda reforma que significou para o setor saúde a criação do SUS, mas destaca a necessidade de se avançar no processo de implementação de suas diretrizes e romper com antigas amarras construindo, de fato, uma nova lógica de modelo de gestão e assistência que atenda aos interesses públicos. Todavia, essa lógica não pode pautar exclusivamente pela discussão das formas de se construir juridicamente uma entidade. É necessário “...avançar para além dos debates econômicos que, em geral, propõem alternativas que visam quase sempre, buscar mecanismos de redução de custos por intermédio da desoneração de encargos sociais e da desregulamentação do trabalho.” (CNS, 1997: 2).

Nessa linha de raciocínio, o relatório não condena de pronto as parcerias e os contratos de gestão ora em vigor do Estado com as organizações sociais, mas ressalta que:

“...quaisquer que sejam as modalidades jurídicas, organizacionais ou os instrumentos administrativos que possam ser adotados para conferir maior autonomia às unidades públicas de saúde visando torná-las mais eficientes, têm como risco a instrumentalização das desigualdades no acesso em virtude da possibilidade de discriminação no atendimento.” (CNS, 1997: 7).

Uma das críticas mais contundentes e recorrentes nos textos sobre a reforma do Estado e particularmente dos projetos de parcerias e contratos de gestão reside nesse ponto,

qual seja, o da capacidade de regulação, o que poderia significar uma ausência de adequação da dose na implementação da política. Essa, também, é uma preocupação dos representantes das organizações não-governamentais e das associações do terceiro setor, que vêm com restrição a política de parceria para a prestação de serviços devido ao receio de que o Estado deixe definitivamente a função de produzir e financiar serviços e bens, já que a lei das organizações sociais regulamenta doações (CADERNOS DO FORUM, 1999).

Embora os documentos do MARE reafirmem a responsabilidade permanente sobre o financiamento estatal das atividades publicizadas, fatos sinalizam o contrário. Em seminário sobre o balanço da reforma do Estado promovido pelo Ministério do Planejamento do Orçamento e da Gestão, que incorporou em sua estrutura as funções e a maioria da equipe do extinto MARE, um estudo demonstrou que “...embora o modelo de OS não contemple necessariamente a redução de aportes de recursos públicos, há OS [Associação de Comunicação Educativa Roquete Pinto - ACERP] que vem sofrendo cortes orçamentários ano a ano de grande escala...” AFONSO (2002). E isso em apenas poucos anos de exercício dessa prática.

O risco de escassez no financiamento das OS(s) gestoras de serviços existe e não pode ser menosprezado tal como os demais riscos de instrumentalização das desigualdades no acesso, o que pode, à longo prazo, levar esse modelo para uma situação de agonia financeira semelhante àquela pela qual passam os hospitais públicos estatais, atribuída à ineficiência do modelo burocrático do sistema público, mas intrinsecamente relacionada à falta de investimentos suficientes, tanto para manter a infra-estrutura e equipamentos em condições adequadas de funcionamento quanto para a capacitação e remuneração dos recursos humanos.

Não se pode negar que a questão da saúde no Brasil esteja diretamente relacionada às questões de gerenciamento e financiamento do sistema de saúde e a implementação do SUS; entretanto, seu equacionamento não pode ficar restrito às políticas relativas ao acesso e à qualidade da assistência prestada por unidades estatais ou públicas, pois o processo saúde-doença é produção social o que implica sua vinculação com a condição de pobreza e desigualdade social.

O enfrentamento dos problemas de saúde passa, então, pela busca de soluções que ultrapassem o âmbito de atuação das Organizações Sociais contratadas que, mantida a atual

situação da assistência oferecida pelo SUS, passarão a sofrer dos mesmos problemas crônicos de excesso de demanda espontânea e sobrecarga de atendimento de urgência pelos quais passam os hospitais públicos estatais. Por outro lado, não sendo alteradas as condições de pobreza e desigualdade social, os problemas basais do setor saúde não terão sido equacionados, a despeito dos reais avanços promovidos no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da assistência após a implantação do SUS.

O desafio de reduzir a pobreza e diminuir os níveis de desigualdade social depende de uma ação conjunta da sociedade civil que vise a uma atuação efetiva de um Estado reformado em seu papel de formulador e executor de políticas públicas e de regulador do mercado, com base em relações mais democráticas estabelecidas nos espaços públicos. Um desses desafios está relacionado com a ampliação da esfera pública mediante o comprometimento formal de entidades da sociedade civil através dos contratos de gestão que resguardem os princípios aprovados nas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, que regulamentam o SUS. Essa maneira de democratizar o Estado, que não elimina a dicotomia, mas concebe uma nova modalidade “Mix” público e privado para garantir a produção de serviços públicos, caracteriza o Estado como uma entidade de caráter essencialmente provedor e o diferencia de sua condição de executor (COHN, 2002).

2.5 Os Possíveis Impactos da Publicização no Sistema Unico de Saúde

Como política de saúde universal e equânime, o SUS foi aprovado num momento histórico em que as tendências para o setor já apontavam para a privatização e para a segmentação entre serviços básicos e especializados, por esse motivo costuma-se dizer que sua implementação se deu na contra-corrente das políticas de base privatizante e focalizadoras para o setor, que já vinham se delineando na América Latina desde a década de oitenta (ALMEIDA, 1999; CAMPOS, 1997).

A agenda de mudanças do modelo sanitário proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, reafirmado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e em grande parte consubstanciado no texto constitucional de 1988, já se apresentava como um movimento contra a corrente das tendências hegemônicas das políticas liberalizantes do

Consenso de Washington e da conjuntura internacional bastante adversa e desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas como a do SUS. Mas o contexto de crise econômica e de democratização favoreceu o debate político nos anos 80, refletindo positivamente a concretização desses princípios e a implementação de uma nova orientação em termos de política sanitária. A concretização das diretrizes, entretanto, vem enfrentando diversos obstáculos, e entre eles o da reforma do Estado com a conseqüente terceirização dos serviços (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Na implementação do modelo sanitário preconizado nos pressupostos do SUS, acrescenta-se ainda o fato de existirem fatores estruturais nas políticas públicas brasileiras, características dos sistemas de proteção social latino-americanos, e que segundo DRAIBE (1997), expressam o caráter “imperfeito e deformado do sistema”, na medida em que apresentam: a) problemas estruturais relacionados ao alto grau de exclusão e heterogeneidade social e; b) problemas constitucionais e organizacionais de centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca participação da sociedade na composição de agenda e nas decisões sobre os rumos das políticas sociais.

Os contratos de gestão podem agravar a situação de deformidade e imperfeição da assistência à saúde no país; primeiro porque as instituições filantrópicas, candidatas naturais à qualificação como OSS, têm interesse em operar nos grandes e médios centros urbanos tal qual as demais instituições privadas do complexo médico-hospitalar. Nas grandes cidades a venda (oferta) de serviços especializados (de complexidade mediana e alta) é compatível com o tamanho da demanda, compensando o investimento feito e garantindo uma certa lucratividade (MENDES, 1995). Em segundo lugar, decorrência do primeiro aspecto, pode haver um agravamento do quadro de iniquidade já existente no sistema, que é fruto da expansão desordenada da oferta de serviços médico-hospitalares de décadas anteriores à de implementação do SUS.

Nesse cenário, o processo de descentralização e a autonomia dos municípios poderiam ser seriamente comprometidos devido ao caráter centralizado de decisão que os contratos impõem (poder decisório centralizado no Executivo). Uma outra face da imperfeição do sistema apontada por DRAIBE (1997) poderia ser agravada pelo aumento da exclusão de determinados segmentos da sociedade em função da discriminação do

acesso aos serviços de média e alta complexidade por aqueles que não residem em grandes e médios centros urbanos.

O modelo de assistência integral, regionalizado e universal do SUS, por contrariar a lógica do mercado, onde o atendimento é feito de forma proporcional ao que se pode pagar – sistema meritocrático utilizado pelos planos de saúde privados -, foi proposto para ser desenvolvido pela esfera pública-estatal, visto ter sido pensado nos termos do artigo 199 da Seção Saúde da Constituição de 88.

Naquele contexto, o público significava estatal e as filantrópicas compunham, juntamente com as instituições de finalidade lucrativas, a esfera privada que seria incorporada ao Sistema na condição de serviço complementar. A diferenciação no tratamento dado ao setor privado lucrativo situa-se apenas na ressalva do artigo 199 da Constituição, que privilegia os convênios do Estado com as instituições filantrópicas em detrimento das privadas com fins lucrativos, sem, no entanto impedir a participação deste último segmento no Sistema.

Em mais de uma década de estruturação do SUS, os esforços dos setores da sociedade que lutaram pela reforma sanitária no país convergiram no sentido de ampliar o âmbito de ação dos serviços públicos (sinônimo de estatais) de modo a cumprir as determinações das políticas para o setor. Embora muitas metas não tenham sido atingidas, as ações de saúde foram planejadas com base no pressuposto de que o Estado deve manter uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para prestar assistência gratuita de saúde a todos os cidadãos, conforme as disposições da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90.

Ocorre, que a concepção que permeia as políticas públicas dos anos 90 atribui à esfera pública uma dupla dimensão: a pública estatal e a pública não-estatal, permitindo a ampliação do público por meio do incentivo às parcerias com o setor privado sem fins lucrativos. Os contratos de gestão do Estado com instituições filantrópicas são produto dessa visão.

A inclusão no Sistema Unico de Saúde de Organizações Sociais na produção serviços de saúde sob orientação de estados e/ou municípios, vem alterar a lógica de organização do SUS porque no limite, pode levar à constituição de dois subsistemas dentro de um Sistema que nasceu sob o signo de único (MERHY, 1999).

Em termos gerais, e de acordo com BRESSER PEREIRA, a reforma gerencial para a área da saúde, consubstanciada pela NOB-96²¹, “...é baseada no modelo inglês de administração no *National Health Service*, que, nos últimos anos, vem sendo adotado por um número crescente de países.” (1998: 252), e está fundamentada em quatro idéias básicas:

a) na descentralização da administração e controle dos gastos que passam a ser calculados com base na população existente e não mais no número de leitos;

b) na criação de um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente e não mais no âmbito federal (*quangos*²² na Grã-Bretanha e Organizações Sociais no Brasil);

c) na transformação dos hospitais estatais em organizações públicas não-estatais, e embora alguns deles possam permanecer na condição de estatais, o importante é que exista entre eles um sistema de competição que não permita o monopólio de qualquer dessas instituições;

d) na criação de um sistema de entrada e triagem para o sistema de saúde hierarquizado, constituído por médicos clínicos ou médicos de família, que tanto podem ser funcionários do Estado ou contratados por este e pagos de acordo com o número de pacientes que livremente se inscrevem em suas clínicas.

Em termos financeiro-administrativos, o que viabilizaria a operacionalização dessa proposta seria:

- a) A estipulação de tetos físicos e financeiros de gastos em saúde (Autorizações de Internações Hospitalares – AIH), distribuídos aos municípios via estados, de acordo com a população residente;
- b) A instituição da responsabilização compartilhada da União, dos estados e dos municípios pela saúde da população;
- c) A municipalização do controle dos hospitais desde seu credenciamento até a aprovação de suas contas;

²¹ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996. Brasília: Ministério da Saúde, Portaria publicada no Diário Oficial da União em 06/11/96.

²² *Quangos: quasi autonomous non-governmental organizations.*

- d) A priorização da capacitação das prefeituras para desenvolver seus sistemas de atendimento básico, que se constituirão em porta de entrada para os hospitais e ambulatórios especializados;
- e) A implantação do Cartão SUS em todo o território nacional;
- f) A transformação dos hospitais públicos estatais em organizações públicas não-estatais competitivas como as entidades privadas;
- g) A reafirmação da prioridade para as áreas sanitárias e preventivas.

A NOB-SUS 01/96, intitulada “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, que tem como um dos objetivos principais o aperfeiçoamento da gestão do SUS, foi elaborada para introduzir as mudanças que o projeto de reforma do Estado necessitava para ser implementado, pois “... abriu uma perspectiva concreta de implantar no país um sistema administrativo baseado na descentralização para os municípios e na competição administrativa, nos moldes que diversos países desenvolvidos vêm adotando de forma bem-sucedida, a partir da experiência britânica.” (BRESSER PEREIRA, 1998:254).

Portanto, a despeito dos avanços que proporcionou em função da definição dos papéis que traz de cada instância de poder – federal, estadual e municipal -, caracterizando o município como prestador privilegiado de serviços de saúde à população e regulamentando as formas de repasses de financiamento para estados e municípios, a NOB/96 representa um retrocesso à efetivação do modelo de assistência integral e universal do SUS. Este aspecto é analisado por MERHY (1999) que aventa a possibilidade de ser essa a portadora de uma mudança no paradigma médico-sanitário do SUS, na medida em que reordena o modelo de atenção à saúde para um enfoque de assistência baseada no modelo clínico, centrado na figura do clínico (médico de família, funcionário público ou contratado), representando uma volta ao paradigma anterior que vigorou no setor até o final dos anos 80, quando as primeiras medidas concretas de inverter a lógica da assistência à saúde no Brasil foram implementadas pela introdução de estratégias como as Ações Integradas de Saúde – as AIS²³ -, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – o SUDS²⁴.

²³ As AIS se constituíram em um conjunto de estratégias para a integração programática entre as organizações de saúde nas três esferas de governo, objetivando o desenvolvimento da capacidade gerencial dos serviços

Esse modelo de assistência, que teve sua fase hegemônica entre as décadas de 60 até meados de 80 no Brasil, entrou em colapso por não conseguir sustentar uma estrutura baseada na especialidade médica e na demanda espontânea da clientela, permitindo um crescimento desordenado segundo a racionalidade lucrativa do mercado e o corporativismo (MENDES, 1995; LUZ, 1979; ANDRADE, 2001; CAMPOS, 1992). Denominado modelo assistencial médico-privatista, começou a ser delineado no Brasil através da assistência à doença oferecida nas Caixas de Aposentadoria e Pensão CAP(s)²³, passou pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAP(s), e consolidou-se como modelo hegemônico no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)²⁴, sobrevivendo na condição de política institucionalizada até a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social – INAMPS. Ainda continua vigente na mente de alguns teóricos e na prática cotidiana de alguns profissionais de saúde que atuam no SUS.

As críticas mais comuns atribuídas a esse modelo são a de ser um modelo biologicista, com enfoque na doença, estruturado sob a lógica da especialidade médica e na demanda espontânea, o que implica o funcionamento de um sistema voltado para a cura e não na prevenção e promoção da saúde, visto oferecer um tipo de assistência centrado no atendimento médico que se organiza em função da pressão dos grupos médicos corporativos que usam a decisão pessoal de procura por serviços especializados (as filas de espera) como justificativa para a expansão dos serviços e não as necessidades baseadas no perfil epidemiológico como propõe o SUS (MENDES, 1995; CAMPOS, 1992).

Cabe ressaltar que a decisão individual de busca e escolha por um serviço de saúde, conceito bastante usado pelas linhas de pensamento liberal, está intrinsecamente relacionada com a concepção de saúde e doença de cada pessoa, sendo construída a partir dos referenciais de cultura, disponibilidade de recursos, educação, grau de informação, entre outros aspectos da vida em sociedade, estando, portanto, sujeita às influências do

locais e regionais e a integração da alocação de recursos humanos. As AIS foram formalizadas no ano de 1984, e sua implementação se deu através de convênios entre os governos (PUGN: NASCIMENTO, 1999).

²⁴ O SUDS foi o precursor do SUS, instituído em 1987 com objetivos de descentralizar as decisões políticas, superar a dicotomia entre ações curativas e preventivas, iniciar o processo de regionalização e hierarquização da rede, além de buscar melhorar o controle do setor privado, a resolutividade do atendimento (idem).

²⁵ As CAP(s) surgiram institucionalmente com a Lei “Eloi Chaves” em 1923, mas a assistência médica só foi incorporada como uma de suas atribuições a partir de 1926 (BRAGA & PAULA, 1981).

²⁶ O INPS, criado em 1966 e incorporou todos os IAP(s) existentes no território nacional. Significou uma centralização de decisões na instância central de Poder e uma uniformização dos benefícios da Previdência Social e uma expansão dos serviços médicos em proporção muito superior à capacidade dos IAP(s).

modelo hegemônico e da mídia e, portanto, do poder financeiro. Por isso a liberdade de escolha costuma ser sempre utilizada pelos planos de saúde privados e pelos defensores do modelo assistencial privatista para defender seus próprios interesses em detrimento do interesse público.

O texto da NOB SUS 01/96 não faz qualquer menção à transformação de hospitais públicos estatais em organizações públicas não-estatais. Entretanto, referencia-se em vários trechos à concepção dicotomizada de organizações do SUS, qual seja, a da existência de “...unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas)...” (NOB-SUS 01/96 apud ANDRADE, 2000: 203).

Quanto à competição entre as instituições prestadoras de serviços, a NOB-SUS 01/96 não há referência explícita. Incentiva a assunção da ampliação da atenção básica voltada à saúde da família, o que pressupõe a definição da área de abrangência de atuação da Equipe de Saúde da Família, descartando a existência de concorrência de dois ou mais Serviços de Saúde com as mesmas características disputando a preferência da clientela.

No entanto, essa mesma medida de incentivo à adoção de uma programação de atenção básica orientada e financiada com recursos adicionais pelo nível central (governo federal), associada à terceirização dos hospitais, pode estar incentivando, igualmente, a segmentação da oferta de serviços de saúde pelo município, indo de encontro ao processo de descentralização de poder para gerir as questões de saúde no âmbito local.

Ao refletir sobre a introdução do modelo de gestão terceirizada para as organizações, MERHY (1999) ressalta que, conquanto pareça sustentar as diretrizes do SUS, a NOB-SUS/01/96 carrega uma intencionalidade de imposição do receituário das agências internacionais de financiamento para a área da saúde. Para este autor, a NOB/96:

“... apresenta alguns avanços significativos, tanto nas relações entre os diferentes níveis governamentais de gestão quanto na política de financiamento do SUS, ao definir mais claramente os papéis de cada esfera de governo nos processos gerenciais e o aumento das transferências financeiras diretas, de fundo de saúde para fundo. No entanto, contém alguns equívocos no seu processo de construção, que podem retardar efetivos avanços na qualidade da assistência (...). No seu texto, aparecem algumas propostas contraditórias, como por exemplo, ao mesmo tempo em que aponta as relações de independência do

município como gestor pleno do sistema, coloca projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região, e dentro de certas modalidades assistenciais específicas, como o programa de saúde da família.” (MERHY, 1999: 21).

Implementada da maneira como que está proposta a Norma, num cenário futuro, o SUS seria constituído por uma extensa rede estadual de ações básicas de saúde municipalizada, baseada nos programas de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), articulada com uma ampla rede formada por estabelecimentos privados (OSS) que irão compor a retaguarda do sistema para fornecer serviços diagnósticos e terapêuticos, ambulatoriais e hospitalares, de urgências e emergências, que implicam investimentos mais especializados e custos mais relevantes no setor saúde.

De fato, a NOB cria um pacote básico de serviços de saúde, financiado com recursos do Piso Assistencial Básico - o PAB, que pode ser acrescido de mais recursos com a assunção do PSF e do PACS pelo município, que na opinião de MERHY, visam a conformação de um cardápio mínimo a ser operado pelos gestores plenos do sistema básico, destinados “...a um conjunto de cidadãos mínimos, dando a liberdade do mercado para o setor privado, ou público privatizado, crescer na ausência do público, como prestador de assistência hospitalar e especializada.” (MERHY, 1999: 22).

Então, a contribuição da NOB 01/96 para que esse cenário se concretize pode ser captada pela forma como reclassifica os tipos de gestão dos municípios no SUS: a Gestão Plena do Sistema e a Gestão Plena da Atenção Básica do Sistema criando dois subsistemas de saúde e retrocedendo no princípio de sistema único.

Em suma, ela valoriza o papel dos governos locais na provisão de serviços básicos essenciais (primários), reservando aos estados a gestão dos serviços de maior complexidade, descaracterizando o sentido da descentralização inicialmente pensado para o SUS, que supunha a descentralização progressiva para os municípios de todo o tipo de serviço de saúde prestado no âmbito do mesmo: a descentralização da elaboração de políticas e da gestão da execução dos serviços;

A descentralização da administração e controle dos gastos que passam a ser calculados com base na população existente e não mais no número de leitos que foi

incorporado pela referida Norma Operacional Básica é um aspecto sobre o qual os defensores do SUS sempre lutaram, e entre os pressupostos escritos na Constituição. Sua reafirmação na NOB vem corroborar a implantação do Sistema Único descentralizado e universal. Contudo, tendem a levar os municípios, principalmente os de pequeno porte, a restringirem sua participação na formulação e execução de serviços de saúde à atenção primária, deixando aos estados a gestão dos hospitais.

A publicização dos hospitais com a correspondente terceirização de suas gestões para as Organizações Sociais tende à criação de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar dentro de um mesmo município, exigindo pactos ou contratos entre os hospitais terceirizados e os serviços estatais do SUS, burocratizando os processos internos ao sistema.

A criação de um quase mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados implica a transformação dos hospitais estatais em organizações públicas não-estatais e a criação de um sistema de entrada para o sistema de saúde hierarquizado, que permite a contratação de médicos clínicos pagos em função do número de pacientes que livremente se inscrevem em suas clínicas.

Os princípios da hierarquização de ações de saúde e o da regionalização de serviços foram pensados no contexto de instituições públicas estatais que pudessem se destacar pela qualidade das ações desenvolvidas e avaliadas de acordo com o grau de resolutividade que pudessem apresentar e, em última instância, pela melhoria da qualidade de saúde da população assistida, adstrita que seriam aos serviços regionalizados. A competição por clientela é uma estratégia de mercado, utilizada pelo setor privado lucrativo, cuja capacidade de atração da clientela para seus serviços ou produtos garante a demanda pelos mesmos e os mantém em evidência como uma necessidade. A idéia de disputar clientela além de não fazer parte da lógica que move a produção de bens públicos contraria os pressupostos da regionalização e da hierarquização.

A hierarquização das ações de saúde diz respeito a uma forma particular de articular os serviços na qual cada um deles busca priorizar um determinado conjunto de atividades e atribuições que caracterizam um nível de atenção, seja ela primária, secundária ou terciária.

O nível de atenção está relacionado ao grau de complexidade de equipamentos médicos de diagnóstico e tratamento disponíveis e necessários ao tipo de intervenção

desejada, e é com base nessa tipologia – baixa, média e alta complexidade – que os serviços se estruturam na rede de serviços de saúde no território nacional, e é seguindo essa racionalidade que a pirâmide que representa graficamente o Sistema Único de Saúde é formada, sendo sua base constituída pelos serviços produtores de ações de baixa complexidade e o ápice com aqueles de alta complexidade (COHN; ELIAS, 1996).

Numa simplificação oportuna, visto que o objetivo no momento não se prende a esse aspecto da política pública, a porta de entrada privilegiada para o sistema de saúde seria a base da pirâmide, não apenas por considerar que a intervenção do nível primário alcançaria graus efetivos de promoção da saúde a ponto de atuar precocemente num processo de doença, mas fundamentalmente porque as Unidades Básicas de Saúde constituem-se nos serviços mais próximos dos usuários em termos geográficos e políticos, pois no modelo assistencial ideal, os serviços com vocação para atuar no nível de baixa complexidade situam-se estrategicamente mais próximos da população e das famílias. Essa noção de proximidade extrapola o âmbito do espaço geográfico e é usada no planejamento da organização da saúde nos municípios para delimitar a área de abrangência das Unidades e Serviços e delimitar, epidemiologicamente, os territórios de atuação.

O conceito de território-processo foi desenvolvido por MENDES (1995) e ajuda no entendimento sobre a importância da regionalização e hierarquização dos serviços no SUS. Afirma que

“... a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas para constituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. (...) é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico.” (MENDES, 1995: 166).

O pressuposto da regionalização implica na organização espacial dos serviços de saúde, mas não se restringe a uma delimitação de superfície-solo, pois o território é concebido como um espaço político onde o processo social de mudança das práticas sanitárias ocorre, na dependência das relações que se estabelecerem entre os diferentes atores que nele convivem. O sucesso do modelo assistencial almejado pelo SUS está vinculado à noção de territorialização como um princípio de organização das práticas sanitárias. Assim, o território-distrito (distrito sanitário) é uma subdivisão que normalmente

coincide com a delimitação político-administrativa do município. Em casos de municípios grandes em termos territoriais ou diversificados em termos culturais, políticos e/ou epidemiológico, é comum encontrar outras subdivisões em sub-distritos, regionais, subprefeituras etc. Dentro delas é possível ainda as delimitações em território-área, que significa "...a área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e delimita-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado território." (idem:168).

As disputas e conflitos existentes no seio dos territórios-processo acontecem devido ao seu dinamismo e refletem o processo social no qual são determinadas as condições de vida, de saúde e de doença dos participantes. A construção das práticas sanitárias como parte desse processo social não se coaduna com a lógica da disputa por clientela, uma vez que num modelo ideal, os serviços de saúde existentes num mesmo território, trabalham no sistema de referência e contra-referência entre si, respeitando o pressuposto da hierarquização das ações de saúde, prevalecendo a relação de complementaridade entre um nível de complexidade e outro. E, ao contrário da disputa pela clientela, o que se presencia na realidade dos serviços é a superlotação dos pronto-socorros e ambulatórios. Falar em disputa por clientela nessas circunstâncias é, no mínimo, demonstrar desconhecimento da realidade dos fatos e da proposta do modelo de assistência integral defendida para o SUS. A competição vai continuar existindo apenas entre os hospitais que dependem dos recursos do SUS, visto que os publicizados estão garantidos em termos de financiamento pelo orçamento (SÃO PAULO, 1998)

Na seqüência das críticas às idéias que nortearam a reforma do setor, está a da contratação de médicos pagos em função do número de pacientes que "livremente" se inscreverem em suas clínicas privadas, também se confronta com a proposta de ações integrais de saúde, retrocedendo num aspecto que há muito se tem tentado abolir das práticas assistenciais ainda existentes no SUS que é a centralidade do profissional médico na atenção à saúde. Essa centralidade na figura do médico atrelada a racionalidade do modelo biomédico são as características mais marcantes do modelo assistencial que norteou os extintos: Instituto Nacional de Previdência Social –INPS-, e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social –INPAMPS-, denominado por Mendes (1995) como o modelo "Médico-assistencial privatista". Na visão de Campos (1992), a forma de

organizar os serviços de saúde que incorpora a concepção flexneriana de assistência médica . é a maneira liberal-privatista ou neoliberal que prevalece naqueles modelos assistenciais e que precisam ser superados para abarcar a amplitude da concepção de saúde como um processo determinado pelas condições sociais e sobre as quais somente é possível intervir com eficácia por meio de políticas sociais e econômicas que visem à modificação das mesmas (BRASIL, 2003).

Finalmente, o aspecto da reforma que preconiza o foco de atenção no cidadão-usuário como forma de ampliar o controle social, também se choca com a perspectiva de participação da sociedade na elaboração de políticas e gestão do SUS, na medida em que adota mecanismos que privilegiem as decisões centralizadas tanto de programação quanto da escolha de parceiros para terceirizar serviços publicizados. Isso impede a participação dos conselhos de saúde na formulação de políticas para o município e dificulta a gestão do SUS, pois a terceirização cria, por si só, barreiras para que essa função seja levada a efeito.

CAPÍTULO III

CONTROLE SOCIAL, SOCIEDADE CIVIL E ESFERA PÚBLICA

Controle social é uma expressão freqüentemente utilizada na atualidade para denominar as diferentes formas de que a sociedade dispõe para submeter a exame, fiscalizar ou monitorar as ações do Estado no que se refere aos direitos sociais do cidadão, ao destino dado aos recursos públicos e à garantia da manutenção de padrões mínimos de governabilidade nas instituições.

Genericamente, e segundo explicação do dicionário, controlar significa exercer poder e ter autoridade sobre alguém; manter sobre o próprio domínio; manter o próprio controle (HOUAISS, 2001). Portanto, controlar não diz respeito apenas ao outro, mas também a si próprio; e no âmbito do coletivo a sociedade, ao exercer esse direito, almeja o controle de seu próprio destino. E para que se dê efetivamente esse controle social por parte dos cidadãos, a condição democrática é essencial e sem ela as vias de acesso à obtenção de informações e o envolvimento nos processos decisórios necessários a esse exercício não se concretizam. O caráter de abertura de espaços de interlocução e debate, e a condição de transparência nos processos de tomada de decisão são constitutivos da democracia “...animada por uma lógica includente, abarcativa e participativa, tendencialmente orientada para a criação de uma ordem política fundada na vontade coletiva.”(BORON, 2000:33), condição propícia ao desenvolvimento do controle social como mecanismo pelo qual a participação se faz efetiva nas decisões sobre política pública, entendida como toda e qualquer ação de governo.

O controle social, mesmo que mencionado de forma indireta, está presente nas obras dos clássicos da filosofia política que abordam temas relacionados ao Estado, ao poder, ao

direito de mandar a partir da relação ente o agir individual e o agir coletivo. Na ciência política, o controle social se refere a um conjunto de meios e intervenção (positivos e negativos) de que cada sociedade ou grupo social dispõe para induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, como forma de impedir ou desestimular os comportamentos contrários às normas mencionadas (BOBBIO, MATEUCCI e PASQUINO, 1993). Os meios de intervenção tendem a se modificar no curso da história de cada sociedade ou grupo social no intuito de garantir o consenso; em outras palavras, os mecanismos de controle social são distintos e se diferenciam em função do tipo de consenso estabelecido.

Ainda com BOBBIO, na sociedade industrial, e sob o contexto do capitalismo liberal, o controle social foi confiado às leis do mercado, no momento em que se determinou um amplo consenso baseado na lógica do tipo meritocrático em que as recompensas eram diferenciadas na medida do esforço individual. Com a crise da ideologia liberal, surge paralelamente ao anterior, um outro tipo de controle social no qual a intervenção estatal ganha maior expressão. Esse controle é confiado particularmente ao Estado que visou propiciar uma situação de bem-estar social. Naquele momento vultosas somas de recursos foram empregadas para garantir a segurança social e a intervenção estatal no incremento do setor terciário da economia, no apoio ao setor secundário e no campo assistencial, ampliando, assim, a esfera de competências do Estado. A possibilidade de realizar a sociedade do bem-estar tornou-se concreta até onde a expansão econômica conseguiu garantir a multiplicidade de recursos para viabilizá-la. Por outro lado, ela foi possível até onde o Estado pôde dar respostas às pressões dos vários segmentos da sociedade, demandantes de serviços públicos (idem).

Com a crise dos recursos e a falta de legitimidade do Estado em relação às demandas ampliadas em diversidade e quantidade, o consenso em torno do Estado-provedor ou Estado de bem-estar social começou a se desmantelar. Assim, o novo contexto exigiu, e continua exigindo, novos mecanismos de controle social que surgem em decorrência da própria dinâmica estabelecida em função dos fatores propulsores da crise do Estado. A sociedade, então, surge como um elemento propulsor da crise, na medida em que se organiza, conquista e exige o cumprimento dos direitos sociais legalizados/adquiridos, e ao mesmo tempo como propositora e partícipe do controle das ações de governo, no

momento em que passa a disputar espaço na elaboração, implementação e na avaliação de políticas públicas.

Esse momento político de mobilização da sociedade que emergiu no final dos anos 70 e em meados da década de 1980 no Leste Europeu e em muitos países da América Latina marcou a conformação da sociedade civil, constituída por redes de associações, movimentos, grupos e instituições que, articulada com setores liberais e lideranças empresariais, participa ativamente do processo de democratização desses países (TEIXEIRA, 2002).

O surgimento da sociedade civil evidencia o aparecimento de um novo consenso que, por sua vez, exige igualmente a criação de novos mecanismos de controle social que possam conformar e regular as normas que passam a vigor no novo contexto.

O foco de atenção sobre a sociedade civil e a sua referência como ponto de partida para a construção do novo consenso incita a reflexão sobre a reformulação do próprio conceito e a respeito da centralidade que ela vem ganhando como categoria de análise das mudanças que estão ocorrendo no âmbito do Estado e da própria sociedade nas últimas décadas.

3.1. O Protagonismo da Sociedade Civil no Processo Contemporâneo de Democratização

A expressão sociedade civil não é nova na teoria social, mas a reconstrução desse conceito no contexto do processo de democratização é recente e tem suas raízes nos movimentos de luta contra o autoritarismo que emergiram nos países do Leste Europeu e da América Latina no início dos anos 80.

Sociedade civil é considerada por alguns autores como um dos conceitos mais citados na atualidade e, ao mesmo tempo, um dos mais obscuros²⁷ da teoria social contemporânea; por esse motivo, a sua utilização enquanto categoria de análise exige maiores cuidados e precisão (PINHEIRO, 1994).

²⁷ A obscuridade do termo é explicada por dois fatores: a longa trajetória do termo na história do pensamento político e a sua incômoda posição na apropriação de Hegel por Marx (AVRITZER, 1994).

A teoria da sociedade civil constitui uma vertente no interior da teoria social que procura analisar os processos de democratização das sociedades contemporâneas identificando a existência de uma terceira esfera, ao lado do mercado e do Estado, que tem como característica sociológica a interatividade e como característica política o livre associativismo (AVRITZER, 1994a). Na origem da constituição dessa terceira esfera estão os movimentos sociais que se organizaram para defender a democracia em tempos de regime autoritário e que, após o retorno da condição democrática, não seguiram o caminho da institucionalização sob forma de partido ou da incorporação à estrutura do Estado, mas passaram a constituir uma esfera política distinta do poder do Estado e do mercado, germinando as sementes da sociedade civil. Esses movimentos, segundo GOHN (1991; 1995; 1997), conquanto carreguem bandeiras de luta diferenciadas em seus locais de origem, sob o ponto de vista central de suas respectivas reivindicações, mantêm como elemento comum a democratização como suposto da organização societária. As questões éticas e a valorização da condição humana constituem o viés solidário que os unifica e fazem deles a fonte de inspiração para a reelaboração do conceito de sociedade civil (JACOBI, 2000). Seja em âmbito local ou global, parafraseando TEIXEIRA (2002), esses novos movimentos sociais têm como uma de suas características mais marcantes a heterogeneidade de sua composição social, sendo formados por uma rede de movimentos e organizações sociais de espectro bastante variado que abrange as mais diferentes ideologias políticas, mas que interagem entre si em determinadas campanhas cujos temas conseguem atrair para ações unificadas de protesto movimentos distintos ligados às causas de gênero, rurais e urbanas, movimentos identificados com as esquerdas ou de viés conservador, grupos de defesa de princípios e tradições religiosas, que defendem o meio ambiente nos aspectos relativos à conservação dos ecossistemas, grupos pequenos e pouco institucionalizados, mas também grandes organizações não-governamentais com membros e sedes presentes em vários continentes. As campanhas que os identificam estão geralmente ligadas a temas abrangentes, porém pontuais, como por exemplo, a globalização, cujas manifestações podem ser acompanhadas por pessoas nas mais longínquas localidades do planeta, pois têm tido repercussão global ao serem transmitidas pelas grandes redes de TV, pela Internet. As ações desses movimentos são principalmente realizadas em momentos de grande visibilidade como as manifestações contrárias e concomitantes às reuniões do Grupo

G-8, dos encontros de dirigentes do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, da Organização Mundial do Comércio e das famosas reuniões realizadas em Davos, na Suíça, do Fórum Econômico Mundial (GOHN, 2002). Atualmente essas associações e grupos se unem num movimento pacifista contra a invasão no Iraque pelos exércitos dos EUA e da Grã-Bretanha (FAUSTO, 2003).

Os eixos que impulsionam esses protestos e unem movimentos tão díspares e até mesmo antagônicos em suas demandas particulares, guardam relação direta com a necessidade de mudanças que levem a transformações do modelo de civilização em curso, cujas conseqüências tem aumentado as desigualdades sociais e propiciado a germinação de conflitos de origens raciais, culturais e religiosas. Expressam o inconformismo que permeia na sociedade civil, que sem desconsiderar as próprias identidades e subjetividades, une as mais diferentes facções de organizações e movimentos em torno de temas pontuais e abrangentes como a globalização e a paz.

Na análise de GOHN, isso acontece pelo fato de todos esses movimentos partilharem um mesmo ponto de vista, qual seja:

“...serem contra a parcela de status quo vigente que legitima uma ordem socioeconômica e moral de injustiças, criando grandes distâncias entre ricos e pobres, incluídos e excluídos.(...) Contestam também os valores que impulsionam a sociedade capitalista, alicerçados no lucro e no consumo de mercadorias supérfluas.” (GOHN, 2002:14).

Essas manifestações que ocorrem em nível local, mas se organizam e mobilizam pessoas em nível global têm contribuído decisivamente para os processos de democratização de países em período de transição democrática. A organização da sociedade civil em torno de temas que mobilizam participantes em diferentes pontos do globo tem um efeito duplo: fazer avançar a reflexão sobre as demandas particularistas sem deixar de contextualizá-las no plano do universal, o que dá a esses movimentos o caráter que os diferencia dos anteriores e que os identifica com a conformação da sociedade civil; no âmbito global, essa forma especial de atuação que politiza o debate em torno de eixos com viés ético e humanitário, tem contribuído para a elaboração de uma “...nova gramática no repertório das demandas e dos conflitos sociais, trazendo novamente as lutas sociais para o palco da cena pública e a política para a dimensão pública...” (GOHN, 2002:14), dando o

tom de uma nova forma de agir que emerge concomitante à conformação dos contornos de uma sociedade civil.

À teoria social cabe o papel de analisar esse processo de transformação das formas de agir dos movimentos sociais, cujas perspectivas das distintas correntes de pensamento têm buscado explicações e tendências futuras no intuito de acompanhar as mudanças que se processam no âmbito da sociedade civil, com conseqüências em suas relações com o Estado e com o mercado.

O conceito de sociedade civil, em termos de teoria social, expressa, paradoxalmente, uma continuidade e uma ruptura com o pensamento clássico de Hegel, Marx, Weber, Durkheim, Lukács, e mais recentemente, com Habermas (AVRITZER, 1994a). A continuidade estaria relacionada à preocupação de entender a modernidade e sua influência na vida cotidiana das pessoas visto que, enquanto processo de racionalização, não pode ser considerado como neutro. O ponto de ruptura tem relação com a aceitação do papel permanente que as instituições sistêmicas adquiriram, particularmente o Estado e o mercado, nas sociedades contemporâneas. No que tange à ruptura, a noção de sociedade civil reconstruída não comporta a supressão do Estado ou a sua tomada por outra classe, mas aceita a existência do papel desempenhado por ambos dentro de suas especificidades e busca reestruturá-los na perspectiva do fortalecimento da sociedade civil, instrumentalizando-a contra processos de mercantilização e burocratização das relações sociais (idem).

Ainda segundo AVRITZER, duas teorias destacam-se quando se pensa sobre o problema do fortalecimento da sociedade: a obra recente de Habermas *Teoria da Ação Comunicativa* e as teorias contemporâneas de sociedade civil, que a despeito de guardarem em seu interior alguma confusão em relação ao termo, prestam grande contribuição à sua elaboração, tendo sido relevantes as propostas de Adam Michnik de pensarem uma terceira via na oposição ao estado soviético depois do fracasso das propostas de democratização na Hungria e na Tchecoslováquia. Tal proposta incluía a idéia de:

“...limitar a atuação do Estado através da organização da sociedade sem, todavia, propor um enfrentamento final entre Estado e sociedade. O fim último do movimento social constitui apenas a auto-organização da sociedade com o intuito de forçar o Estado a uma reforma estrutural.” (AVRITZER 1994b: 35).

Nessa perspectiva, os movimentos que emergiram nas duas últimas décadas do século XX e que continuam a se multiplicar por diferentes regiões do planeta trouxeram à tona inúmeros questionamentos sobre novas formas de considerar as relações entre a sociedade e os sistemas político e econômico, na medida em que não visam à substituição das estruturas existentes por outras, mas à reformulação destas a partir de uma nova postura que os próprios movimentos adquiriram ao longo de sua curta experiência. A ação desses movimentos e dos grupos que os representam pode ser pensada no atual contexto como complementar à ação da sociedade política (Estado), mas não pode substituí-la (PINHEIRO, 1994). Essa complementaridade, para ser efetivada e permanente, não pode prescindir de um certo protagonismo diante dos sistemas político e econômico, uma vez que a concepção reconstruída de sociedade civil pressupõe a mudança nas relações com o Estado e a conseqüente revisão de seu papel como referência de consenso. O protagonismo ou a centralidade da sociedade civil nesse processo de democratização e de transformações institucionais chama a atenção para as idéias de Gramsci e sua concepção sempre oportuna de sociedade civil.

