

Pedro Henrique Carinhato e Silva

**Organizações Sociais no Estado de São Paulo: um estudo de caso sobre
uma parceria público-privada na área da saúde**

Campinas

2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

PEDRO HENRIQUE CARINHATO E SILVA

**Organizações Sociais no Estado de São Paulo: um estudo de caso sobre
uma parceria público-privada na área da saúde**

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de mestre em Ciência Política.

ARMANDO BOITO JÚNIOR

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
SANDRA APARECIDA PEREIRA-CRB8/7432 - BIBLIOTECA DO IFCH
UNICAMP

Si380 Silva, Pedro Henrique Carinhato e, 1985-
Organizações Sociais no Estado de São Paulo : um estudo
de caso sobre uma parceria público-privada na área da
saúde / Pedro Henrique Carinhato e Silva. -- Campinas, SP
: [s.n.], 2012

Orientador: Armando Boito Junior
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Terceiro setor. 2. Neoliberalismo. 3. Saúde
pública - São Paulo (Estado). I. Boito Junior, Armando,
1949-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em Inglês: Social Organizations in State of São Paulo : a case
study of a public-private partnership in health

Palavras-chave em inglês:

Third Sector

Neoliberalism

Public health - São Paulo (State)

Área de concentração: Ciência Política

Titulação: Mestre em Ciência Política

Banca examinadora:

Armando Boito Junior [Orientador]

Valeriano Mendes Ferreira Costa

Paula Regina Pereira Marcelino

Data da defesa: 29-03-2012

Programa de Pós-Graduação: Ciência Política

Unidade BCC
T/UNICAMP

Cutter S. 380
V. Ed. 9571
Tombo BC
Proc. 16.100.12
C P. 1
Preço R\$ 11,00
Data 19/06/12
Cód. tit. 85746

Pedro Henrique Carinhato e Silva

Organizações Sociais no Estado de São Paulo: um estudo de caso sobre uma parceria público-privada na área da saúde.

Dissertação de mestrado apresentada ao departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação do Prof. Dr. Armando Boito Junior, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em 29/03/2012.

Comissão Julgadora

Titulares:

Prof. Dr. Armando Boito Junior - Orientador - IFCH/UNICAMP

Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa - IFCH/UNICAMP

Profa. Dra. Paula Regina Pereira Marcelino - USP

Suplentes:

Profa. Dra. Andréia Galvão

Profa. Dra. Luciana Henrique da Silva

Campinas
Março de 2012

RESUMO

Este estudo tem como objeto o modelo das Organizações Sociais, um paradigma político-administrativo introduzido na realidade brasileira durante a reforma do Estado nos anos 90. Trata-se, de uma forma geral, de uma entidade privada não lucrativa que atua em setores outrora públicos, como a saúde, a educação, a cultura, além de outros. A adoção deste modelo significa um passo à frente em um processo de desestatização e diminuição da ação estatal, além do crescimento e favorecimento do setor privado. O estudo buscou apresentar o modelo, seu desenvolvimento e o seu atual estágio, sobretudo no Estado de São Paulo, espaço no qual encontramos uma maior quantidade de Organizações Sociais atuando nos mais diversos setores. Buscamos ainda problematizar este modelo, trazendo questionamentos acerca de sua viabilidade, com base em trabalhos e reportagens que retratam criticamente diversos aspectos pouco explorados por pesquisas anteriores: malversação de verbas públicas, ausência de participação e descontrole financeiro. Ao cabo deste trabalho, optamos pela realização de um em uma instituição hospitalar sob a gestão de uma OS, para compreendermos como os mecanismos implantados pela entidade privada afetam as relações de trabalho.

Palavras-chave: Terceiro setor; Neoliberalismo; Saúde Pública (Estado).

ABSTRACT

This study has as its object the model of Social Organizations, an administrative-political paradigm introduced in the Brazilian state reform during the 90 years. It is, in general, a private nonprofit entity that operates in formerly public sectors such as health, education, culture, and others. The adoption of this model is a step forward in a process of privatization and reduction of state action, in addition to the growth and encouragement of the private sector. The study sought to present the model, its development and its current stage, especially in São Paulo, found space in which a greater number of social organizations working in various sectors. We seek to further problematize this model, bringing questions about its viability, based on the works and stories that depict various aspects critically little explored by previous research: embezzlement of public funds, lack of participation and lack of financial. After this work, we have carried out a case study in a hospital under the management of an OS to understand how the mechanisms deployed by the private entity affect labor relations.

Key-words: Third sector; Neoliberalism; Public Health

SUMÁRIO

Introdução.....	17
Capítulo 1 - A contrarreforma do Estado e da Saúde Pública	
1.1 – Neoliberalismo e Reforma do Estado.....	20
1.2 – A contrarreforma do Estado Brasileiro.....	24
1.3 – O Plano Diretor de Reforma e Administração do Estado.....	30
1.4 – Críticas à contrarreforma do Estado.....	39
1.5 – O panorama histórico das políticas de saúde.....	42
1.6 – A Constituição de 1988 e a conquista de um novo modelo para a saúde.....	51
1.7 – A investida neoliberal contra a Saúde Pública.....	55
Capítulo 2 – O modelo das Organizações Sociais	
2.1 – A origem das Organizações Sociais no Brasil.....	66
2.2 – A promulgação da Lei 9.637/98: desdobramentos e questionamentos.....	70
2.3 – Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo.....	77
2.4 – Privatização, concorrência, (in)eficiência e o (des)controle financeiro: aspectos críticos do modelo.....	99
Capítulo 3 – Relações de trabalho em um hospital sob a gestão de uma OSS	
3.1 – Relações de trabalho no Hospital Estadual Bauru.....	114
3.2 – Trabalhadores terceirizados.....	129
3.3 – Discriminação no interior da instituição hospitalar.....	137
Considerações finais.....	142
Referências bibliográficas.....	145
Anexos.....	158

SUMÁRIO ILUSTRATIVO

Gráfico

Gráfico 01 – Evolução quantit. das OSS e dos serv. de saúde sob gestão em SP.....94