A teoria de Gramsci é recuperada por BOBBIO e SEMERARO que destacam a atualidade do pensamento daquele autor para considerar as relações com o Estado no contexto das complexas sociedades modernas. Para eles, a teoria de Gramsci introduz uma profunda inovação em relação a toda a tradição marxista (BOBBIO, 1982); revoluciona a concepção tradicional de política e de Estado e desestimula qualquer visão individualista e centralizada de poder na medida em que recupera a capacidade de autodeterminação, de criatividade e de organização da sociedade (SEMERARO, 2001).

A sociedade civil, para Marx e Gramsci, representa o momento ativo e positivo do desenvolvimento histórico, embora esse momento ativo e positivo seja estrutural (compreende todo o conjunto das relações materiais) em Marx, em Gramsci ele é superestrutural (refere-se a todo o conjunto da vida espiritual e intelectual) (idem).

Em Gramsci, o Estado é concebido como momento secundário ou subordinado com relação à sociedade civil – não é o Estado que regula a sociedade civil, mas a sociedade civil que condiciona e regula o Estado. O Estado não é um fim em si mesmo, mas um aparelho, um instrumento que representa interesse particularista e não universalista; é uma

entidade transitória e destinada a desaparecer com a transposição da sociedade que lhe é subjacente. Nos Cadernos do Cárcere, Gramsci escreve:

“Podem ser fixados, por enquanto, dois grandes planos superestruturais: o que pode ser chamado sociedade civil, ou seja, o conjunto de organismos habitualmente ditos privados, e o da sociedade política ou Estado. E eles correspondem à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade; e a do domínio direto ou de comando, que se expressa no Estado e no governo jurídico.” (apud BOBBIO, 1982: 32-33)

O potencial mobilizador que Gramsci atribui à sociedade civil desloca o eixo principal da ação política do âmbito das instituições estabelecidas para o terreno criativo e imprevisível das manifestações sociais que convergem para a construção de espaços públicos capazes de dar visibilidade às questões da sociedade²⁸. Essa perspectiva de olhar a sociedade civil afasta qualquer tentativa de reformismo que possa comprometer o projeto político de Gramsci de “...recriar as bases da sociedade pelas iniciativas livres e responsáveis dos trabalhadores capazes de chegarem ao ponto de traçar os rumos da própria história e de assumir a organização da sociedade.” (SEMERARO, 2001:237)

Na verdade, essa perspectiva talvez seja válida como utopia e sirva como referência teórica para analisar o protagonismo que a sociedade civil vem adquirindo quando analisada a realidade atual, porque ilumina o objeto-problema deslocando o foco de atenção do Estado para a sociedade civil. No limite, essa concepção levará à supressão do Estado enquanto instituição, o que nas atuais circunstâncias não se mostra viável e tampouco almejado pela sociabilidade dos movimentos, associações e instituições que compõem a sociedade civil, na medida em que ele ainda se mantém como um elemento essencial na dinâmica da organização social e indispensável como regulador do mercado e provedor das condições básicas de sobrevivência nas sociedades industriais complexas.

O papel preponderante do Estado é, sobretudo, essencial nas sociedades em que a pobreza e a desigualdade social embrenham-se nas diferentes realidades de um país com

²⁸ Questões são necessidades sociais devidamente problematizadas nos espaços públicos. As necessidades sociais se transformam em questões da agenda política quando são problematizadas por organizações, grupos e até mesmo por indivíduos que adquirem *status* de atores sociais com condições políticas para incorporá-las na pauta das prioridades públicas (POTYARA PEREIRA, 2002 apoiada em OSZALAK e O'DONNELL, 1976).

dimensões continentais como o Brasil, cujo desafio é compatibilizar a integração da economia mundial com a integração social interna num enfrentamento dessa dupla fragmentação que exige medidas de fomento não rentáveis para o setor privado e medidas de regulação, ambas de iniciativa estatal (LECHNER, 1993). Não se trata mais de perseguir um jogo de “soma zero” tanto na relação Estado/mercado como na relação Estado/sociedade, mas buscar um nível de articulação entre todos os atores em torno do propósito de construir uma sociedade mais justa e democrática sem se preocupar com a liderança do processo (COHN, 2002).

Para melhor compreensão desse protagonismo em face da presença marcante do Estado, AVRITZER ressalta que novos caminhos abriram-se após as Revoluções do Leste Europeu modificando a ótica sob a qual se pode analisar a prática política do Ocidente e eles

“...conduzem às teorias capazes de conciliar a aceitação do papel desempenhado pelo mercado e pelo Estado, com a perspectiva de fortalecimento de uma terceira arena capaz de proporcionar à sociedade instrumentos de defesa contra processos de mercantilização e burocratização das relações sociais.” (AVRITZER, 1994b: 25-6).

Para SEMERARO (2001), as idéias de Gramsci são bastante oportunas para analisar o contexto atual de reforma do Estado e ampliação da democracia. E segundo o mesmo autor, paradoxalmente, quanto mais se distanciam no tempo as considerações de Gramsci, mais atuais elas se mostram, principalmente em face de uma sociedade que se torna cada vez mais complexa e diferenciada, mais volátil e contraditória, na qual se amplia o espaço para as diferenças, a pluralidade dos grupos e o reconhecimento das minorias. Os interesses e preocupações dessa sociedade complexa são bastante diferentes daqueles que permeavam o universo de Gramsci e das sociedades após o evento da primeira Guerra Mundial. Os partidos multiplicaram-se, surgiram movimentos e organizações nacionais e internacionais em defesa dos mais diferentes direitos humanos, e os temas em debate nos espaços públicos relacionam-se à ecologia, à violência urbana e doméstica, aos poderes paralelos, ao desemprego entre tantos outros. Semeraro pergunta qual é, então, a novidade e a atualidade de Gramsci e de suas reflexões sobre a sociedade civil.

Gramsci levantou questões que até hoje permanecem cruciais para qualquer sociedade que se pretende democrática e popular e apontou o caminho para que as classes

subalternas e os excluídos pudessem se tornar protagonistas da sua própria história através da “...ruptura da ordem liberal-burguesa, pela recusa de qualquer espécie de totalitarismo e de monismo ideológico...” (SEMERARO, 2001:237), ou seja, seguir o caminho da democracia substantiva em que as massas pudessem participar de forma livre e organizada. E a passagem de uma sociedade de massas para a sociedade civil em Gramsci dar-se-ia “...por meio do desenvolvimento da consciência crítica e de iniciativas que elevassem a condição *intelectual e moral* das massas...” (apud SEMERARO, 2001:239 - destaque no original).

Numa tentativa de aproximação com o pensamento Gramsciano, a trajetória do conjunto de atividades que envolvem a articulação de indivíduos e grupos no processo de aquisição de informação e conhecimento para uma ação organizada através do associativismo e dos novos movimentos sociais, pode ser um caminho para a elevação das massas à condição intelectual e moral de desenvolvimento de suas consciências crítica. Nesse cenário, a participação cidadã nos espaços públicos de afirmação das identidades e exposição de necessidades dos diferentes grupos de interesse derivados dos movimentos organizados da sociedade civil estaria cumprindo esse papel. Esse raciocínio linear, entretanto, não impede o questionamento sobre a capacidade dos espaços públicos abarcarem todos esses interesses, filtrando-os através de processos democráticos que garantam indistintamente a oportunidade de expressão e de alcance da visibilidade que as necessidades particularistas precisam alcançar para se transformarem em questões incluídas na agenda das políticas públicas (POTYARA PEREIRA, 2002; TEIXEIRA, 2002).

Nesse sentido, o suposto da democracia na concepção de sociedade civil torna-se imperativo e implica a busca de formas criativas de participação que assegurem visibilidade às expressões de identidades e subjetividades dos diversos grupos, movimentos e organizações nos espaços públicos (GOHN, 2001). O conceito de participação cidadã elaborado por TEIXEIRA (2002) colabora no desenvolvimento dessa consciência crítica, uma vez que o autor menciona que é esse e não outro o maior objetivo dos diferentes movimentos sociais dos anos 90 que marcaram a re-elaboração do conceito de sociedade civil.

Uma outra concepção que corrobora a idéia de formação da consciência crítica dos cidadãos é a de COHEN e ARATO (1994) que, ao estudarem os movimentos sociais e sua

influência na conformação desse conceito, destacam o caráter de autonomia e de identidade própria que a sociedade civil deve manter como terceiro setor, ao lado do Estado (primeiro setor) e do mercado (segundo setor).

A contribuição de Habermas, na opinião de TEIXEIRA (2000), COEHN; ARATO (1994) e AVRITZER (1994a), reforça a noção de sociedade civil como o lugar do surgimento da pluralidade de movimentos auto-organizados que favorecem a participação e a formação de espaços públicos, ressalvada a condição de autolimitação na qual as ações das instituições sistêmicas (o Estado e o mercado) seriam freadas e/ou influenciadas pela sociabilidade das atividades associativas e interativas. COEHN e ARATO vão além quando atribuem à sociedade civil a função de controle sobre os subsistemas político e econômico e não apenas a influência sobre eles.

Em seus escritos sobre o tema, COSTA (1994) identifica duas vertentes interpretativas do conceito de sociedade civil: a enfática e a moderada. Na enfática encontram-se teóricos comunitaristas como Michel Walzer e Charles Taylor e alguns habermasianos: Jean Cohen, Andrew Arato e John Keane; e novos frankfurtianos como Rodel, Frankenberg e Dubiel. Para além das diferenças, todos eles concebem a sociedade civil como “...uma rede de associações autônomas, com interesses comuns, que devem exercer um controle sobre o Estado, utilizando-se para isso de meios não só institucionais, como não convencionais.” (TEIXEIRA, 2002:42). Na vertente moderada a sociedade civil é concebida como uma sociedade constituída por cidadãos e instituições dotados de virtudes cívicas que têm o mercado como princípio norteador do desenvolvimento e a ordem liberal-democrática como seu substrato (idem).

Os espaços públicos criados pela sociabilidade dos novos movimentos sociais constituem as arenas nas quais as interações acontecem e em que as necessidades humanas são expressas pelos diferentes grupos representantes de segmentos da população, adquirindo visibilidade para se tornarem questões priorizadas pela agenda das políticas públicas (POTYARA PEREIRA, 2002). Cabe indagar sobre a capacidade de inclusão nos espaços públicos dos grupos menos favorecidos, social e economicamente, uma vez que está subjacente ao conceito de sociedade civil o controle das ações do Estado, principalmente a sua função redistributiva que implica, em última instância, na decisão de retirar de quem tem para aplicar onde falta, promovendo a equidade.

Nesse sentido, cabe à teoria democrática analisar e à própria sociedade civil constituir espaços públicos democráticos que permitam o acesso equânime e a manifestação permanente de estratos e grupos menos institucionalizados com menor visibilidade de suas demandas devido às dificuldades de interlocução que apresentam para garantir o livre debate das demandas expostas e o desenvolvimento de mecanismos de filtros permeáveis aos seus reclamos de tal forma que as políticas públicas possam incluir em suas agendas questões de interesse público que atendam simultaneamente aos interesses dos mais necessitados.

As formas de participação cidadã que visam à democratização desses espaços, assim como os principais questionamentos a respeito do mecanismo de ação dos movimentos, associações civis e organizações sociais nos espaços públicos são os temas do próximo item deste capítulo.

3.2. Participação Cidadã, Espaço Público e Esfera Pública

O conceito contemporâneo de sociedade civil tem na participação cidadã seu principal instrumento de ação e na democracia o seu suposto básico.

A participação cidadã associada à concepção reconstruída de sociedade civil é apreendida por TEIXEIRA (2002) como um tomar parte no processo político-social por meio de ações coletivas organizadas, manifestadas em espaços públicos. Esse tipo de participação combina o uso de mecanismos institucionais e sociais, inventados no cotidiano das lutas para influenciar na construção de um senso de ordem pública regida pela equidade e justiça, para além das demandas particularistas de grupos e segmentos da população. Para o autor, essa noção de participação cidadã comporta uma contradição saudável entre o particularismo dos interesses de cada grupo e o universalismo dos direitos e responsabilidades cívicas do universalismo. Essa contradição é a marca dos novos movimentos sociais e caracteriza as ações desenvolvidas no âmbito dos espaços públicos, sendo a **participação cidadã**, na opinião do autor, a expressão que tenta traduzir o viés ético e humanitário que move as atividades no seu interior. A expressão é preferida em relação à sua congênere **participação política** pelo conteúdo ideológico que essa última enseja, uma vez que tem sido usada indistintamente para designar tipos diferentes de

participação desde aquelas que negam qualquer forma de institucionalidade – participação nos movimentos que se colocam contra o Estado –, como também aquelas que desencadeiam movimentos que se institucionalizam para legitimar políticas de governo. Na mesma linha, a expressão **participação popular** não se mostra adequada para designar a participação na perspectiva da sociedade civil, pois está ideologicamente vinculada a um tipo específico de ação desenvolvida pelos movimentos de caráter quase sempre reivindicativos que visam o atendimento de carências ou a realização de protestos com posicionamento anti-Estado (CARDOSO, 1994 e 1985; KOWARICK, 1994).

Como prática política, a participação no Brasil esteve presente desde os tempos da Colônia nas lutas contra a metrópole, mais tarde, ela pôde ser registrada nos movimentos contra a escravidão e já no início do século XX, destacou-se no sindicalismo anarquista e desde então o envolvimento de indivíduos ou grupos de pessoas em movimentos passou por diferentes etapas em função das idéias e das metas que almejavam.

No entanto, a participação como envolvimento de pessoas nos processos decisórios no Brasil somente começou a surgir na década de 1970, associadas às propostas dos movimentos populares em atuação conjunta com as comunidades eclesiais de base da Igreja católica, as oposições sindicais e associação de moradores entre outros movimentos com características semelhantes. O adjetivo que se associou ao termo participação naquele momento foi o “popular”, em referência à categoria “povo” – figura genérica, carente de estatuto teórico. A participação popular definia-se, então, como um conjunto de esforços organizados com o propósito de aumentar o controle sobre recursos e instituições (GOHN, 2001). Buscava-se, com esses movimentos, o reconhecimento dos direitos sociais, econômicos e políticos dos setores mais populares, embora a participação não envolvesse apenas pessoas desse segmento.

Na década de 1980, o cenário foi-se alterando e com ele a constituição de um novo campo democrático no seio da sociedade civil e o desenvolvimento de uma cultura política de mobilização e de pressão direta que se tornaram a principal estratégia dos movimentos para viabilizar o encaminhamento de suas demandas. Constituído por movimentos sociais pluriclassistas como o de mulheres, de negros, movimentos ecológicos etc., por lideranças das centrais sindicais e por inúmeras organizações não-governamentais que começavam a surgir na cena política nacional naquele período, buscavam criar canais de participação da

população em assuntos que diziam respeito à coisa pública, negociando com os governos no interior de suas salas e gabinetes nas instituições estatais. A expressão recorrente que definia esse tipo de participação era a participação comunitária. Essa nova prática que proliferou a princípio e progrediu em seus propósitos, encontrou dificuldades diante dos valores como o clientelismo e o paternalismo predominantes na cultura política nacional. A tática dos movimentos dos anos 80 era a ocupação dos espaços físicos junto às administrações locais e aos representantes do legislativo com vistas a construir uma nova institucionalidade que contemplasse novas leis e criasse novos canais de participação, ampliando a democracia. A idéia básica que prevaleceu nessa década era a de que as políticas de participação

“...deveriam ser incorporadas ao planejamento administrativo, desde que se considerasse o planejamento de forma diversa da que predominou durante os anos de 1970, ou seja, que ele não se realiza[sse] de cima para baixo nem de fora para dentro. (...) [Naquele contexto, o] planejamento participativo era um processo de relação entre o governo e a comunidade.” (GOHN, 2001: 54).

Emergiram como resultado do processo de participação comunitária desse período os **conselhos consultivos** – criados para auscultar a população - e os **conselhos normativos ou representativos**, com poder de decisão, que posteriormente proliferaram por diversos setores, principalmente naqueles em que a produção de serviços baseou-se no princípio do interesse público, no nível das três instâncias da administração pública e na comunidade. A ampla gama de experiências em tão curto prazo levou a uma certa confusão, pois se cruzavam em determinadas ocasiões essas duas formas de participação e de representação: a dos conselhos populares, que se orientava nos princípios da participação direta, a dos conselhos comunitários e os formados para assessorar a administração pública que, compostos segundo os critérios da representatividade, orientavam-se nos princípios da participação indireta (GOHN, 2001).

Nos anos de 1990, a participação como prática política foi requalificada e como categoria temática ganhou dimensões paradigmáticas ao ser associada a ações coletivas baseadas na cidadania e estar vinculada à construção de espaços de participação lastreados em relações sociais e não mais a espaços físicos como pretendia a participação comunitária.

Nesse contexto, as expressões recorrentes passam a ser a **participação cidadã** e a **participação social** (GOHN, 2001). É o paradigma da participação baseada na cidadania que norteia as ações dos novos movimentos sociais nos espaços públicos e orienta a elaboração da agenda das políticas públicas a serem implementadas pelas instituições da esfera pública. A categoria central da participação cidadã é a sociedade representada pelo conjunto de indivíduos e grupos sociais com interesses diversos, mas integrados na cidadania, disputando legitimamente (porque todas as demandas são, a princípio, consideradas legítimas), espaço e atendimento junto ao aparelho estatal (CARVALHO, 1995). A participação cidadã é concebida como uma maneira de intervir nas políticas públicas de forma periódica e planejada, desde sua formulação até a implementação e a avaliação. Sua característica mais marcante é a institucionalização porque visa à construção de um arcabouço jurídico institucional do Estado a partir da criação de estruturas de gestão e controle do Estado comportando representação deste e da sociedade, como os conselhos gestores.

De maneira geral, o tema participação está presente em todos os trabalhos sobre democracia. Todavia, a perspectiva de análise mostra-se bastante variada indo das posições que defendem a participação no processo decisório até aquelas que a negam totalmente. Dentre os autores que defendem a participação como essencial no processo democrático, o foco de atenção dos estudos recai sobre as diferentes dimensões que a participação pode assumir: a **dimensão decisória**, a **dimensão educativa ou pedagógica** e a **dimensão do controle social**.

Ao analisar as três dimensões da participação, TEIXEIRA (2002) destaca que, em relação a sua dimensão decisória, as posições polarizam-se entre a negação do envolvimento direto do cidadão – os defensores da teoria elitista como SCHUMPTER (1942) e SARTORI (1994) -, e a defesa da participação do cidadão, muitas vezes de forma supervalorizada – os teóricos participacionistas como PATEMAN (1992) e MACPHERSON (1978).

Na teoria elitista de SCHUMPTER, a competência do cidadão no processo decisório é negada nos moldes da participação cidadã, uma vez que a ele não é atribuído o senso de responsabilidade, de discernimento e o devido preparo para agir sobre os fatos, somente sendo aceito o envolvimento dos indivíduos nos deveres da legislação e da administração

nas pequenas e primitivas comunidades, não tendo lugar para esse tipo de ação nas sociedades complexas. Os elitistas justificam sua posição alegando haver entre a população um reduzido poder de discernimento dos fatos e pouco preparo para agir sobre eles, em clara negação da competência do cidadão comum para intervir nos rumos das políticas que o afetam diretamente, subtraindo-lhe o direito a autodeterminação.

Em posição contrária, desde ROUSSEAU, ressalta-se a importância do envolvimento direto e permanente do cidadão nas decisões do Estado, afirmando ser nula a lei que o povo não ratifica diretamente. Contemporaneamente, os adeptos da teoria participativa acentuam o papel do envolvimento dos cidadãos nos processos decisórios sem, no entanto, oferecer alternativas às formas de fazê-lo nas sociedades complexas na atualidade. E os questionamentos mais comuns no universo das teorias democráticas relativas à participação dizem respeito a quem cabe tomar as decisões numa sociedade complexa, ou seja, quais os atores envolvidos nos processos decisórios. São os representantes legitimamente escolhidos através do processo eleitoral ou os cidadãos comuns? Como as decisões devem ser tomadas? O processo decisório deve ser delegado totalmente aos representantes escolhidos ou implicar o envolvimento de critérios de controle com possibilidade de revisão por parte dos cidadãos?

De fato, a participação dos cidadãos nas sociedades complexas exige competência na articulação e algum conhecimento que lhes permitam discernir e opinar sobre assuntos que permeiam a agenda das políticas públicas e os debates realizados no âmbito dos espaços públicos nos quais estão envolvidos como atores. E essa é, sem dúvida, uma questão a ser permanentemente considerada nas reflexões acerca da participação, da democracia e do controle social. Em país com um elevado grau de pobreza e desigualdade social e um número cada vez maior de excluídos, esse aspecto não pode ser relegado à segundo plano, principalmente quando a estes se associa outro fato importante de nossa política, qual seja a pouca tradição de manter transparência nos processos decisórios devido ao patrimonialismo e ao clientelismo que ainda predominam nas instituições públicas (BAQUERO, 2001; SANTOS JUNIOR, 2001).

Nesse contexto social e político, o desafio da participação cidadã é maior, sem sombra de dúvida, porém não suficiente para encobrir ou subestimar a capacidade de mobilização que a sociedade civil tem demonstrado nos últimos anos no intuito de

encaminhar questões pertinentes a seus interesses e intervir nos processos decisórios do país, seja nos pleitos eleitorais ou através da participação direta em conselhos e outros mecanismos de controle social. Todavia, ainda é pequena a parcela da população que atua ou se envolve nesses processos, no Brasil, como também é recente a criação de espaços públicos que possibilitem esse tipo de atuação, comparado, por exemplo, à população européia cuja média de envolvimento em alguma forma organizada na sociedade supera os 80% da população (SANTOS, 2000).

Nos estudos sobre a efetividade da ação dos conselhos gestores na área da saúde e da promoção social, a competência dos conselheiros é apontada como um dos principais entraves referidos nas entrevistas pelos próprios conselheiros (CARVALHO, 1995; 1997; PINHEIRO, 2002). Entretanto, a falta de preparo de parcela da população para participar dessas e de outras instâncias de processos decisórios não pode servir como pretexto ou justificativa de sua exclusão das decisões. Ela não pode, também, ser utilizada para desviar a atenção sobre a questão central que é a de encontrar forma de viabilizar a participação superando os obstáculos que não estão restritos à competência do participante, mas que abrangem uma multiplicidade de questões, tais como: a ampliar o envolvimento das pessoas oferecendo acesso aos excluídos e incentivando os que sofrem de apatia política; superar o corporativismo e os interesses particularistas que, muitas vezes, se sobrepõem ao interesse público; ocupar todos os espaços institucionalizados e criar novas formas de participação.

Parte das respostas a estas perguntas pode estar no próprio exercício de participação, quando se considera a dimensão educativa da participação cidadã como um processo pedagógico de aquisição de informação e de educação não-formal que opera no interior dos movimentos sociais e nas diferentes formas de associativismo.

No âmbito da participação dos conselhos gestores, as possibilidades de aquisição de competência e habilidade extrapolam a informalidade e adentram o campo da educação não-formal, na perspectiva trabalhada por GOHN (1999), que concebe a educação como um conceito indissociável do conceito de cultura. Significa dizer que "...a educação é abordada enquanto forma de ensino/aprendizagem adquirida ao longo da vida dos cidadãos; pela leitura, interpretação e assimilação de fatos, eventos e acontecimentos que os indivíduos fazem, de forma isolada ou em contato com grupos e organizações."(GOHN,

1999:98). A cultura concebida como modos, formas e processos de atuação dos homens na história, Portanto, é dinâmica, posto que é constantemente modificada pela influência de valores que se sedimentam em tradições e são transmitidos de uma geração para outra e tem na educação a sua base para absorção e reelaboração.

Nessa perspectiva, a educação escolar formal é apenas uma forma de abordagem no processo educacional de um indivíduo e a educação não-formal seria um processo mais amplo de aprendizagem que acompanharia a trajetória do indivíduo em direção à cidadania, pois corresponderia à aprendizagem política ligada aos direitos do cidadão, à capacitação para o trabalho, à capacidade de organização em associações com vistas à resolução de problemas coletivos cotidianos e, finalmente, à educação para a arte de bem viver – relativa à aprendizagem que visa o auto-conhecimento e alternativas de enfrentamento das dificuldades diárias que o modelo capitalista de produção, a globalização, o *stress* e a competitividade no mundo do trabalho impõem às pessoas que vivem nos grandes centros urbanos (GOHN, 1999).

Segundo a mesma autora, o que distingue a educação não-formal da informal é a intencionalidade presente na primeira em que os sujeitos buscam criar ou adquirir determinadas qualidades e/ou objetivos, enquanto na educação informal os processos de aprendizagem são naturais ou espontâneos, como por exemplo, a educação propiciada no seio familiar.

A participação em espaços públicos de debate e em ONG(s), partidos, igrejas, sindicatos, movimentos sociais, conselhos etc., constituiria, nessa concepção, uma forma privilegiada de aprendizagem de conteúdos não-escolares caracterizada como educação não-formal voltada para a cidadania.

“Um dos pressupostos básicos da educação não-formal é o de que ela se dá por meio da prática social. É a experiência das pessoas em trabalhos coletivos que gera um aprendizado. A produção de conhecimentos ocorre não pela absorção de conteúdos previamente sistematizados, objetivando ser apreendidos, mas o conhecimento é gerado por meio da vivência de certas situações-problema.(...) a educação não-formal tem sempre um caráter coletivo, passa por um processo grupal, é vivida como práxis concreta de um grupo, ainda que o resultado do que se aprende seja absorvido individualmente.” (GOHN, 1999: 103-4)

A participação nos conselhos de saúde tem-se constituído em espaços efetivos de aprendizagem não-formal, fundamentalmente naqueles conselhos em que o coletivo se empenha na determinação de uma atuação democrática. As dificuldades naturais dos conselheiros no campo da lida com informações contidas em dados agregados, em formato de linguagem técnica e de expressão, estão sendo alvos de cursos de capacitação para conselheiros organizados em conjunto pelos Conselhos de Saúde e instituições como a Fundação Oswaldo Cruz (CNS, 2002)²⁹.

Na mesma perspectiva de construir competências, PATEMAN (1992), apoiado em COLE, acentua o papel da educação intermediada pela experiência política, no intuito de desenvolver no cidadão a atitude cívica, a tolerância à diversidade e a capacidade de equilibrar o fundamentalismo e o egoísmo. A iniciativa de refletir sobre a própria prática e de instituir um processo de avaliação das ações empenhadas pelos movimentos sociais tem-se mostrado como um processo educativo importante na formação dos seus integrantes, como demonstram algumas pesquisas empíricas (TEIXEIRA, 2002).

GOHN (2001) acrescenta que a qualidade da participação tem relação com o grau de informação (ou desinformação) contido nas opiniões dos participantes que necessitam dela para realizar diagnósticos da situação e dos problemas públicos, e para traçar estratégias de intervenção e apontar solução para os conflitos. Nesse sentido, a participação nos movimentos sociais da nova geração tem um papel educativo importante de, no desenvolvimento da práxis, fornecer informações aos seus participantes e capacitá-los à tomada de decisão, desenvolvendo neles aquilo que a autora denomina de **cultura política**, numa referência ao comportamento político dos indivíduos nas ações coletivas de resgate e construção de valores e crenças fundados na cidadania, na identidade cultural, nos direitos humanos e na participação sociopolítica. Essa concepção de cultura política tem uma abordagem que privilegia a identidade criada em um coletivo e atores sociais, a partir do conjunto de valores e representações simbólicas que eles elaboram sobre a realidade social e não as atitudes e comportamentos individuais. A cultura política e a educação, juntas, são

²⁹ De acordo com o Boletim Informativo do CNS, de 30/07/02, foram organizados simultaneamente em diferentes regiões e municípios do país. Cursos de Formação de Monitores para a Capacitação de Conselheiros de Saúde em nível nacional, sendo estruturado para formar 62 participantes escolhidos entre os estados de São Paulo (44), Rio de Janeiro (6), Mato Grosso (6) e Mato Grosso do Sul (6). Outras regiões também organizaram cursos que totalizam 1455 monitores ao longo do mês de agosto de 2002.

ao mesmo tempo instrumento e meio para a compreensão da realidade e de luta para transformá-la (GOHN,1999).

A dimensão pedagógica da participação no sentido da construção da cidadania e da reinvenção dos padrões de convivência democrática também é referida pelos autores que se debruçam em estudar os conselhos que, mesmo em face das limitações naturais decorrentes das experiências serem recentes para a maioria dos participantes, parecem conferir aos envolvidos um sentido de pertencimento e de identificação recíprocos bastante inovadores na cultura política brasileira (CARVALHO, 1997; TABAGIBA, 2002).

Fora do âmbito dos conselhos, a dimensão pedagógica da participação, também tem sido ressaltada nos estudos sobre gestão do conhecimento nos quais a aprendizagem relacionada à participação nas escolas, no trabalho, nas associações e clubes etc, é uma forma através da qual o indivíduo aprende a tomar decisões, a lidar com informações e novas tecnologias e, fundamentalmente, aprende a conviver com as diferenças sociais, culturais e religiosas (BRYAN, 2001).

Por último, a dimensão do controle social diz respeito a um tipo de participação direcionado no sentido de orientar a ação pública, fornecendo parâmetros e critérios para a sua efetivação que pode ocorrer na forma de vigilância sistemática da sociedade civil sobre a prestação de contas por parte dos governantes, processo conhecido pelo termo inglês *accountability*. As cobranças permanentes das ações realizadas pelo Estado, dos prazos de implementação de programas sociais, de aprovação ou não de determinado projeto no parlamento e dos gastos efetuados, são algumas das muitas atividades relacionadas a essa forma de exercer controle social que se desenvolve no âmbito dos espaços públicos e também das esferas públicas, podendo ser realizada por indivíduos, organizações não-governamentais, conselhos e câmaras setoriais e agências reguladoras. A *accountability* seria um recurso permanente à disposição dos cidadãos para controlar os governantes, um suposto convergente com uma formulação da teoria democrática contemporânea segundo a qual as eleições são instrumentos necessários, porém não suficientes para garantir o controle dos governantes pelos governados (MANIN, PRZEWORSKI e STOKES, 1999 apud DINIZ, 2001; ARATO, 2002).

O conjunto de instrumentos legais, institucionais e não-institucionais que compõem os mecanismos de ação da sociedade civil para controlar o Estado estende-se até o mercado

na medida em que as decisões tomadas no âmbito do sistema econômico não passam alheias à vida do cidadão, e o aparato normativo e legal do Estado não consegue sozinho barrar as investidas em busca do lucro, necessitando do apoio e do respaldo da sociedade civil para cumprir sua função reguladora.

Os instrumentos utilizados para exercer controle social sobre as ações do Estado e do mercado estão cada vez mais institucionalizados, mas também mais criativos e globalizados; envolvem, fundamentalmente, o uso da informação precisa e atualizada, pois o controle muitas vezes exige uma atitude rápida e eficaz, seja por meios jurídico-legais (mandado de segurança, liminar, busca e apreensão etc.), ou de ações que envolvem a presença física de manifestantes funcionando como barreira humana contra atitudes do Estado ou do mercado cujas decisões às vezes prescindem da ética ou do sentido de preservação do patrimônio ou do interesse público. As formas mais convencionais incluem o acompanhamento sistemático dos processos nas diferentes instâncias de poder, a elaboração de relatórios de avaliação, estudos científicos sobre impacto de programas sociais e participação nos conselhos gestores e consultores, em agências reguladoras e inúmeros mecanismos institucionalizados no âmbito da esfera pública com essa finalidade.

Seja no âmbito dos espaços públicos com mecanismos pouco institucionalizados ou na esfera pública em que canais são institucionalizados por imperativo democrático e exigência legal (Constitucional), a participação cidadã nos processos decisórios está sendo ampliada e tornando-se mais eficaz em seus propósitos ensejando mudanças na relação da sociedade civil com o Estado e com o mercado.

Devido a sua natureza de auto-organização, os espaços públicos constituídos por diferentes atores sociais contam com pouca ou nenhuma institucionalização para garantir a mais ampla permeabilidade e sociabilidade, e incluem entre as manifestações que neles são expressas as ações de controle social cujas características são igualmente pouco institucionalizadas. São inúmeros os canais de participação formalizados no Brasil, e TEIXEIRA (2002) identificou 73 modalidades das quais o cidadão e as organizações da sociedade podem lançar mão para exercer o controle social distribuídas pelo autor por afinidade de objetivos: aquelas destinadas ao acompanhamento dos processos junto à administração pública (39); as de natureza político-eleitoral (08); as de natureza judicial (13); e as que visam ao acompanhamento das ações parlamentares (13). Esses instrumentos

legais de controle social são utilizados no âmbito dos espaços públicos e da esfera pública, sendo que esta última dispõe de um conjunto de canais institucionalizados de participação próprios em que se incluem os Conselhos Gestores paritários nas diferentes áreas e instâncias de poder – os mais conhecidos são os da área da saúde (conselhos municipais/estaduais e nacional de saúde); as Comissões temporárias de acompanhamento de obra e elaboração de propostas específicas; as Conferências – nesse caso também as mais conhecidas são as de saúde que ocorrem nas três instâncias governamentais trianualmente. Podemos acrescentar, nesse elenco de canais de participação, os Conselhos Gestores das Organizações Sociais contratadas pelo Estado para gerir serviços publicizados e as Agências Reguladoras que surgiram com os processos de privatização e concessões de serviços públicos.

Esse leque de instrumentos disponível ao cidadão e às organizações da sociedade civil para o controle do Estado nos espaços e na esfera pública impõe uma necessidade metodológica de distinção entre ambos, uma vez que alguns deles são recursos somente utilizados na vigência da esfera pública. Faz-se necessária a tentativa de diferenciação desses dois conceitos na medida em que a expressão *espaço público* tem sido usada em alguns estudos como sinônimo de *esfera pública*, o que pode levar a uma certa confusão.

Na concepção liberal, são delimitados três campos distintos de poder: o Estado (esfera pública); o mercado (a esfera do lucro) e a sociedade (esfera privada). Porém, na segunda metade do século XX, a expressão esfera pública ganhou um novo *status*, passando a ser reconhecida como um espaço plural de interlocução entre atores pela teoria crítica da escola de Frankfurt.

Na origem do conceito de esfera pública, outras abordagens foram importantes e uma delas, destacada por GOHN (2001), busca relacionar a expressão esfera pública com a categoria **poder local**, que nos anos de 1990 ganhou dimensões para além das geográfico-espaciais, abarcando a questão do comunitário e do associativismo em função das análises sobre as mudanças na conjuntura política e no cenário econômico, associando o poder local à força da sociedade organizada em direção ao *empowerment*. Na perspectiva do *empowerment* da comunidade, o conceito de poder local passou a significar a capacidade que uma comunidade tem de gerar processos de desenvolvimento auto-sustentável mediados por organizações do terceiro setor sem articulações políticas mais amplas com as

tradicionais instituições como os partidos políticos e os sindicatos. Nesses processos auto-sustentáveis que redefiniram o poder local, o resgate de valores, tradições, *habitus*, costumes, crenças, folclore da sociedade local levou a uma redefinição do conceito de cultura no qual há lugar para o cidadão comum como ator histórico, consumidor e produtor de bens culturais. Com isso, continua GOHN,

“...ampliaram-se os espaços para desenvolvimento de novas formas de cultura política e projetaram-se localidades e novos agentes, pois são atores sociais e políticos que dão reconhecimento e legitimação ao local.” (GOHN, 2001:35).

Dessa maneira, a esfera pública foi sendo conformada como um espaço de natureza essencialmente política e argumentativa em que os atores sociais e políticos debatem face aos problemas coletivos da sociedade, diferenciando-o do espaço de debate do âmbito estatal. A esfera pública ganhou *status* de espaço não-estatal e passou a ser referida também como espaço público, numa clara indicação de expressões sinônimas, uma vez que uma é utilizada na explicação da outra. Na mesma perspectiva, a esfera pública é usada por J. Habermas, Jean Coehn e Andrew Arato, entre outros autores, que empregam indistintamente as duas expressões com o mesmo significado.

Para fins deste estudo, no entanto, será feita uma distinção entre os dois conceitos – esfera pública e espaço público -, visto que o objeto de estudo – as Organizações Sociais – e os objetivos voltados para o controle social realizado pelos conselhos de saúde impõem o estabelecimento de um limite, mesmo que impreciso e tênue, que separe a atuação nos espaços públicos e, principalmente, no âmbito da esfera pública, aqui apreendida de maneira aproximada ao conceito de Teixeira, que a define como sendo uma esfera:

“...constituída por organizações, instituições, mídia, grupos de interesses, conselhos de representação setorial e associações prestadoras de serviços. [Podem ser referidas também como] (...) aquelas estruturas mistas, em que se verifica a presença da sociedade civil, mas de modo vinculado ao Estado, por sua criação, composição e manutenção...” (TEIXEIRA, 2002: 48; 46).

A esfera pública é uma ampliação do que é público estatal e diferencia-se deste pela particularidade de mesclar a estrutura do Estado com instituições e organizações do terceiro setor como ONG(s) em geral, Organizações Sociais – OS - e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP-, através do estabelecimento de parcerias pontuais no propósito de implementar políticas públicas e programas sociais. A natureza dessa esfera é essencialmente pública, porém não estatal, pois é plural no que diz respeito ao conjunto diversificado de representações que agrega, embora unificado em torno do interesse público comum. Integra também a esfera pública um número grande de órgãos autônomos como conselhos gestores e consultores e agências reguladoras com representantes dos governos, dos prestadores de serviço, de categorias profissionais e de usuários dos serviços públicos, cuja finalidade é controlar o Estado em suas ações e decisões sobre políticas públicas.

Numa definição operacional, esfera pública é o conjunto de todas as atividades de caráter público desenvolvidas em ações realizadas por instituições de natureza pública, porém não-estatal, podendo ser ou não resultantes de parceria formal entre o Estado e a sociedade civil. São consideradas parcerias as diferentes formas de cooperação associativa entre o Estado e entidades da sociedade civil nas quais existe um contrato, convênio ou um termo de parceria em que são estabelecidos os compromissos de ambas as partes relativas à produção de serviços, com prazo determinado para vigência e sanções para resguardar o patrimônio público que, por ventura, seja envolvido por repasse temporário e as respectivas diretrizes da política setorial que orientam as ações no sentido de garantir o cumprimento dos princípios constitucionais e da legislação específica da área. São, por conseguinte, parte da esfera pública os órgãos autônomos criados a partir de legislação própria, com representação do Estado e da sociedade civil para integrar em caráter permanente a estrutura estatal: conselhos gestores, consultores e agências executivas e fundações de apoio.

Por sua vez, os espaços públicos, sendo arenas de interação social, são autônomos e não mantêm qualquer tipo de vinculação com o Estado. Por isso, são pouco institucionalizados e permeáveis aos reclamos sociais, não necessitando identificação em termos espaciais ou físicos, na medida em que o debate não tem lugar definido e permeia o universo dos sujeitos e dos meios de comunicação.

Essa interpretação do conceito de espaço público incorpora a concepção formulada por HABERMAS de esfera pública, visto não serem conflitantes em termos conceituais, mas apenas na denominação.

No entender de TEIXEIRA (2002), duas questões de difícil equacionamento permeiam as concepções de espaço e esfera pública: 1) a coordenação dos diversos espaços para a formação de opinião; 2) a articulação entre as duas instâncias, já que devem estar ligadas, mas mantendo seus papéis diferenciados.

A coordenação dos espaços públicos visa, no âmbito da sociedade civil, fazer emergir das inúmeras idéias, concepções e demandas expostas nos múltiplos espaços plurais, opiniões convergentes que possam contribuir para a construção de identidades e, ao mesmo tempo, para a delimitação dos pontos de interesse geral, influenciando, assim, nas esferas sistêmicas (Estado e mercado). Por sua vez, a articulação entre os espaços públicos e as esferas públicas tem o propósito de fazer a ponte entre estas e as instituições governamentais, para que possam assumir as responsabilidades que dizem respeito às necessidades da população, traduzidas na forma de políticas públicas. A maneira com que as necessidades são expostas e ganham visibilidade nos espaços públicos para se transformarem em questões da agenda de políticas públicas é complexa e perpassa a reflexão sobre a participação no processo de decisão nas sociedades industriais, o jogo de poder, o papel da mídia e o fenômeno da mercantilização de produtos culturais nos espaços públicos.

De acordo com AVRITZER (2000), o conceito de esfera pública habermasiano contribuiu para o desenvolvimento de dois campos no interior da teoria social contemporânea: 1) o campo das teorias da sociedade civil e dos movimentos sociais; 2) o campo da teoria crítica que estuda a mídia. No primeiro campo, apesar de diferentes enfoques, as duas teorias baseiam-se no desenvolvimento de uma esfera dialógica e interativa nas sociedades modernas à qual pertencem tanto os movimentos sociais quanto as associações voluntárias. Nela tematizam-se questões, formam-se identidades e cria-se um sentimento de solidariedade a partir da ação comunicativa que cumpre o papel de aferir validade aos reclamos expostos na esfera pública. No segundo campo, os estudos sobre a mídia atêm-se à existência de similaridade entre o consumo de bens materiais e bens culturais e à falta de autonomia do sujeito em ambos os casos. A teoria de Habermas

defende que, no campo da cultura, ocorre uma forma de consumo semelhante à dos bens materiais, ou seja, que as características fixadas na mercadoria pelos produtos predeterminam as possibilidades de seu consumo, o que pressupõe uma autonomia do consumidor em relação à sua aquisição. Essa similaridade é criticada por muitos autores, incluindo Avritzer, que reforça a crítica na medida em que tenta mostrar a existência de uma contradição estrutural que permeia a abordagem habermasiana de esfera pública, relacionando-a à concepção de similaridade. O principal argumento de Avritzer é o de que os processos de produção e recepção de materiais simbólicos devem ser analisados a partir de diferentes categorias e a reflexividade é uma delas. Mas, diferente dos autores da chamada escola da reflexividade (Giddens e Thompson), Avritzer defende que essa categoria somente pode ser tratada adequadamente no interior do conceito habermasiano de esfera pública. Tal fato tem importância na medida em que os movimentos sociais fazem uso da mídia para publicizar suas demandas e afirmar suas identidades, incitando um questionamento a respeito da mercantilização da produção cultural nos espaços públicos. A relevância da reflexão acerca da produção e do consumo de produtos culturais, assim como as formas interativas de comunicação são pontos de consenso nas teorizações sobre espaços públicos, trazendo para a superfície as discussões sobre o fenômeno da reflexividade. Esse conceito diz respeito ao *feed back* que uma ação produz num indivíduo ao submeter-se a experiências de interação nos espaços públicos. O fato de haver, nesses espaços, um número extraordinário de organizações e associações interagindo, cabe ponderar até que ponto os grupos com menor grau de organização e poder de influência são ocultados pela ação daqueles que dispõem de maior organização e visibilidade.

No âmbito da esfera pública, o fenômeno da flexibilidade também se mostra relevante, principalmente no interior dos Conselhos Gestores pelo fato de existir pluralidade num contexto de participação limitada de componentes em que os integrantes dotados de mais informação e com maior poder de interlocução tendem a monopolizar as questões da pauta que lhe são pertinentes e a exercerem maior persuasão sobre os demais (PINHEIRO, 2002). A estratégia da paridade pode ajudar a reduzir o efeito *feed back* sobre os mais vulneráveis à cooptação e a provocar a reflexividade também naqueles grupos mais coesos em torno de seus interesses privados na medida em que o processo participativo vai produzindo uma ação educativa que leva à capacitação para a participação cidadã.

3.3. Controle Social e Conselhos Gestores

A idéia de conselho como *locus* do exercício do poder político surge no Brasil contemporâneo como conquista dos movimentos sociais dos anos de 1980, alcançando reconhecimento com a regulamentação dos direitos sociais na Constituição de 1988. Nesta, os conselhos são previstos para acompanhar as ações do Poder Público e atuar junto deste na formulação das políticas setoriais, inscrevendo como princípio constitucional a participação cidadã da população nas decisões do Estado e evidenciando uma redefinição do espaço público e do próprio papel do Estado no que diz respeito às formas de gerenciar a *res pública*.

Entretanto, esses coletivos organizados que emergiram no cenário político recente no Brasil não são de toda uma idéia nova, visto que foram e continuam sendo adotados em muitas sociedades e em contextos políticos bastante diferenciados e em períodos históricos distintos, desempenhando papéis que vão da assessoria ao controle do poder público.

Os concelhos (grafados com c) já existiam no Brasil no período Colonial como recurso político-administrativo nas Câmaras Municipais e prefeituras, tendo sido trazidos de Portugal que, durante os séculos XII e XV, utilizava-se desse recurso como auxiliar nas administrações de suas cidades (VIEIRA, 1992 apud GOHN, 2001). Mais recentemente, essa forma de participação organizada voltou a desempenhar papel de destaque em Portugal na Revolução dos Cravos, que contou com a formação de conselhos urbanos, originários das comissões de moradores (ESTEVAO, 1993).

Outras experiências de conselhos populares e igualmente relevantes sob o aspecto histórico e político foram: a) o da Comuna de Paris – conselho revolucionário formado por trabalhadores que governou a França por dois meses em 1871, propondo o auto-governo do povo via exercício da democracia direta -; b) os conselhos dos *soviets* russos – adotados após a Revolução de 1917 -; c) os conselhos de Turin, estudados por Gramsci; d) os conselhos adotados na primeira metade do século XX na Alemanha (1920), na antiga Iugoslávia (1950); e os conselhos contemporâneos americanos de controle da sociedade sobre os serviços e ações do Estado (GOHN, 2001).

Experiências de conselhos gestores têm sido adotadas por governos no intuito de buscar consensos e legitimidade para alcançar níveis de governabilidade em momentos de intenso conflito de idéias em períodos de transição e/ou consolidação democrática e em face de uma sociedade civil cada vez mais participativa e ciente da sua parcela de responsabilidade nos processos decisórios e no controle das ações do Estado e do mercado.

As democracias modernas do Ocidente têm uma larga tradição na formação de organismos de participação direta de caráter consultivo ou para desenvolver funções especializadas. Dessa forma, a instituição de conselhos consultivos de âmbito nacional tem sido considerada como uma forma estrategicamente democrática de envolver a sociedade civil nas decisões de Estado e promover pactos para a democratização e o desenvolvimento econômico e social das nações. A Espanha, a África do Sul, a Áustria, a Itália, a França, a Holanda e Portugal mantêm conselhos de natureza econômico-social ou com funções de concertação política, que cumprem função mais ou menos relevante, de acordo com o nível de representação e poder de influência que alcançam, na mediação do debate dos grandes temas de interesse público (GENRO, 2003). No momento, das 15 nações que compõem a Comunidade Européia, 11 adotaram os conselhos consultivos para dar visibilidade a temas de amplo interesse nacional e servir como “janelas de escuta” do poder Executivo ou dos demais poderes (LEITE NETO, 2003).

Uma das características mais marcantes dos conselhos na Modernidade é a de se constituírem organizações que se propõem a romper com a lógica do capitalismo, efetivar a descentralização do poder, a autonomia e a determinação, surgindo em épocas de crises políticas e institucionais (GOHN, 2001). Eles são constituídos em momentos em que a confluência da sede de participação da sociedade nas decisões políticas encontra-se com a necessidade de legitimação das decisões de governo em tempos de transição política e consolidação democrática. Essa confluência de interesses leva a uma ampliação da utilização desse instrumento democrático que se torna mecanismo de controle da sociedade e, ao mesmo tempo, de respaldo das decisões de Estado. Podem ter caráter gestor, como no caso dos conselhos de saúde que emergiram no processo de descentralização para a construção do Sistema Único de Saúde, ou, ainda, assessorar e respaldar politicamente os governos locais ou o federal, nas tomadas de decisão em relação a questões polêmicas de alcance mais geral. Nessa última categoria encontra-se o atual Conselho de

Desenvolvimento Econômico e Social, constituído no início da gestão do Presidente Luis Inácio Lula da Silva³⁰, por determinação presidencial, para debater e apresentar propostas sobre temas de interesse nacional.

É justamente no final da década de 1970 que no Brasil começam a surgir os primeiros conselhos comunitários, criados para atuarem junto à administração pública e seguidos pelos conselhos populares entre 70 e 80 e, posteriormente, pelos conselhos institucionais dos anos 90 – objeto de nosso estudo. O final da década de 70, no Brasil, foi marcado pela retomada dos movimentos pela democratização do país após o golpe militar de 1964 e o Ato Constitucional no. 5 de 1968 (AI5), cenário em que os conselhos comunitários/populares surgiram não como estratégia institucional de controle social, mas como alternativa de participação e pressão popular em prol da melhoria da qualidade de vida, objetivando acesso aos serviços básicos de saúde, educação e infra-estrutura de serviços urbanos. Esse período de nossa história é referido por AVRITZER (1994a; 1994b) como sendo o marco histórico do surgimento da sociedade civil autônoma no país.

As experiências dos conselhos populares dos anos 70 foram inicialmente tímidas e pontuais, crescendo em importância e em número na medida em que a abertura política possibilitava a sua expansão, proliferando principalmente nos grandes centros urbanos, especialmente nas cidades governadas por partidos de oposição ao regime vigente.

O que diferencia os conselhos gestores em relação aos seus congêneres das décadas de 70 e 80, é que os atuais são categorizados como instrumentos de gestão e mecanismo de participação do usuário na gestão dos serviços públicos para atingir um grau desejável de eficiência na administração pública, isto é, podem ser considerados como estratégia de alargamento da democratização do Estado por meio do controle social que exercem, enquanto os antigos visavam a objetivos pontuais, exercendo pressão de fora para dentro do aparelho de Estado com vistas a alcançar o direito de expressão (GOHN, 2001).

Em seu livro sobre conselhos gestores, Maria da Glória classifica os conselhos experimentados no Brasil a partir de meados do século XX, segundo critérios históricos

³⁰ O Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social foi criado no início de 2003 com o objetivo imediato de discutir as reformas e articular um novo pacto social. Instituído no dia 13 de fevereiro de 2003, o CDES é composto por 88 membros representantes da sociedade civil e do governo, indicados pelo Presidente da República. Atualmente o Conselho é composto por 39 representantes do setor produtivo nacional, 36 representantes dos movimentos, associações, religiosos e notáveis da sociedade civil, 10 ministros, 2 representantes do Congresso Nacional, além do próprio Presidente da República que ocupa a presidência do Conselho.

(GOHN, 2001). Cada um deles, a seu modo, desempenhou o papel de mediador das relações entre o poder público e a sociedade civil, todavia a natureza da composição e a finalidade são diferentes, a saber: a) os **conselhos comunitários**; os **conselhos populares**; e os **conselhos gestores** (institucionalizados).

Os conselhos comunitários foram criados no final da década de 1970 pelas administrações municipais para mediar as relações do poder público Executivo com os movimentos e organizações populares. No geral, eram mecanismos totalmente inoperantes, pois se achavam atrelados aos gabinetes dos prefeitos.

Os conselhos populares eram organizados pelos movimentos populares ou setores organizados da sociedade civil, compostos exclusivamente por representantes destes, e propostos pelos setores da esquerda ou de oposição ao regime militar entre o final da década de 1970 e 80. Entre os conselhos populares que se destacaram no cenário político daquele período estão os da área da saúde, como o da Zona Leste de São Paulo, criado em 1976 a partir do trabalho de sanitaristas do Partido Comunista em articulação com as Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica; os conselhos populares de Campinas, S.P., que deram origem ao movimento Assembléia do Povo.

No terceiro e último tipo de conselho citado por GOHN (2001) estão os hodiernos conselhos gestores, focos de atenção deste estudo, criados pelas Leis Orgânicas que passaram a vigorar a partir de 1990, sendo os conselhos da área da saúde aqueles que mais se destacaram pelo pioneirismo e pela rápida difusão em nível nacional. Mas esse ineditismo não está relacionado diretamente à cultura política de participação que permeia uma parcela dos trabalhadores em saúde ou os segmentos da sociedade civil mais atentos às questões relativas à saúde, embora mantenha uma relação estreita com a mobilização conformada em torno do movimento da reforma sanitária³¹. A rápida difusão dos conselhos na área está fundamentalmente, relacionada à exigência legal que, de início, condicionou a habilitação de estados e municípios junto ao SUS à formalização dos Conselhos de Saúde.

³¹ No período da abertura política o Movimento da Reforma Sanitária transformou-se numa importante contribuição no sentido de reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou caminhos para reorientar a construção de um novo modelo de atenção à saúde no país. Foram as propostas elaboradas pela Reforma Sanitária que levou o reconhecimento da saúde como direito e obrigação do Estado na Carta Constitucional de 1988, regulamentado em 1990 pelas Leis Orgânicas da Saúde No. 8.080/90 e No.8.142/90, num esforço conjunto de trabalhadores da saúde e de vários outros segmentos da sociedade.

Como subdivisão dos conselhos gestores poderiam ser incluídos os **conselhos administrativos**, voltados ao gerenciamento direto e participativo de unidades prestadoras de serviço, mas que não possuem o poder de influência no desenho das políticas do respectivo setor do qual fazem parte. São exemplos de conselhos gestores administrativos os de escolas, creches e hospitais (TEIXEIRA, 1996; DANIEL, 1994). Depois da aprovação da lei das OS(s), os conselhos técnicos administrativos dessas organizações que se constituem em uma exigência legal da qualificação.

Uma tipologia de conselhos foi proposta no estudo publicado conjuntamente pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA e Comunidade Solidária (1997), que identificam três tipos principais, segundo sua natureza: 1) Os Conselhos de Programas – vinculados à programas governamentais destinados à clientela específica e associados em geral com ações emergenciais; 2) os conselhos de políticas – previstos na legislação nacional para participar da formulação e acompanhamento da implementação de políticas na respectiva esfera governamental em que atuam com autonomia. Nesse segmento incluem-se os conselhos gestores de saúde; 3) os conselhos temáticos – existentes predominantemente na esfera municipal, podendo ser criados no âmbito estadual, mas sem qualquer vinculação legal. São associados aos grandes movimentos de idéias ou temas como mulher, transporte, esporte e patrimônio cultural. Pode-se observar que essa tipologia abarca apenas os conselhos na órbita do Estado, institucionalizados.

Os conselhos gestores inauguraram no Brasil um novo padrão de relações entre o Estado e a sociedade ao viabilizarem a participação de segmentos sociais na formulação e implementação das políticas públicas, abrindo espaço para a participação cidadã no processo decisório. Principalmente em tempos de políticas neoliberais, de ajustes estruturais na economia, de tendências contrárias ao sentido público das políticas sociais e desconstrução da universalidade, os conselhos podem desempenhar um papel ímpar na re-aglutinação dos direitos fragmentados reconstruindo os caminhos da cidadania (GOHN, 2001).

Entretanto, esse instrumento de participação social e de mediação entre Estado e sociedade civil é bastante controverso e tem sido alvo de muita polêmica porque expõe uma outra face de sua institucionalização nessa fase de crise pela qual passam as instituições

públicas. Segundo alguns autores, os conselhos estão sendo adotados como parte constitutiva das reformas administrativas que, via de regra, visam à redução do tamanho do Estado, à diminuição de investimentos nas áreas sociais, à focalização de programas sociais e a transferência de responsabilidades para os cidadãos das soluções dos problemas (DRAIBE, 1998). Nessa perspectiva, estão sendo usados como instrumentos das atuais políticas neoliberais.

Uma outra contradição que permeia o universo das atividades dos conselhos gestores diz respeito à contraposição entre as funções que desenvolvem junto aos programas sociais - que os torna parte das políticas públicas -, e à de fiscalização dessas mesmas políticas. Paradoxalmente, eles são ao mesmo tempo parte das instituições e responsável pela fiscalização de suas ações.

A falta de uma definição mais precisa sobre as atribuições dos conselhos gestores e a inexistência de respaldo jurídico para as suas deliberações, são algumas das lacunas que perseguem a atuação dos conselhos e prejudicam o sucesso de suas ações fazendo com que, muitas vezes, elas entrem em conflito com os processos encaminhados pelas instâncias do poder executivo e/ou legislativo. Essa lacuna tem restringido a ação dos conselhos gestores no processo de publicização dos serviços de saúde, que não assegura a sua participação nas decisões sobre quais serviços publicizar, sobre o credenciamento das Organizações Sociais e no estabelecimento dos contratos de gestão entre estas e o Estado para a prestação de serviços de saúde aos usuários do SUS.

As dúvidas sobre as atribuições dos conselhos parecem naturais e até certo ponto esperadas, pois se trata de novos instrumentos de controle público em um contexto no qual os atores estão aprendendo a conviver em regime democrático. Nas palavras de seus representantes, a “...pouca clareza sobre os limites entre as competências dos conselhos de saúde e dos órgãos típicos de gestão é consequência da baixa experiência acumulada, e de alguns equívocos e conflitos que afloraram no início, encontrando-se agora em fase de superação.” (BRASIL, 2002b:12).

Sendo de natureza consultiva ou gestora, os conselhos desempenham um papel relevante de dar visibilidade aos problemas da sociedade e debater questões públicas, pois se constituem nos próprios espaços públicos institucionalizados. Todavia, os conselhos consultores superam essa função à medida que suas atribuições transcendem a consultoria e

avançam para uma gestão compartilhada com o Estado na administração da *res pública*, dando conformação a um outro espaço também público do qual participam outros organismos da sociedade civil que, vinculados em alguma medida e grau ao Estado, constituem a esfera pública.

3.4. Os Conselhos de Saúde e a Política de Parceria

Os conselhos gestores da área da saúde surgem nos anos de 1990 para dar configuração ao princípio Constitucional de “participação popular”, inscrito na Carta promulgada em outubro de 1998 e no intuito de servir como instrumento de expressão, representação e participação da sociedade na construção da agenda e das políticas sociais. Em tese, esses conselhos teriam o potencial de transformar a maneira pela qual são definidas e implementadas as políticas públicas, à medida que se tornassem os olhos, os ouvidos e a fala dos coletivos junto à administração pública, com poder de mudar os rumos das políticas e a destinação das verbas públicas. Na verdade, o conselho gestor é um dos instrumentos que podem efetivar a transformação que a sociedade civil está impondo ao Estado, qual seja, a de modificar a sua relação de demandante expectador passivo para demandante ativo no propósito de identificar problemas, eleger prioridades e estabelecer programas, muitas vezes em parceria. O desenvolvimento efetivo dessa relação contribuiu para a conformação e a ampliação da esfera pública não-estatal e para o conseqüente controle do Estado por parte da sociedade.

A introdução do conselho gestor como mecanismo de controle e mediação, mais que avanço expresso no texto Constitucional, representa um passo adiante no processo de democratização que o país vem experimentando nas três últimas décadas e que tem levado a sociedade a exigir o efetivo respeito aos direitos sociais adquiridos. No Título VIII – Da Ordem Social, Cap.II – Da Seguridade Social (disposições relativas à Saúde, Previdência Social e da Assistência Social), e no Cap. III – da Educação, da Cultura e do Desporto, o texto da Constituição é explícito ao referir-se à participação da comunidade/população, à descentralização e à gestão democrática quando se trata do ensino público. Nesse contexto, a participação cidadã

“...se transforma no referencial não só para ampliar as possibilidades de acesso dos setores populares segundo uma perspectiva de sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos, mas também para garantir a execução eficiente de programas de compensação social no contexto das políticas públicas...” (JACOBI, 2000:11),

e o conselho gestor constitui-se em instrumento privilegiado de viabilização das disposições constitucionais.

Em uma de suas reflexões sobre o assunto, Campos pondera que a participação da população sempre foi uma bandeira do movimento sanitário nacional, sendo vista

“...não só como um direito à cidadania, mas também enquanto mecanismo útil à reforma do sistema de saúde (...), [e] que de tanto se repetir essa consigna, ela acabou por se transformar em senso comum. Todos os manuais sobre organização de serviços [de saúde] passaram a incluir recomendações sobre a conveniência da “participação comunitária.” (CAMPOS, 1997:104).

Contudo, o consenso do movimento sanitário sobre a participação da sociedade no controle do Estado não foi alcançado entre os parlamentares e representantes de alguns setores da administração pública e da sociedade, pois a aprovação da Lei Orgânica da Saúde no. 8.142/90, que dispõe sobre a participação social na gestão do SUS, ocorreu em momento posterior ao da regulamentação do Sistema Único de Saúde – a Lei Orgânica 8.080/90, devido a divergências sobre o poder deliberativo dos conselhos, sobre a representação das autoridades do Executivo e a composição majoritária dos usuários em relação aos demais participantes (CAMPOS, 1997; ANDRADE, 2001).

Em meio a efusivos debates, a regulamentação dos conselhos de saúde foi aprovada com vetos ao projeto original, ficando, no entanto, assegurada a representação paritária entre os representantes dos usuários e os dos demais segmentos, diferente do princípio da paridade que norteia a composição dos conselhos das demais áreas que o entenderam como uma equivalência numérica entre os representantes do Estado e da sociedade civil, considerada como condição preliminar necessária para assegurar, de forma legítima e equilibrada, a disputa entre posições e interesses divergentes no interior dos conselhos (TABAGIBA, 2002). Cabe lembrar, ainda, que a lei da “participação da comunidade na

gestão do SUS” instituiu as Conferências de Saúde municipal, estadual e nacional e os conselhos de saúde como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e no controle e implementação da política de saúde na instância correspondente a cada esfera de governo, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A propósito, as Conferências de Saúde são fóruns consultivos em que se reúnem todos os setores envolvidos na área de saúde de uma localidade ou instância administrativa, a fim de discutir os problemas de saúde, avaliar as condições de estruturação e funcionamento do sistema e propor soluções em forma de recomendações que seguem para as instâncias superiores desse fórum (estadual e nacional) que pretendem subsidiar as ações do setor nos quatro anos posteriores à realização do evento. As Conferências são convocadas pelo chefe do Executivo em cada esfera de governo, podendo, excepcionalmente, ser convocadas tanto pelo chefe da administração quanto pelos conselhos de saúde (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1993; FELISBINO & NUNES, 2000).

A resistência demonstrada por determinados segmentos ou parcelas da sociedade à aceitação da institucionalização de espaços mais democráticos de participação é analisada por AVRITZER (2002) que recupera o aspecto do poder de influência de alguns atores políticos ligados ao regime autoritário na Assembléia Constituinte. Para o referido autor, esse poder foi o bastante para barrar questões relevantes como a reforma agrária e a forma do sistema político, mas não foi suficiente para impedir a abertura de espaços a um conjunto de políticas participativas inovadoras, em que se pode incluir o controle social. Embora alguns autores apontem insatisfação quanto ao resultado final, a Constituição de 1998 representou um significativo avanço em termos de direitos sociais. Particularmente para a área da saúde, conseguiu inscrever a universalização do acesso gratuito dentro de uma compreensão ampliada desse conceito não mais restrito ao contrário de doença, mas concebido em todos os aspectos relacionados aos fatores culturais, econômicos e sociais que podem tanto promover a saúde quanto as doenças (PAIM, 1999; ANDRADE, 2001; SCORELL, 1998; COHN; ELIAS, 1996).

A rapidez com que os conselhos gestores foram formalizados na área de saúde e a extensão de sua atuação tem transformado esses órgãos em foco de atenção e análise de

estudiosos e agentes políticos, que se alternam na polêmica em torno da sua autonomia e da dinâmica de seu funcionamento e discorrem sobre a sua emergência como mecanismo de controle social do Estado.

Entre 1991 e 1993, de acordo com dados empíricos do estudo de CARVALHO, (1995) foram formalizados mais de dois mil conselhos de saúde e uma estimativa do mesmo autor, em estudo posterior, sugere a existência de conselhos em 65% dos municípios brasileiros (CARVALHO, 1997). Até o ano de 2001, e após a aprovação da Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96, foram criados no país cerca de 5.000 conselhos municipais de saúde (BRASIL, 2001b). Os dados mais atualizados sobre o número de conselhos de saúde existentes no país vêm de um levantamento realizado em agosto de 2002 pelo CNS, e trata-se de uma estimativa e não de dados conclusivos, e estão expostos na Tabela 1, adaptados do original para este estudo.

No total são 5.507 conselhos municipais de saúde, incluindo nesse cálculo o conselho do Distrito Federal que conta com 17 conselhos regionais e um total de 105.340 conselheiros (CNS, 2002a). Somente seis estados não contam com conselhos municipais em todos os municípios: o estado do Maranhão, que com 217 municípios, tem apenas 97 com conselhos municipais formalizados; o estado do Rio Grande do Sul, que tem 410 dos seus 467 municípios com conselhos; o estado da Bahia, com 415 municípios e 376 com conselhos; o estado de Goiás, com 242 municípios e 230 com conselhos; o Acre, que tem 22 municípios e 19 com conselhos; e, finalmente, o estado de São Paulo que, dos 645 municípios apenas dois não contam com conselhos municipais formalizados.

Esse dado corrobora as informações sobre a habilitação dos municípios paulistas nos sistemas de gestão do SUS. Confrontando os dados do CNS com os do Ministério da Saúde relativos à habilitação dos municípios paulistas no sistema de gestão do SUS, constatamos que, no Estado de São Paulo, após a vigência da NOAS-SUS 01/2001 que atualiza os critérios de habilitação dos municípios nos sistemas de Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, apenas dois municípios do estado (Guararema, na região de Mogi das Cruzes e Santa Maria da Serra, na região de Piracicaba) ainda não haviam sido habilitados, do que se pode inferir que são os dois municípios que não dispunham até aquele momento de conselhos de saúde formalizados (BRASIL, 2002b), uma vez que essa é condição necessária para a habilitação do município no SUS.

TABELA 1.

Conselhos Estaduais de Saúde, Ano de Criação e Número de Conselheiros Brasil e Regiões 2001

Regiões e Unidades da Federação	Ano de criação	No. de Conselheiros Titulares	Nº de conselhos por Estado	Nº de municípios	Nº de conselheiros de saúde	Nº de municípios sem conselhos
Norte						
Acre	1993	24	19	22	400	3
Amapá	1997	16	16	16	320	
Amazonas	1993	16	62	62	1.570	
Pará	1993	20	143	143	2.890	
Rondônia	1992	20	52	52	730	
Roraima	1992	20	15	15	350	
Tocantins	1991	28	139	139	1.400	
Sub Total	****	144	446	449	7660	3
Nordeste						
Alagoas	1994	26	101	101	1.300	
Bahia	1991	24	376	415	8.000	39
Ceará	1961	30	184	184	6.240	
Maranhão	1993	21	97	217	2.500	120
Paraíba	1987	16	223	223	4.040	
Pernambuco	1989	28	185	185	3.750	
Piauí	1992	32	221	221	2.490	
Rio Grande do Norte	1993	20	166	166	1.600	
Sergipe	1993	16	75	75	1.500	
Sub Total	****	213	1628	1787	31.420	159
Sudeste						
Espírito Santo	1990	20	77	77	1.200	
Minas Gerais	1991	52	853	853	20.000	
Rio de Janeiro	1991	28	91	91	1.800	
São Paulo	1993	30	643	645	19.300	2
Sub Total	****	130	1664	1666	42.300	2
Sul						
Paraná	1994	36	399	399	7.000	
Rio Grande do Sul	1994	52	410	467	7.900	57
Santa Catarina	1993	32	293	293	3.640	
Sub Total	****	120	1102	1159	18.540	57
Centro-Oeste						
Distrito Federal (*)	1973	10	17	1	300	
Goiás	1992	40	230	242	2.450	12
Mato Grosso	1988	30	126	126	1.870	
Mato Grosso do Sul	1991	24	77	77	800	
Sub Total	****	104	450	446	5420	12
TOTAL	****	711	5290	5507	105340	233

Fonte: Informações fornecidas pelas Secretarias Executivas dos CES(s) ao CNS em agosto de 2002. Trata-se de uma estimativa.

*Nota: No Distrito Federal, os conselhos são distritais e não municipais.

Dos 5.507 municípios da federação, apenas 233 não possuem conselhos municipais constituídos ou institucionalizados, perfazendo um percentual de 4,2%. Os estados que contribuem com essa estatística estão relacionados na Tabela 2.

TABELA 2.

MUNICÍPIOS DA FEDERAÇÃO SEM CONSELHOS DE SAÚDE			
UF	Total de Municípios	Municípios Sem CMS	%
Acre	22	3	13,6
Bahia	415	39	9,4
Maranhão	217	120	55,3
São Paulo	645	2	0,3
Rio Grande do Sul	467	57	12,2
Goiás	242	12	4,9

Fonte: CNS

Conforme mostra a Tabela 2, o Maranhão é o estado da Federação com o maior percentual de municípios sem conselhos de saúde formalizados, do que se pode inferir uma menor participação da sociedade civil nas decisões sobre política pública. Paradoxalmente, é o estado que nos forneceu um Presidente da República (por meio de eleição indireta) e um dos senadores da república mais influentes nos tempos atuais – o Senador José Sarney,

Os teóricos da participação democrática e as experiências de governos democráticos em projetos participativos, ainda que pontuais, têm demonstrado que somente o exercício da cidadania aliado a uma ação política participativa pode contribuir para aumentar a efetividade dos programas de cunho social, interferir na agenda das políticas públicas e controlar os recursos destinados à sua implementação, zelando pelo bem público. Nesse caminho, os conselhos gestores desempenham um relevante papel na co-gestão da república, pois onde eles funcionam de maneira satisfatória tem conseguido níveis bastante elevados de fiscalização e controle das ações desenvolvidas no setor saúde, na educação e na área da assistência social. E na elaboração da agenda das políticas públicas pode-se

verificar uma mudança expressiva no direcionamento e na priorização das questões, principalmente na esfera federal em que a atuação do Conselho Nacional de Saúde pode ser acompanhada através da produção de relatórios, moções, resoluções, além das próprias atas das reuniões – fonte primária de dados sobre temas debatidos -, oferecendo exemplo de transparência nos processos e compromisso social. Todo esse material está disponível no *site* do CNS para o conhecimento e apreciação de todos quanto se interessam pelo assunto. Cabe ressaltar que o nível de organização alcançado pelo CNS não se reproduz no âmbito de seus congêneres, bastando apreciar os respectivos *sites* dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde de São Paulo para verificar que os mesmos não dão importância equivalente à difusão das informações na medida em que não atualizam os dados sobre suas atividades. A transparência nos processos que se deseja em relação às agências estatais também deve ser observada na dinâmica de funcionamento dos conselhos, uma vez que a essência da atividade dos conselheiros, incluindo neles os usuários do Sistema Único de Saúde, está no acesso à informação atualizada e fidedigna. O processo de realização desta pesquisa serviu de subsídio para esta afirmação, pois a despeito da boa recepção, a localização de alguns materiais bibliográficos produzidos pelo CES, considerados relevantes foi prejudicada pela falta de organização da documentação e registro das atividades do conselho.

O estudo da produção do Conselho Nacional de Saúde – CNS - realizado por CARVALHO (1995), dá dimensão do grau de influência que um órgão gestor dessa natureza pode alcançar em sua área de atuação, muitas vezes mudando os rumos da ação do Executivo e outras, propondo novas questões e incluindo na pauta das discussões temas de prioridade nacional. Sem pretensão de menosprezar a capacidade de influência dos demais conselhos, o CNS pode ser considerado uma exceção porque é composto por profissionais de saúde com larga experiência em política de saúde, dispõe de relativa infra-estrutura para subsidiar suas atividades, e a proximidade com o poder central incita uma atuação mais dinâmica pela própria pressão proveniente da sociedade civil e dos conselhos estaduais e municipais.

A preocupação com a disponibilização de informações é destacada na NOB – SUS 01/93, que aponta o controle social como requisito essencial à adequada implementação da proposta de construção do SUS. O cumprimento desse requisito, de acordo com o texto da

Norma, transcende a ação estatal e exige a presença de organizações legítimas de representação de interesses de diversos segmentos sociais, o que implica a existência de mecanismos que assegurem as condições de acesso a informações e de democratização dos processos decisórios (BRASIL, 1993).

Como espaço plural de diálogo e instrumento de resolução de conflitos, os conselhos de saúde, tal qual os demais, comportam em seu interior uma diversidade que é inerente ao jogo de interesses dos diversos atores pois reúnem, sob um órgão, atores novos e antigos no cenário político do setor que pode ser local, regional ou nacional, experientes e inexperientes, iniciados nas políticas públicas e leigos na matéria, defendendo interesses específicos ou gerais, em contexto bastante adverso e desigual de força. O resultado desse diálogo pode levar a resultados que nem sempre resguardam o interesse público – entendido aqui como “...o resultado das preferências da maioria, expressas no jogo político-eleitoral ou em pesquisas de opinião.” (SOARES & GONDIN, 2002:73) -, com o risco de se constituir em apoio e legitimação de projetos políticos populistas, retrógrados e autoritários. Dessa forma, mesmo sendo criados para fazer avançar as perspectivas de melhorar a assistência à saúde e cumprir a função de resgatar na sociedade ou em parcela desta o sentimento de que o “público” lhe pertence e que ninguém mais que ela própria está credenciada e autorizada a defendê-la através da representação que lhe foi auferida nas três instâncias de poder (MOREIRA, 1999), os conselhos de saúde podem servir para legitimar projetos de cunho personalista de prefeitos e secretários de saúde, ministros e instituições filantrópicas e não-governamentais quando a representatividade e a legitimidade de seus representantes não comungam com os preceitos democráticos para os quais foram instituídos.

Não é preciso ir muito longe com a análise para constatar empiricamente que a atuação dos conselhos deixa a desejar no que concerne aos seus objetivos principais e muitos questionamentos ainda permeiam as reflexões sobre a questão da representação e da legitimidade de seus representantes.

De forma direta ou perceptível nas entrelinhas dos textos sobre a dinâmica de funcionamento dos conselhos, um tema sempre recorrente diz respeito à qualificação dos conselheiros, constituindo-se um consenso entre os autores que tratam do assunto. Derivados dessa falta de capacitação para o exercício da função de conselheiro, outros

aspectos são apontados como obstáculos à efetiva participação cidadã nesses organismos, referidos principalmente aos conselhos municipais, quais sejam: dificuldade de acesso à informação (GOHN, 2001); dificuldades de expressão e constrangimentos de determinados atores no interior do colegiado (PINHEIRO, 2002); dificuldade em lidar com a pluralidade – que remete à questão da paridade (TABAGIBA, 2002; GOHN, 2001; RAICHELIS, 2002.; PINHEIRO, 2002).

Outro ponto de consenso importante de ser destacado é o da representatividade dos conselheiros que, por vezes, não se comprometem como intermediários com autoridade para defender a posição da própria instituição que representa e o conselho (POTYARA PEREIRA, 2002; GOHN, 2001; TABAGIBA, 2002).

Uma questão destacada por GOHN, (2001) e pertinente a este estudo é a da falta de respaldo jurídico às deliberações dos conselhos gestores que, muitas vezes, põe a ruir um suposto fundamental da participação no processo decisório – o caráter deliberativo dos conselhos.

A análise do processo de implantação do Plano de Atendimento à Saúde – PAS – no município de São Paulo retrata bem essa lacuna em relação aos limites impostos às deliberações dos conselhos por falta de respaldo jurídico em fazê-las creditadas.

COHN e ELIAS (1999), que coordenaram uma pesquisa sobre esse processo, relatam que o projeto inicial de implantação de um modelo alternativo de saúde baseado no sistema de cooperativas partiu do Executivo paulista na gestão 1993-96, mas envolveu técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e assessores da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - FIPE -, e da Secretaria Municipal de Planejamento – SEPLA. Entre um leque de alternativas propostas, o Executivo optou por um modelo que mais se adequava às suas expectativas, levando-o ao Legislativo para ser aprovado. O processo de tramitação naquela casa foi marcado por controvérsias de diversas ordens e o percurso do projeto de lei foi permeado de contestações com mobilização da sociedade civil como entidades sindicais, associações de profissionais da área de saúde, incluindo recursos como mandados de segurança. As divergências com o projeto em tramitação na Câmara de Vereadores diziam respeito ao caráter geral do modelo e em especial era questionada a sua legalidade visto o descompromisso com o preceito constitucional da universalidade do acesso à saúde; a falta de responsabilidade da

administração pública que terceirizava os serviços transferindo o patrimônio público para o setor privado, e as conseqüências que esse modelo traria para as ações e programas em saúde, particularmente os de atenção à mulher, tendo em vista o impacto que a adoção do modelo de cooperativas produziria no número de leitos destinados ao parto. O Conselho Nacional de Saúde posicionou-se, decidindo por unanimidade recomendar à Prefeitura Municipal de São Paulo a não implantação do PAS. O Conselho Municipal de Saúde também se posicionou contrário ao Projeto, recorrendo à Justiça para garantir seu direito de deliberação sobre o assunto. Os vereadores da oposição à Administração Municipal contestaram de forma incisiva, elaborando um documento que evidenciava a pouca transparência do processo, a legalidade da concessão de bens públicos móveis e imóveis para o setor privado (cooperativas), a falta de concorrência para a formação das cooperativas, o transtorno que esse modelo acarretaria aos servidores municipais, impondo mudanças de local e horário de trabalho, e o fato de não serem estabelecidos parâmetros para o controle social e para a avaliação da qualidade do serviço prestado pelas cooperativas, entre outros aspectos de ordem política sobre a concepção do modelo assistencial em si, contrário à política nacional de saúde.

Entretanto, como assinalam os autores, mesmo diante de todos esses argumentos e manifestações contrárias à implantação do modelo de cooperativa, o Projeto de Lei do PAS no.11.866, que foi apresentado à Câmara no dia 30 de maio de 1995, foi aprovado em 13 de setembro do mesmo ano, sendo adotado no Município que ficou sem habilitação junto ao SUS até que o modelo de cooperativa fosse definitivamente suprimido na gestão que se sucedeu³².

O processo de adoção do PAS é demonstrativo do centralismo e autoritarismo que ainda predominam em certas ações do Executivo, reforçando a herança patrimonialista que reside nas instituições públicas (BAQUERO, 2002; DRAIBE, 1990; POSSAS, 1996) e resiste aos tempos de liberdade de expressão e mediante a existência de mecanismos legais democráticos criados no intuito de descentralizar as decisões e coibir determinações do Estado que não condizem com os interesses públicos.

³² O PAS foi implantado pelo prefeito de São Paulo, Paulo Maluf e posteriormente suspenso quando o Partido dos Trabalhadores assumiu a Prefeitura do Município em 2001.

No processo do PAS na cidade de São Paulo, o papel que coube ao Conselho Municipal de Saúde foi executado com eficácia, pois usando de sua função deliberativa sobre a formulação e a execução da política setorial, firmou posição contrária ao Projeto que não comungava com o interesse público e com as diretrizes da política nacional de saúde. Buscou dar visibilidade à questão em pauta nos espaços públicos e junto à Câmara dos Vereadores, articulando-se com as demais forças e atores da sociedade civil na tentativa de barrar a aprovação do Projeto no Legislativo. Buscou medidas judiciais e todos os recursos legais junto com associações profissionais e usou bem o espaço na mídia local e nacional. Contudo, a despeito de todos esses recursos, argumentos, manifestações e intervenções no processo, o Legislativo aprovou o PAS que começou a ser implantado no Município de São Paulo em meio a protestos e críticas.

Esse processo deixou uma questão pendente sobre os limites da ação dos conselhos, que neste caso exemplar de atuação parece não ter tido sucesso nos propósitos de defender os interesses da maioria, ou seja, os interesses públicos em detrimento de interesses privados que permeavam a adoção daquele sistema de prestação de serviços de saúde.

Os limites da deliberação são pontos destacados no estudo de DRAIBE (1998) sobre a institucionalidade dos conselhos que considera haver sempre o risco de que os membros não-governamentais confundam a natureza deliberativa do conselho e o poder de execução da instância governamental envolvida, no entendimento que o governo seja sempre obrigado a acatar as deliberações do conselho.