Mapas

Mapa 01 – Disposição das DRS no território do Estado de São Paulo.....77

Mapa 02 – Relação das cidades que conformam o DRS-VI.....116

Quadros

Quadro 01 – Formas de propriedade e administração do PDRAE.....35

Quadro 02 – Organizações Sociais no Brasil.....76

Quadro 03 – Fundações privadas ligadas a Universidades públicas.....87

Quadro 04 – Entidades privadas filantrópicas.....88

Quadro 05 – Instituições privadas de ensino.....90

Quadro 06 – Outras instituições.....91

Quadro 07 – Déficit dos hospitais administrados por OSS em milhões.....107

Quadro 08 – Organograma do HEB.....115

Quadro 09 – Trabalhadores da instituição e respectivo percentual de terceirizados em hospitais contratualizados no Estado de São Paulo (OSS).....134

LISTA DE SIGLAS

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ALESP – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo

CAPS – Caixa de Aposentadorias e Pensões

DRS – Diretoria Regional de Saúde

DRU – Desvinculação de Receitas da União

HEB – Hospital Estadual Bauru

LC – Lei Complementar

MARE – Ministério da Reforma e Administração do Estado

MPE – Ministério Público Estadual

MPF – Ministério Público Federal

NAP – Nova Administração Pública

NOB – Norma Operacional Básica

OS – Organizações Sociais

OSS – Organizações Sociais de Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PDRAE – Plano Direito de Reforma e Administração do Estado

PSF – Programa Saúde da Família

SES/SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

AGRADECIMENTOS

Gostaria de ressaltar a importância de todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a pesquisa; aqueles que se dispuseram a responder algumas perguntas para as entrevistas que realizei e muitos outros que generosamente me ofereceram seus trabalhos para subsidiar este. Agradeço também aos funcionários do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, seja do setor de Pós-graduação, da biblioteca ou dos departamentos, pois sempre se mostraram profissionais e solícitos quando precisei.

Devo me lembrar dos colegas e amigos que fiz durante minha estadia em Barão Geraldo no ano de 2009. Registro também o apoio e a amizade dos amigos de Jaú, onde voltei a residir. Mesmo sem saberem das dificuldades encontradas na confecção de um trabalho como este, as horas de descontração foram essenciais para manter a confiança e a serenidade.

Gostaria de registrar minha gratidão por aqueles que se dispuseram a participar do exame de qualificação e da banca de defesa. Sem dúvida, contribuíram substancialmente para o enriquecimento desta pesquisa. Agradeço igualmente ao Prof. Armando por ter aceitado orientar este trabalho mesmo sem grande afinidade com o objeto de pesquisa – um sinal de generosidade intelectual. Sou grato também pela leitura rigorosa de meus textos e relatórios, além das discussões durante as reuniões.

Tenho uma dívida eterna com minha família: meu pai Pedro, minha mãe Célia e minha irmã Mayara. Além do incondicional e imprescindível sustento financeiro, receberam-me de braços abertos quando resolvi voltar para casa. Mais do que isso: apesar do medo e da incerteza que grandes mudanças provocam, apoiaram-me novamente quando resolvi, repentinamente, tomar uma estrada paralela.

Devo agradecer a uma pessoa muito especial; alguém que me acompanhou desde o final da graduação. Aquela que ouviu minhas angústias, minhas aflições e incertezas sobre a condução e do resultado da pesquisa, mas que sempre soube me acalmar e (re)animar. Nunca se furtou a ler meus rascunhos, mesmo que estivesse assoberbada com seus afazeres e compromissos profissionais. Aline, muito obrigado por todo o apoio e dedicação.

Por fim, agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela concessão da bolsa que me permitiu realizar a pesquisa de campo, fomento sem o qual este empreendimento teria sido bem mais difícil.

Introdução

Este trabalho visa compreender o modelo das Organizações Sociais (OS), dando ênfase ao seu desenvolvimento no setor da saúde no Estado de São Paulo. Através da realização de um estudo de caso, passamos a analisar como este modelo, baseado em princípios característicos da iniciativa privada, influi nas relações de trabalho em um hospital público.

A ideia para esta pesquisa surgiu após a realização de um trabalho monográfico sobre a disjuntiva políticas sociais universalistas e focalizadas ao longo do governo Cardoso. Na segunda parte daquele trabalho, ao fazer a análise da saúde pública, pela primeira vez ouvíamos falar das Organizações Sociais.

Cumprida a etapa da graduação, a escolha pelo estudo das OS se deu de forma natural. A pesquisa está esquematizada em dois planos; um primeiro, que ocupa os dois primeiros capítulos, trata do desenvolvimento das transformações pelas quais a saúde pública passou durante o processo de *contrarreforma* do Estado ao longo dos anos 90; e um segundo, sobre a constituição e o desenvolvimento das OS da Saúde no Estado de São Paulo a partir de 1998. Em ambos, buscamos desenvolver as temáticas de forma interligada mediante a reconstituição dos aspectos que envolvem a reforma do Estado no Brasil e sua relação com o Neoliberalismo. Neste sentido, o modelo das Organizações Sociais, como o fruto deste contexto político, econômico e social, veio a ocupar um espaço e uma função capital em um longo processo de retirada do Estado de atividades sociais, como é o caso da saúde, da educação e da cultura.

A segunda parte deste trabalho traz a proposta de realizar um estudo de caso em uma instituição hospitalar administrada sob a gestão de uma OSS. Pela localização, foi escolhido o Hospital Estadual Bauru, gerido pela Famesp (Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar), fundação privada ligada à Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu. Feitos os primeiros contatos, enviamos à instituição um projeto de pesquisa, que passou por análise da Comissão de Ética em Pesquisa de lá e foi aprovado posteriormente. Vale dizer que foram realizadas entrevistas-piloto durante um período de aproximação e interação com o objeto de estudo – por meio de idas até o hospital e a

aplicação de entrevistas –, para garantir uma melhor identificação e focalização dos problemas, além da possibilidade de incluir novos aspectos para serem pensados.

O objetivo do estudo de caso, feito através da coleta de dados e entrevistas com os mais diversos grupos de trabalhadores no hospital, foi analisar como os instrumentos trazidos do setor privado para o setor público, como as metas e a terceirização de diversos setores, influem nas relações de trabalho de um hospital sob a gestão de uma OSS. Neste sentido, significa também entender a percepção social que tais agentes têm do contexto que lhes rodeia. Vale mencionar que, apesar da colaboração da maior parte dos setores da instituição, notamos uma resistência velada quanto à entrevista de trabalhadores terceirizados. Sob o argumento de que qualquer decisão da direção do hospital caracterizaria “ingerência” em relação aos trabalhadores das empresas “parceiras”, havia possivelmente um receio de mostrar os reflexos que o processo de terceirização tem causado.

Atualmente, as pesquisas qualitativas nas ciências sociais dispõem de diversos métodos para a coleta de dados, tais como a observação participante, a história de vida, a história oral e as entrevistas. Como procedimento para a realização do trabalho, adotamos a entrevista dirigida. Esta opção se justifica na medida em que o pesquisador pode direcionar a entrevista para onde deseja a partir de questões pré-estabelecidas e, por conseguinte, selecionar os temas que julga serem centrais num conjunto de possibilidades e caminhos que o objeto pode lhe oferecer. Cabe salientar que este tipo de ferramenta metodológica faculta ao pesquisador adicionar ou excluir perguntas mediante a dinâmica da entrevista, circunstância que proporciona maiores chances de êxito.

Diante das dificuldades encontradas no decorrer da pesquisa, tentamos contorná-las da melhor forma possível. Uma delas esteve relacionada à participação dos trabalhadores; por dificuldades encontradas para participar das reuniões do Conselho de Administração, que não ocorriam no hospital, mas na sede da Famesp em cidade distinta daquela do hospital, não foi possível acompanhar a dinâmica da atuação dos trabalhadores neste espaço. Por conta disto, resolvemos tratar do assunto durante as entrevistas buscando compreender como se davam as formas de participação.

Deparamo-nos com um segundo problema quando tratamos da terceirização em hospitais sob a gestão das OSS. Com o objetivo de entender os motivos para tamanha

disparidade entre as taxas de trabalhadores terceirizados em cada hospital, pois encontramos instituições que contam com 4,5% de terceirizados e outras que terceirizam até 63% de sua mão de obra, enviamos uma proposta de pesquisa a oito hospitais gerenciados por OSS, porém nenhum deles nos permitiu realizar entrevistas com a pessoa responsável pela terceirização e com alguns poucos trabalhadores terceirizados. Muito embora tenham a prerrogativa de escolher quais pesquisas acadêmicas sejam realizadas em seu ambiente, gostaríamos de salientar que a postura unânime em impedir a realização de estudos, valendo-se de sua faceta privada, denota uma postura refratária ao desenvolvimento de pesquisas, atitude impensável para instituições de pesquisa e ensino nas quais são feitos estudos biológicos relevantes para a sociedade.

Como é possível notar, partimos da análise do modelo das OS, sua implantação no Estado de São Paulo desde o ano de 1998, seu espaço no processo de reforma do Estado e da saúde pública no Brasil, para finalizar com um estudo de caso abordando as relações de trabalho em um hospital sob a gestão de uma OSS, isto é, como os instrumentos oriundos deste modelo influenciam o cotidiano dos trabalhadores. Para realizar este trajeto, a dissertação está dividida em três capítulos. Com o objetivo de trazer para o primeiro plano a discussão das OSS, resolver apresentá-la logo no primeiro capítulo. Trata-se de um capítulo com caráter descritivo, posto que analisa o surgimento do modelo em questão e questiona as supostas virtudes do modelo, predominante na literatura acadêmica sobre as OSS. O segundo capítulo trata da reforma do Estado e da saúde pública no Brasil, demonstrando como o setor privado cresceu após a liberalização econômica e a privatização de empresas estatais, conformando uma nova burguesia de serviços.

O último capítulo foi reservado para o estudo de caso, realizado no Hospital Estadual Bauru. Sob a gestão da Famesp/UNESP, junto com outros hospitais, é responsável pelo atendimento de casos complexos de 68 cidades na região de Bauru. Como escrito anteriormente, buscamos entender como o modelo das OSS afeta as relações de trabalho, expondo alguns de seus principais instrumentos, como a imposição de metas e a terceirização de trabalhadores.

Capítulo 1 – A contrarreforma do Estado e da Saúde Pública

1.1 – Neoliberalismo e a reforma do Estado

A temática da reforma do Estado tem dominado o debate político internacional desde os primeiros anos da década de 1980. De acordo com seus proponentes, a reestruturação estatal teria se tornado uma questão praticamente universal, enquanto solução para a crise econômica que afetou diversos países nos últimos decênios do século XX. Da perspectiva inscrita neste estudo, entendemos que os processos de “reforma” dos Estados, contidos nos planos de ajuste estrutural, podem ser melhor assimilados quando inseridos no contexto das transformações mais profundas ocorridas a partir dos anos 1970. Em outros termos, isto significa dizer que a “reforma” do Estado não é um fenômeno isolado, e sim decorrência de inúmeras mudanças nas relações internacionais, mormente no comércio mundial e na organização das forças políticas entre os diferentes países (Costa, 2006).

Sem a pretensão de trazer novas teses acerca do tema, buscaremos somente contextualizar a questão da “reforma” do Estado, com o objetivo de colocá-la como parte do projeto de implantação da ideologia neoliberal em muitos países, dentre eles o Brasil. Em princípio, parece-nos pertinente afastar uma visão marcadamente economicista deste processo, segundo a qual a introdução da referida ideologia ter-se-ia dado por conta exclusivamente das transformações econômicas e tecnológicas no campo produtivo. Conquanto tais mudanças tenham ocorrido, entendemos que a introdução do neoliberalismo – e com ele a “reforma” do Estado – se deve a processos políticos, econômicos e culturais suficientemente capazes de tornar uma visão de mundo outrora sepultada por conta da “Depressão dos anos 30” e da hegemonia da doutrina econômica keynesiana, em um senso comum aceito de forma natural até por aqueles que são prejudicados por tal política. Apenas para citar alguns poucos exemplos, Harvey (2005) nos fala sobre alguns meios para a guinada neoliberal:

Os canais por meio dos quais se fez isso (guinada neoliberal) foram diversificados. Fortes influências ideológicas circularam nas corporações, nos meios de comunicação e nas numerosas instituições que constituem a sociedade

civil – universidades, escolas, igrejas e associações profissionais. Em tudo isso, foi hegemônico o recurso a tradições e valores culturais. O projeto declarado de restauração do poder econômico a uma pequena elite provavelmente não teria muito apoio popular. Mas um esforço programático de defesa da causa das liberdades individuais poderia constituir um apelo a uma base popular, disfarçando assim o trabalho de restauração do poder de classe (HARVEY, 2005, p. 49-50).