Ocorre, porém, que o poder de deliberação dos conselhos gestores não concorre com as decisões do Executivo respaldadas pelo Legislativo pois,

“Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correccional das políticas sociais, à base de anulação do poder público. O conselho não quebra o monopólio estatal da produção do Direito, mas pode obrigar o Estado a elaborar normas de Direito de forma compartilhada...”
(MOREIRA, 1999:65)

Como ficou comprovado pelas análises posteriores (COHN; ELIAS, 1999) e que corroboram os relatórios produzidos no período dos intensos debates sobre as cooperativas, o modelo do PAS é equivocado e não funciona no contexto da política do SUS porque viola

os princípios básicos que o fundamentam e são contrários aos interesses públicos, principalmente devido à falta de transparência nos processos administrativos.

No entanto, ele foi aprovado e implantado a despeito de todos os protestos vindos de setores da sociedade civil e mesmo das agências estatais, e o conselho de saúde não pode impedir a implantação porque a sua deliberação não se sobrepõe juridicamente ao Direito do Estado. Carece, portanto, clarear a função deliberativa estabelecendo o âmbito de atuação dos conselhos gestores e os limites de sua ação perante os Poderes Executivo e Legislativo no intuito de reduzir os conflitos de poder que cotidianamente acontecem entre o chefe do Executivo ou da administração da pasta da saúde e o conselho de saúde daquela respectiva instância, principalmente na vigência de governos autoritários. Com isso se busca reduzir, também, as expectativas, por vezes muito grandes em relação ao alcance do controle social realizado pelos conselhos. Há que se considerar o controle social desses órgãos num contexto pluralidade de atores em que as ações de outros órgãos como Ministério Público, a ação parlamentar, a mídia e as manifestações da sociedade civil de maneira geral, confluem para benefício público.

O caráter deliberativo dos conselhos é premissa de gestões democráticas e horizontais com vocação para uma atuação participativa e para a construção da cidadania, ao passo que, em governos de viés autoritário, o direito à participação no processo decisório tende a ficar restrito ao direito de expressão. Para ARENDT (1990), somente um governo que condicione a sua existência à participação e à cidadania, ou seja, um governo democrático e horizontal, comporta conselhos em sua estrutura política e dinâmica de atuação. No caso brasileiro, a estrutura política do Estado já comporta legalmente os Conselhos, mas estes têm sua atuação determinada pela abertura à participação, pela capacidade de articulação e competência dos conselhos em desempenhar suas funções.

O texto de SANTOS et al (2000) é bastante esclarecedor em relação aos limites da deliberação dos conselhos ao destacar que:

“Os Conselhos de Saúde, pela Lei, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, não sendo da sua competência assumir qualquer ato de gestão. Cabe ao gestor submeter ao conselho a apreciação prévia dos seus atos de gestão mais relevantes como o plano, o orçamento, as normas básicas, a avaliação dos resultados para a população, os critérios para a organização da rede de serviços, para a habilitação nas

condições de gestão, entre outros. Cabe ao Conselho acompanhar e controlar as respectivas execuções, mas não substituir o gestor na sua falha. Por maior que seja a falha do gestor, o Conselho deve esgotar o espaço de discussão, do conhecimento suficiente das questões, do convencimento/negociação e da sua atribuição de instância de recursos das questões pendentes dos gestores. Esgotados esses espaços e esforços, e permanecendo a comprovação do desvio das diretrizes legais do SUS, cabe ao Conselho articular-se com o Poder Legislativo, Fiscalizador do Poder Executivo, com o Ministério Público, com o tribunal de Contas, e até mesmo com a Justiça Comum, mas nunca assumir a gestão, mesmo que a autoridade desavisada ou equivocada, do poder Judiciário, lhe “outorgue” essa competência.” (SANTOS et al, 2000: 87-88).

Apreendida dessa forma, a legitimidade e a força de um conselho não dependeriam de sua natureza deliberativa ou consultiva, estando mais relacionadas ao seu poder político e à sua autoridade, à sua representatividade ou mesmo ao interesse do governo em democratizar suas decisões (DRAIBE, 1998).

O poder deliberativo dos conselhos também deve ser analisado em relação ao impacto que causam no interior das entidades que representam. Ao assumirem a posição do conselho, o conselheiro retorna à sua instituição de origem podendo mobilizá-la no intuito de defender a posição prevalente.

“Ai reside o grande potencial da força política dos conselhos de saúde, e suas deliberações somente terão poder de mudança para a construção do SUS, na medida que as entidades priorizarem nas suas agendas de pressões e mobilizações, as deliberações dos conselhos.” (BRASIL, 2002b).

Analisado sob essa ótica, o poder de deliberação dos conselhos se amplia porque seu limite de ação de controle social será proporcional ao grau de mobilização de organização da sociedade na construção do Estado Democrático. Para tanto,

“...é desejável e legítimo que cada conselheiro reconheça e assuma suas duas faces complementares de atuação: a da cultura política do **coletivo homogêneo** de sua entidade ou instituição de origem, e a da cultura política do **coletivo heterogêneo** do Conselho de Saúde.” (idem, destaques no original).

Em outro prisma, a experiência do conselho de saúde na aprovação do PAS pode ser analisada sob o ponto de vista das tensões que marcam esses espaços democráticos devido às diferentes lógicas que perpassam as posições que os respectivos atores defendem (poder público, assessoria técnica e representantes das organizações da sociedade civil) e que dizem respeito à racionalidade política da administração, à racionalidade técnica da máquina administrativa e às demandas e necessidades das organizações da sociedade civil, em que estão mesclados interesses particulares e gerais (COHN, 2002). No caso do processo do PAS, parece haver consenso sobre a sua desaprovação por parte dos representantes da máquina administrativa e das organizações da sociedade civil tendo prevalecido a lógica da racionalidade política representada pelo poder Executivo que em face da escassez de recursos e interesses políticos, buscava naquele momento garantir a governabilidade no setor saúde com a implantação de um modelo que atendia aos interesses particulares de grupos ligados à sua administração. Essa tensão gerada pelas diversas racionalidades e demandas não existe somente nos conselhos que lidam com governos autoritários, embora nesses ela tende a ser maior, pois mesmo diante de governos democráticos os conflitos relativos às diferentes lógicas de atuação estão presentes e são exatamente esses fatores que determinam a dinâmica de uma relação ambígua e de faixa muito estreita de negociação entre governo e sociedade, o que faz com que os limites entre cooptação, cumplicidade e efetivo controle público da gestão sejam extremamente opacos e muito pouco precisos.

Com efeito, o que se espera da participação cidadã nas esferas públicas, especialmente nos conselhos gestores, é que ela consiga reverter o padrão de planejamento e execução das políticas públicas por meio de deliberações e de ações que pressionem as instituições públicas para torná-las mais transparentes nos processos e mais sensíveis ao controle social (TABAGIBA, 2002), o que não significa impor sempre uma determinada posição defendida pelo conselho, mas mudar as formas de operar o processo para condições mais democráticas. Isso, sem sombra de dúvida, ocorreu no processo de aprovação do PAS em que a transparência promovida pelas inúmeras entidades representadas e que dele participaram possibilitou a expressão das diferentes posições a respeito da questão em

pauta, inclusive dos parlamentares que votaram favoravelmente ao projeto, possivelmente defendendo interesses contrários aos de seus próprios eleitores.

Cabe destacar o papel que o Legislativo desempenha nos processos decisórios, pois é esse órgão que referenda as ações do Executivo e o controle social sobre ele tem sido uma das marcas da ação da sociedade civil organizada nos espaços e esfera públicos, utilizando-se estratégias variadas que passam impreterivelmente pela publicização das posições assumidas por cada parlamentar nas distintas votações.

Além dos aspectos identificados com o princípio da deliberação dos conselhos, a representatividade dos conselheiros é outro ponto de convergência em vários estudos que dizem respeito à importância que as entidades representadas atribuem à esse espaço de discussão e mecanismo de controle social, ao processo de escolha na instituição e ao interesse do conselheiro em exercer a função.

No estudo comparativo dos conselhos de saúde de três Municípios da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, PINHEIRO (2002) identificou seis temas que, segundo a autora, constituem elementos definidores dos modos de atuação dos conselhos; entre eles estão a participação e a representatividade. Na análise dos documentos que apreciou e principalmente dos depoimentos que colheu, a autora identificou haver constrangimentos da parte de alguns conselheiros que são motivos impeditivos de uma plena atuação dos representantes nos encontros do colegiado. Tais constrangimentos são ocultados nos discursos oficiais, mas parecem estar presentes no cotidiano de alguns conselheiros que empregam práticas intimidatórias chegando, em alguns casos, a promover ameaças à integridade física daqueles que ousam questionar o *status quo*. O artifício da linguagem é utilizado nesses contextos como instrumento de poder técnico para intimidar conselheiros numa antiga e recorrente prática analisada por planejadores de políticas públicas que consiste em usar:

“...palavras difíceis e códigos secretos, cuja função principal não é somente servir de meio de comunicação rápida entre especialistas, mas impedir a transmissão do conhecimento para camadas amplas da população, como meio de reter, junto com a informação, o poder que esta gera...” (TESTA, 1989:98).

O diálogo, premissa desses espaços democráticos fica prejudicado na medida em que os interlocutores não conseguem expressar suas idéias e tirar dúvidas a respeito do tema discutido, ficando a participação, no sentido estrito, prejudicada pela intimidação dos conselheiros. O saber técnico que poderia ser usado na contribuição de elucidação de questões relativas a detalhes sobre procedimentos médicos e administrativos acaba se tornando obstáculo à participação efetiva do conjunto dos representantes.

Em colegiados compostos por pessoas de níveis intelectuais e socioeconômicos distintos, os constrangimentos são comuns, mas superáveis com diálogo e respeito às diferenças, pois é essa a característica que marca os espaços dialógicos da sociedade civil da forma como a compreendem os teóricos da reconstrução de seu conceito, entre outros, Habermas, Arendt, Avritzer, Coehn e Arato. O artifício do constrangimento, que não deve ser desconsiderado como um problema a ser trabalhado no interior dos conselhos, pode ser capaz de causar transtornos em um colegiado, mas não é suficiente para, em grande escala, inviabilizar esse instrumento de participação. Esse é sem sombra de dúvida, um dos últimos argumentos daqueles que não admitem mudança e não conseguem conviver em espaços plurais como os conselhos por terem dificuldade em lidar com a diversidade cultural e ideológica.

A tolerância na pluralidade, apreendida como o reconhecimento do outro num espaço de convivência democrática, é uma construção que deve ser buscada nas práticas cotidianas de articulação entre os atores; ela não se exaure nas garantias procedimentais da paridade numérica. Assim, a busca pelo equilíbrio na representação entre os interesses dos usuários e dos representantes dos trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e do governo passa pelos interesses e motivações que cada qual tem para participar do conselho de saúde.

Os interesses que levam os prestadores de serviços a disputarem um assento nos conselhos de saúde são variados, assim como a noção que trazem sobre o que seja participar da elaboração de políticas públicas. Para muitos pode ser simplesmente uma forma de conseguir mais recursos para viabilizar seus projetos privados. Os representantes governamentais, principalmente nos conselhos de saúde municipais e locais, apresentam vínculos muito frágeis com suas instituições de origem, e tendem a defender interesses e suas próprias opiniões e posições ideológicas, muitas vezes não compartilhadas pela

administração que, independente do fato de estas serem mais coerentes e democráticas que aquelas, não representam a posição governamental, descaracterizando o pressuposto da representatividade. TABAGIBA (2002) afirma haver uma relação entre o vínculo conselheiro-entidade e a tolerância à pluralidade, sugerindo que o maior vínculo representante-entidade aumenta a possibilidade de que diferentes interesses possam, de fato, ser representados nos conselhos.

De acordo com a autora, o respeito às diferenças e a capacidade de construir adesões em torno de projetos específicos em meio a uma composição heterogênea de participantes parecem ser condições necessárias tanto para dotar de eficácia as ações dos conselhos quanto para ampliar o seu potencial democrático, uma vez que é do confronto de idéias que os conselhos extraem sua força e elaboram normas pactuadas.

Em meio à pluralidade e às dificuldades em lidar com a diversidade nos conselhos gestores de políticas públicas é preciso salientar que a convivência nesses espaços e a reflexão gerada em torno dela tem promovido um processo rico de inclusão, senão na decisão, pelo menos na discussão pública, configurando um fenômeno inédito segundo CARVALHO (1997), de conformação de uma cultura política democrática fomentadora de identidades coletivas e de sujeitos políticos, despertando um sentimento de pertencimento e identificação recíproca bastante inovador na história da política nacional. Portanto, a despeito das limitações que não param na representação e na heterogeneidade da composição, o saldo da participação tem sido bastante positivo e a capacidade de influência nas decisões sobre políticas de saúde tem assegurado, senão a viabilização do projeto no ritmo necessário às necessidades da população usuária, os rumos da construção do SUS dentro dos princípios da universalidade do acesso e da assistência integral, mesmo em face das políticas de ajuste fiscal impostas pelos organismos internacionais de fomento e financiamento do desenvolvimento (FMI e Banco Mundial), como aponta o relatório do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2002) que traz uma análise do Sistema e as perspectivas imediatas futuras.

Especificamente para a área da saúde cujos conselhos gestores paritários têm poder deliberativo e se constituem em exigência legal, tal qual a criação de fundos para repasse de recursos federais em cada esfera de governo (BRASIL, 2001a), os riscos de cooptação e de burocratização podem ainda ser maiores que nas demais áreas em que prevalece o interesse

de participação e envolvimento na construção da cidadania. O primeiro deles, segundo COHN (2002), está relacionado a uma tendência à concentração de poder no titular da pasta da saúde que acumula os cargos de chefe da pasta no município e a presidência do conselho de saúde municipal, além da direção e controle do Fundo. O poder que essas posições conferem, associado a outros fatores sócio-políticos como a cultura política local e a baixa capacidade de organização da população promovem uma potencialização da concentração de poder sobre um mesmo ator. E quanto menor o município e mais patrimonialista e clientelista for sua cultura política, maior a centralização de poder nas mãos do Executivo local constituindo-se num paradoxo do processo de descentralização do SUS. Não se pode desconsiderar também o fato de esse ator ser, usualmente, um profissional médico, detentor de um poder sobre as pessoas - em geral seus pacientes - que é inerente à sua profissão, segundo CARAPINHEIRO (1993) e PIRES (1989), tendendo a aumentar ainda mais a centralização das decisões.

O outro risco derivado da concentração de poder diz respeito à forte tendência à burocratização do processo de participação nos conselhos de saúde, presente tanto naqueles municípios em que os governos criaram essa instância apenas *pro forma*, para corresponder a uma exigência legal, quanto nos municípios em que as organizações da sociedade civil ainda não estão fortemente estabelecidas, tornando-se alvos de cooptação política. Isso em parte explica o temor de cooptação dos movimentos sociais quando da participação nessas instâncias.

Ainda dentro dessa tendência, existe o risco de haver burocratização também da dinâmica de participação nos conselhos. O poder de estabelecimento da pauta das reuniões do colegiado pelo gestor local da saúde devido aos poderes a ele atribuídos acaba priorizando as necessidades da racionalidade administrativa que, aliadas ao controle desigual de informações ou à capacidade desigual de absorver e compreender essas informações (em geral apresentadas de forma agregada sem discriminação detalhada que possa ser facilmente assimilada), faz com que a participação se torne muitas vezes extenuantes ou totalmente desestimulantes aos não “iniciados”. A esses fatores associa-se o fato de a conjuntura econômica estar desfavorável às políticas sociais nos anos 90 e no início dos anos 2.000, o que acaba impondo às reuniões uma agenda monótona e repetitiva, restrita às questões relativas ao financiamento e à repartição dos recursos, cansativa

para os representantes cuja lógica de atuação nos conselhos impõe a demanda por melhores condições de assistência à saúde.

Atento a esses riscos, o CNS adiantou-se em elaborar critérios que possam servir de parâmetro para a construção da pauta das reuniões ordinárias dos conselhos. O objetivo dessa iniciativa é dotar os conselhos de agilidade para acompanhar e antecipar-se à Agenda Básica do Gestor correspondente, evitando a submissão desse coletivo à racionalidade burocrática do Executivo, que prioriza os interesses próprios em detrimento de discussões sobre formulação de política. Essa prática impõe um ritmo às reuniões dos conselhos que acaba sendo o de homologação de decisões já tomadas.

Todavia, se existem riscos e tendências negativas à forma de gestão democrática com a inclusão dos conselhos gestores na área da saúde, há possibilidades de democratização da relação Estado/sociedade bastante ressaltadas nas bibliografias sobre o tema, mas que valem ser registradas novamente, entre as quais: o surgimento de uma diversidade maior de atores participando desse processo; a viabilidade de compatibilização da democracia representativa com a democracia direta e finalmente um ponto positivo já destacado neste texto e que diz respeito à importância do aprendizado do exercício da cidadania, tanto por parte dos movimentos sociais quanto das instituições estatais na busca de encontrar formas mais globais e abrangentes de enfrentar as questões relativas à saúde, que em última análise não se distanciam das formas de enfrentamento da pobreza e da desigualdade social, num contexto em que tanto as políticas sociais quanto as demandas sociais são apresentadas de forma fragmentadas.

Os conselhos gestores de saúde, a despeito de sua recente história e dos obstáculos que permeiam a dinâmica de sua atuação, mostra-se um mecanismo de controle social eficaz e eficiente conseguindo, no curto prazo de dez anos de existência, impor-se na esfera pública como um órgão necessário e pertinente ao conceito de sociedade civil reconstruído, desempenhando muitas vezes um papel decisivo na reformulação do Estado em sua relação com a sociedade. Todavia, as reformas instituídas no final dos anos 90 pelo governo federal e governos estaduais na área da saúde não lograram incluir esse importante mecanismo de controle social no processo de contratação de Organizações Sociais para gerir serviços e atividades públicas publicizadas, sequer na etapa do processo relativa à qualificação da OS, em procedimento semelhante ao que ocorre no campo da assistência social, tendendo a

restringir o seu papel deliberativo ao produto final, conforme propõe a concepção liberal e neoliberal do papel do consumidor. Seria esperar dos conselhos uma atuação restrita de natureza fiscalizatória dos serviços prestados pelas OS(s) à população.

É sobre o papel dos conselhos de saúde no controle social do Estado reformado que trata o próximo capítulo.

CAPÍTULO IV

O TERCEIRO SETOR EM PARCERIA COM O ESTADO

No âmbito da reforma administrativa do Estado foi criada, no final da década de noventa, uma base legal para incentivar a produção não lucrativa de bens ou serviços não-exclusivos do Estado e realizáveis pelas organizações que compõem o terceiro setor.

A crescente absorção da produção de atividades sociais dessa envergadura tem sido uma marca recorrente nos processos de reforma do Estado nas democracias contemporâneas (SANTOS, 2001; ALMEIDA,1996) e tem o propósito central de desincumbir o Estado da sua execução, transferindo-as para as organizações da sociedade civil especificamente contratadas para essa finalidade. Se por um lado a adoção dessa medida visa alcançar níveis maiores de eficiência e eficácia nos serviços públicos (BRESSER PEREIRA, 1998; 1999), e possibilitar a participação do terceiro setor na gestão e produção de serviços públicos da área social - reivindicação justa e alentada desde a década de 1980 por setores da sociedade civil (COHN, 2002, SANTOS, 1999) - por outro traz consigo o risco de ver o Estado retirando-se paulatinamente de sua função de produtor, deixando para a sociedade civil o encargo da execução de serviços. Não é descartada, também, sequer entre os próprios defensores da reforma (FRANCO, 2002), a hipótese de o Estado futuramente se esquivar do seu papel de financiador do sistema de proteção social, com conseqüências diretas à universalização dos direitos sociais adquiridos pela Constituição Federal de 1988 e comprometimento do livre acesso à assistência de saúde, entre outros. As garantias legais não são suficientes para resguardar a sociedade desse risco, embora sejam necessárias enquanto direito do cidadão.

Mediante a oportunidade que esse marco legal instituiu para a realização de parcerias do Estado com o terceiro setor, o conhecimento das regras estipuladas para a qualificação das organizações sociais e dos atores envolvidos, particularmente as associações do terceiro setor, faz-se necessário para se construir o cenário em que essas parcerias acontecem.

Dessa forma, este capítulo trará um breve apanhado sobre a natureza das organizações que pertencem ao chamado terceiro setor, tentando situar aquelas que mais proximidade têm com a área da saúde e, na seqüência, abordando a questão específica da reforma do Estado para essa área.

O objetivo deste capítulo, então, é apresentar os principais pontos de discussão, as divergências e os consensos em torno da Reforma do Estado, concernentes à área da saúde, abordando o conceito de terceiro setor na concepção das duas grandes vertentes inspiradoras da concepção de associativismo no Brasil, quais sejam: a concepção americana e a que prevalece nos países da Europa, identificando, no campo da saúde, as diferentes formas de associação que disputam junto ao governo as verbas do SUS.

No contexto da reforma, pretende distinguir as Organizações Sociais OS(s) das demais entidades do terceiro setor que se relacionam com o Estado e, finalmente, analisar os principais obstáculos que o processo de implantação do modelo de gestão baseado nos contratos com instituições públicas não-estatais impõe ao controle social exercido pelos conselhos de saúde. Nesse último item será feita uma análise comparativa entre a legislação federal e a do estado de São Paulo, uma vez que essa última avança em aspectos referentes ao controle social, incluindo em um de seus artigos a obrigatoriedade da participação do Conselho Estadual de Saúde na Comissão de Avaliação e Execução dos Contratos de Gestão (SÃO PAULO, 1998).

4.1 O Terceiro Setor na Saúde

No contexto da saúde, até as modificações promovidas pela Reforma Administrativa do Estado dos anos 90, as entidades filantrópicas e as organizações sem fins lucrativos foram consideradas como participantes da esfera privada, dentro do entendimento clássico de que tudo o que não é público-estatal é privado. As razões que permitiram essa

simplificação foram atribuídas ao pensamento clássico liberal que levou à fundação do Estado moderno no qual a esfera privada corresponde à esfera da sociedade - local de realização dos interesses dos indivíduos, e do Estado - o espaço em que se desenvolvem os assuntos de caráter público, separando assim o Estado da sociedade (GERSCHMAN, 1995). As organizações filantrópicas e as demais instituições não governamentais foram, nessa lógica, enquadradas na esfera de atuação da sociedade, e, portanto, no espaço privado até que novas concepções surgissem para refinar esse pensamento e subdividir o espaço público em público estatal e público não-estatal.

Nessa perspectiva, as instituições filantrópicas e a gama de outras associações que operam na sociedade civil sem finalidade lucrativa constituem um grupo específico de prestadores de serviços, visto que, no sentido estrito, não fazem parte da esfera pública e tampouco da esfera privada.

A reforma Administrativa alterou essa concepção no âmbito do Estado, mudando, conseqüentemente, a lógica de pensar na distribuição das funções de produção de bens e serviços na área social, considerada agora como não exclusiva do Estado e estendida às organizações de natureza pública. A partir da concepção Weberiana de Estado monopolista que exerce seu poder ao definir as leis, impor a justiça, manter a ordem, arrecadar impostos, entre outras atividades não passíveis de concorrência, cria-se uma terceira forma de propriedade, a propriedade pública não-estatal, distinta das já consideradas pela teoria política. Nessa concepção, são identificados dois grupos de atividades públicas: as que são de exclusividade do Estado e o grupo daquelas que podem ser divididas com a sociedade, além de um terceiro que é de competência do mercado. Entre as que podem ser realizadas pela sociedade, mas que são de interesse público, estão a saúde, a educação e as de assistência social, pois entram na categoria das que não são de exclusividade estatal (BRESSER PEREIRA, 1996). Pertencem, por sua vez, à categoria do público não-estatal, são abertas à iniciativa do terceiro setor e, ao estabelecer parceria com o Estado, passam a integrar a esfera pública não-estatal.

Dentro dessa classificação podem-se distinguir, portanto, três tipos de empresas: a) as privadas, que visam a lucro e integram o setor do mercado; as estatais, que não visam a lucro e fazem parte da estrutura do Estado sendo financiadas exclusivamente com recursos públicos provenientes de impostos e outros tipos de arrecadação; c) as públicas não-

estatais, que não seguem as regras do setor público estatal para contratação de pessoal ou para efetuar gastos de qualquer natureza e não têm exclusividade do Estado para seu financiamento, sendo abertas a recursos de outras rubricas.

O que caracteriza as empresas públicas não-estatais é o interesse público que orienta o seu desenvolvimento e ordena suas ações.

No entender de outros autores como Mintizberg (1996), existem quatro tipos e não apenas três de propriedades no capitalismo contemporâneo: a organização privada; a pública ou estatal, a sem proprietários – *nonowned* -, que seria a equivalente à pública não-estatal na concepção de Bresser Pereira; e a cooperativa, que é uma forma de propriedade privada na medida em que partilha lucros entre os cooperados ou defende os interesses de seus associados quando não visa a lucro (Apud BRESSER PEREIRA, 1998).

São organizações que agem nos mais variados setores e segmentos da sociedade mas, fundamentalmente, prestam serviços às camadas mais populares, enfatizando o compromisso com a cidadania (THOMPSON, 1995). No entender de FERNANDES (1997), essas organizações desempenham um papel importante junto às comunidades, pois fazem um contraponto entre as ações do governo e as do mercado, caracterizando-as como promotoras dos interesses da coletividade.

A diferenciação conceitual entre as três esferas mostra-se importante na medida em que ajuda a definir o âmbito de atuação do Estado nesse período de reformulação de seu papel. A separação do espaço público em duas dimensões, a esfera pública estatal e a não-estatal, permitiu ao extinto MARE formular sua proposta de reforma administrativa e tem servido como parâmetro para o estabelecimento das responsabilidades do Estado em relação à sociedade e vice-versa. A concepção atual de sociedade civil, reconstruída no processo de democratização do país e na emergência dos novos movimentos sociais e das organizações não-governamentais, ancora-se na construção de uma esfera pública ampla que permita aos diferentes sujeitos sociais atuarem em associação com o Estado na formulação e na execução de políticas sociais (AVRITZER, 1994a; 1994b; 1994c; COEHN e ARATO; 1994)

Não é por acaso que as reflexões mais recentes sobre o fenômeno de proliferação de organizações não-governamentais trazem recorrentemente análises sobre as possibilidades

de se estabelecerem parcerias com o Estado e a influência que esse terceiro setor passou a exercer sobre as ações estatais nos últimos anos.

O fenômeno do associativismo, denominado por Lester Salomon (1997) como uma “revolução associativa global”, tem-se mostrado cada vez mais expressivo em várias partes do mundo, e visa à constituição de uma comunidade de interesses baseada na defesa de direitos sociais e de responsabilidade, assumindo o papel de mediação entre cidadãos e instituições. Mesmo nos países da Europa e América do Norte com tradição associativa, o associativismo foi revigorado na última década e a atuação das organizações não-governamentais passou a invadir a paisagem econômica e social e sua proliferação parece indicar que vão ao encontro de uma demanda social cada vez mais crescente (GOHN, 2000a).

A noção de responsabilidade social está intrinsecamente ligada ao terceiro setor, e significa um conjunto de atitudes e postura ética em relação à comunidade, ao cliente, ao funcionário e ao meio ambiente.

O sentido de responsabilidade social tem feito crescer no Brasil, assim como nos demais países desenvolvidos ou em desenvolvimento, o número de organizações, fundações, institutos e movimentos associativos que integram o terceiro setor, fazendo crescer, na mesma proporção, o número de voluntários dispostos a desenvolver ações solidárias.

A ONU estima que, no Brasil, 25% da população pratica algum tipo de trabalho voluntário, aproximadamente 42 milhões de pessoas que dedicam uma parte do seu tempo no auxílio ao próximo. Um exemplo do envolvimento de pessoas em ação solidária são os 133mil agentes da Pastoral da Criança, organização ligada à Confederação Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB (ÉBOLI, 2003).

De acordo com pesquisa realizada na Universidade John Hopkins, em 1995, o terceiro setor movimenta no mundo mais de US\$ 1 trilhão e cerca de US\$ 10 bilhões no Brasil, o equivalente a 1,5% do PIB nacional, sendo responsável, aqui, por 2,5% dos postos de trabalho, aproximadamente 650.000 empregos (idem).

A estimativa do número de entidades que integram esse setor é ainda bastante controversa, pois os dados estatísticos são falhos devido ao fato de não haver um cadastro nacional único. Alguns autores trabalham com cifras de 540 mil entidades (TACHIZAWA,

2002), enquanto a Comissão Parlamentar de Inquérito, aberta no ano de 2002 no Senado Federal para avaliar a aplicação de recursos públicos no terceiro setor concluiu que existem cerca de 250 mil entidades atuantes no Brasil (COSTA; SALOMON, 2003).

Independentemente do número que se toma como referência, o que importa é a expressividade desse setor e a expansão que ele vem tendo na última década e, particularmente para este estudo, o que é relevante é o aspecto da participação do Estado no financiamento dessas ações e o correspondente em controle social sobre as atividades desenvolvidas com recursos públicos.

A cultura de *accountability* não faz parte do universo das entidades do terceiro setor no Brasil, diferentemente de outros países como Portugal, França e Bélgica, onde a publicação de balanços sociais é obrigatória. Devido a isso, o controle público sobre elas fica prejudicado (ÉBOLI, 2002). A lei das organizações sociais tem a pretensão de instituir transparência nos processos de transferência de recursos e obrigar as instituições a prestarem contas da utilização dos recursos públicos, através do contrato de metas assinado na parceria. Esse seria o instrumento pelo qual se efetivaria o controle sobre as atividades realizadas.

Os recursos governamentais destinados a projetos do terceiro setor, provenientes das três esferas, têm crescido nos últimos anos, demonstrando que as políticas que direcionam o Estado para outras funções, que não a de executor e implementador de programas sociais, é uma realidade.

O porcentual de recursos de origem federal, estadual e municipal, aplicado em projetos sociais desenvolvidos por entidades do terceiro setor passou de 3,2% em 1993 para 18,4% em 2000, e envolveu cerca de R\$ 2 bilhões do orçamento público, repassados sob forma de créditos a fundo perdido, com juros subsidiados e como incentivos fiscais (COSTA; SALOMON, 2003).

Terceiro setor - *third sector*- é uma expressão recente no Brasil, mas bastante difundida nos Estados Unidos, de onde a expressão surgiu. Outras denominações como “organizações sem fins lucrativos” - *non profit organization* - são comumente usadas para identificar “...um tipo de instituição cujos benefícios financeiros não podem ser distribuídos entre seus diretores e associados...” (FERNANDES, 1997:25). É um conceito muito abrangente, que abriga uma variedade de instituições da sociedade civil com objetivos e

estratégias distintas, mas que têm a finalidade não lucrativa e a promoção do interesse público como elementos de identidade. “Trata-se de fenômeno complexo, diferenciado e contraditório.” (GOHN, 2000a: 59). Diferenciado, pela característica da diversidade que representa, e contraditório devido ao fato de abrigar tanto entidades progressistas, que atuam visando à emancipação de segmentos da população e à construção de uma sociedade mais justa, quanto entidades conservadoras, que desenvolvem atividades e programas assistenciais do tipo compensatório e pautados pela lógica do mercado (GOHN, 2000a).

A contradição de que trata a referida autora pode ser observada no conjunto das instituições que atuam no terceiro setor da saúde. Nele podem ser encontradas, sob a mesma denominação, organizações tradicionais na forma de atuar e pensar na assistência à saúde e na relação com o Estado – como as Santas Casas de Misericórdia e a maioria dos hospitais filantrópicos – até organizações não governamentais que desenvolvem ação junto a grupos de necessidades específicas que se institucionalizaram sob a égide de um novo paradigma da ação social voltado para a cidadania.

BRESSER PEREIRA & CUNILL GRAU (1999) sugerem que a expressão que define com melhor precisão as organizações que atuam no interesse público é “organizações públicas não-estatais” porque são voltadas ao interesse geral e não fazem parte do aparato estatal, seja por não utilizarem servidores públicos ou por não coincidirem com os agentes públicos tradicionais. Consideram, ainda, que a expressão não-governamental sugere anglicismo que reflete a confusão entre Estado e governo e que, “sem fins lucrativos”, carece de limites na medida em que as organizações corporativas também não têm finalidade lucrativa mesmo não sendo públicas. Na verdade, a busca do termo ideal aproxima-se do preciosismo, pois nenhuma das expressões anteriores abarca o mosaico de tipos de organizações que participam desse setor, tampouco a expressão “público não-estatal”, uma vez que o argumento de não utilizar servidores públicos não se aplica às organizações sociais que ao assinarem contrato de gestão com o Estado, incorporam temporariamente em seu quadro de funcionários os servidores públicos da extinta estatal. Sendo assim, essas expressões serão usadas indistintamente ao longo do texto na tentativa de não se tornarem tão repetitivas. A diferenciação será feita apenas na referência de dois tipos especiais de organização cuja denominação indica uma condição

particular de interação com o Estado: as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

No que concerne a este estudo, o aspecto relevante da emergência e crescimento do terceiro setor é aquele relativo ao papel de mediador do Estado na produção de atividades sociais. A mediação seria preferida em relação às entidades estatais devido à capacidade daquelas de atuarem dentro de determinadas especificidades que o Estado não possui. Isso é apreendido de duas maneiras pelos estudiosos do tema: como uma forma de reduzir o tamanho do Estado (GENTILI, 1995; SADER, 1995; RAICHELIS, 2000) e como uma forma de ampliar a esfera pública (CARDOSO, 2002; AFONSO, 2002; BRESSER, 1999; SANTOS, 1999). Os defensores da última concepção, no entanto, não formam um grupo homogêneo, posto que existem vários matizes que diferenciam suas posições, indo da mais radical àquela que concebe as parcerias como uma possibilidade pontual.

Este estudo trabalha com a hipótese de que as parcerias estabelecidas nos termos do contrato de gestão ampliam a esfera pública e são uma forma reguladora da ação dessas entidades que há muito se beneficiam dos recursos públicos sem a contrapartida da *accountability*. Entretanto, precisam-se estabelecer regras claras e processo transparente de prestação de contas, sujeitos ao controle público por parte dos cidadãos na adoção dessa política a fim de garantir a universalidade de acesso e qualidade da assistência à saúde nos moldes propostos pelo SUS, conquistados formalmente na Constituição de 1988.

A racionalização na aplicação dos recursos públicos investidos em projetos sociais do terceiro setor é um dos objetivos do controle social sobre o Estado, uma vez que não existe um direcionamento claro nos investimentos realizados, pois estes são feitos nos mais diversos campos de atividades, algumas sem qualquer relevância social – pelo menos aparentemente -, como é o caso de um conjunto de associações de criadores de cavalos às quais o Orçamento da União destinará R\$ 400 mil em 2004 (FOLHA DE SÃO PAULO, 20/10/03). Como este exemplo sugere, outros recursos públicos podem estar sendo repassados ao setor privado sem o devido controle e anuência da opinião pública.

Nesse sentido, os avanços legislativos que permitiram a desburocratização da qualificação das OSCIP(s) e OS(s) não foram acompanhados pela correspondente evolução na área tributária, como aponta o consultor jurídico do Grupo de Institutos e Fundações e

Empresas – GIFE, Eduardo Szazi, dificultando o acesso da sociedade civil aos demonstrativos de suas atividades (apud ÉBOLI, 2003).

Na América Latina, a intensificação do processo de organização da sociedade civil em defesa dos interesses coletivos coincidiu com a adoção de políticas e práticas de ajuste econômico com a finalidade de equilibrar as contas públicas e reformar o Estado (THOMPSON, 1995). Entre nós, embora não tenham atingido um estágio de amadurecimento em termos de prática de cidadania e de profissionalização como nos países de capitalismo avançado, as organizações do terceiro setor já participam efetivamente da prestação de serviços essenciais à população em substituição aos serviços executados diretamente pelo Estado. Em alguns setores como o da saúde, a participação do chamado terceiro setor não é recente e tampouco o caráter de sua participação pode ser considerado apenas como complementar, na medida em que sua participação no SUS chega a ser imprescindível na atenção secundária à saúde. Na verdade, a complementação de que trata o artigo 199 da Constituição figura mais como um princípio para nortear as ações futuras do que como retrato da realidade. Dados de 2002 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo mostram que, desconsiderando os hospitais públicos terceirizados, a participação das filantrópicas nas internações do SUS correspondeu a 48% do total no estado no referido ano (SÃO PAULO, 2003 *on line*). No plano nacional, a participação do setor privado em leitos hospitalares contratados chega a 74% do total de leitos do SUS (CNS, 1997). Esse dado mostra que é preciso regular e, ao mesmo tempo, viabilizar a atuação desse setor sob pena de comprometer o acesso a serviços essenciais à população.

Nas últimas décadas, o caminho escolhido pelo conjunto de países desenvolvidos e em desenvolvimento mostra que a terceirização de serviços tem sido a opção que mais se ajusta ao modelo de Estado-mínimo, contrapondo-se ao modelo de Estado de Bem-estar social que prevaleceu nessas economias até recentemente (ALMEIDA, 1996; PERRY 6 e VIDAL, 1994). Essa escolha tem como justificativa a escassez de recursos públicos e a conseqüente impossibilidade de manutenção dos serviços diante dos crescentes custos da atenção médica decorrentes, por sua vez, da incorporação de novas tecnologias no diagnóstico e tratamento das doenças.

Nesse contexto de retirada do Estado da produção de serviços e ações essenciais à população, as atividades desenvolvidas pelo associativismo³³ ampliaram-se para suprir necessidades sociais que cresceram em função das mudanças ocorridas na sociedade, como dificuldades de inserção profissional, trabalho das mulheres, crescimento da população excluída e da população idosa, cuidados com a saúde e com o meio ambiente etc (DRUCKER, 1994). Entre nós, essa realidade mostra-se um pouco mais complexa, pois o sistema de proteção social não chegou a ser instituído de fato, e o setor filantrópico não está sendo incorporado agora ao sistema de saúde, visto que já detém parcela expressiva da produção de serviços. Nesse sentido, as novas formas de terceirização por meio dos contratos de gestão podem vir a melhorar as relações efetuadas no âmbito da esfera pública.

Por outro lado, as estatísticas mostram que as áreas de atuação das entidades do terceiro setor detêm-se mais naquelas em que o Estado é ausente ou demonstra pouca efetividade e eficácia nas ações que desenvolve, como é o caso da assistência social a crianças e jovens carentes, à alfabetização de jovens e adultos, aos portadores de deficiências, à assistência às populações indígenas. O crescimento da ação social do terceiro setor parece estar relacionado à falta de eficácia na atuação do Estado.

Há uma concentração de entidades do terceiro setor atuando na educação. Do universo de 284 ONG(s) pesquisadas pela Associação Brasileira das Organizações Não Governamentais - ABONG em 2002, 52% declararam ser esta a sua área de atuação, seguida pelos movimentos populares e sociais.

Na assistência à saúde das populações indígenas da Amazônia, as cerca de 60 organizações não-governamentais assumiram integralmente as funções desempenhadas até recentemente pela Fundação Nacional da Saúde - Funasa. Pela maneira abrupta como foi feito o repasse de todas as atividades assistenciais, pode-se inferir que não se trata de aproveitamento de *Kow how* das entidades do terceiro setor em lidar com a saúde dos indígenas. O que ocorreu foi a retirada do Estado da execução de ações de saúde para esse grupo da população brasileira, sem que o financiador dos projetos – o Estado – tivesse alcançado um certo grau de regulação sobre a terceirização.

³³ Associativismo é entendido como o conjunto de ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil de caráter público não-estatal e sem fins lucrativos (RIBEIRO; SANTOS JUNIOR, 1996).

A terceirização de 100% das atividades relacionadas à assistência à saúde dos indígenas deu a essas organizações não governamentais o poder de veto na implementação de determinadas ações dos programas de saúde, como demonstram as declarações do atual Diretor de Saúde Indígena da Funasa, Ricardo Chagas. Para ele, o poder dessas organizações é, atualmente, suficiente não só para definir políticas de saúde, mas para alterar aquelas já estabelecidas como a aplicação de vacinas, pois "...algumas das ONG(s) têm restrições antropológicas à vacinação de índios ou à aplicação de cloro na água das reservas." (apud COSTA; SALOMON, 2003: A-4).

Responsáveis integralmente pela assistência à saúde da população indígena, as ONG(s) constituem-se em um poder paralelo, podendo interferir decisivamente nos rumos da política de saúde, descaracterizando o poder do Estado e invertendo o papel atribuído à sociedade civil na elaboração de políticas públicas, uma vez que o sentido do público está sendo subjugado pelos interesses privados das entidades. As parcerias estabelecidas de maneira equivocada e sem o correspondente controle público põem em risco as orientações do SUS, caracterizando-se como uma completa privatização do público, da forma como destaca MERHY (1999).

As questões que emergem para a reflexão neste estudo giram em torno da forma de garantir a universalização e a qualidade da assistência à saúde incluindo a participação da sociedade tanto na produção quanto no controle dos processos e decisões em face do novo (nem tanto na área da saúde) papel do Estado, o de financiador e regulador. Outras questões derivadas dessa ordem ocorrem ao incluir o terceiro setor como produtor de bens e serviços sociais sob novas regras, tais como a necessidade de distinguir as entidades que integram um terceiro setor tão diverso em sua composição e propositura.

No intuito de caminhar em direção às respostas aos questionamentos levantados e nortear a análise sobre a ampliação da esfera pública, buscamos na literatura uma classificação que pudesse abarcar todo o conjunto de particularidades existentes nas instituições que integram o terceiro setor.

Várias são as classificações que tentam distinguir as diferentes instituições que compõem o universo dessas associações e entidades filantrópicas e entre elas escolhemos uma bastante simples, mas que contempla duas dimensões importantes para estabelecer um parâmetro para a análise das instituições parceiras do Estado, ou seja: a orientação que

embasa a ação que essas instituições desenvolvem, e as finalidades e motivações que inspiram seus membros. Com base nesses dois critérios, KELLERHALS (1974), apud WAUTIER, (2001) construiu sua classificação dividindo as organizações sem fins lucrativos em dois segmentos, a saber: o grupo do **tipo expressivo**, em que a atuação da associação visa à satisfação das necessidades pessoais de seus participantes, e o grupo do **tipo interventor**, em que a ação visa à expressão coletiva, em que domina a vontade de ação sobre a sociedade. O primeiro grupo caracteriza-se pelo interesse dos indivíduos em alcançarem um certo grau de satisfação pessoal dos seus integrantes e de, juntos, desfrutarem de uma sensação de bem estar por meio das ações que desenvolvem. São associações que se formam em torno de interesses como a música, a ecologia, a proteção de uma determinada espécie de animal em extinção etc.

O grupo das associações do tipo interventora forma um conjunto de associações de pressão e de ação com objetivos diversificados, desenvolvendo atividades que se inscrevem na lógica da ação coletiva militante e da historicidade. Sua finalidade “...é a ação sociopolítica que busca a construção de um mundo que lhes parece melhor, mediante a mobilização dos participantes, baseada num ideal de justiça e solidariedade.” (WAUTIER, 2001: 33). Podem ser classificadas nesse grupo as organizações do terceiro setor que buscam, nos espaços públicos, conformar sua identidade e uma oportunidade de visibilidade para o seu trabalho.

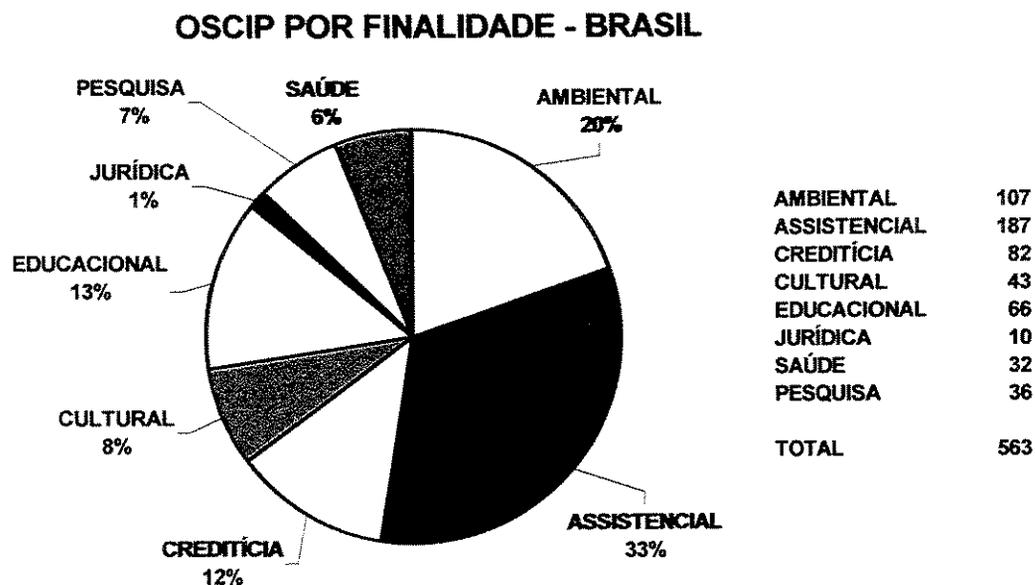
Na área da saúde, a realidade dos fatos mostra que poucas instituições encontram-se nessas condições. A maioria das organizações que atua na produção de serviços de saúde não tem o perfil de organização não-governamental estrito senso, podendo ser classificadas no segmento das instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdias. Isso porque o pressuposto da justiça social e da solidariedade que marcam a atuação das ONG(s) em geral não faz parte do universo de ação do conjunto dessas organizações, que nasceram no Brasil sob a lógica da caridade e da benevolência, antes que qualquer ação estatal fosse institucionalizada no campo da saúde. Elas constituem a maioria das instituições do terceiro setor em saúde e é esse, portanto, o perfil das instituições que buscam parceria com o Estado para a produção de serviços de saúde (GOHN, 2000).

Propõe-se, então, uma subdivisão na classificação do grupo do tipo interventor, elaborada por KELLERHALS (1974), visto não ser correto desconsiderar as diferenças de

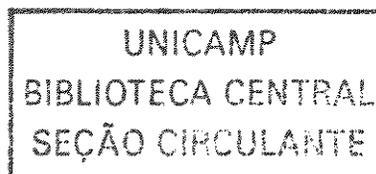
finalidade e motivação que movem os integrantes das organizações que desenvolvem ação na área social. Essas ações podem ter natureza assistencialista (aquelas que nasceram sob a lógica da benevolência e permanecem atuando com esse mesmo referencial) ou assistencial-propositiva (aquelas que incorporaram em seus discursos e práxis uma ação mais propositiva em relação à assistência que desenvolvem). Dessa forma teremos, no grupo das organizações do tipo interventoras, aquelas entidades ou associações cujas atividades desenvolvidas são motivadas por uma ação sóciopolítica de conquista de direitos sociais; e aquelas, também integrantes do tipo interventora, que se diferenciam das primeiras devido ao caráter filantrópico que permeia o desenvolvimento de suas ações. Têm-se, assim, as interventoras-assistencialistas e as interventoras assistenciais-propositivas.

A propósito, sugerimos a substituição do termo “interventora”, devido à conotação pejorativa que carrega, pelo termo “ação”, ficando a classificação subdividida em: instituições de ação assistencialista e de ação assistencial-propositiva.

**GRÁFICO 1. Brasil - Distribuição Porcentual das OSCIP(s)
Julho de 2002**



Fonte: FRANCO (2002).



As instituições do tipo ação-assistencialista, por terem *Know how* e estrutura para prestar serviços de saúde e possuir experiência na obtenção de recursos públicos para o desenvolvimento de suas ações são as que mais buscam a qualificação como Organização Social e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público para estarem aptas às parcerias com o Estado, como demonstra o gráfico 1.

O gráfico apresenta os dados de um levantamento realizado por FRANCO (2002) junto ao Ministério da Justiça – responsável pela qualificação dessas entidades no âmbito federal -, e mostra que, dentre as entidades que buscam essa condição jurídica, as assistenciais formam o maior conjunto e que, se somadas ao grupo das que atuam na área da saúde, também assistenciais, representam quase 40% do total.

Resta, no setor, uma pequena gama de instituições que surgiram recentemente, já sob a égide dos novos movimentos sociais e organizações sociais ou incorporaram ao trabalho voluntário que desenvolvem o componente da ação cidadã, voltado para a construção da cidadania, mas estas tendem a ter maior dificuldade para cumprir as exigências legais da qualificação, que no estado de São Paulo implica a comprovação de atuação mínima na área pretendida de cinco anos. Essas seriam as entidades do tipo assistencial-propositiva.

4.2. As Formas de Parceria entre Estado e Terceiro Setor

Seguindo os princípios básicos que nortearam a Reforma Administrativa do Estado, descritos no Capítulo II deste trabalho, as mudanças no setor saúde foram instituídas com o propósito de viabilizar a descentralização iniciada nos anos de 1980 e intensificada com a aprovação da Constituição de 88 e flexibilizar a gestão das unidades produtoras de serviços de saúde introduzindo uma nova lógica de racionalidade ao setor público através da implementação de métodos e técnicas que pudessem imprimir mais eficiência nos processos e eficácia das ações (BRESSER, 1998).

A alternativa eleita para imprimir novos traços à cultura organizacional do setor público altamente burocratizado e de tradição patrimonialista e clientelista, transformando as instituições estatais em empresas públicas prestadoras de serviço eficiente é bastante controversa, e, mesmo entre os que aceitam a opção como um mal necessário em face à

escassez de recursos financeiros e às restrições impostas pelo arcabouço legal à administração pública, fazem-no com ressalvas e alertas sobre os riscos que esse modelo pode acarretar, particularmente aqueles relativos ao conjunto de medidas neoliberais de ajuste estrutural que tendem à focalização dos programas sociais e à redução do investimento (COHN, 2002; POSSAS, 1996; IBANÉZ et al, 2001; TANAKA e MELO, 2002).

Em suma, a reforma trata de instituir novos arranjos para flexibilizar a gestão dos serviços de saúde, repassando-a a terceiros, isto é, para organizações da sociedade civil por meio de um instrumento de compromissos bilaterais, denominado **contrato de gestão**, ou realizando **parcerias** para o financiamento de atividades de diferentes naturezas desenvolvidas por organizações da sociedade civil de interesse público.

O arcabouço teórico elaborado para fundamentar as mudanças baseia-se na nova concepção de sociedade civil organizada em movimentos sociais fundados nos direitos sociais e, portanto, sensível às questões prioritárias e de interesse público. Aproveita-se, oportunamente, de um momento em que emergem novas formas de organização da sociedade baseadas no conceito de associativismo e utiliza-se da visão liberal clássica que define a existência de três setores distintos: o Estado, representando a propriedade pública estatal, a sociedade e o mercado – propriedade privada.

A reforma do Estado permitiu que a Administração Pública reconhecesse formalmente a existência de um terceiro setor atuante em diversas áreas sociais, com especificidades próprias na maneira de desenvolver projetos e de se relacionar com a população-alvo dos mesmos (CARDOSO, 2002).

Esse pode ser considerado o aspecto sobre o qual a reforma administrativa do Estado realizou um avanço em termos legais no país, imprimindo à estrutura burocratizada do Estado alguma flexibilidade e instituindo alguns mecanismos de controle aos processos de repasse de recursos públicos a entidades não-governamentais, que sempre fizeram uso de financiamento público no desenvolvimento de suas atividades, mas pouco se ativeram na prestação de conta dos gastos que constituíram um campo fértil ao clientelismo e propício à corrupção, como mostram inúmeras reportagens na mídia de circulação nacional (GASPARI, 2000 e 2003).

Nessa mesma linha de pensamento, no estado de São Paulo, referindo-se à área da saúde, a reforma administrativa implementada em 1995 visou reorientar a política no sentido de aparelhar o Estado para as competências que “... deveria ter daí para frente, quando já não seria mais um prestador de serviços, e sim, programador, avaliador, apoiador de municípios.”(GUEDES, 2003: 229).

É sobre a capacidade de regulação dos serviços terceirizados pelo Estado e de controle social desses processos que trata este estudo, uma vez que a ampliação da esfera pública requer do Estado e da sociedade mecanismos mais eficazes de gerir e controlar as ações desenvolvidas para garantir que os interesses públicos, ratificados na proposta do SUS, sejam assegurados.

Com o reconhecimento da existência de empresas públicas, dois mecanismos formais foram criados no intuito de ampliar o âmbito de atuação da esfera pública: as parcerias e os contratos de gestão. As parcerias são instrumentos legais que permitem ao Estado estabelecer relacionamento formal com organizações do terceiro setor denominadas **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP(s)** -, e os contratos de gestão foram criados para possibilitar o relacionamento formal do Estado com as **Organizações Sociais**, as OS(s).

As OSCIP(s), criadas em 23 de março pela Lei Federal 9.790/99, não ganharam na legislação e nas cartilhas do MARE uma definição própria mas, de acordo com AFONSO, elas podem ser definidas como:

“...entidades sem fins lucrativos, de atendimento geral, ou seja, não restrito a um grupo particular de interessados, com objetivos sociais destinados à promoção da assistência social, da cultura, da saúde (gratuitamente), do voluntariado etc. enfim, de serviços não-exclusivos do Estado, onde este último deve estar presente, mas não necessita ele próprio estar executando.” (AFONSO, 2002:2).

As OSCIP(s) estabelecem parceria com o Estado com a finalidade de receber recursos financeiros para continuar a desenvolver atividades que já vinham realizando ou que passam a desenvolver a partir do investimento que recebem. Essas atividades, geralmente, são de interesse público e podem ter natureza diversa como a conscientização sobre a preservação do meio ambiente ou da prevenção da AIDS, de alfabetização ou qualquer

outra atividade educacional ou de natureza cultural, de incentivo à comercialização de um determinado produto artesanal de uma comunidade rural, indígena ou, ainda, podem ser destinadas ao fortalecimento de projetos sociais ligados à mulher, a negros, a portadores de deficiências etc., desde que sejam compatíveis com a política social da área em questão.

Já as **Organizações Sociais** têm a finalidade específica de produzir atividades publicizadas que antes do contrato de gestão eram executadas por uma instituição pública estatal. No âmbito federal, os contratos de gestão podem ser estabelecidos nas áreas da saúde, da educação, da promoção social, da cultura e da ciência e tecnologia. Nas diferentes Unidades da Federação, a legislação pode estar voltada a apenas alguns setores e, no estado de São Paulo a lei das OS(s) abrange as áreas da saúde e da cultura (SÃO PAULO, 1998).

No que diz respeito ao financiamento, as OS(s) têm dotação orçamentária própria, aprovada no Orçamento Geral da União ou do Estado, conforme a vinculação e não estão sujeitas aos percalços dos repasses do SUS. Esse fato mostra a preocupação do Estado em cumprir rigorosamente os compromissos firmados com a contratada, uma vez que não são raros os atrasos referentes aos repasses e pagamentos no setor público, dependentes que são dos mecanismos de controle burocrático e voltados para os processos.

Outro aspecto importante de ser registrado em relação às OS(s) é a condição de desfrutar do repasse temporário de funcionários, de bens móveis e imóveis da União ou do Estado para a realização de suas atividades durante o período em que vigorar o contrato de gestão.

O documento base que serviu para nortear todos esses procedimentos foi o Programa Nacional de Publicização, o PNP, lançado em 1995 pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE -, e que visa transferir para o setor público não-estatal os serviços não-exclusivos que estejam sendo executados no âmbito estatal, possibilitando a sua absorção por entidades qualificadas como Organizações Sociais. Com essa medida, pretendeu-se lograr maior autonomia e flexibilidade a essas instituições e aumentar a responsabilidade de seus dirigentes no que concerne ao alcance de metas e qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 1995).

A publicização atinge somente as atividades não-exclusivas do Estado, tais como aquelas produzidas na área da saúde, da educação, da cultura, da proteção ambiental, da assistência social, entre outras. No contexto do PNP, as Organizações Sociais têm um papel

preponderante na medida em que são destinadas a absorver as atividades publicizadas de uma instituição estatal extinta.

Nas parcerias entre Estado e OSCIP, não há transferência ou cessão de patrimônio e/ou funcionários públicos. A finalidade dessa regulamentação, que constituiu o marco legal do terceiro setor no Brasil, é distinguir as organizações privadas sem fins lucrativos das organizações privadas com fins lucrativos por terem estatutos diferentes no que concerne à sua relação com a esfera pública – referencial que, necessariamente, deve ser tomado pelo Estado para distingui-las no momento de conceder incentivos fiscais (FRANCO, 2002). Isso não significa que os incentivos fiscais sejam concedidos apenas as OSCIP(s), mas norteia as decisões do Estado na concessão desses benefícios uma vez que o interesse público está presente nas ações de uma e não nas de outra.

Todavia, os Termos de Parceria somente são celebrados pelo Estado com as OSCIP(s) e, nesses casos, o envolvimento do Estado pode extrapolar a concessão de incentivos, passando a realizar investimentos financeiros para o desenvolvimento de atividades de interesse público.

FRANCO (2002) sistematizou dados sobre o total de OSCIP(s) qualificadas pelo Ministério da Justiça, que mostram a evolução do interesse das entidades não-governamentais na obtenção da qualificação e as áreas de atuação dessas entidades. O Ministério da Justiça é o responsável pelo deferimento ou não desses pedidos no âmbito federal. Esses dados estão na Tabela 3, que reproduzimos em parte.

TABELA 3

NÚMERO DE OSCIPS (até julho de 2002)

Qualificação de OSCIP	1999		2000		2001		2002 (até julho)		Total	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Deferidas	8	6,1	83	26,4	252	69,6	220	84,3	563	52,7
Indeferidas	123	93,9	231	73,6	110	30,4	41	15,7	505	47,3
Total de Pedidos	131		314		362		261		1068	

Fonte: FRANCO, 2002

Segundo o referido autor, a grande maioria dos indeferimentos se deve a erros de documentação por parte das organizações solicitantes, o que tende a diminuir a proporção que a lei se torne mais conhecida.

Já as Organizações Sociais não tiveram essa mesma evolução e uma avaliação recente aponta um interesse abaixo das expectativas com um ritmo de implementação aquém do pretendido pelos idealizadores da reforma, o que parece bom pelo fato de haver tempo hábil para avaliar as experiências antes que sejam extintas muitas empresas públicas e suas atividades publicizadas. De acordo com AFONSO (2002), até meados de 2002, cinquenta OS(s) haviam sido qualificadas no âmbito dos estados e sete no governo federal. Das qualificadas nos estados, onze tinham sido formalizadas no estado de São Paulo, todas hospitalares.

Pela Lei Federal Nº. 9.637, de 15 de Maio de 1998, a qualificação de uma entidade como organização social permite a destinação de recursos orçamentários e a administração de bens e equipamentos do Estado por uma OS. Em contrapartida, a OS obriga-se a estabelecer um contrato de gestão com o Estado, por meio do qual este cobrará os resultados necessários ao alcance dos objetivos das políticas públicas e é, em última instância, o instrumento que regula as ações das OS(s).

É importante registrar que as instituições públicas não são transformadas em Organizações Sociais. A qualificação das OS se dá mediante decreto e constitui um dos dois atos concomitantes exigidos para a sua efetivação: a extinção da entidade congênere na administração pública pelo Congresso Nacional e a absorção das atividades publicizadas pela OS qualificada, que passa a adotar a denominação e os símbolos da entidade extinta (BRESSER PEREIRA, 1998).

A compreensão do processo de transferência da execução de serviços públicos ao terceiro setor é importante para evitar as simplificações de análise que podem tanto gerar distorções que levem à reprovação da política de parceria *a priori* quanto o seu endeusamento como resolução de todos os problemas para a área da saúde. Para evitar posicionamentos extremados que condenam ou endeusam as parcerias do Estado com o terceiro setor, este estudo já discorreu sobre o conceito de privatização no segundo capítulo, concluindo que essas parcerias não se encaixam no conceito de privatização no sentido clássico de repasse definitivo por meio de venda do patrimônio público. Constituem uma

versão mais elaborada de privatização que institui no âmbito público não-estatal novas modalidades de gestão³⁴ da produção em saúde.

Cabe aqui uma reflexão sobre o conceito de terceirização porque o entendimento desse termo ajuda a esclarecer a dinâmica das relações do Estado com o terceiro setor na constituição de uma esfera pública não-estatal capaz de assumir com maior competência a responsabilidade pela execução de serviços de saúde.

Para Dias (1998), terceirização é antes uma filosofia de gestão em que a empresa busca concentrar esforços naquilo que constitui sua principal atividade, ou seja, o produto, procurando especializar-se para se tornar cada vez mais eficiente em sua produção. Tudo o que não contribua diretamente para a razão de ser da organização é terceirizado.

Nesse sentido, terceirização é

“...um processo planejado de transferência de determinadas atividades para que estas sejam realizadas por um “terceira” empresa. (...) [Seu princípio básico] é o de delegar para terceiros todas as atividades que as empresas consideram estar fora de sua vocação, transferindo processos e funções específicas a empresas especializadas que possuem o domínio operacional e técnico da atividade terceirizada.” (Dias, 1998:14-5).

Nessa abordagem conceitual, a despeito das ponderações contrárias de BRESSER PEREIRA (1998), o contrato de gestão pode ser considerado uma forma de terceirização, pois a instituição responsável pela produção de serviços – representada pelo Estado - repassa a uma outra empresa (também pública, mas não-estatal) a execução de atividades que antes faziam parte de suas atribuições e eram desenvolvidas dentro de sua estrutura por empresas estatais, pagando pela gestão dos serviços. Mesmo considerando que a Instituição que realizava a atividade tenha sido dissolvida, extinta pela Administração do Estado, a mudança da natureza da empresa contratada e a existência de um contrato caracterizam a operação como uma terceirização do Estado para o terceiro setor.

Na área da saúde, os contratos dessa natureza datam da reforma administrativa, embora a contratação de serviços de terceiros, tais como serviços de diagnóstico, de terapia e a

³⁴ Entende-se por gestão o conjunto de “...atividades do governo federal, estadual e municipal que se traduzem em uma seqüência de ações burocráticas, técnicas e financeiras e que condicionam os investimentos em construções, compra de equipamentos, materiais de consumo, folha de pagamento dos profissionais de saúde ou contratação de serviços privados.” (SANTOS, 2000).

contratação de leitos através de convênios sejam muito comuns, e bastante criticadas, principalmente os contratos estabelecidos na vigência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS. Esses incluíam o financiamento da construção e equipamentos de hospitais e clínicas privadas e, posteriormente, a contratação de serviços, numa clara política de privatização dos recursos públicos (MENDES, 1995; CORDEIRO, 1980).

A modalidade implementada pela reforma administrativa mostra-se inovadora à medida que avança em direção à ampliação da esfera pública e não à privatização estrito senso, embora essa abertura se dê ainda de forma bastante centralizadora, sem a participação dos Conselhos de Saúde, como tenta demonstrar esta pesquisa, contrariando a tendência de descentralização das políticas públicas desde a década de 1980.

No modelo de gestão da reforma, o financiamento das ações desenvolvidas pela OS continua vindo prioritariamente do Orçamento da União, com a diferença que estas não estão sujeitas às normas que regulam a gestão de recursos humanos, orçamentos e finanças, compras e contratos da Administração Pública. Outras fontes de financiamento poderão ser absorvidas pelas OS(s), participando minoritariamente dos recursos da empresa pública via compra de serviços e doações (AFONSO, 2002).

Essa condição de gestão, que imprime agilidade e flexibilidade de ação, é defendida pelos idealizadores da reforma do Estado como o principal diferencial em relação às entidades estatais. Enquanto o setor público está sujeito às normas do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos, as OS(s) podem contratar, demitir e estabelecer salários aos seus funcionários como uma empresa privada. O correspondente ocorre nas áreas de manutenção, compra de equipamentos e serviços.

Pela legislação vigente, os funcionários públicos de Instituições extintas poderão optar pela permanência ou não na estrutura do Estado, transferindo-se para as novas empresas públicas. A opção para o funcionário, no entanto, é bastante limitada, restringindo-se praticamente à assunção de suas funções na nova estrutura ou no desligamento do serviço público. Esse aspecto da terceirização de serviços tem gerado inúmeros questionamentos sobre a precarização do trabalho do funcionário público tendo sido objeto de discussão no CNS, resultando em um documento sobre a política de recursos humanos em saúde (CNS, 1997).

Em um de seus textos sobre a reforma do Estado, Bresser Pereira discorre sobre a natureza e o caráter da nova política de recursos humanos e enfatiza que

“...o pressuposto é o de que o Estado não precisará de outro tipo de funcionário [aqueles destinados a dar suporte às atividades exclusivas do Estado, isto é, as que envolvem o uso do poder do Estado], ou precisará deles em volume consideravelmente menor, uma vez que a maioria das atividades auxiliares ou de apoio deverão ser terceirizadas, e a execução de serviços sociais e científicos publicizada, ou seja, transferida para organizações públicas não-estatais (BRESSER PEREIRA, 1998:268).

O funcionário fica duplamente refém dessa política: na condição de cidadão, ele não tem chance de participar da decisão sobre quais instituições serão extintas, visto que o processo é todo centralizado no Executivo; e na condição de funcionário, ao ser extinta a Instituição em que ele trabalha, sua opção é adaptar-se às novas condições ou pedir demissão do serviço público.

A legislação paulista avança um pouco nesse sentido quando inscreve no § 5º. do Artigo 6º. da Lei Complementar no. 846/98, cláusula que proíbe a publicização de serviços que já estejam em funcionamento. Essa foi uma grande conquista de segmentos da sociedade civil e uma vitória particular dos Conselhos de Saúde, que reivindicavam que os contratos de gestão somente se efetivassem para os hospitais ainda não inaugurados (CNS, 1997; TANAKA; MELLO, 2002). Foi a articulação realizada em torno de uma deliberação do CNS que levou o governo do estado a incluir esse parágrafo na versão paulista da lei das OS(s). O referido parágrafo traz os seguintes termos:

“É vedada a celebração de contrato previsto neste artigo para a destinação, total ou parcial, de bens públicos de qualquer natureza, que estejam ou estiveram, ao tempo da publicação desta lei, vinculados à prestação de serviços de assistência à saúde” (SÃO PAULO, 1998, §5º).

As exigências necessárias à qualificação das entidades como OS(s) em São Paulo não diferem das federais e os requisitos descritos no artigo 2º. da Lei no. 846/98 são:

- a) Comprovação de registro sobre a natureza social de seus objetivos;
- b) finalidade não-lucrativa, com obrigatoriedade de aplicar os excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) comprovação de possuir serviços próprios de assistência à saúde há mais de cinco anos;
- d) criação de um Conselho Deliberativo para dirigir a instituição com participação de membros da comunidade, e de um estatuto;
- e) obrigatoriedade de publicação anual dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão no Diário Oficial do Estado;
- f) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese;
- g) previsão de incorporação integral do patrimônio a outra organização social, em caso de extinção ou desqualificação da entidade.

Nota-se que os requisitos são simples de serem comprovados no ato da solicitação, pois se trata de comprovar a existência da instituição filantrópica prestadora de serviços na área da saúde por cinco anos. No mais, são compromissos futuros relativos à prestação de contas ao Estado e à sociedade.

Uma das críticas mais contundentes a respeito da *accountability* no processo de terceirização é a de que os relatórios são pouco esclarecedores no que diz respeito à prestação de contas e à falta de padronização dos indicadores que permitam a comparação da produção e do gasto das OSS(s) (CARNEIRO JUNIOR, 2002).

Como demonstram as explicações anteriores, a qualificação de uma Organização Social é um ato que envolve, de um lado, a iniciativa de uma instituição do terceiro setor em participar como parceira do Estado na execução de atividades e gestão de serviços de saúde e, de outro, a disposição de qualificá-la ou não, por parte do Executivo, pois o processo não requer qualquer análise sobre a qualidade dos serviços prestados da requerente. O poder do Executivo sobre a decisão não é compartilhado com nenhum órgão ou instância de participação da sociedade civil. A Assembléia Legislativa, em São Paulo ou em outros estados da federação apenas referenda a decisão tomada.

O lugar dos órgãos representantes da sociedade civil nos contratos de gestão, a capacidade de fiscalização da Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Contratos de Gestão e o tipo de instituição do terceiro setor que terceirizou serviços no estado de São Paulo são os enfoques do próximo capítulo que traz os dados relativos à pesquisa de campo realizada neste estudo.

CAPÍTULO V

A TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM SÃO PAULO

Em suas legislações, os estados da federação, em geral, adotam critérios semelhantes para qualificar entidades do terceiro setor como Organização Social, fazendo apenas algumas adaptações às especificidades locais e exigências da sociedade civil que, na medida de sua organização e capacidade de articulação, consegue influir na agenda política e introduzir itens de interesse público como os mecanismos de controle social das parcerias.

Em São Paulo, a lei das organizações sociais avança um pouco em relação à sua congênere federal em três aspectos: o da exigência de comprovação de experiência mínima de cinco anos na assistência à saúde da candidata à qualificação; o da restrição da terceirização da gestão a hospitais novos; e o da formação de uma Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão, com representação do Conselho Estadual de Saúde.

Conquanto não seja o ideal de participação e tampouco o suficiente para um efetivo acompanhamento das parcerias, o fato de existir essa representação é demonstrativo de respeito para com a Lei Orgânica da Saúde no. 8142/90 e força de pressão da sociedade civil, que participou ativamente no processo de tramitação e votação da Lei Complementar 846/98 na Assembléia Legislativa de São Paulo, conseguindo, dessa forma, influenciar a elaboração dessa política.

Este Capítulo tem como objetivo descrever as etapas do processo de qualificação das OS(s), fazendo uma análise comparativa da legislação estadual e federal, discorrer sobre o contrato de gestão e apresentar as parcerias já realizadas no estado, destacando os aspectos relativos à participação social desse processo, apontados nas entrevistas, identificados na leitura dos documentos e observados na pesquisa de campo.

5.1 A Qualificação das Organizações Sociais e o Processo de Escolha das Entidades Parceiras

No âmbito federal, o processo de publicização das atividades não-exclusivas do Estado e de qualificação das Organizações Sociais se dá na seguinte seqüência:

- Por meio de um protocolo de intenções, o governo decide as atividades e serviços a serem publicizados e os divulga;
- Mediante preparação organizacional e realização de inventário sobre os recursos existentes que passarão à gerência de uma OS, a partir da assinatura do Contrato de gestão, o governo deflagra o processo de extinção da entidade estatal;
- Mediante decreto, qualifica-se a Organização Social na seqüência da extinção da entidade estatal;
- Por meio de um Contrato de Gestão, a Organização Social absorve as atividades publicizadas com o compromisso de cumprir as metas e os resultados definidos no ato.

A qualificação como OS se dá a partir de um pedido da entidade interessada ao Ministério do Planejamento. Este pode conceder ou não a qualificação, mediante avaliação própria, que não segue um padrão estabelecido, como no caso das OSCIP(s), que têm sua aprovação imediata pelo Ministério da Justiça se a entidade atender aos requisitos dos artigos 1º., 2º., 3º., 4º., e 5º. da Lei 9.970/99. Diferentemente das OSCIP(s), na qualificação das OS(s), pode haver situações em que o pedido é negado mesmo quando a candidata se enquadra nos termos da Lei Federal 9.637/99 (FRANCO, 2002). Da mesma

forma, isso pode ocorrer no âmbito estadual, em que uma solicitação de qualificação é negada pelo governador.

A decisão sobre a qualificação é dada pelo Poder Executivo e submetida ao controle externo da Assembléia Legislativa, auxiliada pelo Tribunal de Contas do Estado.

No estado de São Paulo, o processo de publicização é mais simples porque não há necessidade de extinção de um serviço; as atividades publicizadas são aquelas que ainda não estão sendo oferecidas e, até o momento, constituem um conjunto de atividades hospitalares geralmente de média complexidade, destinadas aos usuários do SUS exclusivamente.

O governador decide os novos serviços que serão publicizados, sejam estes da área da saúde ou da cultura. O Secretário da referida pasta (saúde ou cultura) abre uma Convocação Pública para que as entidades já qualificadas como Organização Social manifestem interesse em gerenciar os serviços públicos. No momento dessa primeira Convocação Pública feita no Diário Oficial do Estado, é publicada a minuta do Contrato de Gestão.

Atendendo à Convocação Pública, as entidades qualificadas como OSS (para a saúde) encaminham à Secretaria de Estado as propostas assistenciais destinadas ao serviço de interesse, detalhando as atividades a serem desenvolvidas e o cronograma de implementação.

Para a pasta da saúde, as propostas são analisadas pelos técnicos da Coordenadoria de Contratos de Gestão da Secretaria de Estado, que é o órgão encarregado de gerenciar os serviços terceirizados e pela Secretaria da Administração.

Tanto a qualificação da OS quanto a decisão sobre a delegação da gerência são atos do governador, subsidiados pelos Secretários de Estado da Saúde e da Administração e Modernização do Serviço Público do Estado de São Paulo. Posteriormente, a decisão é submetida à apreciação da Assembléia Legislativa.

Toda a documentação passa pelo Tribunal de Contas do Estado, que estabelece prazos e critérios para que sejam feitas as devidas análises e avaliações contábeis.

O processo é relativamente desburocratizado, mas totalmente centralizado na Administração Pública: Executivo, Secretarias, Ministério Público e Parlamento. No âmbito federal, este último sanciona ou não as decisões do Executivo sobre a extinção da estatal e a qualificação da OS.

A sociedade civil não participa diretamente das decisões em nenhuma das etapas do processo, o que sugere possibilidade de privilégios na escolha da OS a ser contratada, uma vez que não são utilizados os espaços públicos de discussão democrática em caso de haver mais de uma entidade qualificada interessada em um determinado serviço publicizado.

O critério, segundo informação do representante da Secretaria da Saúde do Estado, é eminentemente técnico, dispensando a participação dos Conselhos de Saúde ou de qualquer outro órgão da sociedade civil.

Na verdade, não há critérios formalmente estabelecidos para a escolha das OSS(s), que possam servir de parâmetro num processo de disputa entre duas ou mais entidades interessadas num mesmo serviço publicizado ou que possam nortear a escolha de uma OS com o perfil mais adequado às necessidades locais.

CARNEIRO JUNIOR (2002) relata que nem sempre as especificidades locais do serviço de saúde terceirizados são contempladas com a contrapartida da experiência da OSS contratada. O Hospital Geral de Itapeçerica da Serra – HGIS -, por exemplo, destinado a desenvolver, prioritariamente, assistência ao parto e à realização de exames complementares de diagnóstico, teve a gerência terceirizada para a OSS representada pelo Serviço Social na Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo – o SECONCI. A experiência de quase quarenta anos do SECONCI esteve sempre voltada à assistência social e, em particular, à assistência médica ambulatorial, dentária e à realização de pequenas cirurgias aos seus associados - trabalhadores da construção civil. Neste caso, a assunção da gerência do HGIS exigiu tempo para compreensão da complexidade da estrutura e do funcionamento de um hospital e um período de adaptação às novas atribuições, como reconheceu, em entrevista, um representante da referida OSS.

Os processos de qualificação e de contratação de serviços são distintos, sendo exigida a comprovação de experiência mínima de cinco anos na área da saúde para a qualificação de uma instituição. Para o estabelecimento do contrato de gestão, no entanto, a Convocação Pública não menciona as especificidades das atividades e as respectivas comprovações de experiência anterior (ANEXO 2). Esse aspecto é avaliado mediante a proposta assistencial que a entidade pleiteante envia à Secretaria de Estado. Uma entidade com comprovada experiência na área de assistência primária de saúde à criança, por exemplo, pode, nesses

termos, candidatar-se e terceirizar um Hospital Geral publicizado porque a legislação assim o permite.

A democratização do processo de escolha das OSS(s) poderia reduzir os riscos de uma contratação equivocada. Sem uma participação efetiva da sociedade civil no processo de contratação de OSS, o controle social é realizado somente na fase de avaliação da prestação de serviços.

Uma medida restritiva do âmbito de atuação que uma OSS pudesse contratar talvez fosse a de qualificar direcionando para alguma especificidade ou especialidade. Essa medida vai ao encontro do que propõe o princípio da terceirização e as propostas de ampliação da esfera pública, as quais preconizam o aproveitamento e a integração de entidades da sociedade civil na execução de serviços públicos em determinadas áreas em que o Estado não detenha o *Know how* para fazê-lo, o que pressupõe uma certa especialização da organização social na área pretendida de parceria.

A não exigência de comprovação de atividade anterior relacionada à área específica da atividade terceirizada remete ao contrato de gestão uma dupla dimensão de sua função principal que é a de ser o instrumento legal pelo qual se pactuam as metas e que passa a funcionar também como um avalista da intenção da OSS contratada em atingi-las.

Esse fato é demonstrativo dos riscos implicados no processo atual de escolha da OSS, pois contradiz um dos princípios básicos da terceirização, que é o de transferir processos e funções específicas a empresas que possuam o domínio operacional e técnico das atividades terceirizadas (DIAS, 1998).

Enquanto o controle das metas é feito pela Secretaria de Saúde, o controle interno sobre o trabalho das OSS(s) é feito pelo Conselho Administrativo, constituído por representantes do Poder Público, da Sociedade Civil, de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral - não são, necessariamente, representantes dos órgãos da comunidade local -, e por membros da diretoria da OSS. Tem uma função administrativa: fixa o âmbito de atuação da entidade, entre outras competências e aprova o contrato de gestão e o Regimento Interno da Instituição que regula a contratação de obras e de compras, o plano de cargos e salários etc. A constituição desse Conselho não prevê a paridade entre os membros técnicos e os usuários e é um dos aspectos sobre o qual o Conselho de Saúde se posicionou contrário no período de tramitação da Lei na Assembléia Legislativa.

O controle externo é exercido pelo Tribunal de Contas, Ministério Público e pela Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão. A Comissão é constituída, dentre outros membros, por dois representantes do Conselho Estadual da Saúde e dois representantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa, e o produto de seu trabalho, ou seja, os relatórios elaborados, devem ser entregues trimestralmente à Assembléia Legislativa (SÃO PAULO, 1998).

Note que esses Relatórios somente são encaminhados à SESSP por interesse de seus membros componentes e não por exigência legal.

5.2. Os Contratos de Gestão dos Hospitais Públicos de São Paulo

Os hospitais que tiveram a gerência terceirizada em São Paulo são parte do Programa Metropolitano de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de 1982, financiado pelo Banco Mundial, que previa a construção de unidades hospitalares integradas às Unidades Básicas de Saúde, visando à expansão da cobertura da assistência médica e à adoção de novos modelos gerenciais na saúde (BARATA; TANAKA; MENDES, 2003).

A construção desses hospitais foi iniciada, mas não concluída pelas Administrações subseqüentes à assinatura do financiamento com o Banco Mundial. A administração do Governador Mário Covas estabeleceu como prioridade de seu projeto político o término e o funcionamento desses hospitais. Esse propósito é explicitado nas Mensagens anuais que fez à Assembléia Legislativa nos inícios dos anos legislativos. Em 1997, destaca que, "...os investimentos na área da saúde foram direcionados, basicamente, para a recuperação e reativação dos equipamentos existentes, retomando-se, para conclusão, obras paralisadas no Governo anterior." (SÃO PAULO, 1997: 6).

E no ano seguinte,

"Tendo encontrado paralisada a construção de vários equipamentos, o Governo tratou, já em 1996, de retomar as obras do Hospital Geral do Itaim Paulista. No ano seguinte, mais oito hospitais gerais, situados em regiões carentes, tiveram sua construção reiniciada" (SÃO PAULO, 1998b: 10).

“Essas obras, particularmente, por se situarem em regiões periféricas da cidade de São Paulo e mesmo na região metropolitana, em sua maioria eram uma necessidade ainda mais premente no momento da sua retomada do que no momento de sua idealização (...) são áreas de alta densidade demográfica e carentes e o governador entendeu que retomaria essas obras, renegociaria os contratos antigos que estavam absolutamente parados e a partir daí pudesse reedificar esses hospitais e equipá-los.” (REPRESENTANTE DA SESSP).

Sem aumentar o quadro de funcionários públicos e sem ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal, os hospitais foram colocados em funcionamento sob a gestão terceirizada, seguindo a concepção original do Projeto de 1982 que previa novas formas de gestão dos serviços (IBAÑEZ et al, 2001).

Os hospitais estaduais do Programa Metropolitano de Saúde acima referidos estão localizados nos municípios de Diadema, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itapeçerica da Serra, Santo André, São Paulo, Sumaré e Bauru, conforme mostra o Quadro 1. Com exceção do Hospital Estadual de Sapopemba, todos os demais foram inaugurados com gestão terceirizada para OSS no período de 1998 a 2002 e constituem o universo de investigação desta pesquisa.