Parte considerável do século XX foi caracterizada pelo desenvolvimento de um ciclo revolucionário e de seu arrefecimento. Sem nos determos em todos os detalhes necessários para uma análise que o período exige, a sucessão de eventos, como os processos revolucionários na União Soviética (1917), na China (1949) e em Cuba (1959), as lutas de libertação nacional em países periféricos, o fortalecimento de partidos socialistas e comunistas em países europeus com demandas reformistas, além da concorrência entre as superpotências URSS e EUA, forçaram um recuo por parte das burguesias nacionais em face de um possível avanço do comunismo à época.

Segundo Boito Junior (2005), a derrocada de tal onda revolucionária é consequência da reação das burguesias nacionais, que logrou esmaecer as contradições ensejadas de outrora, em especial àquela entre o movimento operário e a burguesia, entre as superpotências (EUA e URSS) e a contradição entre, de um lado, as burguesias nacionais, a pequena burguesia e as camadas médias urbanas dos países periféricos e, de outro lado, o neocolonialismo. Nesse sentido, o quadro histórico na última década do século XX, afirma o autor, “é de estabilidade política relativa do capitalismo e do sistema imperialista. Mais do que isso: assistimos a uma ofensiva geral das forças conservadoras”. Em síntese, “(...) a burguesia e o imperialismo procuram anular boa parte do saldo obtido no período anterior: ameaçar o Estado de bem-estar, a industrialização na periferia e até a descolonização” (p. 218-219).

Duménil & Lévy (2004) sustentam que o novo rumo do capitalismo, entendido como sua fase neoliberal, se deu ao final do ano de 1979. A eleição de políticos liberais-conservadores, como M. Thatcher na Inglaterra, R. Reagan nos EUA e H. Kohl na Alemanha viabilizou o projeto neoliberal, materializado através de medidas como o aumento substancial da taxa de juros, a eliminação de barreiras ou simples restrições à livre circulação, que criaram condições para ocorrer o enfrentamento da crise estrutural, expressa

na inflação cumulativa que corroía os ganhos¹ da “Era de ouro” (1950-1973) de alguns países capitalistas centrais, segundo Hobsbawn (1994). Além disso, o abrupto aumento da taxa de juros por parte dos EUA colocou inúmeros países periféricos em uma situação econômica dramática, pois o pagamento de suas dívidas externas estava atrelado à taxa de juros. Em paralelo às medidas liberalizantes, o economista francês François Chesnais identificou um novo fenômeno, denominado *mundialização* do capital, que seria a constituição de um regime de acumulação mundial predominantemente financeiro, ensejando “uma nova configuração do capitalismo mundial e dos mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação” (1996, p. 13). Salientamos também a reestruturação produtiva que ocorria em inúmeros países. O espraiamento do modelo toyotista, vinculado ao sucesso da indústria manufatureira japonesa na concorrência internacional, significou uma reorganização do processo produtivo e da força de trabalho em nível mundial, de sorte a aperfeiçoar o uso do maquinário já instalado e, por conseguinte, otimizar os lucros (Ohno apud Marcelino, 2004). Para Harvey (1993), concomitante às mudanças nos padrões de operacionalização no interior das fábricas, dá-se uma radical reestruturação do mercado de trabalho, com regimes e contratos de trabalho mais flexíveis e redução do emprego regular em favor do trabalho em tempo parcial, temporário ou terceirizado.

A soma de tais ações, afirmam Duménil & Lévy (2004), serviu para restaurar os lucros das classes dominantes e impor uma derrota ao movimento operário. A análise dos autores franceses, ainda que circunscrita ao ambiente econômico norte-americano, dada a importância global deste país, é capaz de mostrar como os eventos listados acima obtiveram êxito na restauração da renda e do patrimônio das frações superiores das classes dominantes. “Se no pós-guerra a camada das famílias mais ricas, representando 1% da população, detinha aproximadamente um terço da riqueza total do país, no começo dos anos 70, esta porcentagem caiu para 22%. Em poucos anos, o neoliberalismo restabeleceu a concentração de patrimônio nos níveis anteriores à crise, ou até mais altos” (p. 21).

¹ Apenas para ilustrar, Eric Hobsbawn nos revela que na década de 60, países da Europa Ocidental apresentavam uma taxa de desemprego de 1,5%, circunstância denominada “pleno emprego”. Ademais, é assaz conhecido o padrão dos sistemas de proteção social destes países que, em maior ou menor grau, introduziu um conjunto de equipamentos públicos ligados à saúde e educação que atendia a maior parte da população.

A história do neoliberalismo na América Latina está ligada à pressão imposta pelo imperialismo norte-americano na busca por mercado consumidor para suas empresas multinacionais, e às debilidades históricas das economias dos países desta região. Boito Junior (1999) afirma que: “Na América Latina, o objetivo do neoliberalismo é, em primeiro lugar, ampliar a exploração financeira da região. Mudaram os interesses prioritários do imperialismo, e a economia latino-americana foi chamada a se readaptar”. Continua o autor: “De fato, a desregulamentação financeira neoliberal, com a ampliação da convertibilidade das moedas nacionais latino-americanas e a abertura das bolsas de valores, visa atender a nova demanda especulativa do capital imperialista e submete, ao mesmo tempo, a política econômica das nações latino-americanas – juros, câmbio, crescimento, salários – às exigências do capital financeiro internacional” (p. 39-40). Afora estes pontos levantados pelo autor, vale citar também os processos de desnacionalização e desindustrialização que afligiram – de forma desigual -, todos os países latino-americanos que contavam com parques industriais. No caso brasileiro, a desindustrialização não se deu da mesma forma aguda como nos outros países latino-americanos por conta da resistência da fração industrial da burguesia nacional através de reclamações nos jornais sobre a abertura comercial indiscriminada, a valorização da moeda e da alta taxa de juros². No México, o que houve foi a desnacionalização do setor produtivo expressa no fenômeno das indústrias “maquiladoras”, locais em que produtos são montados com peças importadas de outros países – circunstância que ocasiona uma inevitável redução na produção nacional³.

No caso brasileiro em particular, as políticas neoliberais foram impostas tardiamente se compararmos com outros países, como Chile e Argentina. Apesar da resistência ao longo dos anos 80, as eleições de Fernando Collor de Mello em 1990 e Fernando Henrique Cardoso em 1995 determinaram um conjunto de políticas voltadas para a liberalização da economia, a privatização de empresas estatais, a retirada de direitos trabalhistas e sociais,

² A tensão existente entre as diversas frações da burguesia rechaça a noção de harmonia entre o lado burguês e o lado operário. Apesar de não haver espaço para desenvolver este ponto, remetemos o leitor para Boito Junior (1999), que desenvolve este ponto demonstrando as contradições entre os interesses das distintas frações burguesas, embora não se possa esquecer que há, e em situações não revolucionárias sempre houve, um *bloco no poder* que consegue organizar os interesses da burguesia em sua luta contra o movimento operário. Ademais, o referido autor também demonstra como certas organizações dos trabalhadores aceitaram a ideologia neoliberal, mesmo que nociva aos seus interesses.