Desde a aprovação da lei das organizações sociais no estado de São Paulo, no ano de 1998, foram assinados quinze contratos de gestão.

O Quadro 1, que foi organizado com dados fornecidos pela Coordenadoria de Contratos de Gestão da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo relaciona os Hospitais Estaduais e as respectivas Organizações Sociais responsáveis por sua gestão. Não inclui o último hospital terceirizado porque este teve o contrato assinado em 05/04/2003, período que extrapola o limite fixado para coleta de dados desta pesquisa. Este último contrato foi assinado com a Fundação da Faculdade de Medicina do HC da USP e refere-se ao Hospital Estadual de Sapopemba, SP.

Dos catorze contratos de gestão assinados até 2002, seis foram estabelecidos com Fundações de Universidades (totalizando cinco Fundações), sendo que a Fundação da Unifesp gerencia dois deles: o Hospital de Taboão da Serra e o de Diadema. Os demais estão sob a responsabilidade de instituições filantrópicas de origem religiosa ou não, as quais se qualificaram como Organizações Sociais para assinar o contrato de gestão.

QUADRO 1 - Relação de Hospitais Publicizados - Organizações Sociais e Fundações. SESSP – Junho de 1998 a Dez. de 2002.

Hospital	Localização	Data do Contrato	Organização Social ou Fundação contratada
Hospital Geral de Pedreira	Vila Campo Grande, SP	26/06/1998	Associação Congregação de Santa Catarina
Hospital Geral do Itaim Paulista	Itaim Paulista	05/08/1998	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina
Hospital Geral Dr. Francisco M.C. Filho	Carapicuíba	23/10/1998	Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde
Hospital Geral de Grajaú	Grajaú	23/10/1998	Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC
Hospital Geral de Itapeçerica da Serra	Itapeçerica da Serra	03/03/1999	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo – SECONCI
Hospital Geral de Pirajuçara	Taboão da Serra	25/01/1999	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (Unifesp)
Hospital Geral de Guarulhos	Guarulhos	14/04/2000	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	Itaquaquecetuba	24/03/2000	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina
Hospital Estadual de Diadema	Diadema	26/10/2000	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (Unifesp)
Hospital Geral de Itapevi	Itapevi	20/09/2000	Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde
Hospital Geral de Sumaré	Sumaré	22/09/2000	Funcamp - Fundação da Unicamp
Hospital Geral de Santo André	B. Paraíso, São Paulo	20/11/2001	Fundação do ABC
Hospital Geral de Vila Alpina	Vila Alpina, São Paulo	11/12/2001	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo – SECONCI
Hospital Estadual de Bauru “Arnaldo Prado Curvêllo”	Bauru - SP	04/11/2002	Famesp – Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar da Unesp/Botucatu

São cinco OSS responsáveis por oito unidades hospitalares, sendo que a OS Santa Marcelina, a Sanatorinhos e a do SECONCI assumiram a gestão de dois hospitais cada uma, respectivamente os Hospitais do Itaim Paulista e o de Itaquaquecetuba; de Carapicuíba e o de Itapevi; e os Hospitais de Itapeçerica da Serra e de Vila Alpina.

Entre as dez instituições contratadas para gerir os catorze hospitais estaduais oito são ligadas ao ensino superior na área da saúde, levando-nos a inferir sobre o interesse no

em obter campo de estágio para os graduandos, principalmente na assistência de média complexidade.

O modelo de contrato de gestão assinado pelas Fundações e por OSS(s), segundo o porta-voz da Coordenadoria dos Contratos de Serviços de Saúde da SESSP, "...é semelhante, diferenciando eventualmente as atividades encomendadas em função das necessidades e capacidade operacional e tipo de inserção na comunidade. Os indicadores podem ter peso distinto para cada serviço, mas o instrumento é o mesmo" (REPRESENTANTE DA SESSP).

Em termos jurídicos, o instrumento utilizado para as parcerias com as Fundações é o convênio com base no contrato de metas, enquanto que das OSS(s) é o contrato de gestão.

O Contrato de gestão que rege a terceirização é um compromisso institucional firmado entre o Estado e a Organização Social e o seu propósito é servir de instrumento de implementação, supervisão e avaliação de políticas públicas. Estipula metas, prazos de execução, indicadores de qualidade e produtividade e fixa critérios de avaliação e desempenho.

Atualmente tem vigência de um ano e é renovável por tempo indeterminado, podendo ter sua redação modificada de acordo com os objetivos e o contexto das políticas públicas. Também pode ser rescindido a qualquer tempo mediante comprovação de descumprimento injustificado de alguma das cláusulas contratuais. Nesse caso ocorre, em tese, a imediata desqualificação da Organização Social mediante decreto do Executivo, e os seus dirigentes sujeitar-se-ão ao afastamento de suas respectivas funções e/ou às penalidades previstas na legislação pertinente. Há possibilidade de rescisão por parte da Organização Social quando o repasse de verba não ocorrer dentro dos prazos legais estabelecidos no Contrato.

É através do contrato de gestão que se pactuam as metas a serem cumpridas anualmente pela OSS e são estabelecidos os valores do recurso financeiro destinado ao desenvolvimento das ações. O repasse dos recursos não é feito em função do faturamento das AIH(s) como nos hospitais públicos estatais.

O recurso, proveniente do Orçamento Geral do Estado, é repassado em datas pré-estabelecidas no contrato, sendo constituído de uma parte fixa correspondente a 90% do

recurso envolvido no contrato, e uma variável dos 10% restantes. A parte variável pode não ser repassada se as metas pactuadas não forem atingidas.

No início, o pagamento era feito mensalmente e, atualmente, a parte fixa é repassada em três parcelas anuais, pois a lógica do pagamento não está mais atrelada à produtividade, mas à realização de um conjunto de atividades pactuadas que envolvem a produção de serviços dentro de um contexto epidemiológico da população atendida: é a gestão por resultados. Enquanto nas Instituições públicas estatais o controle do Estado se faz por meio dos processos, nos contratos de gestão o controle é realizado através da avaliação das metas. A capacidade de realizar esse controle de forma eficaz e transparente por parte do Estado e da sociedade civil, analisada neste estudo, parece ser também uma preocupação do CES e, particularmente, de alguns conselheiros da Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão.

Além do pagamento pré-determinado pelo contrato, as OSS(s) podem fazer solicitações de aplicação do dispositivo 1º. e 2º. da cláusula 13º., referente ao desequilíbrio econômico e financeiro, que permite uma suplementação de recurso. Na leitura dos Contratos a que esta pesquisadora teve acesso, todas as solicitações feitas pelas OSS(s) nesse sentido foram atendidas.

Em explicação fornecida pela SESSP tem-se que:

“Na verdade nós não suplementamos verba. O contrato de gestão tem um financiamento e eles não são suplementados. O que existe é o seguinte: se no decorrer de um contrato existir alguma atividade nova do hospital (ex: nós necessitamos de uma área de queimados), nós tratamos isso como um projeto especial, negociamos esse projeto especial em termos de atividade e de recursos financeiros e colocamos isso adicionalmente como Termo Aditivo no orçamento que ele teve para aquele ano para que no ano seguinte seja incorporado como rotina do hospital.” (REPRESENTANTE DA SESSP)

As OSS(s) não estão sujeitas às intempéries do financiamento do SUS como os hospitais públicos estatais, pois seu financiamento está garantido *a priori* no orçamento do estado e, de acordo com uma das cláusulas contratuais, o não pagamento no prazo estabelecido dá o direito à OSS de romper o contrato, o que pode implicar a suspensão da execução dos serviços à população (ANEXO 1). Segundo informações da SESSP, está em

estudo a mudança na forma de relacionamento com os hospitais estatais, ampliando para os mesmos o modelo de gestão por resultados e a pactuação de metas, o que implica a mudança na forma de financiamento das atividades desenvolvidas.

O padrão dos contratos de gestão foi mudando em função das necessidades e, até o final de 2002, somavam três versões. No primeiro modelo de contrato, divulgado junto à primeira Convocação Pública para a terceirização da gestão dos Hospitais do Itaim Paulista, Pirajussara, Itapecerica da Serra e Hospital Geral de Pedreira, o contrato previa o pagamento do equivalente ao valor faturado do SUS pelo Hospital mais 50%, pagos em parcelas mensais.

Atualmente os contratos têm um valor fixado com base nos gastos efetuados no contrato anterior, acrescidos da inflação, e sobre esse aspecto pairam inúmeras divergências. Para um entrevistado, representante do CES, os contratos retrocederam nesse sentido, pois

“...eles evoluíram para um padrão diferenciado, em que a OSS recebe um valor fixo e um variável e só é exigido que elas repassem o número de atendimentos realizados. Hoje, simplesmente se repassa o dinheiro e se cobra o número de atendimentos. Esses [contratos] atuais não permitem uma auditoria porque os relatórios não são produzidos com base nos custos e sim nos gastos, que não são verificados, como demonstram os relatórios da Comissão [de Avaliação e Acompanhamento dos Contratos de Gestão] dos anos de 2000 e 2001.” (REPRESENTANTE DO CONSELHO DE SAÚDE NA COMISSÃO).

Para o representante da SESSP, os contratos atuais evoluíram, mas ainda requerem aprimoramento permanente para que os indicadores possam fornecer dados para uma visão epidemiológica do sistema de informações. Segundo ele, a versão mais atualizada do contrato permite que, na pactuação de um determinado serviço, sejam respeitadas as diferenças da clientela atendida e da qualidade de serviço prestado.

“...definidas mais claramente as formas de financiamento desses serviços para que a gente possa tratar diferentes os diferentes. No que pese os hospitais terem características de perfil secundário, alguns com atividade terciária, mas a priori poderiam ser concebidos como hospitais de complexidade assemelhada. Nós sabemos que isso tecnicamente não é

bem assim. (...) Existem diferenças entre elas [a clientela atendida] e devem ser tratadas financeiramente diferentes (...) e para uma conta ser paga interessa não só o diagnóstico principal, mas o secundário. Todos os hospitais podem atender pneumonia, mas é diferente tratar pneumonia em criança e em idoso ou em pacientes com hipertensão ou diabetes. (REPRESENTANTE DA SESSP).

Segundo a SESSP, o que se pretende alcançar é um nível de avaliação da qualidade da assistência oferecida e pagar distintamente as OSS pela gestão e execução desses serviços, aprofundando os métodos de avaliação, aprimorando os indicadores para além das informações oferecidas pelo tradicional Sistema de Informações sobre Saúde, pois este “...é muito voltado para o faturamento e o nosso relacionamento com os hospitais com contrato de gestão visa atender à realidade epidemiológica de uma determinada população (...) [e dar] viabilidade econômica para os serviços atuarem sobre ela.” (REPRESENTANTE DA SESSP).

Na opinião do representante do CES, esse tipo de acompanhamento e diferenciação não é perceptível à Comissão de Avaliação e Acompanhamento dos Contratos de Gestão, pois os gastos efetuados pelas OSS e pagos pela SESSP são equivalentes aos gastos de um hospital privado quando na prestação de serviços particulares, não conveniados. E a capacidade de controle é nula devido à dificuldade em analisar os dados fornecidos nos relatórios produzidos pelas OSS(s) e entregues à Secretaria da Saúde e à Comissão. Sobre isso ressaltou que o processo de prestação de contas

“... sempre foi muito falho. No início, a Faculdade de Saúde Pública da USP foi contratada para fazer o acompanhamento. Elaborou alguns mapas que eram repassados às OSS(s), que não preencheram e tampouco entenderam como fazê-lo. A FSP-USP ocasionalmente ia aos hospitais, mas nunca houve uma auditoria, uma fiscalização ou uma correção dos dados que eram totalmente falhos. Quando nós [Comissão de Avaliação] propusemos uma contabilidade padronizada e que incluía custos, a secretaria não concordou.” (REPRESENTANTE DO CONSELHO NA COMISSÃO).

O primeiro Relatório da Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão, elaborado com base nas atividades de 1999 e 2000 dos seis primeiros Hospitais terceirizados, apontou inconsistência nos dados fornecidos e informações insuficientes para uma análise mais adequada e comparativa entre os hospitais.

“Não existe padronização na coleta de dados, seja de produtividade seja do plano de contas. Até o momento não há elementos que permitam prever comparabilidade. Seria o caso de submeter a esta Comissão novos instrumentos de coleta de dados que viessem a ser propostos, antes de sua implantação.” (RELATÓRIO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO, JAN./DEZ.2000).

Em documento apresentado pelos representantes dessa Comissão ao CES, na reunião ordinária realizada no dia 30/08/2001, foram apontados alguns elementos que justificaram o posicionamento crítico no Relatório, e referiram-se às informações sobre a relação “número de internações e altas”, pois havia casos em que transferências internas eram consideradas como altas hospitalares, o que poderia ser caracterizado como fraude em uma auditoria, e informações sobre proporção excessiva de partos por fórceps e dívidas trabalhistas em um hospital recém inaugurado. Entre outros aspectos, os gastos excessivos com medicamentos em alguns hospitais, se comparados à produção dos demais, também foram alvo de questionamento dos membros do CES no Relatório.

A produção desses relatórios causou alguns constrangimentos, até mesmo entre os próprios integrantes do CES. Em entrevista informal, um deles sugeriu que a persistência em identificar falhas na prestação de contas das OSS(s) estaria relacionada ao interesse particular de um dos representantes da Comissão de Avaliação em participar de uma possível auditoria dos hospitais terceirizados.

Não desconsiderando o fato de haver interesses particulares, partidários e ideológicos que permeiam o universo dos conselheiros, como em qualquer outro tipo de colegiado constituído para defender o interesse público, a análise dos Relatórios produzidos e a solicitação de um inquérito civil para apurar as irregularidades identificadas nas prestações de contas das OSS(s), protocolado junto à Procuradoria Geral da Justiça pelos Deputados Estaduais Jamil Murad e Nivaldo Santana em 19 de dezembro de 2001, indicam

haver alguma consistência nas denúncias e que elas não foram devidamente consideradas pela SESSP naquele momento, visto ter sido utilizado o recurso da solicitação de inquérito.

A finalidade da Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão não é outra senão a de acompanhar o desenvolvimento das atividades das OSS(s), e o processo de prestação de contas dessas deve ser o mais transparente possível para permitir a análise comparativa dos indicadores, guardadas as características epidemiológicas de cada população atendida e as especificidades do serviço, como quer garantir a SESSP.

Para isso, o contrato de gestão deve ser público e, como instrumento de controle social, é imprescindível que contenha indicadores que contemplem as principais atividades desenvolvidas pelas OSS(s) e que sirvam de parâmetro de comparação entre uma gestão terceirizada e outra podendo, inclusive, servir para nortear o financiamento dos hospitais públicos estatais.

A participação do Conselho Estadual da Saúde na Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão é um avanço em relação à legislação federal alcançado por meio de articulação e pressão dos conselhos, como defende este estudo.

Apesar de os entrevistados não terem contribuído diretamente para a confirmação dessa nossa hipótese, justificando não terem subsídio para fazê-lo, a análise das atas das reuniões ordinárias do CES nos permite afirmar que a oposição às parcerias era forte no momento da tramitação do projeto de lei na Assembléia Legislativa. E embora jamais tivesse havido um consenso em relação a essa questão no CES, a pressão da oposição foi grande, principalmente devido à experiência que o Município de São Paulo passava com o PAS. Isto certamente contribuiu para que o Governo cedesse em alguns pontos de sua proposta inicial e introduzisse alterações conduzidas pelos parlamentares, provenientes de diversos grupos da sociedade, principalmente vindas dos Conselhos de Saúde.

Em resposta a essa pergunta, o representante da SESSP disse em entrevista que

“Eu não poderia dizer [afirmar que a inclusão de dois representantes do CES na Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão tenha sido por pressão da sociedade civil]. Eu poderia intuir. O governo sempre teve muita preocupação, ao inovar e ter a coragem de desenvolver uma delegação de serviços públicos a terceiros (...) a pressão foi grande. O governo aprovou uma Lei 100% SUS e achava-se que nós poderíamos incorrer nos mesmos erros e riscos do modelo de São Paulo com o PAS. Sabíamos que seríamos muito

questionados nesse sentido (...) Isso nos obrigava, de alguma forma nos acautelarmos nesse processo e ter uma representação da sociedade que pudesse salvaguardar que o governo estava certo.” (REPRESENTANTE DA SESSP).

Ainda que a participação seja restrita a essa Comissão, a presença do CES tem sido marcante e fundamental para fazer um contraponto com a posição da SESSP, que é a proponente da política e dificilmente trará a público suas possíveis deficiências ou falhas, mesmo tendo consciência de que elas existem e que trabalhe no sentido de saná-las. Pelo menos isso ocorreu durante o período da pesquisa de campo deste trabalho. Há que ressaltar que um dos dois membros, representantes do CES na primeira gestão dessa Comissão, contava com vasta experiência de participação nos movimentos populares de saúde, e o outro tinha formação e experiência em Administração Hospitalar, o que deu a essa representação uma característica peculiar de persistência no cumprimento do seu propósito e de argumentação na fundamentação das questões levantadas.

5.3 A Participação do CES na Formulação da Política Estadual de Parcerias

Além da atuação no acompanhamento da implementação das políticas de saúde, o Conselho de Saúde tem como função participar na formulação dessas políticas, atribuição nada fácil de ser implementada num contexto de democracia recente e, segundo a maioria dos autores referidos neste estudo, papel que os conselhos de saúde ainda estão por cumprir.

Concordando com os autores para uma análise mais genérica da atuação dos conselhos, no caso da política de parcerias, com base na análise dos dados coletados, podemos afirmar que, no estado de São Paulo, a participação do CES foi decisiva para a introdução de dois artigos que não integram a versão federal da Lei das OS(s). Um deles, que trata da participação do CES na Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão, foi analisado no item anterior deste capítulo e o outro trata da proibição da publicização de serviços que já estejam em funcionamento.

A pressão exercida pela sociedade civil e, particularmente, pelo Conselho Estadual de Saúde, resultou na inclusão do item na Lei das OS(s) que proíbe o estado de São Paulo

de terceirizar a gestão de Hospitais ou serviços de saúde que estejam em funcionamento. Esse fato isolado não pode ser generalizado para a realidade de atuação dos conselhos, mas indica que uma mudança está se processando nas relações entre o Poder Público e a sociedade civil, apenas captada nos estudos exploratórios por ser ainda pouco perceptível no universo das políticas públicas.

O processo de participação na elaboração da Lei Complementar 846/98 foi mais precisamente captado através da leitura das atas das reuniões do CES, pois nenhum conselheiro entrevistado, formal ou informalmente declarou-se convencido com relação a essa afirmação. As atas, no entanto, indicaram a insistente denúncia das parcerias já estabelecidas naquele momento e a necessidade de um processo mais sistemático de discussão sobre o tema, visto que as parcerias realizadas sob a figura jurídica dos convênios estavam sendo estabelecidas sem nenhuma participação do CES, pelo menos não da forma como queriam os conselheiros.

No período anterior à aprovação da Lei, as atas das reuniões do CES evidenciaram várias situações nas quais foi possível detectar o processo de estabelecimento das parcerias antes da aprovação da Lei das OS(s). Na maioria delas, as discussões giravam em torno do fechamento de hospitais estatais em decorrência das péssimas condições de funcionamento para serem reabertos sob a gestão de uma instituição filantrópica. Em outras ocasiões eram apresentados Projetos a serem desenvolvidos no nível da atenção básica (PSF), em que as entidades parceiras explanavam sobre as ações já pactuadas, deixando os conselheiros numa posição delicada diante das situações postas e dadas.

O que ocorreu na 37ª. Reunião Ordinária do CES, realizada em 21/06/96, é ilustrativo de como esse processo transcorria. Naquela, como em outras reuniões, a discussão sobre parcerias estava presente, mas nunca como item de pauta. O que motivou a retomada do assunto neste dia foi o relato da visita dos conselheiros ao Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana. Vejamos como o processo foi encaminhado. De acordo com o relator da visita, o Hospital se encontrava em péssimas condições de funcionamento, comprometendo a vida dos pacientes lá internados. O seu fechamento era premente e foi então proposto e aprovado por unanimidade no colegiado que contava com a presença do Secretário Estadual da Saúde. Acontece que o fechamento do Hospital implicava a

aprovação de uma parceria já encaminhada (convênio), da SESSP com uma instituição filantrópica (uma Santa Casa), que assumiria as atividades do hospital fechado.

O mesmo ocorreu, em outro momento, com o Hospital Nestor Goulart Reis, de Araraquara. Os conselheiros foram chamados a realizar uma visita para constatar as péssimas condições de funcionamento de um Hospital que já estava em vias de ser repassado para uma instituição religiosa (ATA DA REUNIÃO DO CES, 17/07/97).

Nessa reunião, um dos conselheiros, representante dos movimentos populares de saúde, destacou:

“...a dificuldade de estabelecer o Controle Social no processo de terceirização e de parcerias, pois a iniciativa privada no Brasil é muito fechada para esse tipo de controle. Portanto, é muito importante a participação do CES no processo.” (ATA DA REUNIÃO DO CES, 17/07/97: 17-18).

Ao relacionar as decisões sobre esses Hospitais ao processo mais amplo de discussão da Política Pública os conselheiros estavam tentando levar para o campo da formulação de políticas as questões que lhe eram postas como de âmbito operacional do SUS, cujas decisões previamente tomadas pelo Executivo precisavam ser referendadas pelo Conselho, chamando a atenção para a necessidade de deflagrar um debate organizado sobre a política de parcerias.

Depois de reiteradas solicitações, na Reunião do dia 17/07/97, foi agendado um Seminário denominado “Parcerias: novas formas de gestão”, que ocorreu em 21/08/97. Dele participaram várias figuras importantes do cenário político da área da saúde, mas terminou sem uma posição consensual.

É preciso registrar que um dia de discussão para um tema tão complexo é insuficiente para o seu esgotamento, mas o Seminário cumpriu a função de marcar posição e inserir formalmente o assunto na agenda do Conselho, pois até então isso não havia ocorrido.

Cabe observar que, nesse momento, várias parcerias já estavam em andamento no estado de São Paulo mesmo antes da existência da Lei das OS(s), que data de Junho de 1998. Elas estavam sendo estabelecidas para a implantação de novos serviços ou através do repasse das atividades de um hospital estatal fechado, seguido do convênio com uma

instituição filantrópica. Isto ocorreu não só com hospitais como também na atenção básica com a implantação do PSF em São Paulo em parceria com o terceiro setor³⁵.

O fechamento de hospitais, assim como as parcerias na assistência básica sempre foram levadas até o Conselho Estadual para discussão, mas na verdade, como mostram as atas, o que se buscava era apenas um *referendum* para a decisão já tomada.

Nessas reuniões, o posicionamento de alguns conselheiros demonstrava coerência e tentava trazer a discussão para o campo mais amplo das políticas públicas, abordando os problemas do cotidiano. De acordo com a redação dada na ata, numa discussão sobre o fechamento do Hospital Psiquiátrico da Vila Maria, um dos presentes, representante dos usuários, ressalta que:

“... a discussão sobre o Hospital [HPVM] é pontual, mas está diretamente ligada à política de saúde, e que tudo chega pronto ao CES. Gostaria de ver discutidas as questões no momento em que são propostas, e que considera importante que as parcerias contemplem o controle social” (ATA DA REUNIÃO DO CES, 21/11/96).

A insistência dos conselheiros em constituir um grupo de estudos para aprofundar a questão das parcerias e a terceirização dos serviços públicos também contou com o apoio da representação do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - o COSEMS - no Conselho, que defendia ser essa uma forma de “privatização branca” do serviço público e exigia a participação nas decisões sobre os convênios assinados pelo Executivo.

Na busca de um consenso sobre as parcerias, em 19/03/98, no auge do debate sobre a Lei das OS(s), o tema entrou na pauta da 53ª. Reunião Ordinária, mas a votação não foi encaminhada e o encontro terminou sem uma posição fechada daquele colegiado.

Neste período, além do Seminário, outros debates ocorreram nas Universidades; uma Audiência Pública sobre o tema foi realizada na Assembléia Legislativa e em vários espaços públicos ocorreram discussões acaloradas.

³⁵ A implantação do PSF na cidade de São Paulo ficou, até a gestão da Marta Suplicy, a cargo dos governos federal e estadual, pois os caminhos adotados pelas Gestões de Paulo Maluf e Celso Pita inviabilizaram a inserção do Município no SUS. Até o final de 2000, cerca de 180 equipes de PSF tinham sido implantadas, sendo algumas em parceria com instituições filantrópicas e essa política continuou sendo executada pela Prefeitura, que ampliou o número de equipes para 1.700 através da parceria com doze entidades sem fins lucrativos com tradição na assistência à saúde em São Paulo (ALVES SOBRINHO; CAPUCCI, 2003).

No CES, o foco do debate recaía sobre os aspectos do real interesse que levavam as instituições filantrópicas a estabelecerem contrato de gestão com o Estado; o motivo que levava o Estado a qualificar as instituições como OS se os convênios com essas instituições já eram tradição no setor público e, principalmente, como se daria o controle social e de que forma ele seria garantido.

Algumas falas relatadas nas atas das reuniões do CES retratam os argumentos dos conselheiros, como a de um representante das associações dos profissionais da saúde:

“Uma consequência que se deriva da experiência da nova gestão, um dado incontestável é que o Brasil representa um mercado privilegiado para a venda de serviços de saúde. O nosso potencial é de 10 bilhões [reparado posteriormente na leitura da ata para 70 bilhões] de reais. Assim sendo, o Projeto das Organizações Sociais possibilita a ampliação da ação do mercado de capital. Os interesses envolvidos são grandes e o direito à saúde garantido na Constituição de 88 apresenta dificuldades para a sua efetivação.” (ATA DA REUNIÃO DO CES, 05/03/98: 8).

Seria ingenuidade supor que o interesse das entidades filantrópicas na parceria com o Estado se devesse unicamente ao bem público. Elas detêm um grande poder na área, pois são responsáveis pela maioria dos 60 a 70% das atividades de nível secundário do SUS (SÃO PAULO, 2003 *on line*). O aumento dessa influência no Sistema poderia levar a um conseqüente aumento de poder sobre o direcionamento das políticas públicas, tal como está ocorrendo na prestação da assistência às populações indígenas na Amazônia, cujos serviços foram totalmente privatizados.

Na tentativa de captar esse interesse por parte das OSS(s), foram elaboradas três questões sobre esse assunto no questionário enviado por esta pesquisadora aos Hospitais sob contrato de gestão. De antemão, sabemos que algumas das entidades, as Fundações principalmente, têm interesses diretamente relacionados ao ensino, como a aquisição de campo de estágio no nível secundário de atenção à saúde para os alunos de graduação dos cursos de saúde.

A não devolução das respostas por todos os Hospitais mostra a falta de compromisso com a própria pesquisa científica, um dos pilares das universidades brasileiras, e um dado a ser registrado a respeito de uma aventada falta de cultura de

transparência que acompanha o trabalho das instituições filantrópicas no país, tal qual se referiu um conselheiro em sua fala e como apontado na revisão bibliográfica deste estudo, nas citações de GASPARI (2000 e 2003), ÉBOLI (2002) e COSTA; SALOMON (2003).

O mesmo conselheiro, referindo-se ao controle social aponta que:

“Considero que existe um retrocesso no Projeto [das organizações sociais] em relação ao controle social, uma vez que não é garantida a paridade no Conselho Administrativo, rompendo com a lógica do SUS” (idem: 8).

O Conselho Administrativo das OSS(s) foi aprovado e funciona sem a paridade entre os usuários e os demais componentes, conforme denunciou o conselheiro antes da aprovação da Lei. Esse mecanismo, introduzido na Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 visa garantir a participação dos usuários nas decisões sobre a política de saúde e é uma prerrogativa não respeitada nos Conselhos da Lei das OS(s) em São Paulo.

Com relação às possibilidades de ingerência política no processo de qualificação e escolha das OSS(s) feita por uma conselheira nesta mesma reunião, o representante da SESSP observou que:

“Estamos inovando com as organizações sociais, mas ninguém, honestamente, pode garantir que não vai dar bobagem. Quem pode dar certeza? Temos que correr o risco de fazer a lei avançar. Mas não podemos esquecer que a lei que permitiu a criação do PAS é a mesma que existia na Administração anterior. Podemos deturpar os fins com qualquer coisa, o importante é a alternância garantida pela democracia.” (ATA DA REUNIÃO DO CES, 05/03/98).

No momento em que esse debate era travado no CES, o Projeto das OS(s) já havia passado pela Comissão de Saúde e de Justiça da Assembléia Legislativa, recebendo 98 emendas das quais 25 foram acolhidas. Uma delas visava garantir o atendimento universal aos usuários dos hospitais terceirizados, a constituição de uma Comissão Avaliadora e o controle social por parte do Tribunal de Contas do Estado.

Todos esses aspectos foram incorporados à Lei Complementar e na Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão que esta prevê, sendo incluídos dois representantes do CES.

Nas atas das reuniões subseqüentes do CES, as parcerias voltaram a aparecer, mas com uma nova conotação: na comunicação da abertura de quatro hospitais com gestão terceirizada e, posteriormente, o foco das discussões passou dos aspectos éticos e políticos das parcerias, que prevalecia durante a tramitação da Lei das OS(s) na Assembléia Legislativa, para o técnico-operacional. O debate desviou-se nesse momento, do campo do público-privado para o da municipalização/regionalização do Sistema a partir da inauguração dos Hospitais com gestão terceirizada.

Pelo fato de o município de São Paulo ter sido inserido tardiamente no sistema SUS³⁶, houve um atraso no processo de municipalização dos serviços básicos e somente no final de 2001 as cerca de 200 unidades públicas de saúde estaduais sediadas na capital passaram para a gerência unificada da Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, o repasse dos hospitais estaduais e o de outros serviços especializados sediados na capital, continuam sob a gerência da SESSP.

No entender do atual governo estadual, esta é uma situação que deve permanecer para que o sentido da regionalização se concretize. Para os atuais dirigentes, a direção única em cada município de que trata a NOAS/01 do Ministério da Saúde não deve ser confundida com o comando único de todos os serviços de saúde que se encontram na área geográfica do município, pois entre esses serviços podem existir aqueles de média e alta complexidade que são referência para os cidadãos de outros municípios. Esses serviços devem ficar sob a gestão municipal, mas não necessariamente sob a gerência do município (BARATA, TANAKA, MENDES, 2003).

No contexto apresentado, a gestão consiste no planejamento e execução da política de saúde enquanto a gerência implica o controle administrativo e financeiro dos serviços.

³⁶ Os primeiros esforços de integração da rede municipal de saúde no SUS foram dados na Administração da Prefeita Luiza Erundina (1989-1992), mas foram bruscamente interrompidos pelas duas Administrações seguintes que adotaram um modelo privatizado de cooperativas – o PAS -, que resultou na destruição de uma rede básica com mais de 40 mil trabalhadores de saúde e em inúmeros casos de irregularidades administrativas e financeiras (ALVES SOBRINHO ; CAPUCCI, 2003). Somente com a posse da Prefeita Marta Suplicy, ocorrida em 2001, a articulação dos serviços públicos de saúde do Município com o nível estadual e federal foi retomada e o Município foi credenciado no SUS e, em novembro de 2002, a SMS pleiteou a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Os Hospitais terceirizados localizados na região metropolitana são alvo dessa disputa. O contrato de gestão foi assinado com o governo estadual e a transferência para o Município implicaria mudanças políticas e administrativas, visto seu financiamento estar previsto no Orçamento do Estado.

Dessa forma, as questões que envolvem a regionalização dos serviços e a sua hierarquização no Sistema de Saúde público vão continuar permeando as reuniões do Conselho porque estão longe de ter um desfecho rápido e definitivo.

TANAKA e MELO (2002) já alertavam para o fato de que as terceirizações de serviços públicos no estado de São Paulo poderiam comprometer, em parte, o processo de descentralização em curso no SUS.

5.4 A Universalização do Acesso na Terceirização dos Serviços em São Paulo

Um dos aspectos que mais têm preocupado os defensores do SUS na vigência de novos modelos de gestão de serviços públicos é em relação ao acesso e a qualidade dos serviços prestados pelas OSS(s).

TANAKA e MELO (2002) citam os riscos de conflitos com as disposições constitucionais que declaram a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado; as dificuldades, no âmbito federal, de implementação da concepção original do SUS, uma vez que as OS(s) podem, em tese, celebrar convênios para absorver demanda privada, o que pode caracterizar uma privatização do serviço público e a discriminação da clientela do SUS, constituindo duas portas de entrada para o serviço; e as dificuldades para o estabelecimento da definição de demanda em função da desarticulação da OS com o sistema de saúde local.

A legislação sobre os contratos de gestão em São Paulo, conquanto seja alvo de inúmeras críticas, algumas referidas neste estudo, garante ao usuário do SUS o acesso exclusivo aos serviços terceirizados, visto estarem restritas a estas as ações e atividades pactuadas com as OSS(s). Na versão federal da lei, essa garantia não é dada ao usuário, pois o excedente dos serviços pode ser vendido no mercado.

Por outro lado, a dificuldade de estabelecimento de acordos e a definição da demanda são uma realidade vivenciada em São Paulo, na medida em que a articulação do Sistema nos municípios depende de mais um ator que passa a contracenar no cenário do SUS, além dos já habituais atores integrantes da esfera pública.

A qualidade da assistência, no entanto, não é alvo de crítica nem mesmo dos adversários políticos da idéia de novos modelos de gestão. Se há falhas na prestação de contas desses hospitais e dificuldades em realizar o controle social por falta de transparência nas decisões e critérios na qualificação e escolha das OSS(s), a qualidade dos serviços nunca foi questionada. Até o mais crítico dos conselheiros, ao ser entrevistado, fez questão de ressaltar esse fato, sem deixar de frisar, no entanto, que o custo dessa assistência é equivalente ao dos serviços particulares oferecidos pelos hospitais privados mais caros do país.

A qualidade da assistência dos hospitais terceirizados foi reconhecida mais de uma vez por diferentes órgãos que atribuí o Prêmio Qualidade Hospital 2001 ao Hospital Estadual de Diadema; o mesmo ocorrendo com o Hospital Estadual de Itapeverica da Serra que em 2000 recebeu o Prêmio Galba Araújo do Ministério da Saúde, de melhor maternidade da Região Sudeste na Assistência Humanizada ao parto e ao recém-nascido. No ano seguinte, em 2001, esse mesmo Hospital recebeu o Certificado da UNICEF-OMS-MS de Hospital Amigo da Criança por cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno (BOLETIM INFORMATIVO DAS OSS, 2002). No mesmo caminho, o Hospital Estadual de Sumaré recebeu uma premiação do Ministério da Saúde pela qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS em 2001 (JORNAL DA UNICAMP, 2002).

A história, a avaliação persistente e sistemática da sociedade, e a análise criteriosa sobre a capacidade de gestão do Estado permitirão afirmar se esta assistência qualificada é fruto de uma melhor eficiência do setor privado em executar serviços, se ela decorre de um investimento público focado na qualidade da assistência e voltado às necessidades epidemiológicas de cada clientela ou se é conseqüência de uma associação de fatores que incluem estes e aqueles atribuídos à flexibilização das relações nos serviços públicos.

No que tange às hipóteses aventadas por este estudo, as considerações finais apresentam impressões e inferências que já foram anunciadas de forma rápida neste capítulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos capítulos anteriores, foram apresentadas questões e análises que deram apoio ao desenvolvimento desta investigação no intuito de averiguar as hipóteses inicialmente formuladas. Neste são feitas considerações no sentido de reafirmar as hipóteses e sugerir novos problemas para estudos futuros, surgidos durante o processo investigativo.

A investigação que ora concluímos procurou dimensionar qualitativamente o grau de implementação da política de parceria no setor saúde no estado de São Paulo e o resultado apontou um rápido avanço na desestatização dos serviços públicos, com ampliação da esfera pública mas, sem a respectiva ampliação dos mecanismos de controle social. Foi constatado um certo avanço em termos de participação social na formulação das políticas públicas, mas em contrapartida, pouco se caminhou em direção a *accountability* no sentido lato, pois a cultura da transparência ainda não impregnou o cotidiano das práticas das entidades não-governamentais, tal qual ocorre em algumas instâncias governamentais de poder.

No processo de definição de políticas públicas, a atuação dos conselhos de saúde foi considerada efetiva, a despeito das dificuldades que permeiam o cotidiano das relações desses órgãos com os governos, principalmente quanto à respeitabilidade de suas deliberações.

A esfera pública é um espaço de atuação conjunta do Estado e das organizações da sociedade civil, que vai se ampliando na medida da disposição do Estado em abrir o que é público para o próprio interessado, isto é, à sociedade civil, e na proporção em que esta demonstra interesse e capacidade para exercer o papel que lhe é destinado nas democracias – o de participar nas decisões.

Para que a esfera pública seja ampliada nas proporções reivindicadas pela sociedade civil, é necessário que o Estado abdique da função de executante exclusivo de serviços

públicos, posto pelo modelo de Bem-estar social, dividindo essa atribuição com setores organizados da sociedade com comprovada competência e vontade política de fazê-lo. Mas é imprescindível, nesse processo de transformação das relações entre Estado e Sociedade, que haja um acompanhamento sistemático da implementação desse Projeto de mudanças, uma vez que os atores envolvidos no processo não estão devidamente preparados para fazê-lo. Por seu lado, o Estado não se mostra apto a regular e gerir as terceirizações e, por outro, a sociedade civil ainda não se encontra capacitada em sua plenitude para exercer o papel de controle público, conforme constatado nesta pesquisa.

A esfera pública constitui-se, então, num espaço concreto de aprendizagem de novas relações e de execução de ações públicas. Contudo, a partir das análises das parcerias no setor saúde foi possível perceber que as pequenas ONG(s) têm poucas chances de disputar espaço neste modelo de interação estado-terceiro setor, pois as exigências legais de experiência anterior e as próprias características das atividades publicizadas restringem a incorporação de instituições com um perfil mais voltado ao movimento social.

Em que pese predominar nas demais áreas sociais, a existência das pequenas organizações do tipo expressiva, originárias dos movimentos sociais mais reivindicatórios, politizados e voltados para uma construção da sociedade focada na cidadania, as instituições que pleiteiam qualificação como OSS são, em geral, de grande porte, estão há muito no mercado da saúde e detêm *Know how* (conhecimento, tecnologia e experiência em lidar com a população-alvo) não só na assistência à saúde como também nas formas de viabilizar seus projetos com recursos públicos.

A primeira hipótese que esta investigação buscou averiguar foi a de que, no âmbito das políticas de parceria, estaria havendo uma maior permeabilidade à participação da sociedade civil, o que, inegavelmente, ampliaria a esfera pública, permitindo que competências pontuais fossem reconhecidas e incorporadas à ação pública e financiadas pelo Estado.

A análise desse aspecto da política de parcerias mostra que a existência da lei facilita (porque desburocratiza) a qualificação de entidades do terceiro setor como OS e que isto, por si, já caracteriza a permeabilidade dessas entidades na esfera pública.

A Lei das OS(s), no estado de São Paulo, foi aprovada em 04 de junho de 1998 e a primeira parceria formalizada data de 26 de junho do mesmo ano, mostrando a rapidez com que se pode integrar essa esfera.

Contudo, a ampliação da esfera pública não está se dando na perspectiva da concepção dos teóricos que elaboram o novo conceito de sociedade civil. Isto ocorre, no nosso ponto de vista, devido a dois fatores.

Em primeiro lugar, na nova concepção de sociedade civil, a esfera pública seria constituída por entidades distintas do Estado e do mercado, cujas características mais marcantes seriam a interatividade – apreendida como capacidade de diálogo, de comunicação e de ser intercambiável -, e o livre associativismo (AVRITZER, 1994a.). Teriam como elemento comum, independentemente de sua área de atuação e do foco principal de ação, a democratização como suposto de organização societária (GOHN, 1991; 1995; 1997), e seriam movidas por um espírito solidário e sentido ético e de valorização da condição humana (JACOBI, 2000). Enfim, seriam entidades com um determinado perfil mais próximo dos novos movimentos sociais.

Como destacado em capítulo anterior, as entidades que integram o terceiro setor na área da saúde, em geral, não têm esse perfil, sendo referidas como entidades de ações assistencialistas.

As entidades que buscam qualificação como OS na área da saúde são, em geral, instituições filantrópicas com longa tradição de captação de recursos públicos e venda de serviços para o SUS

Em segundo lugar, o processo de incorporação das atividades dessas entidades na esfera pública não estaria se dando pela via da conquista de visibilidade nos espaços públicos democraticamente constituídos, mas sendo feito através da incorporação por decreto subsidiado por critérios burocráticos baseados fundamentalmente no tempo de existência do serviço.

As organizações que participam como atores parceiros do Estado na execução de serviços de saúde não disputam nos espaços democráticos a visibilidade do seu trabalho. Elas são incorporadas a essa esfera mediante decreto do Poder Executivo, nas diferentes instâncias da Administração Pública, pois o processo de qualificação das OS(s) é todo centralizado, não havendo espaço político para a participação da sociedade civil.

Os Conselhos de Saúde, que poderiam se constituir espaços legítimos de debate para essas entidades, não estão sendo utilizados porque a lei das OS(s) desconsidera esse aspecto da participação, tanto na etapa de qualificação quanto na da escolha de parceiros. Nesse contexto, consideramos que a instauração da Chamada Pública não cumpre essa função, apenas segue a norma burocrática da administração pública.

As análises dos dados deste estudo indicam que é preciso haver uma regulamentação da etapa de discussão nos espaços públicos como um caminho possível de ampliação da esfera pública com menor risco de descaracterização das diretrizes dadas pelas políticas sociais.

Também é possível inferir que a completa terceirização dos serviços aumentará os riscos de comprometimento das políticas públicas devido ao maior poder de pressão das entidades terceirizadoras de serviços que, pela própria característica de sua origem e constituição (THOMPSON, 1995; FERNANDES, 1997), tendem a defender seus interesses e ideologias em detrimento das diretrizes de uma política maior.

A questão deixa de ser mais ou menos Estado em função do tamanho da máquina administrativa e se detém, fundamentalmente, no maior ou menor poder de regulação deste, pois os setores mais organizados da sociedade são também aqueles que, tradicionalmente, detêm força política de pressão nas estruturas do Estado e a ampliação da esfera pública tenderá a reforçar ainda mais esse poder.

Em que medida o Estado pode se retirar da execução de serviços sem descaracterizar as políticas públicas é problema para um novo estudo, já que a sua retirada paulatina já tem sido verificada em inúmeras pesquisas, inclusive nesta. As reformas instituídas no Estado são indicativas de que este deve reduzir ao máximo a sua participação na execução de serviços e ações sociais, mas a sociedade civil, embora exija participação nesse nível, tem restrições à completa privatização desses serviços, uma vez que há receios quanto à possibilidade futura de redução no financiamento das mesmas.

A Lei das Organizações Sociais constitui-se no marco legal da ampliação da esfera pública do final do século XX e as parcerias dela resultantes mostram claramente quais setores da sociedade civil dispõem de capacitação, organização e estrutura para disputar espaço político e continuar assumindo, em outras circunstâncias, o papel que a filantropia desempenhou na saúde desde sua institucionalização.

Revigoradas pela retomada do terceiro setor e no espectro da nova concepção de sociedade civil, as instituições filantrópicas voltaram a ter preferência na alocação de recursos públicos, e as parcerias, sob novas modalidades de gestão, são a forma encontrada para viabilizar esse retorno.

Essa retomada muda o *status* da filantropia na relação com o Estado, particularmente com o SUS. Na interpretação inicial da Constituição, essas entidades eram consideradas integrantes do segundo setor – o mercado –, e o relacionamento era o de compra e venda de serviços de saúde. As parcerias mudam a configuração desse relacionamento, pois inserem as entidades filantrópicas na esfera pública como parceiras, qualificando o relacionamento. É necessário, entretanto, que essa mudança de *status* seja acompanhada de uma correspondente mudança de postura com reafirmação da qualidade da assistência, de respeito ao usuário e às novas regras de sociabilidade que inclui a *accountability*.

Comparada à forma anterior, baseada na contratação de serviços com o setor privado, as parcerias instituem nova forma de relacionamento e permitem qualificar a relação e melhorar o controle, uma vez que exigem a contrapartida da prestação de contas através da avaliação anual das metas pactuadas.

Em tese, pelo lado da entidade, há a segurança no recebimento do pagamento estabelecido, e pelo lado do Estado, o parâmetro das metas definidas fornece, também, maior segurança em relação à utilização do recurso investido e da prestação dos serviços contratados. Nesse sentido, as parcerias com contrato de gestão, estabelecidas em novas bases, tal qual anunciamos na hipótese deste estudo, avançam em relação aos relacionamentos anteriores do Estado com o terceiro setor, instituindo flexibilidade e permitindo que as metas sejam pactuadas sob bases epidemiológicas e em concordância com as diretrizes do SUS.

Assim sendo, reafirmamos a hipótese de que as parcerias, embora sejam uma política de viés neoliberal porque permitem a total terceirização dos serviços e, conseqüentemente a privatização do público, qualificam a relação do Estado com as entidades do terceiro setor e constituem um modelo de relacionamento diferente daquele que prevalece no SUS entre financiador e prestador de serviços.

No aspecto das relações entre gestores do sistema de saúde e as instituições terceirizadas, os dados documentais e relatos orais não deixam transparecer qualquer indício de dificuldade no processo de municipalização e regionalização dos serviços, como sugere MEHRY (1999), ou de comprometimento da universalização do acesso. Nenhum entrevistado referiu-se ou sugeriu qualquer dificuldade nesse sentido, tal qual constatado em estudo anterior em dois hospitais terceirizados, realizado por CARNEIRO JÚNIOR (2002). Entretanto, essa modalidade ainda é recente para antecipar conclusões já que, numericamente, as parcerias são minoria no conjunto dos hospitais públicos.

Os principais obstáculos da política de parcerias parecem não estar no seu estabelecimento em si, mas no processo de qualificação e de escolha dos parceiros e, fundamentalmente, no controle social sobre as mesmas.

O processo é centralizado no Executivo e as decisões continuam sendo levadas ao Conselho somente para serem referendadas, alterando pouco as relações entre gestores do sistema e o Conselho de Saúde, conforme aponta a bibliografia (TABAGIBA, 2002; PINHEIRO, 2002; SOARES & GONDIN, 2002).

Ciente do papel e da legitimidade do gestor público para tomar decisões, o processo poderia ser mais democrático se a função consultiva do Conselho de Saúde fosse mais respeitada e mais bem aproveitada, submetendo à apreciação prévia do Conselho os atos mais relevantes da gestão, na mesma linha de interpretação de SANTOS et al (2000). Essa prática tenderia a diminuir os desgastes entre gestores e conselheiros, mas exigiria dos primeiros uma postura mais humilde e democrática de gerir a coisa pública. Da parte dos conselheiros, um compromisso social acima de partidarismos e corporativismos, buscando a qualificação para a função que transcende os cursos de capacitação.

O conceito contemporâneo de sociedade civil tem, na participação democrática, o seu principal instrumento, significando um sentimento de tomar parte no processo político-social por meio de ações coletivas organizadas (TEIXEIRA, 2002). Essa modalidade de participação pode ser verificada nesta pesquisa. O CES, utilizando-se dos espaços públicos constituídos nas reuniões ordinárias, em seminários, na Assembléia Legislativa, nas universidades e nos movimentos sociais, debateu a questão das parcerias e participou ativamente da tomada de decisão sobre a Lei das OS(s). A impressão final é a de prevaleceu a decisão da maioria, pois havia no CES uma oposição forte por parte de alguns

conselheiros, mas essa posição não se revelou majoritária. A aprovação significou uma correspondência às expectativas da maioria da população envolvida que, naquele momento, queria ver os hospitais de suas regiões funcionando.

No processo democrático, o resultado deve ser sempre analisado como reflexo do contexto político, e o fato de este agradar ou não ao conjunto dos conselheiros naquele momento não desmerece o envolvimento no processo e tampouco pode significar uma derrota. Mesmo que considerada pontual e pouco significativa em magnitude, a conquista da representação no Conselho de Avaliação dos Contratos de Gestão é prova de participação da sociedade civil nas decisões, pois ela alterou alguns pontos da proposta original enviada à Assembléia Legislativa. Nesse sentido, a participação cidadã democratizou os processos e garantiu a estes uma relativa transparência.

DAGNINO (2002) afirma que tem sido baixa a capacidade de organização e de mobilização da sociedade para enfrentar os efeitos perversos das políticas neoliberais que remodelaram o cenário político, econômico e social. Constatou-se como verdadeira essa afirmação, porém, a despeito das dificuldades, o enfrentamento vem ocorrendo em diversos segmentos, podendo, inclusive, ser captado através da medida da expansão do associativismo, crescente nos últimos anos (SANTOS JUNIOR, 2001).

No caso em apreço, a mobilização da sociedade e a organização dos conselheiros não foram suficientes para impedir a aprovação da lei das OS(s), mesmo porque não havia no CES uma posição fechada em relação a isso. Entretanto, a pressão exercida por esse órgão, associada a outras forças da sociedade, conseguiram introduzir modificações no projeto de lei e alterar substancialmente o limite de parcerias ao garantir na legislação que esse recurso valesse apenas para os novos serviços.

Conforme apontam alguns autores referidos na revisão bibliográfica, os Conselhos de Saúde ainda estão distantes de uma atuação plena de suas funções, e alguns dos principais entraves a sua atuação puderam ser identificados nas entrevistas e captados nas atas das reuniões do CES.

Com relação à capacidade de argumentação e influência dos conselheiros pode-se perceber que nesse nível de atuação (Conselho Estadual), conforme sugerido por essa pesquisadora anteriormente, o preparo dos conselheiros mostrou-se maior que nos níveis locais e distritais. Constatou-se que a aprendizagem relacionada à participação em órgãos

colegiados e em movimentos sociais é tão importante quanto a formação técnica. A representação do CES na Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão - CACG - é demonstrativa disso. Composta, entre outros, por dois representantes do CES, a CACG teve uma atuação bastante incisiva e persistente, elaborando relatórios bem fundamentados e baseados em evidências. Um dos representantes dessa Comissão cursou apenas o primeiro grau, mas tem uma trajetória de participação em partidos políticos e movimentos populares de saúde que lhe rendeu experiência e autoridade para atuar no CES, angariando respeitabilidade junto a seus pares. A autoridade alcançada por esse conselheiro corrobora as afirmações de BRYAN (2001) e de GOHN (1999) sobre o ensino não-formal e da aprendizagem através da participação nos espaços públicos de discussão.

Os Conselhos de Saúde, além de contribuírem na educação não-formal do indivíduo para a cidadania são um instrumento de exercício do controle social de fundamental importância na atualidade. Têm o papel de co-gestão no Sistema de Saúde e, conforme destacado no Capítulo 3 deste estudo, nas instâncias onde funcionam de maneira satisfatória têm conseguido níveis bastante elevados de acompanhamento das ações dos gestores públicos.

As análises indicam que as parcerias com o terceiro setor trazem um novo desafio a esses colegiados, pois são ainda pouco desenvolvidos os mecanismos de controle sobre as ações desse setor no Brasil, principalmente devido a dois fatores: a resistência do setor em prestar contas à sociedade (COSTA; SALOMON, 2003, GASAPARI, 2002 e 2003), e o viés neoliberal de incluir a participação do usuário na condição de consumidor de serviços e não de cidadão.

Concordando com os autores, este estudo concluiu tratar-se de entidades, sejam elas OS(s) ou Fundações de Universidades, com pouca prática de transparência nos processos de prestação de contas. Os relatórios enviados à Comissão e a devolutiva posterior para apreciação dos mesmos nos levam a inferir que os instrumentos precisam ser melhorados para possibilitar uma análise comparativa das atividades de cada Hospital. Isto resultaria em maior facilidade no controle por parte da sociedade e, especialmente, por parte dos conselhos de saúde. É possível afirmar também, com base nos relatos, que a prestação de contas dos Hospitais terceirizados carece de indicadores mais sensíveis à avaliação da sociedade.

A nossa impressão é a de que, além da prestação de contas, a postura dessas entidades em não responder aos questionários mostra que não bastará melhorar a contabilidade ou os indicadores de produção, será necessário, antes, promover mudanças na postura dessas entidades em relação à sociedade civil, adotando uma disposição para a *accountability*, que incluiria a responsabilidade social no sentido estrito.

Nesse sentido, reafirmamos a segunda hipótese anunciada de que, nos moldes como foi aprovada e está sendo implementada a publicização e a contratação de atividades de saúde, o controle social fica aquém do ideal pretendido pela Reforma Sanitária e inscrito na Lei Orgânica 8142/90. Ademais, delegar apenas aos Conselhos Gestores a responsabilidade do controle social no âmbito da esfera pública é atribuir a esses órgãos um papel que está além do que podem desempenhar. Outros instrumentos existentes na sociedade, como o Ministério Público e o próprio Legislativo, precisam, também, ser acionados nesse sentido.

Para concluir, gostaríamos de destacar o fato de que o SUS como política foi proposto na contramão da história (CAMPOS; MAIEROVITCH, 2000). A expressão popularmente utilizada para indicar esse fato é que ele rema contra a maré, pois foi instituído num momento histórico em que as políticas neoliberais já estavam sendo adotadas na região e já se anunciavam entre nós.

Os princípios do SUS contrariam as políticas neoliberais de focalização dos investimentos sociais, pois seus princípios são a universalidade do acesso, a integralidade na assistência e a descentralização do comando. É um modelo que vem dando certo (CNS, 2002b) e tem conseguido visibilidade internacional em programas específicos como o da AIDS (MARQUES, 2003).

Entretanto, é um sistema que não está totalmente implantado e que precisa ser construído diariamente para se tornar tudo aquilo que pretende ser.

Nas análises não foi possível identificar elementos na política de parcerias que confrontassem as proposições do SUS em relação à universalização do acesso, já que em São Paulo as entidades parceiras devem atender exclusivamente os usuários do SUS nos hospitais terceirizados, não podendo vender excedentes de atividades ou leitos. Contudo, é necessário destacar que isto não significa que esse modelo não traga riscos ao Sistema pois, como destacado anteriormente, a progressiva terceirização pode levar a uma completa

privatização do público devido à falha na regulação do modelo. Ressalvas devem ser feitas ao controle social, já devidamente apontadas na análise e conclusão deste estudo.

A privatização referida extrapola a utilização de recursos materiais (temporária nas parcerias), estando mais relacionada ao poder de pressão do conjunto de entidades que constituem a esfera pública.

O sentido dessa privatização não é aquele da venda de bens públicos para a iniciativa privada, o que caracterizaria a privatização em sua forma clássica. Na modalidade de gestão terceirizada, essa estaria mais relacionada aos aspectos não materiais da relação e constituiria uma forma mais refinada de privatização, que pode vir a ocorrer caso não se consiga um grau efetivo de regulação sobre as ações desenvolvidas no âmbito da esfera pública.

Como parte das conclusões deste estudo, sugerimos que, nas parcerias do Estado com o terceiro setor, uma das maneiras de se evitar a completa privatização do público seria adotar limites e critérios claros para a definição de quais serviços podem ser publicizados, aperfeiçoando os mecanismos de controle social, principalmente aqueles exercidos pelos conselhos paritários em que os usuários têm igual número de votos que os demais participantes.

O modelo de gestão, instituído formalmente com as parcerias, pode-se tornar uma alternativa viável para a continuidade do SUS se o controle do Estado e o da sociedade civil sobre elas forem aperfeiçoados, mantendo o que está dando certo: a pactuação de metas em bases epidemiológicas, o pagamento em dia pelo Estado, a qualidade da assistência prestada e a satisfação dos usuários.

ABSTRACT

The third sector's politics of organizations hiring for the execution of health services is part of the State's reform that was instituted at the end of the 90's by the Brazilian government and is analyzed in this study under the new formulations of the civil society's concept. The outsourced management model is not an isolated policy, but follows a neoliberal trend **adopted in the central countries since the 70's as an expenses retention strategy and resource focus on social areas.** The analysis' approach was the reflection on the retrocession risk that this model of management can cause to the implementation of the SUS in case the transparency in the processes of the OS(s)' hiring and the regulation on civil society's part is not guaranteed. This research's general objective was to analyze the perspectives of social control over the action of the State and its partners, when it practices the politics of Social Organizations' hiring to execute health services, an activity that until then was considered a State's exclusivity. It was opted to the accomplishment of an exploratory research of qualitative nature on the partnerships carried through between the period of 1998 and 2002, in the State of São Paulo, in order to identify the Health Councils' participation mechanisms in the process of qualification and hiring of the OS(s). The field research occurred during the months of July of 2002 until August of 2003, and the used instruments were: interviews and a questionnaire sent to fourteen outsourced public hospitals in the period. The main conclusion of the inquiry is that the partnerships with entities of the third sector for the production of health services extend the public sphere, but, this expansion is not given in the perspective of civil society's new conception because the incorporation of these entities, usually, is not given through the democratic dispute in the public spaces of debate. Due to the trend of the common wealth privatization, there is a necessity to intensify the social control, basically the one carried through by the Health Councils. The social control in the partnerships proved itself budding and directed to the fiscalization of the given services, because the OS(s)'s process of qualification and the definition of the State's partner entities are centered in the Executive Power. The CES's participation in the definition of health politics in this inquiry is considered as a positive element and a register of advance in this agency's performance.

Keywords: Public Policy; Social Organizations; Social Control; Third Sector; State's Reform.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Alexandre B. A Descentralização para o terceiro setor. Novos modelos institucionais: OS e OSCIP. *Anais do Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília: Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 07 e 08 de agosto de 2002.

ALMEIDA, Célia. Novos modelos de atenção à saúde. In: COSTA, Nilson do Rosário & RIBEIRO, José Mendes (Orgs.). *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Secretaria do desenvolvimento Educacional/ENESP, 1996. p.69-98.

ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge; CAPUCCI, Paulo Fernando. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2001. *Estudos Avançados*. Instituto de Estudos Avançados da USP. São Paulo, no.48, p.209-28.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILLI, Pablo; SADER, Emir (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p.09-23.

ANDRADE, Luiz O.M. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec – Sobral: Uva, 2001.

ARATO, Andrew. Representação, soberania popular e *accountability*. *Lua Nova Revista de Cultura e Política*, São Paulo: CEDEC. No.55 -56, 1992. p.83-103.

ARENDT, H. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia de Letras, 1990.

ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan – São Paulo: FAPESP, 2000.

AVRITZER, Leonardo. O Orçamento participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. Entre o diálogo e a reflexividade: a modernidade tardia e a mídia. In: AVRITZER & DOMINGUES (Orgs.). *Teoria social e a modernidade no Brasil*. Belo Horizonte: Ed.UFMG, 2000. p.61-83.

_____. Notas introdutórias do organizador. In: AVRITZER, Leonardo (coord.) *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rey, 1994a. p.11-19.

_____. Sociedade civil: além da dicotomia Estado-mercado. In: AVRITZER, Leonardo (coord.) *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rey, 1994b. p.23-40.

_____. Modelos de sociedade civil: uma análise da especificidade do caso brasileiro. In: AVRITZER, Leonardo (coord.) *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del, 1994c. p.269-308.

BALBI, Sandra. Consumidor paga “risco Brasil” das elétricas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 17 de fevereiro de 2003. p.B-1.

BAQUERO, Marcelo. Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo: Fundação SEADE. V.15(4), Out./Dez, 2001.p.98-104.

BOBBIO, Norberto. *O Conceito de sociedade civil*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G.. *Dicionário de política*. 5.ed. Trad. Carmem C. Varriale et al. Brasília: Editora UnB, 1993. Vol.1.

BOLETIM INFORMATIVO OSS. Ano 1, No. 1, Novembro de 2002. São Paulo: Coordenadoria de Contratação de Serviços da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

BORON, Atilio A. Os “novos Leviatãs” e a *polis* democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, Emir; GENTILLI, Pablo (orgs.). *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.p.07-66.

GRAGA, J.C.S. & PAULA,, S.C. *Saúde e Previdência Social: estudos de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil (1988). 31.ed. atualizada até a EC n.39, de 19/12/2002. São Paulo: Saraiva, 2003. (Coleção Saraiva de Legislação).

_____. Condição de gestão dos municípios do estado de São Paulo. Brasília, D.F.: Comissão Intergestores Bipartite e Coordenadoria de Planejamento de Saúde, 2001b.

BRASIL. Lei no. 9.790, de 23 de Março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 de março de 1999.

BRASIL. Lei no.9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquete Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de maio de 1998.

BRASIL, Ministério da Administração e Reforma do Estado. Organizações sociais.5.ed. Brasília: MARE, 1998. (Cadernos MARE no.2).

_____. Lei Orgânica da Saúde no.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para funcionamento, promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Lei Orgânica da Saúde 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 intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. Norma Operacional Básica – SUS 01/91 - Portaria no.15 a 29, de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre as instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada em conformidade com as Leis no. 8.074/90 e 8.080/90. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991.

_____. Norma Operacional Básica – SUS 01/92 – Portaria no.234, de 07 de fevereiro de 1992. Dispõe sobre a normatização da assistência à saúde no SUS, estimula a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema e dá forma concreta aos instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1992.

_____. Norma Operacional Básica – SUS 01/93, de 21 de janeiro de 1993. Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1993.

_____. Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/96, de 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1996.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Condição de gestão dos municípios paulistas. Brasília: Coordenadoria de Planejamento de Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde-Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios. Brasília: MS/CNS, 2002a (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL, Ministério da Saúde-Conselho nacional de Saúde. A Prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília: MS/CNS, 2002b (Série Histórica do CNS no. 1).

BRASIL, Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995.

BRESSER PEREIRA, L.C. & CUNILL GRAU, Nuria. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: BRESSER PEREIRA, L.C. & CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.). *O Público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 14-50.

_____. Prólogo. In: BRESSER PEREIRA, L.C. & CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.). *O Público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 07-12.

_____. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: ENAP/Editora 34, 1998.

_____. Da Administração burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*. Brasília, jan./abr. de 1996. Ano 47, vol.120(1).

BRYAN, Newton A. Novas tecnologias e formação para o trabalho. *Seminário de Educação e Sociedade*, 8. Campinas: Grupo de Escolas, 01 de setembro de 2001.

CADERNOS FÓRUM. O Terceiro setor e os desafios do Estado de São Paulo para o século XXI, São Paulo: Fundação SEADE, dez. de 1999.

CAMPOS, Florianita C.B.; MAIEROVITCH, Cláudio. *Contra a maré à beira-mar: a experiência de Santos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2.ed. Porto, Portugal: Afrontamento, 1993.

CARDOSO, Ruth Correia L. A Descentralização para o terceiro setor: novos modelos institucionais. *Anais do Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília: Secretaria da Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e da Gestão Federal, 07 e 08 de agosto de 2002.

_____. A Trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, Evelina (Org.) *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.81-90.

_____. Formas de participação popular no Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação SEADE, no.1, set./dez., 1985 p.46-50.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. *O Setor não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*, 2002. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2002.

CARVALHO, A.I. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 1998, vol.3(1)

CARVALHO, A.I. (1997) Conselhos de saúde, responsabilidade política e cidadania. In: IBAM, IPEA, Comunidade Solidária (Orgs.). *Conselhos municipais e políticas sociais*. Rio de Janeiro: IBAM, IPEA, Comunidade Solidária.

_____. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (leis n.8.080/90 e 8.142/90)*. 3.ed. rev.e atual. Campinas: editora Unicamp, 2002.

CASTELLS, Manuel. *O Poder da identidade*. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CEPAL. *Panorama social de América Latina*. Santiago, 1994.

COHEN, Jean; ARATO, Andrew. Sociedade civil e teoria política. In: AVRITZER, Leonardo (Coord.) *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del, 1994. p.147-182.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. *Avaliação de projetos sociais*. 3.ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1993.

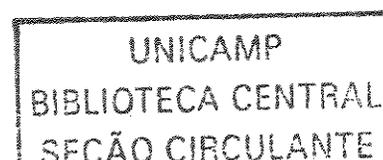
COHN, Amélia. Os Governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES & CACCIA-BAVA (Orgs.) *Os Desafios da gestão municipal democrática*. 2.ed. São Paulo; Cortez, 2002. p.143-192.

_____. As organizações sociais e o Estado na saúde. In: APSP (Org.). *Organizações sociais: público e privado na saúde*. São Paulo: APSP, 1999. p.03-09.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E.(Coords.) *O Público e o privado na saúde: O PAS em São Paulo*: Cortez/CEDEC, 1999.

_____. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, Amélia. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1981.



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Planilha de dados sobre Conselhos Estaduais de Saúde. Brasília, 2002a. 3p.(Mimeo).

_____. Contribuição do CNS na transição de governo e na discussão do orçamento MS-2003 no Congresso Nacional.Documento aprovado em Reunião Ordinária de 06 de novembro, Brasília, 2002b.

_____. Boletim Informativo no.2. Brasília: CNS, 2002c.

_____. A Posição do CNS a respeito da proposta de criação das Organizações Sociais. Parecer aprovado na Plenária de 07 e 08 de maio, Brasília, 1997.

COSTA, Sérgio. Categoria política ou *passé partou* político normativo. Notas bibliográficas sobre o conceito de sociedade civil. *BIB – Boletim Bibliográfico Brasileiro*, Rio de Janeiro, ANPOCS, 1997, No.43, 1º. sem., p.3-25.

CORDEIRO, Hésio. *A Indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, Raymundo; SALOMON, Marta. Governo banca ONG(s), mas não fiscaliza os seus gastos. *Folha de São Paulo*, 20 de Outubro de 2003. Caderno Brasil, p.A4.

COUTO, Cláudio G. O avesso do avesso: conjuntura e estrutura na recente agenda política brasileira. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo: Fundação SEADE, vol.15(4), p.32-44, out./dez. de 2001.

DANIEL, C. *Gestão Local e participação na comunidade*. Pólis, n.14, p.21-44, 1994.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DIAS, Reinaldo. *Quarteirização*. Campinas, S.P.: Alínea, 1998. (Tópicos Atuais em Administração).

DINIZ, Eli. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. *São Paulo em Perspectiva* São Paulo: Fundação SEADE, vol.15(4), p.13-22, out./dez. de 2001.

DRAIBE, Sônia M. *A Nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas sociais: os conselhos nacionais de políticas setoriais*. Campinas, NEPP/Unicamp, 1998. (Cadernos de Pesquisa No. 35).

_____. *As Políticas sociais e o neoliberalismo*. Campinas: Linhasgerais, 1995. (Cadernos de Formação no.1).

_____. As Políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: IPEA/IPAN (Org.) *Prioridades e perspectivas de políticas sociais para a década de 90*. Brasília: IPEA/IPAN, 1990. p.01-66.

_____. Há Tendências e tendências: com que Estado de Bem Estar Social haveremos de conviver neste fim de século? Campinas: NEPP/Unicamp, 1989. (Cadernos de Pesquisa No. 10)

DRUCKER, P. *Administração de organizações sem fins lucrativos*. São Paulo: Pioneira-Fundação Vanzolini, 1994.

DULANY, Peggy. Tendências emergentes em parcerias intersetoriais: processos e mecanismos para a colaboração. In: IOSCHPE, Evelin Berg. (Org.) *3º. Setor, desenvolvimento social sustentado*. São Paulo: Paz e Terra, 1997. p.63-71.

DUPAS, Gilberto. *Tensões contemporâneas entre o público e o privado*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

DURÁN, Victor Manuel. La reforma Neoliberal de la Administración pública. Palestra apresentada na CONFERENCIA LATINOAMERICANA DE TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, 7., 2001, Valle do Bravo, México: Universidad de los Trabajadores de América Latina “Emilio Máspero”.

ÉBOLI, Carla. Balanço social pode atrair novos negócios. *Gazeta Mercantil*, 22 de maio de 2002. Relatório Terceiro Setor. p.1-6.

EIBENSCHUTZ, Catalina. Atención a la salud y poder ciudadano: elementos clave em la articulación público/privada. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.255-66.

_____. El nuevo Estado mexicano y el Sistema Nacional de Salud: limitaciones para su consolidación. *Saúde em Debate*, n.32, p.33-38, jun. de 1991.

ESCORELL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESPING-ANDERSEN, C.. As Três economias políticas do *Welfare State*. *Lua Nova Revista de Cultura e Política*, São Paulo: CEDEC, 1991, n.24. p.85-116.

ESTEVÃO, Ana M.R. *Poder local nos conselhos de Oeiras e Alcácer do Sal*. Relatório de Pesquisa apresentado em seminário do GEMDEC. Campinas: Unicamp, 1993.

FAUSTO, Boris. Pacifismo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 24 de Março de 2003, p.A-2.

FELISBINO, Janete E.; NUNES, Elisete P. *Saúde da família: planejando e programando a saúde nos municípios*. Tubarão: Unisul, 2001.

FERNANDES, Rubens César. O Que é terceiro setor? In: IOSCHPE, Evelin Berg (Org.) *3o. Setor, desenvolvimento social sustentado*. São Paulo: Paz e Terra, 1997. p.25-33.

- FIORI, J.L. Poder e credibilidade: o paradoxo político da reforma liberal. *Lua Nova Revista de Cultura e Política*, São Paulo: CEDEC, no.25, 1992.p.185—96.
- FLEURY, Sonia. A Questão da democracia na saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.) *Saúde & Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.25-44.
- _____. Paradigmas da reforma da seguridade social: liberal produtivista *versus* universal publicista. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.69-91.
- _____. Em defesa da seguridade social. *Saúde em Debate*, CEBES, n. 26, p. 33-36, 1980.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Economista lança livro e faz palestra no Rio, São Paulo, 14 de setembro de 2002. p.B-4.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Crise de energia: como o Brasil saltou no escuro, São Paulo, 20 de maio de 2001, p.A1-12. (Caderno Especial)
- FRANCO, Gustavo. OSCIP: o primeiro passo de uma reforma social do marco legal do terceiro setor. *Anais do Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília: Secretaria da Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e da Gestão Federal, 07 e 08 de agosto de 2002.
- FRIEDMAN, Milton. *Capitalismo e liberdade*. São Paulo: Arte Nova, 1997.
- GASPARI, Elio. Uma tanga para os clientes dos planos de saúde. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 09 de Fevereiro de 2003. p.A-12.
- _____. A Privataria quer mais dinheiro. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 20 de agosto de 2000. p.A-15.
- GENRO, TARSO. Concertação e conselhos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 de Fevereiro de 2003. p.A3. (Tendências e Debates).
- GERSCGMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GOHN, Maria da Glória. De Seattle a Gênova: uma radiografia dos movimentos antiglobalização. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 27 de Janeiro de 2002, Caderno Mais, p.14-15.
- _____. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção Questões de Nossa Época, 84).

_____. Os Conselhos de educação e a reforma do Estado. In: CARVALHO, M.C.A.A.; TEIXEIRA, ANA C. (Orgs.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Polis, 2000. p.35-40.

_____. *Mídia, terceiro setor e MST: o impacto sobre o futuro das cidades e do campo*. Petrópolis: Vozes, 2000a.

_____. *Educação não-formal e cultura política*. São Paulo: Cortez, 1999. (Questões da Nossa Época, 71).

_____. *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997.

_____. *História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros*. São Paulo: Loyola, 1995.

_____. *Movimentos sociais e luta pela moradia*. São Paulo: Loyola, 1991.

GUEDES, José da Silva. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Revista Estudos Avançados*. Instituto de Estudos Avançados da USP. vol.17 (48), mai./agos., 2003.

HOUAISS, DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Instituto Antônio Houaiss, 2001.

HAYEK, Friedrich. *O Caminho da servidão*.

IANNI, Octávio. *Teorias da globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

IBANÊZ, Nelson et al. Organizações sociais de saúde: o modelo de gestão do estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Revista da Abrasco, 2001. vol.6(2), p.391-404.

JACOBI, Pedro. *Políticas sociais e ampliação da cidadania*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

JORNAL DA UNICAMP. Hospital de Sumaré é um dos dez melhores do país. Edição de 17-23 de Junho de 2002.

KINZO, Maria D'Alva. A Democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo: Fundação SEADE, vol.15 (4), p.03-12. Out./Dez. de 2001.

KOWARICK, Lúcio. (Org.) *São Paulo passado e presente: as lutas sociais e a cidade*. 2.ed. São Paulo: Cedec/Paz e Terra, 1994.

LAURELL, Asa Cristina. La Logica de la privatizacion en salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

- LECHNER, N.. Estado, mercado e desenvolvimento na América Latina. *Lua Nova*, São Paulo: Cedec, n.28-29, 1993.
- LEITE NETO, Alcino. Modelo europeu inspirou instituição. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14 de Fevereiro de 2003. p. A-6.
- LUZ, M.T. *AS Instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MACPHERSON, C.B. *A democracia liberal: origens e evolução*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MARQUES, Maria Cristina da C. *A História de uma epidemia moderna: a emergência da política da AIDS/HIV no Brasil*. São Carlos: RiMa – Maringá: EDUEM, 2003.
- MENDES, Eugenio Vilaça et al. Distrito sanitário: conceitos-chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec- Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- MINAYO, M.C. de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. de Souza (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19.ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1994. p.9-30.
- MENDONÇA, Ricardo. O Paradoxo da miséria. *Revista Veja*, 23 de janeiro de 2002. p.82-93.
- MERHY, Emerson E. Organizações sociais para que? In: APSP (Org.). *Organizações sociais: o público e o privado na saúde*. São Paulo: APSP, 1999. p.19-40.
- MOREIRA, M.T.V. Instâncias deliberativas dos sistemas descentralizados e participativos das políticas públicas de cunho social: contorno jurídico dos conselhos. *Informativo Cepam*, São Paulo, 1999. p.65-69.
- NASSIF, Luiz . Curto-circuito na AES. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 de Fevereiro de 2003. p. B-3.
- NAVARRO, Juan Carlos. As ONGs e a prestação de serviços sociais na América Latina: o aprendizado começou. In: BRESSER PEREIRA, L.C. & GRAU, Nuria Cunill (Orgs.). *O Público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.p.87-106.
- OCAMPO, José Antonio. Cincuenta años de la CEPAL: reflexões sobre América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL*, Santiago de Chile, 1998. p.11-16. (número extraordinario comemorativo de cincuenta anos da CEPAL)
- OLIVEIRA, Francisco. À Sombra do Manifesto Comunista: globalização e reforma do Estado na América Latina. In: SADER; GENTILLI (Org.) *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p.68-78.

ONOCKO, Rosana. *O Planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. 2001. Tese . Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, Campinas, 2001.

PAIM, Jainilson. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5.ed.Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.473-88.

PANFICHI, Aldo; CHIRINOS, Paula V.M. Sociedade civil e governabilidade democrática nos Andes e no Cone Sul: uma visão panorâmica na entrada do século XXI. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p.303-330.

PATEMAN, Carole. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

POTYARA PEREIRA, A.P.. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PINHEIRO, Paulo Sérgio. Apresentação. In: AVRITZER, Leonardo (coord.) *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del, 1994. p.5-9.

PINHEIRO, Roseni. Políticas de saúde e sociedade nos anos 90: o caso brasileiro. *Revista eletrônica da ALASS*, Asociación Latina de Análisis de los Sistema de Salud. Disponível em: <www.alass.org/es/actas/67-br.doc>. Acesso em: 10 de julho de 2002.

PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

POLANCO, Jorge Díaz. Elementos para la construccion de uma estratégia frente al proceso de privatizacion de los serviços de salud em Venezuela. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.p.155-75.

POSSAS, Cristina de A.. A Articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.49-68.

PUGIN, Simone R.; NASCIMENTO, Vânia B. do. *Principais marcos e mudanças institucionais no setor saúde (1974-1998)*. São Paulo: APSP, 1999. (Série Didática, no.1).

PUTNAM, Robert. *Making democracy work*. Princeton: Princeton university Press, 1993.

RIBEIRO, Luiz César de Q.; SANTOS JUNIOR, Orlando A. dos . *Associativismo e participação popular: tendências da organização popular no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: FASE/IPPUR-UFRJ, 1996.

RICUPERO, Rubens. Saúde é um novo filão para grandes negócios. *Gazeta Mercantil*, 17/07/97, p.A13.

ROLLI, Cláudia. Desemprego em SP atinge a pior taxa num mês de janeiro. *Fplha de São Paulo*, São Paulo, 26 de fevereiro, 2003. p.B-3.

ROSSI, Clóvis. A Roda e os esquiadores. *Folha de São Paulo*, 26 de dezembro de 2002. p.A-2.

SADER, Emir. Estado e democracia: os dilemas do socialismo na virada do século. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir (Orgs.) *Pós-neoliberalismo II. Que Estado para que democracia?* Petrópolis: Vozes, 2001. p.120-30.

SALGADO, Eduardo. O Consenso de Washington falhou. Entrevista com John Williamson. *Revista Veja*. Ano 35 (44), 06 de janeiro de 2002. (páginas amarelas)

SALOMON, Lester. Estratégias para o fortalecimento do terceiro setor. In: IOSCHPE, Evelin Berg (Org.) *3º. Setor, desenvolvimento social sustentado*. São Paulo: Paz e Terra, 1997. p.89-111.

SANTOS, Boaventura de S. Para a reinvenção solidária e participativa do Estado. In: BRESSER PEREIRA; WILHEIM; SOLA (Orgs.) *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: ed. UNESP – Brasília: ENAP, 1999. p.243-272.

SANTOS, Chico. Administração da AES é “temerária” afirma BNDS. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 15 de fevereiro de 2003. p.B-3.

SANTOS, Nelson et al.. A Prática do controle social através dos conselhos de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, CEBES, Rio de Janeiro, 2000. n.22, Dez.

SANTOS, Nelson R. Implantação e funcionamento dos conselhos de saúde no Brasil. In: CARVALHO, M.C.A.A.; TEIXEIRA, ANA C. (Orgs.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Polis, 2000. p.15-21.

SANTOS, Reginaldo Souza (Org.). Prefácio. *Políticas Sociais e transição democrática: análises comparativas de Brasil, Espanha e Portugal*. São Paulo-Salvador: Mandacaru-CETEAD, 2001. p.07-15.

SANTOS JUNIOR, Orlando A. dos. *Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal do Brasil*. Rio de Janeiro: Revan-Fase, 2001.

SARTORI, Giovanni. *A teoria democrática revisada*. São Paulo: Ática, 1994. v.2

SÃO PAULO. Lei Complementar no.846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais na área da saúde e da cultura e dá outras providências. Diário Oficial do estado de São Paulo, 05 de Junho de 1998.

_____. Mensagem Anual à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, Fevereiro de 1997. Diário Oficial do Estado, 08 de Fevereiro de 1997.

_____. Mensagem Anual à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, de 02 de Fevereiro de 1998. Diário Oficial do Estado, 10 de maio de 1998a.

SCHUMPETER, Joseph A. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1942.

SEMERARO, Giovanni. *Gramsci e a sociedade civil: cultura e educação para a democracia*. 2.ed. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Petrópolis: Vozes, 2001.

SINGER, Paul. Desafios com que se defrontam as grandes cidades brasileiras. In: SOARES, José Arlindo & CACCIA-BAVA, Silvio (Orgs.). *Os Desafios da gestão municipal democrática*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.97-142.

SOARES, José Arlindo; GONDIN, Linda. Novos modelos de gestão: lições que vêm do poder local. In: SOARES, José Arlindo & CACCIA-BAVA, Silvio (Orgs.). *Os Desafios da gestão municipal democrática*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.61-69.

SODRÉ, Nelson Werneck. *A Farsa do neoliberalismo*. 6.ed. Rio de Janeiro: Graphia, 1999. (Textos para reflexão 2).

RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Sistematização: os conselhos de gestão no contexto internacional. In: CARVALHO, M.C.A.A.; TEIXEIRA, ANA C. (Orgs.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Polis, 2000. p.41- 46.

RIVERA, F. Javier Uribe. (Org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989 (Pensamento Social em Saúde; V.2)

TABAGIBA, Luciana. Conselhos gestores e a democratização no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p.47-104.

TAMEZ,S.G; EIBENSCHUTZ, C.; BODEK, C.. Lo Público y lo privado, las aseguradoras y la atención médica en México. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.139-54.

TANAKA, Y. MELO, C. *Inovação e gestão: organização social e o setor saúde*. São Paulo: Annablume, 2002.