³ Sobre a desindustrialização, ver Lacerda (2000).

considerados “privilégios” concedidos pela Constituição Federal de 1988, e a reestruturação do Estado Brasileiro, caracterizado pelos proponentes da sua “reforma” como burocrático, corrupto e demasiadamente intervencionista. Acerca deste último tópico, um sem número de economistas, políticos e jornalistas sustentavam a necessidade de tal “reforma” por conta de uma possível crise fiscal do Estado, a qual teria iniciado ao longo da década de 1980. Entre os defensores desta visão, e não foram poucos, estavam o ex-ministro do Ministério da Reforma e Administração do Estado (MARE), Luis Carlos Bresser Pereira⁴ e o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, que passou a defender a tese da imperatividade da “reforma” do Estado.

1.2 - A contrarreforma do Estado brasileiro

Em oposição às leituras apologéticas ou mesmo oficiais, Behring (2008) entende que, ao invés de uma “reforma” do Estado, a década de 1990 no Brasil foi marcada por uma *contrarreforma do Estado*. Apesar de aventada há algum tempo entre os críticos das políticas neoliberais, a noção da contrarreforma foi contemplada e sistematizada por Behring (2008, p. 22-23) em sua tese de doutoramento. “Na verdade, (afirma a autora), a autorreferência dos apologistas, os quais insistem em apontar o projeto da era FHC como reforma, é uma espúria e ideológica ressemantificação. Cabe lembrar que este é um termo que ganha sentido no debate do movimento operário socialista, de suas estratégias revolucionárias, sempre tendo em perspectiva a equidade”. Embora não deixemos de reconhecer os inúmeros problemas que o nacional-desenvolvimentismo nos legou, como a desigualdade social e tantos outros, assim como a autora, julgamos que a adoção e execução das políticas neoliberais por parte do governo FHC no âmbito do Estado e das políticas públicas foram regressivas, isto é, buscaram suprimir os avanços sociais inscritos na Constituição Federal de 1988. Por tudo isto, incorporamos em nosso trabalho a idéia de *contrarreforma* do Estado.

⁴ Notamos o empenho do ex-ministro e autor em multiplicar os adeptos de sua tese através do impressionante número de publicações acerca do tema. São cinco livros de autoria própria, outros que são fruto de simpósios e colóquios organizados por ele e sua equipe ministerial e inúmeros artigos publicados em periódicos acadêmicos e jornais nacionais.

A contrarreforma do Estado principiada pelo governo FHC – administrativa, previdenciária e tributária – e da ordem econômica – quebra dos monopólios estatais, tratamento isonômico entre a empresa nacional e a empresa estrangeira e desregulamentação das atividades e mercados considerados, até então, estratégicos –, juntamente com as privatizações, são apresentadas como uma das dimensões cruciais para o sucesso do Plano Real. Aproveitando-se da popularidade conquistada por ter estabilizado a moeda e debelado a inflação, conseguiram aprovar as reformas da ordem econômica logo no primeiro ano de mandato, com relativa facilidade no Congresso Nacional. Já com relação à contrarreforma do Estado, esta se mostrou mais demorada, sendo aprovada somente a partir de 1998.

Para melhor compreendermos o processo de contra reforma do Estado, é importante entendermos os argumentos dominantes que justificaram a contrarreforma estatal. Em outros termos, buscaremos captar qual foi o diagnóstico da situação à época em que as reformas foram colocadas em prática. Logo, se buscamos analisar os argumentos, devemos buscá-lo no principal documento oficial a respeito da reforma do Estado: o Plano Diretor da Reforma e Administração do Estado (PDRAE).

O autor do documento foi o economista Luiz Carlos Bresser Pereira⁵, que também ocupou o cargo de ministro do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), durante o primeiro mandato do governo FHC. Além do principal documento oficial do governo, que norteou parte substancial das ações reformistas, Bresser Pereira teve destaque na mídia por conta de seus textos e falas que expunham e justificavam suas propostas⁶. Segundo Behring (2008) e Paula (2003), para o ex-ministro, o Brasil e a América Latina foram atingidos por uma dura crise fiscal nos anos 1980, acirrada pela crise da dívida externa e pelas práticas de populismo econômico. Assim, o conceito de crise fiscal do Estado, que é o núcleo de sua visão, cunhada “abordagem pragmática”, significa que o

⁵ Além de protagonista no processo de “reforma” do Estado, o economista exerceu importantes cargos tanto no setor público, como ministro de Estado dos Negócios da Fazenda, em 1987, quanto no setor privado, quando foi diretor administrativo do grupo Pão de Açúcar na década de 1980.

⁶ Embora tenha escrito em diversos textos que nos primeiros períodos da propositura do projeto da reforma do Estado a opinião pública não conseguia entender do que se tratava exatamente, Bresser Pereira (1999) menciona duas pesquisas (realizadas em 1997 e 1998) que atestariam ampla aquiescência da opinião pública, sobretudo os altos funcionários do setor público. Segundo o mesmo autor, outra pesquisa teria indicado que setenta e cinco por cento da população estaria em acordo com seu projeto. Na pesquisa realizada em 1998, continua o autor, somente um setor se mostrou propenso a não apoiar: o Poder Judiciário.

Estado se tornou incapaz de “atender às crescentes demandas dos diversos setores da economia, particularmente os setores mais modernos que tendem a se aliar: as grandes empresas oligopolistas, inclusive grandes empresas que produzem para o Estado e seus trabalhadores organizados sindicalmente” (Bresser Pereira, 1992, p. 19). Esse contexto vai exigir, segundo o autor, a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. No âmbito estatal, Bresser propõe uma experiência “social-liberal”, a qual não pretende enfraquecer o Estado, e sim fortalecê-lo, reconstruindo-o de forma que mantenha sua responsabilidade na área social, porém concedendo mais espaço ao mercado.

É um Estado Social-liberal porque está comprometido com a defesa e a implementação de direitos sociais definidos no século XIX, mas é também liberal porque acredita no mercado, porque se integra no processo de globalização em curso (...) (Por isso), o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 21).

Além disso, o ex-ministro, de forma quase obsessiva, dedica parte considerável de seus argumentos para demarcar uma diferenciação entre a sua proposta social-liberal e a neoliberal, porém assumindo como necessária a crítica neoliberal do Estado. Nesse sentido:

A abordagem pragmática não deve ser vista como uma rejeição do Consenso de Washington, mas como uma alternativa que com ele compartilha muitas concepções (...) A abordagem pragmática aceita a necessidade de reduzir o tamanho do Estado, que cresceu de modo exorbitante nos últimos cinquenta anos, e concorda que essa expansão gerou sérias distorções, já que o Estado passou a ser capturado pelos interesses particulares dos “caça-rendas” (rent-seekers). (...) A abordagem pragmática apóia as reformas liberalizantes e as que visam a redução do Estado, tal como representadas na postura neoliberal (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 36).

De maneira geral, para Bresser Pereira (1996), a visão do “consenso”, isto é, aquela neoliberal, não está equivocada no que toca às propostas, mas sim quanto ao diagnóstico da crise do Estado. Para a abordagem de Washington, a crise do Estado latino-americano está relacionada: i) ao crescimento desordenado do Estado na região, por conta do excesso de regulação e do número exagerado de empresas estatais; ii) ao populismo econômico latino americano, definido pela incapacidade de controle do déficit público e das demandas salariais, tanto no setor público quanto no privado. A discordância do autor acerca deste diagnóstico se encontra no aspecto do populismo, pois afirma que ele não impossibilitou o

desenvolvimento da região. Logo, é nítido que as diferenças entre as abordagens pragmática de Bresser Pereira e de Washington são menores do que o autor ambiciona demonstrar, além do fato de que as soluções para os problemas serão parecidas.

Se nos países centrais o culpado pela crise teria sido o modelo de Estado de Bem-estar Social, sobretudo seu caráter intervencionista e seu amplo sistema de proteção social, nos países da periferia do capitalismo, mormente as nações latino-americanas, a responsabilidade pela crise recaiu sobre o modelo econômico desenvolvimentista, como aduz Bresser Pereira em inúmeros livros e artigos. Silva (2003) afirma que a escolha do culpado pela crise fiscal do Estado por parte do ex-ministro, encaixa-se nos limites do raciocínio dos neoconservadores, já que para estes a crise não é um elemento constitutivo do sistema capitalista, mas um elemento de perturbação, provocado pela incapacidade do Estado responder às crescentes demandas oriundas das expectativas com o alargamento dos direitos sociais e democráticos. Logo, para resolver esta crise, propõe-se a adoção da estratégia da “reforma do Estado” para redimensionar a proteção social e livrar o mercado da regulação estatal.

Em importante texto, Bresser assinala claramente quais são os outros problemas a serem enfrentados durante o processo de reformulação do Estado:

(a) um problema econômico-político – a delimitação do tamanho do Estado; (b) outro também econômico-político, mas que merece tratamento especial – a redefinição do papel regulador do Estado; (c) um econômico-administrativo - a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e (d) um político – o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar” (BRESSER PEREIRA, 1997, p. 49-50).

Procurando desmistificar a noção de governabilidade, incorporada na maioria dos textos de autores favoráveis à “reforma”, e que se popularizou a partir da publicação do relatório feito pela Comissão Trilateral⁷, o sociólogo alemão Claus Offe, mediante análise do diagnóstico e da terapia proposta pelos autores da Comissão Trilateral, afirma que: “a

⁷ O relatório levou o título de *The crises of democracy* (1975) e, em linhas gerais, o diagnóstico é que o problema das sociedades industriais consistia no excesso de democracia. Segundo S. Huntington, M. Crozier e J. Watanuki, a cada atendimento das demandas, ao invés de se reduzirem, novas reivindicações surgiam. Impunha-se, assim, conter as demandas da população. Nas palavras de S. Huntington: “o que os marxistas equivocadamente atribuem à economia capitalista é, em verdade, o resultado do processo político democrático” (OFFE, 1985, p. 238).

ingovernabilidade observada nada mais é que a forma aparente, refreada politicamente, do conflito de classes entre salário e capital, ou mais exatamente, entre exigências políticas de reprodução da força de trabalho e estratégias de reprodução do capital” (1984, p. 250). Entretanto, na visão conservadora, que busca esmaecer as contradições de classe inerentes ao sistema e modo de produção capitalista, se existe uma inconsistência entre capitalismo e democracia, deve-se restringir o segundo elemento, isto é, torna-se imperativo colocar limites claros à expansão e participação política, suprimindo substancialmente as exigências populares; assim, reduz-se a sobrecarga do Estado e, ao ampliar o espaço ao mercado, retoma-se o crescimento da economia. Para tanto:

As palavras-chave são: a “privatização”, ou seja, a “desestatização” dos serviços públicos e sua transferência para instituições competitivas na área da economia privada. (...) Outras palavras-chave seriam o ‘salário mínimo-desemprego’, mesmo o ‘desemprego estrutural’ (Friedman), isto é, diagnoses do problema de emprego que sugerem a solução da questão mediante a restauração de mecanismos eficazes de mercado. (Por fim), espera-se a solução do problema da ‘ingovernabilidade’ da restauração dos mecanismos concorrenciais, que devem bloquear a inflação, num sentido estrito, e a inflação de exigências, num sentido amplo. Pertencem, enfim, a esse contexto, os projetos que, na RFA, são associados à fórmula ‘nova questão social’ e que inicialmente consistem no ‘redirecionamento’ das prestações sociais do Estado, mas que no conjunto implicam numa redução do volume dessas prestações (OFFE, 1985, p. 241).

Transpondo o raciocínio para o contexto nacional, Behring (2008) assinala que essa linha tecnicista originada em Samuel Huntington também se faz presente: aqui, a liberação de demandas reprimidas pela ditadura militar seria o componente da ingovernabilidade que, em vez de ser resolvido pela Constituição de 1988, teria sido aprofundado por ela. Existiria, por conseguinte, uma contraposição entre Estado eficiente e os requisitos da democracia. Em adição ao caso brasileiro, continua a autora, “esta forma de pensar se articula ainda à crítica do ‘populismo econômico’: planos de estabilização de caráter, em geral, heterodoxo, marcados por concessões populistas e eleitorais, o que explicaria o fracasso das várias tentativas de controle da inflação” (p. 208). Como é possível notar, parece-nos uma perfeita atualização do discurso conservador da segunda metade do século passado, agora com o acréscimo da crítica ao “populismo econômico”.

Seguindo a mesma linha crítica apresentada pelos autores acima, Silva (2003) afirma que os ideólogos da “reforma” do Estado não informam que a crise fiscal do Estado tem como origem a utilização do orçamento do Estado consoante os interesses da

acumulação de capital, isto é, voltado prioritariamente para manter a margem de lucro do setor privado. Ficaram absolutamente distantes das posições de James O'Connor – ainda que lembrado pelo autor do Plano Diretor –, que mostrou de que forma estão relacionados o setor privado e o estatal e os laços existentes entre as despesas privadas e as públicas. Na tentativa de manter em equilíbrio o desempenho da função de assegurar as condições da acumulação, ao mesmo tempo em que garante sua legitimação, o Estado não permite que se explicitem os mecanismos de reprodução.

Apesar das inúmeras semelhanças com a orientação neoliberal, Bresser Pereira – junto de FHC - afirma que seu projeto significa a constituição de uma esquerda moderna que, além de divergir política e economicamente da “esquerda tradicional e populista”⁸, diferenciar-se-ia da “direita ideológica”, caracterizada pelo monetarismo e pela condenação da intervenção estatal. Esta “esquerda moderna” seria composta por membros do Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB), e por opositores das estratégias nacional-desenvolvimentistas pertencentes ao espectro da direita e centro-direita, como membros do Partido da Frente Liberal (PFL), do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Reunidos em torno de um projeto de “modernização” do país, FHC passa a tecer diversas críticas às estruturas do Estado legadas por Vargas na década de 30, apontando para um novo momento capitaneado pela aliança social-liberal.

Em síntese, a “reforma” deveria seguir por alguns caminhos: ajuste fiscal duradouro, através de reformas econômicas orientadas para o mercado, como a abertura econômica e privatizações. Além disso, a previdência social foi identificada como a razão principal do déficit público, explicitado claramente no Programa de Estabilização Fiscal de 1998, lançado pelo governo. Neste setor, os objetivos de sua reforma foram os seguintes: acabar, ou ao menos restringir bastante as chamadas aposentadorias especiais, redefinir a aposentadoria proporcional e por tempo de contribuição, aumentar a contribuição dos funcionários públicos da ativa e instituí-la para os inativos e estabelecer um teto máximo de

⁸ Segundo Bresser Pereira: “há uma nova esquerda no mundo e também na América Latina. É uma esquerda moderna, em oposição à esquerda arcaica, que ficou presa aos princípios nacionalistas e os populistas que defendiam nos anos 50” (1996, p. 163). Em termos partidários, o PT – além dos partidos historicamente ligados à esquerda no Brasil – representaria a esquerda arcaica, uma vez que, segundo o autor, estariam ligados à velha ideologia nacionalista e protecionista.

benefícios para os trabalhadores do setor privado menor que o existente, abrindo espaço para a atuação dos fundos de pensão privados.

Outro ponto a evidenciar é a “reforma” da Seguridade Social, especificamente no caso das políticas sociais, pois as consequências do ajuste neoliberal são enormes para elas, a começar pelos cortes dos gastos públicos gerando subfinanciamento, a flexibilização de direitos trabalhistas⁹ e a privatização e o repasse dos serviços públicos para entidades privadas. Um dos melhores exemplos do desprezo pelas políticas sociais foi a criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), instrumento de desvio regular de bilhões de reais da saúde, educação e assistência social, transferidos por meio do orçamento fiscal para os mercados financeiros. De acordo com Salvador (2010), as políticas sociais mais prejudicadas pelo mecanismo da DRU são as da seguridade social e da educação. Nesta última, por exemplo, estima-se que os mecanismos de desvinculação de recursos (FSE, FEF e DRU) extraíram R\$ 72 bilhões, em um período de 12 anos (1994 a 2006)¹⁰.

Uma vez que o objeto desse trabalho é analisar as Organizações Sociais, deter-nos-emos mais no aspecto da reforma do aparelho do Estado, isto é, a chamada reforma administrativa, embora tenhamos ciência da relevância do conjunto dos pontos elencados acima.

1.3 – O Plano Diretor de Reforma e Administração do Estado (PDRAE)

Em 1995, logo após ser indicado para o MARE, Bresser Pereira viajou ao Reino Unido para estudar a *Nova Administração Pública (NAP)*, para compreender *in loco* a experiência inglesa de contrarreforma do Estado. Iniciada durante o governo de M. Thatcher, este processo buscou acabar com a política estatal calcada no Estado de Bem-estar Social – considerado inchado e ineficiente –, através do incentivo a entidades do

⁹ Segundo Fagnani (2005), “entre 1994 e 2002, foi implementado um conjunto de medidas voltadas para o desmonte do ordenamento institucional consagrado pela Constituição de 1988, suprimindo normas de proteção individual ao trabalhador e da negociação coletiva e enfraquecendo o poder da atividade sindical. O objetivo desta estratégia era flexibilizar a legislação trabalhista, estimular a ‘livre negociação’ entre empresas e trabalhadores e dar maior autonomia aos sindicatos para celebrar contratos coletivos de trabalho” (p. 450-451). Para ver este tema de forma mais aprofundada e acurada, cf. Galvão (2007).

¹⁰ Salvador (2010) explicita a simplicidade do mecanismo: a Constituição determina que 18% dos recursos arrecadados em impostos federais sejam aplicados em Educação, mas esse valor é calculado após a retirada dos recursos da DRU. Portanto, ao invés dos 18% previstos na Carta Magna são aplicados apenas 13%. Vale dizer que o Senado Federal aprovou, ao final de 2007, através da PEC n° 50, a continuidade da DRU até o final de 2011 e, paralelamente, rejeitou a prorrogação da CPMF.

chamado Terceiro Setor a assumir instituições estatais, de modo a reduzir o papel do Estado na prestação de serviços sociais. Ao retornar da Europa, afirma Paula (2003), Bresser Pereira integra estes estudos aos seus sobre a crise do Estado brasileiro para sistematizar suas ações no Ministério. Ao final de 1995, o ex-ministro apresentou o Plano Diretor, o qual foi discutido nas reuniões do Conselho da Reforma do Estado¹¹ e também integrou a pauta de discussões da reforma constitucional no Congresso Nacional.

Após dois anos e meio de negociações no Congresso Nacional, a aprovação da Emenda Constitucional nº 19, de 19/06/1998, que trata da “reforma” da administração pública, efetivou as mudanças estruturais necessárias para legitimar a reforma gerencial. Já na introdução do Plano Diretor, escrita por Fernando Henrique Cardoso, este afirma que o objetivo do processo é fortalecer a ação reguladora do Estado em uma economia de mercado, especialmente os serviços básicos e de cunho social. Para tanto, propõe-se a reforma gerencial voltada para o controle dos resultados e baseada na descentralização, visando qualidade e produtividade no serviço público (MARE, 1995). Além disso, durante uma palestra em uma universidade estrangeira, FHC volta a falar sobre os objetivos da “reforma”:

O objetivo da reforma é, sim, um Estado menor. Contudo, um Estado mais eficiente em sua atuação, qualitativamente melhor equipado, atuando para que os agentes econômicos possam ter liberdade, em um ambiente de concorrência, além de previsibilidade dentro de marcos regulatórios claros. E canalizando sua intervenção direta na prestação de serviços essenciais com o objetivo de melhorar as condições de desenvolvimento humano da população (CARDOSO, 2005, p. 4).

Antes de analisarmos as propostas que nos interessam neste estudo, apresentamos as críticas do documento em relação à Constituição de 1988, que servirão de fundamento para a política reformista. Embora o texto considere a Carta Constitucional expressão de uma nova era democrática, entende também se tratar de um retrocesso burocrático sem precedentes. Isto porque teria havido um engessamento do aparelho estatal, ao estender para os serviços do Estado e para as próprias empresas estatais praticamente as mesmas

¹¹ De acordo com Bresser Pereira (1998), o Conselho de Reforma do Estado foi composto por doze personalidades da sociedade, que não tinham ligação direta com o governo: Maílson da Nóbrega, Lourdes Sola, Antonio dos Santos Maciel Neto, Celian Vargas do Amaral Peixoto, Gerald Dinu Reiss, Hélio Mattar, João Geraldo Carneiro, Joaquim de Arruda Falcão Neto, Jorge Wilhelm, Luiz Carlos Mandelli, Ary Oswaldo Mattos Filho.

regras burocráticas rígidas adotadas no núcleo estratégico do Estado. Por conseguinte, teria havido um encarecimento significativo do custeio da máquina administrativa, tanto no que se refere aos gastos com pessoal como bens e serviços, e um enorme aumento da ineficiência dos serviços públicos. O tema dos “recursos humanos é visto da seguinte forma pelo Plano Diretor:

A legislação brasileira reflete a ausência de uma política de recursos humanos coerente com as necessidades do aparelho do Estado. É, em princípio, o aspecto da administração pública mais vulnerável aos efeitos da crise fiscal e da política de ajuste (PDRAE, 1995; p. 35).

O governo acusou a legislação trabalhista do servidor público de protecionista e inibidora do espírito empreendedor. O aspecto central apontado está na aplicação indiscriminada do instituto da estabilidade para todos os servidores civis e a adoção do Regime Jurídico Único, suprimido posteriormente pela reforma administrativa. Na mesma linha, Costa (2006) ressalta que o governo FHC coloca que a falta de competição interna e de sistema de gratificações por desempenho são barreiras gerenciais no setor público. Sustentou a ausência de “um sistema de incentivo para o profissional, sendo patente a ausência de uma política orgânica de formação, capacitação permanente e de remuneração condizente com a valorização do exercício da função pública” (PDRAE, 1995, p. 36). Nesse sentido, o documento oficial deixa claro também que falta ao setor público a “concorrência saudável do mercado”, a instabilidade do emprego, a competição sistemática que, segundo seus princípios liberais, favorece espírito empreendedor. Assim, nada há de moderno na estratégia oficial que não seja admissão das regras do livre mercado de trabalho também para o setor público, de sorte que uma das principais mudanças foi a flexibilização da estabilidade nos cargos por insuficiência de desempenho, ou por excesso de quadros.

A nova estrutura de organização do Estado brasileiro expresso no documento é composta por diferentes setores:

Núcleo Estratégico – Corresponde ao governo, em sentido lato. É o setor que define as leis e as políticas públicas e cobra o seu cumprimento. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. Corresponde aos poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no Poder Executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos

seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas;

Atividades Exclusivas – É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado – o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos, temos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a política institucional, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc.

Serviços não-exclusivos – Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas¹². As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes. São exemplos desse setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus;

Produção de bens e serviços para o mercado – Corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura. Estão no Estado seja porque faltou capital ao setor privado para realizar o investimento, seja porque são atividades naturalmente monopolistas, nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessário no caso de privatização, a regulamentação rígida (BREISSER PEREIRA, 1998; MARE, 1995).

Ainda de acordo com o documento, cada um destes quatro setores referidos contém características peculiares, tanto no que se refere as suas prioridades, quanto aos princípios administrativos adotados. De acordo com Costa (2006), na nova disposição da estrutura estatal, apenas o setor estratégico e o setor das atividades exclusivas são mantidos como propriedade estatal. Além de mudar a propriedade, a forma de administrar também é alterada, passando-se da administração burocrática para a gerencial, que trataremos mais à

¹² Estas instituições surgem através da Publicização, que é o processo de transferência para o setor público não-estatal daquelas atividades fortemente subsidiadas pelo Estado, que contam com doações voluntárias da sociedade e que não estão voltadas para o lucro. Um exemplo citado pelo autor é a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Bresser Pereira, 1998).

frente. Antes disso, cabe destacarmos a criação de novas agências no âmbito das atividades exclusivas do Estado: a primeira delas é a agência executiva, que é uma qualificação que pode ser atribuída às autarquias e fundações públicas que realizam atividades exclusivas do Estado (BRESSER PEREIRA, 1998; MARE, 1995). Elas são responsáveis pela execução de políticas públicas, através da prestação de serviços e execução de atividades de natureza estatal. Seguindo as diretrizes do Plano Diretor, temos aqui o núcleo estratégico concentrando a formulação e avaliação das políticas públicas e delegando sua implementação para as instituições descentralizadas da administração indireta, como autarquias e fundações públicas.

As Agências Reguladoras realizam atividades de regulamentação e regulação da prestação de serviços públicos pelo setor privado (BRESSER PEREIRA, 1998). Com o fim do monopólio da Petrobrás sobre o petróleo e a privatização dos serviços públicos monopolistas de comunicações e de energia elétrica, foram criadas três agências reguladoras: Agência Nacional de Petróleo (ANP), Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e Agência Nacional de Energia