TACHIZAWA, Takeshy. *Organizações não governamentais e terceiro setor: criação de ONGs e estratégias de atuação*. São Paulo: Atlas, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo. *O Local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. 3.ed. São Paulo: Cortez – Recife: EQUIP – Salvador: UFBA, 2002.

TESTA, Mário. Mário Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: RIVERA & JAVIER (Orgs.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. (Pensamento Social em Saúde, v.2). p.57-93.

THERBORN, Göran. As teorias do Estado e seus desafios no fim do século. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir (Orgs.) *Pós-neoliberalismo II. Que Estado para que democracia?* Petrópolis: Vozes, 2001. p.79-89.

THOMPSON, Andrés. Lãs organizaciones no gubernamentales y sin fines de lucro: um fenômeno mundial. In: THOMPSON, Andrés (Comp.) *Publico y privado: lãs organizaciones sin fines de lucro em la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF/Losada, 1995. p.9-17.

_____. Do Compromisso à eficiência? Os caminhos do Terceiro Setor na América Latina. In: IOSCHPE, Evelin Berg. (Org.) *3º. Setor, desenvolvimento social sustentado*. São Paulo: Paz e Terra, 1997. p.41-48.

TRALDI, Maria Cristina. *A Relação universidade e setor produtivo: um estudo de caso do Centro de Engenharia Biomédica da Unicamp*. Campinas, SP: Faculdade de Educação, 1997. (Dissertação de Mestrado)

VAZ, José Carlos. As Organizações sociais no contexto da reforma do Estado. IN: APSP (Org.) *Organizações sociais: público e privado na saúde*. São Paulo: APSP, 1999. p.10-18.

VIDAL, Isabel; PERRY 6 (Ed.) *Delivering Welfare: repositioning non-profit and co-operative action in western European welfare states*. Barcelona: Centre d'Iniciatives de l'Economia Social – CIES, 1994.

VOLPI, Mario. A Democratização da gestão das políticas públicas para a infância e adolescência. In: CARVALHO, M.C.A.A.; TEIXEIRA, ANA C. (Orgs.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Polis, 2000. p.27-34.

WAUTIER, Anne Marie. *A Construção identitária e o trabalho nas organizações associativas*. Trad. Sérgio Miola. Ijuí, Rio Grande do Sul: UNIJUÍ, 2001. (Coleção Ciências Sociais).

WILLIAMSON, John. *Latin American Adjustment*. Institute of International Economics, Washington, DC, 1990.

YERO, L. *Privatización en el setor salud en Venezuela*. Venezuela: Centro de Estudios de Desarrollo – CENDES-OPS, 1991.

ANEXOS

ANEXO I

Lei Complementar no.846 de 04 de Junho de 1998



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO - I

OBJETO: Lei Complementar nº 846, de 04/ de Junho de 1998.
D. O .E. de 05 de Junho de 1998
fls. 01 e 02.

LEI COMPLEMENTAR Nº 846, DE 4 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:
Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

CAPITULO I

Das Organizações Sociais

Seção I

Da Qualificação

Artigo 1º - O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura, atendidos os requisitos previstos nesta lei complementar.

Parágrafo único - As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle externo da Assembléia Legislativa, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.

Artigo 2º - São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controle básicos previstos nesta lei complementar;

d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;

e) composição e atribuições da Diretoria da entidade;

f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;

g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Estado, na proporção dos recursos e bens por este alocados;

II - ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Secretário de Estado da área correspondente e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público.

Parágrafo único - Somente serão qualificadas como organização social, as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência à saúde, há mais de 5 (cinco) anos.

Seção II

Do Conselho de Administração

Artigo 3º - O Conselho de Administração deve estar estruturado nos termos do respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I - ser composto por:

a) até 55 % (cinquenta e cinco por cento) no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;

II - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho que não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau do Governador, Vice-Governador e Secretários de Estado, terão mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

III - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

IV - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;

V - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo;

VI - os conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem; e

VII - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem às correspondentes funções executivas.

Artigo 4º - Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser incluídas entre as atribuições privativas do Conselho de Administração:

I - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

II - aprovar a proposta de orçamento, da entidade e o programa de investimentos;

III - designar e dispensar os membros da Diretoria;

IV - fixar a remuneração dos membros da Diretoria;

V - aprovar os estatutos, bem como suas alterações, e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;

VI - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;

VII - aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

VIII - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria; e

IX - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

Artigo 5º - Aos conselheiros, administradores e dirigentes das organizações sociais da saúde é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.

Seção III

Do Contrato de Gestão

Artigo 6º - Para os efeitos desta lei complementar, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde ou da cultura.

§ 1º - É dispensável a licitação para a celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo.

§ 2º - A organização social da saúde deverá observar os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

§ 3º - A celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo, com dispensa da realização de licitação, será precedida de publicação da minuta do contrato de gestão e de convocação pública das organizações sociais, através do Diário Oficial do Estado, para que todas as interessadas em celebrá-lo possam se apresentar.

§ 4º - O Poder Público dará publicidade:

I - da decisão de firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas; e

II - das entidades que manifestarem interesse na celebração de cada contrato de gestão.

§ 5º - É vedada a celebração do contrato previsto neste artigo para a destinação, total ou parcial, de bens públicos de qualquer natureza, que estejam ou estiveram, ao tempo da publicação desta lei, vinculados à prestação de serviços de assistência à saúde.

Artigo 7º - O contrato de gestão celebrado pelo Estado, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde ou da Cultura conforme sua natureza e objeto, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na íntegra no Diário Oficial.

Parágrafo único - O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação do Conselho de Administração, ao Secretário de Estado da área competente.

Artigo 8º - Na elaboração do contrato de gestão devem ser observados os princípios inscritos no artigo 37 da Constituição Federal e no artigo 111 da Constituição Estadual e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções;

III - atendimento à disposição do § 2º do artigo 6º desta lei complementar; e

IV - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das organizações sociais da saúde.

Parágrafo único - O Secretário de Estado competente deverá definir as demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão de que for signatário.

Seção IV

Da Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão

Artigo 9º - A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo Secretário de Estado da Saúde ou pela Secretaria de Estado da Cultura, nas áreas correspondentes.

§ 1º - O contrato de gestão deve prever a possibilidade de o Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

§ 2º - Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, por comissão de avaliação indicada pelo Secretário de Estado competente, composta por profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado àquela autoridade e aos órgãos de controle interno e externo do Estado.

§ 3º - A comissão de avaliação da execução do contrato de gestão das organizações sociais da saúde, da qual trata o parágrafo anterior, compor-se-á, dentre outros membros, por 2 (dois) integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde, reservando-se, também, 2 (duas) vagas para membros integrantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e deverá encaminhar, trimestralmente, relatório de suas atividades à Assembléia Legislativa.

Artigo 10 - Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

Artigo 11 - Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical é parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Assembleia Legislativa.

Artigo 12 - O balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Seção V

Do Fomento às Atividades Sociais

Artigo 13 - As entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública para todos os efeitos legais.

Artigo 14 - As organizações sociais serão destinados recursos orçamentários e, eventualmente, bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º - Ficam assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º - Poderá ser adicionado aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão, parcela de recursos para fins do disposto no artigo 16 desta lei complementar, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º - Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

§ 4º - Os bens públicos de que trata este artigo não poderão recair em estabelecimentos de saúde do Estado, em funcionamento.

Artigo 15 - Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio do Estado.

Parágrafo único - A permuta de que trata o "caput" deste artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Artigo 16 - Fica facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º - Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor afastado qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º - Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

Artigo 17 - São extensíveis, no âmbito do Estado, os efeitos dos artigos 13 e 14, § 3º, para as entidades qualificadas como organizações sociais pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie as normas gerais emanadas da União sobre a matéria, os preceitos desta lei complementar, bem como os da legislação específica de âmbito estadual.

Seção VI

Da Desqualificação

Artigo 18 - O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º - A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º - A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiros entregues à utilização da organização social, sem prejuízo das sanções contratuais penais e civis aplicáveis à espécie.

CAPÍTULO II

Das Disposições Finais e Transitórias

Artigo 19 - A organização social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Artigo 20 - Os Conselheiros e Diretores das organizações sociais, não poderão exercer outra atividade remunerada com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.

Artigo 21 - Nas hipóteses de a entidade pleiteante da habilitação como organização social existir há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação desta lei complementar, fica estipulado o prazo de 2 (dois) anos para adaptação das normas do respectivo estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos de I a IV.

Artigo 22 - Fica acrescido parágrafo ao artigo 20 da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995, do seguinte teor:

§ 7º - À habilitação de entidade como organização social e à decorrente relação de parceria com o Poder Público, para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde, nos termos da legislação estadual pertinente, não se aplica o disposto no § 5º deste artigo."

Artigo 23 - Os requisitos específicos de qualificação das organizações sociais da área de cultura serão estabelecidos em decreto do Poder Executivo, a ser editado no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta lei complementar.

Artigo 24 - Esta lei complementar entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 4 de junho de 1998

MÁRIO COVAS

Yoshiaki Nakano

Secretário da Fazenda

José da Silva Guedes

Secretário da Saúde

Antonio Angarita

Respondendo pelo Expediente

da Secretaria da Cultura

Fernando Gomez Carmona

Secretário da Administração e

Modernização do Serviço Público

Fernando Leça

Secretário-Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita

Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa,
aos 4 de junho de 1998.

ANEXO II

**1ª. Convocação Pública para o estabelecimento de
parcerias com OSS em São Paulo**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO - II

OBJETO: Resolução SS-106, de 10-06-98
D. O .E. de 13 de Junho de 1998

fls. 21 e 22.

Resolução SS-106, de 10-6-98

Dispõe sobre a realização da Primeira Convocação Pública para os fins que especifica

O Secretário da Saúde, em cumprimento ao disposto na Lei Complementar 846, de 4-6-98, em especial no § 3º do artigo 6º do mencionado diploma legal, e nos termos do Parecer CJ/SS-375/98, resolve:

Artigo 1º - Realizar a Primeira Convocação Pública das entidades privadas sem fins lucrativos, já qualificadas como Organizações Sociais da Saúde nos termos da Lei Complementar nº 846, de 4-6-98, para que, na hipótese de comprovado interesse em celebrar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, manifestem, por escrito, seu intento junto ao Titular da Pasta, no prazo máximo de 7 dias úteis a contar da publicação desta resolução.

Parágrafo único - O contrato de Gestão a que se refere o "caput" deste artigo, terá por objeto discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes na operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de assistência à saúde a serem executados nos Hospitais Gerais abaixo discriminados:

1. Hospital Geral de Itaim Paulista;
2. Hospital Geral de Pirajussara;
3. Hospital Geral de Itapeçerica da Serra;
4. Hospital Geral de Pedreira.

Artigo 2º - A instrução dos processos referentes a instrumentalização de cada Contrato de Gestão observará as normas legais e regulamentares aplicáveis, inclusive com a aprovação da minuta dos Contratos pela Consultoria Jurídica da Pasta da Saúde.

Artigo 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

MINUTA

CONTRATO DE GESTÃO

Organizações Sociais na área da Saúde

Contrato que entre si celebram o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e _____ qualificada como Organização Social da Saúde para regulamentar o desempenho das ações e serviços de saúde, no Hospital Geral de _____ discriminando as atribuições, responsabilidades e obrigações da entidade e do Poder Público.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. José da Silva Guedes, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG. nº _____, CPF. nº _____, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado _____, com CGC/MF nº _____, inscrito no CREMESP sob nº _____, com endereço na cidade de São Paulo, na Rua _____, e com estatuto arquivado no _____ Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, sob nº _____, neste ato representada por _____, RG. nº _____, CPF nº _____ doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº _____, fundamentada no (1º do artigo 6º da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, combinado com o artigo 26 da Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO referente a execução de atividades relativas à área da saúde a serem desenvolvidas no Hospital Geral de _____, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes na operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde a serem executados pela CONTRATADA no Hospital Geral de _____, visando desenvolver o programa de modernização de gestão de saúde no âmbito do Estado de São Paulo.

(1º - A presente avença encontra-se regida pelas disposições da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998.

(2º - A operacionalização do objeto do presente contrato será regulamentada, supletivamente, pelas cláusulas contidas no convênio a ser celebrado com a entidade contratada, o qual deverá respeitar as especificidades do SUS.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA CLÁUSULA SEGUNDA

A CONTRATADA obriga-se a cumprir os objetivos detalhados no Plano Operacional, contido no Anexo I que faz parte integrante deste contrato, contendo as metas a serem atingidas e os respectivos prazos de suas execuções, bem como os critérios objetivos de avaliação de desempenho, estabelecendo o padrão de qualidade da prestação de serviços e da produtividade.

CLÁUSULA TERCEIRA

Em caso de desqualificação, a CONTRATADA obriga-se, a restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos.

CLÁUSULA QUARTA

A CONTRATADA obriga-se a instalar no Hospital cujo uso lhe fora permitido, ouvidoria que encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades.

CLÁUSULA QUINTA

A CONTRATADA compromete-se a bem administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, nos termos previstos nos respectivos instrumentos de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público.

CLÁUSULA SEXTA

Incumbe à CONTRATADA implantar o programa de modernização da gestão de saúde definido pela CONTRATANTE, na Organização Social da Saúde.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA SÉTIMA

O Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, obriga-se a prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do CONTRATO DE GESTÃO e a programar nos exercícios subsequentes, os recursos necessários no orçamento do Estado, nos elementos financeiros específicos para custear os seus objetivos.

CLÁUSULA OITAVA

A CONTRATANTE obriga-se a adotar todas as providências necessárias para viabilizar a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA, visando o cumprimento do Plano Operacional a que se refere a cláusula segunda deste instrumento.

(1º Para fins de cumprimento das disposições contidas no "caput" desta cláusula será permitido o uso de bens móveis e imóveis, mediante a edição de decreto.

(2º - A Secretaria de Estado da Saúde deverá, previamente à formalização do termo de Permissão de Uso, inventariar e avaliar os bens referidos na cláusula anterior.

CLÁUSULA NONA

A CONTRATANTE analisará, anualmente, as condições da CONTRATADA comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social da Saúde, para verificar se estas persistem

DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS CLÁUSULA DÉCIMA

Pela execução do objeto da presente avença, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes deste instrumento, a importância global estimada em R\$ _____ (_____ milhões de reais) para fins de cumprimento do Plano Operacional a que se refere a cláusula segunda deste contrato.

(1º. Os recursos destinados a cobrir a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO serão empenhados globalmente e repassados pela Secretaria da Fazenda à Secretaria da Saúde, mensalmente, de acordo com o cronograma de desembolso previsto nas cláusulas regulamentadoras do título "DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO"

(2º. Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ _____ (_____ milhões, _____ de reais), correspondente a este exercício financeiro, onerará para o primeiro repasse a rubrica -(obs: correspondente à rubrica do FUNDES) e para os demais a serem efetivados no primeiro exercício financeiro a rubrica "atendimento médico por terceiros, municípios e consórcios, no item 345043, e para tanto a Secretaria da Fazenda abrirá crédito suplementar no orçamento da Secretaria da Saúde, no exercício de 1998, destinado a custear a implantação das metas previstas no CONTRATO DE GESTÃO.

(3º. O valor restante correspondente a R\$ _____ (_____ milhões de reais) correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas Leis Orçamentárias dos exercícios subsequentes.

(4º - Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste CONTRATO DE GESTÃO.

DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores mensais fica estimado em de R\$ _____ (_____ milhões de reais), cujo repasse à CONTRATADA será efetivado mediante a liberação de doze parcelas mensais de R\$ _____ (_____ mil reais), acrescida do montante apurado na forma disposta na cláusula décima segunda do presente CONTRATO DE GESTÃO, na seguinte conformidade:

- a) a primeira parcela, na data da assinatura do contrato, cujo aporte será efetivado com a utilização de recursos do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES;
- b) as demais parcelas, até o 5º dia útil subsequente a cada mês vencido.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

A partir do segundo ano de vigência do presente contrato, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA recursos consignados no seu orçamento, até o 5º dia útil subsequente a cada mês vencido, equivalente aos valores mensais correspondentes a 50% (cinquenta por cento) do montante faturado pela Organização no Sistema de Autorização de Internação Hospitalar - SAIH e no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, em conformidade com o estabelecido no Convênio a que se refere o parágrafo segundo da cláusula primeira deste contrato.

(1º - Na hipótese de comprovado desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, apresentado pela Organização Social e atestado pela Secretaria de Estado da Saúde, a CONTRATANTE obriga-se a repassar à CONTRATADA outros recursos consignados no orçamento do Estado, destinados à garantir a capacitação operacional no Hospital Geral de , para fins de cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operacional previsto no Anexo I que integra este instrumento.

(2º - A comprovação a que se refere o parágrafo anterior deverá conter os demonstrativos de custos da CONTRATADA com a operacionalização do Hospital cujo uso lhe fora permitido, e o demonstrativo da receita auferida, em decorrência do avençado no convênio de que trata o parágrafo segundo da cláusula primeira deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

A Secretaria de Estado da Saúde poderá, ainda, a partir do 2º (segundo) exercício financeiro, repassar à CONTRATADA outros recursos consignados no orçamento do Estado, na rubrica específica "outros custos do Contrato de Gestão", destinados à capacitação e reorganização gerencial, ao aperfeiçoamento e à expansão da capacidade operacional da Organização, em decorrência da apresentação de demonstrativos, devidamente aprovados pela Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, que justifiquem a necessidade de complementação de verbas, visando assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA

Os recursos financeiros para a execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO pela Organização Social de Saúde poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas pela prestação de assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais ou internacionais.

DOS RECURSOS HUMANOS

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA

A CONTRATADA contratará pessoal para a execução de suas atividades, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do presente Contrato.

Parágrafo Único - O Governador do Estado de São Paulo poderá, observado o interesse público, promover o afastamento de servidores públicos classificados para terem exercício na Organização Social de Saúde.

DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

CLÁUSULA DÉCIMA-SEXTA

A Comissão de Avaliação instituída pela Lei Complementar nº 798 procederá a verificação do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social da Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado.

Parágrafo Único - A verificação do cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, de que trata o "caput" desta cláusula, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

CLÁUSULA DÉCIMA-SÉTIMA

A Comissão de Avaliação, que deverá ser composta por especialistas brasileiros e/ou estrangeiros de notória qualificação, nomeada pelo Secretário de Estado da Saúde e por 2 (dois) representantes do Conselho Estadual de Saúde e 2 (dois) representantes da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, elaborará relatório, anual, conclusivo acerca da avaliação do desempenho científico e tecnológico da CONTRATADA.

(1º - Os relatórios deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

(2º - Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise criteriosa pelo Secretário de Estado da Saúde, que norteará as correções que eventualmente se façam necessárias, para garantir a plena eficácia do instrumento.

DO PRAZO

CLÁUSULA DÉCIMA-OITAVA

O prazo de vigência do CONTRATO DE GESTÃO será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado ou ter seu prazo dilatado após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

Parágrafo Único - O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser repactuado anualmente, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde, tendo em vista o disposto no (2º da cláusula décima segunda deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA-NONA

Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA e que comprometa a execução do objeto do presente contrato, poderá ensejar a não dilação de prazo, repactuação ou renovação do presente contrato.

Parágrafo Único - Em qualquer hipótese é assegurado à CONTRATADA amplo direito de defesa, nos termos da Constituição Federal, sem que decorra direito a qualquer indenização.

DA RESCISÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8666/93, com as alterações introduzidas pela Lei Federal nº 8883/94.

CLÁUSULA VIGÉSIMA-PRIMEIRA

A rescisão do Contrato poderá ser efetivada:
i - por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilize a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II- por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III- por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos os repasses devidos pela CONTRATANTE, previstos na cláusula décima primeira e décima segunda, superiores a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar a Secretaria, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços contratados, sem prejuízo de indenização a que a CONTRATADA faça jus, bem como da obrigatoriedade do Estado de São Paulo arcar com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato.

IV- por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de comprovado desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, que inviabilize o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operacional, sem que tenha havido a repactuação da avença.

§ 1º. Verificada uma das hipóteses previstas nos incisos I e II desta cláusula, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da Organização, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização.

(2º - Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a CONTRATADA faça jus.

(3º - A comprovação a que se refere o inciso IV desta cláusula dar-se-á mediante realização de auditoria externa, contratada pela Organização Social, que deverá ser apresentada à CONTRATANTE.

CLÁUSULA VIGÉSIMA-SEGUNDA

A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

CLÁUSULA VIGÉSIMA-TERCEIRA

A CONTRATADA é responsável pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

Parágrafo Único: A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA-QUARTA

O CONTRATO DE GESTÃO será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA-QUINTA

A Organização Social da Saúde deverá adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, bem como seu próprio nome designativo seguido da identificação "OSS".

CLÁUSULA VIGÉSIMA-SEXTA

A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avançadas.

DO FORO

CLÁUSULA VIGÉSIMA-SÉTIMA

As partes elegem o Foro da Capital do Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas pelas partes.

São Paulo, — de — de 1.998.

CONTRATANTE

Secretário de Estado da Saúde

CONTRATADA

ANEXO I - PLANO OPERACIONAL

METAS:

I - INDICADORES DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

A- ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE PRONTO SOCORRO

1. No prazo máximo de 06 (seis) meses deverá ser atingida a meta de 15.000 atendimentos/mês de Ambulatório e Pronto Socorro.

Os atendimentos não poderão ter restrições referentes ao tipo de patologia;

2. Após 01 (hum) ano de atividade, o hospital deverá manter média mensal mínima de 15.000 (quinze) mil atendimentos/mês no Ambulatório e Pronto Socorro;

B- ATENDIMENTO HOSPITALAR

1. No prazo máximo de 06 (seis) meses deverá ser atingida a meta de 800 (oitocentas) saídas/mês;

2. Após 01 (hum) ano de atividade o hospital deverá apresentar:

- média mensal mínima de 1.000 (mil) saídas/mês;

- taxa de ocupação de no mínimo 75% (setenta e cinco por cento);

- média de permanência mínima de 3,5 (três e meio) dias;

3. Após 01 (hum) ano de atividade o valor médio da AIH do hospital deverá ser de no mínimo R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais).

II - INDICADORES DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS

A- Taxa de cesária inferior a 30% (trinta por cento).

B- Taxa de infecção hospitalar inferior a 5% (cinco por cento).

C- Taxa de letalidade hospitalar inferior a 10% (dez por cento).

III - INDICADORES DE SATISFAÇÃO DA CLIENTELA

A- A partir de 01 ano de funcionamento, a OSS deverá realizar pesquisas com frequência anual entre os usuários do hospital, (Internação, Atendimento de Pronto Socorro e Ambulatorial) onde no mínimo 80 (oitenta por cento) das pessoas atendidas considerem o nível de atendimento prestado, igual ou melhor àquele recebido em outros serviços públicos ou privados dos quais se utilizaram nos últimos 2 anos.

ANEXO I I I

Modelo de Contrato de Gestão



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DA RESOLUÇÃO SS- de de de 2.000

CONTRATO DE GESTÃO Organizações Sociais de Saúde

Contrato que entre si celebram o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o (a)....., qualificado como Organização Social de Saúde, para regulamentar o desempenho das ações e serviços de saúde, no Hospital discriminando as atribuições, responsabilidades e obrigações da entidade e do Poder Público.

"Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. José da Silva Guedes, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 1.787.016, CPF nº 006.316.808-10, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o(a) com CGC/MF nº inscrito no CREMESP sob nº com endereço à Rua e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu Sr., R.G. nº C.P.F. nº doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846 de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do SUS, estabelecidos na Lei Federal nº 8.080/90, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente a execução de atividades relativas à área da saúde a serem desenvolvidas no Hospital, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:"

DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes na operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde a serem executados pela **CONTRATADA** no Hospital, visando desenvolver o programa de modernização de gestão de saúde no âmbito do Estado de São Paulo.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A presente avença encontra-se regida pelas disposições da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A operacionalização do objeto do presente contrato será regulamentada, supletivamente, pelas cláusulas contidas no convênio a ser celebrado com a entidade contratada, o qual deverá respeitar as especificidades do SUS.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA SEGUNDA

A **CONTRATADA** obriga-se a cumprir os objetivos detalhados no Plano Operacional contido no Anexo I, que faz parte integrante deste contrato, contendo as metas a serem atingidas e os respectivos prazos de suas execuções, estabelecendo o padrão de qualidade da prestação de serviços e da produtividade.

PARÁGRAFO ÚNICO

A **CONTRATADA** obriga-se, ainda, a dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98.

CLÁUSULA TERCEIRA

Em caso de desqualificação, a **CONTRATADA** obriga-se a restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos.

CLÁUSULA QUARTA

A **CONTRATADA** compromete-se a bem administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, nos termos previstos nos respectivos instrumentos de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público.

PARÁGRAFO ÚNICO

A permissão de uso de que trata o "caput" desta cláusula, deverá observar as condições estabelecidas no artigo 6º, §§º, combinado com o artigo 14, §4º, ambos da Lei Complementar nº 846/98.

CLÁUSULA QUINTA

Em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, a **CONTRATADA** obriga-se a transferir, integralmente, à **CONTRATANTE**, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no Hospital, cujo uso lhe fora permitido.

CLÁUSULA SEXTA

A **CONTRATADA** obriga-se a instalar no Hospital, cujo uso lhe fora permitido, "serviço de atendimento ao cliente" devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades.

CLÁUSULA SÉTIMA

Incumbe à **CONTRATADA** implantar o programa de modernização da gestão de saúde definido pela **CONTRATANTE**, na Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA

A **CONTRATADA** obriga-se a proceder as adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos I a IV, da Lei Complementar nº 846/98, observado o prazo previsto no art. 21, do mesmo diploma legal".

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA NONA

O Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, obriga-se a prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO** e a programar, nos exercícios subseqüentes, os recursos necessários no orçamento do Estado, nos elementos financeiros específicos para custear os seus objetivos.

CLÁUSULA DÉCIMA

A **CONTRATANTE** obriga-se a adotar todas as providências necessárias para viabilizar a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, visando o cumprimento do Plano Operacional a que se refere a cláusula segunda deste instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Para fins de cumprimento das disposições contidas no "caput" desta cláusula, será permitido o uso de bens móveis e imóveis, mediante a edição de decreto.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Secretaria de Estado da Saúde deverá, previamente à formalização do Termo de Permissão de Uso, inventariar e avaliar os bens referidos na cláusula anterior.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA

A **CONTRATANTE** analisará, anualmente, as condições da **CONTRATADA** comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se estas persistem.

DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

Pela execução do objeto da presente avença, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste instrumento, a importância global estimada em R\$ (.....) para fins de cumprimento do Plano Operacional a que se refere a cláusula segunda deste contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os recursos destinados a cobrir a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** serão empenhados globalmente e repassados pela Secretaria da Fazenda à Secretaria da Saúde, mensalmente, de acordo com o cronograma de desembolso previsto nas cláusulas regulamentadoras do título "**DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.**"

PARÁGRAFO SEGUNDO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ (.....) correspondente a este exercício financeiro, onerará para o primeiro repasse a rubrica, no item, e, para tanto, a Secretaria da Fazenda abrirá crédito suplementar no orçamento da Secretaria da Saúde, no exercício de destinado a custear a implantação das metas previstas no **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas Leis Orçamentárias, dos exercícios subseqüentes.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores mensais fica estimado em de R\$ (.....), cujo repasse à **CONTRATADA** será efetivado mediante a liberação de (.....) parcelas mensais, acrescidas do montante apurado na forma disposta na cláusula décima-terceira do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, na seguinte conformidade:

- a) uma de R\$ (.....), correspondente a primeira parcela, que será paga na data da assinatura do contrato;
- b) de R\$ correspondentes à parcelas, a serem pagas até o 5º dia útil subseqüente a cada mês vencido;
- c) e de R\$ (.....) correspondentes as demais parcelas que serão pagas até o 5º dia útil subseqüente a cada mês vencido.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA

A partir do segundo ano de vigência do presente contrato, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** recursos consignados no seu orçamento, até o 5º dia útil subseqüente a cada mês vencido, equivalente aos valores mensais correspondentes a% (..... por cento) do montante faturado pela Organização no Sistema de Autorização de Internação Hospitalar – SAIH e no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, em conformidade com o estabelecido no Convênio a que se refere o §2º, da cláusula primeira deste contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Na hipótese de comprovado o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato pela Organização Social e atestado pela Secretaria de Estado da Saúde, a **CONTRATANTE** obriga-se a repassar à **CONTRATADA** outros recursos consignados no orçamento do Estado, destinados a garantir a capacitação operacional no Hospital, para fins de cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operacional previsto no Anexo I, que integra este instrumento.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A comprovação a que se refere o § anterior deverá ser feita através da apresentação dos demonstrativos de custos da operacionalização do Hospital, cujo uso lhe fora permitido, além daqueles relativos à receita auferida em decorrência do avençado no convênio de que trata o § segundo da cláusula primeira deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA

A Secretaria de Estado da Saúde poderá, ainda, a partir do 2º (segundo) exercício financeiro, repassar à **CONTRATADA** outros recursos consignados no orçamento do Estado, na rubrica específica "outros custos do Contrato de Gestão", destinados à capacitação e reorganização gerencial, ao aperfeiçoamento e à expansão da capacidade operacional da Organização, em decorrência da apresentação de demonstrativos, devidamente aprovados pela Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, que justifiquem a necessidade de complementação de verbas, visando assegurar a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato.

DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS

CLÁUSULA DÉCIMA-SEXTA

Os recursos financeiros para a execução do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO** pela Organização Social da Saúde poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas pela prestação de assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

DOS RECURSOS HUMANOS

CLÁUSULA DÉCIMA-SÉTIMA

A **CONTRATADA** contratará pessoal para a execução de suas atividades, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do presente contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO

O Governador do Estado de São Paulo poderá, observado o interesse público, promover o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde.

DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

CLÁUSULA DÉCIMA-OITAVA

A Comissão de Avaliação instituída pela Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, procederá a verificação do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado.

PARÁGRAFO ÚNICO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

CLÁUSULA DÉCIMA-NONA

A Comissão de Avaliação referida na cláusula anterior, que deverá ser composta por especialistas brasileiros e/ou estrangeiros de notória qualificação, nomeada pelo Secretário de Estado da Saúde e por 2 (dois) representantes do Conselho Estadual de Saúde e 2 (dois) representantes da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, elaborará relatório anual conclusivo, acerca da avaliação do desempenho científico e tecnológico da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os relatórios deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise criteriosa pelo Secretário de Estado da Saúde, que norteará as correções que eventualmente se façam necessárias, para garantir a plena eficácia do instrumento.

DO PRAZO

CLÁUSULA VIGÉSIMA

O prazo de vigência do **CONTRATO DE GESTÃO** será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado ou ter seu prazo dilatado após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser repactuado anualmente, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que contere a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde, tendo em vista o disposto nos §§ 1º e 2º da cláusula décima terceira deste instrumento.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A primeira revisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, que poderá ensejar sua repactuação, deverá ser procedida em

CLÁUSULA VIGÉSIMA-PRIMEIRA

Qualquer alteração ou modificação das condições iniciais do ajuste, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo da **CONTRATADA**, verificada por ocasião do encerramento do prazo inicial de vigência previsto no "caput" da cláusula décima-nona, poderá ensejar a não dilação de prazo, repactuação ou renovação do presente contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO

Em qualquer hipótese é assegurado à **CONTRATADA** amplo direito de defesa, nos termos da Constituição Federal, sem que decorra direito a indenização.

DA RESCISÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA-SEGUNDA

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas na Lei Federal nº 8.666/93, com as alterações introduzidas pela Lei Federal nº 8.883/94.

CLÁUSULA VIGÉSIMA-TERCEIRA

A rescisão do Contrato poderá ser efetivada:

I - por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II - por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III - por ato unilateral da **CONTRATADA**, na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE**, previstos na cláusula décima segunda e décima terceira, superiores a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a Secretaria, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços contratados, sem prejuízo de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus, bem como da obrigatoriedade do Estado de São Paulo arcar com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato.

IV - por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de comprovado desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, que inviabilize o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operacional, sem que tenha havido a repactuação da avença.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada uma das hipóteses previstas nos incisos I e II desta cláusula, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da Organização, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A comprovação a que se refere o inciso IV desta cláusula dar-se-á mediante realização de auditoria externa, que ficará à cargo da **CONTRATADA**, devendo demonstrar o desequilíbrio entre os custos havidos com a operacionalização do no Hospital e a receita por ela auferida, desde que atestada pela **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA-QUARTA

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

CLÁUSULA VIGÉSIMA-QUINTA

A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

PARÁGRAFO ÚNICO

A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11/9/90 (Código de Defesa do Consumidor).

DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA-SEXTA

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA-SÉTIMA

Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de reti-ratificação ao presente contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA-OITAVA

A **CONTRATADA** deverá adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde".

CLÁUSULA VIGÉSIMA-NONA

A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

DO FORO

CLÁUSULA-TRIGÉSIMA

As partes elegem o Foro da Capital do Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do **CONTRATO DE GESTÃO** que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem assim justos e contratados, é o presente assinado em 04 (quatro) vias, para um só efeito de direito.

..... de de

CONTRATADA

JOSÉ DA SILVA GUEDES
Secretário de Estado da Saúde

Testemunhas:

1) _____
Nome:
R.G.:

2) _____
Nome:
R.G.:

MODÉLO

ANEXO I - PLANO OPERACIONAL

METAS:

I - INDICADORES DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

A- ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE PRONTO SOCORRO

1. No prazo máximo de 06 (seis) meses deverá ser atingida a meta de 15.000 atendimentos/mês de Ambulatório e Pronto Socorro.
Os atendimentos não poderão ter restrições referentes ao tipo de patologia;
2. Após 01 (hum) ano de atividade, o hospital deverá manter média mensal mínima de 15.000 (quinze) mil atendimentos/mês no Ambulatório e Pronto Socorro;

B- ATENDIMENTO HOSPITALAR

1. No prazo máximo de 06 (seis) meses deverá ser atingida a meta de 800 (oitocentas) saídas/mês;
2. Após 01 (hum) ano de atividade o hospital deverá apresentar:
 - média mensal mínima de 1.000 (mil) saídas/mês;
 - taxa de ocupação de no mínimo 75% (setenta e cinco por cento);
 - média de permanência mínima de 3,5 (três e meio) dias;
3. Após 01 (hum) ano de atividade o valor médio da AIH do hospital deverá ser de no mínimo R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais).

II - INDICADORES DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS

taxa de cesárea inferior a 30% (trinta por cento).

taxa de infecção hospitalar inferior a 5% (cinco por cento).

taxa de letalidade hospitalar inferior a 10% (dez por cento).

III - INDICADORES DE SATISFAÇÃO DA CLIENTELA

partir de 01 ano de funcionamento, a OSS deverá realizar pesquisas com frequência anual entre os usuários do hospital (Internação, Atendimento de Pronto Socorro e Ambulatorial) onde no mínimo 80 (oitenta por cento) das pessoas atendidas considerem o nível de atendimento prestado, igual ou melhor àquele recebido em outros serviços públicos ou privados dos quais se utilizaram nos últimos 02 (dois) anos.

APÊNDICE

APÊNDICE I

Questionário enviado aos Hospitais

POLÍTICAS PÚBLICAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: O controle social na
terceirização de serviços de saúde.

Pesquisador: Prof^ª. Ms. Maria Cristina Traldi

QUESTIONÁRIO data do preenchimento ___/___/___

1. Identificação

1.1 Data de fundação da Instituição Filantrópica que originou a Organização Social:
_____/_____/_____.

1.2 Denominação da Organização Social: _____

1.3 Hospital contratado: _____

1.4 Data do início das atividades do Contrato de gestão: ____/____/____

1.5 Outros Hospitais/Serviços de Saúde mantidos pela Instituição Filantrópica:
_____, Cidade: _____
_____, Cidade: _____
_____, Cidade: _____

1.6 Cargo ou Função do Responsável pelo preenchimento do questionário:

2. Aspectos Técnico-políticos

2.1 Quais os principais motivos que levaram a Instituição a buscar a qualificação de
OSS e a estabelecer contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde de São
Paulo? Use a ordem decrescente de prioridade para indicar os três motivos.

2.1.1 _____

2.1.2 _____

2.1.3 _____

2.2 Havendo oportunidade, a OSS pretende ampliar a parceria com o Estado, assinando novos contratos com outros hospitais?

2.2.1 Sim 2.2.2 Não

2.3 Na avaliação da OSS, que aspectos do relacionamento com Estado podem ser melhorados?

2.3 Na avaliação da OSS, qual a principal contribuição que a Gestão por Contratos com Organizações Sociais dá ao SUS?

3. Aspectos Administrativos

3.1 Existem funcionários do Estado trabalhando sob a gestão desta OS?

3.1.1 não

3.1.2 Sim 3.1.2.1 Quantos? _____

3.2 Os recursos financeiros referentes às parcelas fixas são pontualmente repassados?

3.2.1 Sim

3.2.2 Não

3.2.2.1 Os atrasos são ocasionais 3.2.2.2 Os atrasos são freqüentes

3.2 Os recursos financeiros referentes às parcelas variáveis foram suspensos em alguma ocasião por falta de cumprimento das metas estabelecidas?

3.2.1 Não

3.2.2 Sim

3.2.3 Especifique: _____

3.3 Durante o período de vigência do Contrato de Gestão, houve solicitação de suplementação de recursos financeiros?

3.3.1 Não

3.3.2 Sim

3.4 As solicitações de que trata a questão 2.5 foram atendidas?

2.4.1 Não

2.4.2 Integralmente

2.4.3 Parcialmente

3.5 A equipe médica que atua no Hospital é comum a outro(s) Hospital(ais) da Instituição?

3.5.1 Sim, em sua maioria

3.5.2 Sim, mas apenas uma minoria

3.5.3 Sim, aproximadamente a metade da equipe médica do hospital é comum

3.6 A equipe de enfermagem que atua no Hospital é comum a outro(s) Hospital(ais) mantido pela Instituição?

3.6.1 Sim, em sua maioria

3.6.2 Sim, mas apenas uma minoria

3.6.3 Sim, aproximadamente a metade da equipe de enfermagem é comum.

4. Relacionamento com o(s) Conselho(s) de Saúde

4.1 A OSS mantém relacionamento com o Conselho de Saúde?

4.1.1 Não

4.1.2 Sim

4.1.3 Qual(is) Conselho(s)? _____

4.2 Se a resposta anterior for Sim, como a OSS qualifica esse relacionamento?

4.2.1 Cordial e esporádico, mas profícuo

4.2.2 Cordial, esporádico e pouco proveitoso

4.2.3 Cordial, constante e profícuo

4.2.4 Cordial, constante e pouco proveitoso

4.2.5 Tenso e esporádico

4.2.6 Tenso, porém constante

4.2.7 Tenso, constante, mas profícuo.

4.2.8 Outro: _____

4.3 Na opinião da OSS, a sua relação com o Conselho de Saúde visa fundamentalmente:

4.3.1 Contribuir na construção da política do Hospital

4.3.2 Contribuir na avaliação do serviço prestado pela OS

4.3.3 Atender as exigências legais

4.3.4 Responder às demandas e/ou questionamentos colocados pelo Conselho de Saúde

4.3.4 Manter um canal permanente de diálogo com representantes da população para a qual presta serviços

4.3.5 Outro: _____

4.4 Com base na experiência da OSS, aponte os principais aspectos facilitadores e dificultadores do relacionamento com o(s) Conselho(s) de Saúde.

Facilitador: _____

_____.

Dificultador: _____

_____.

4.5 Na visão da OSS, o Conselho Estadual de Saúde deveria ter participação efetiva, mesmo que pontual, no processo de Qualificação das Organizações Sociais?

4.5.1 Sim

4.5.2 Não

4.5.3 Justifique a resposta: _____

_____.

4.6 Na visão da OSS, o Conselho Estadual de Saúde deveria ter participação efetiva, mesmo que pontual, no processo de escolha dos Hospitais Públicos (ou outros serviços) a serem publicizados?

4.6.1 Sim

4.6.2 Não

4.6.3 Justifique a resposta: _____

Continuação da questão 4.6.3

5. Espaço livre para a expressão de idéias/argumentos ou comentário a respeito da relação da OS com o Estado.

6. Espaço livre para a expressão de idéias/argumentos ou comentário a respeito da relação da OS com o Conselho de Saúde Local e/ou Estadual (especifique).
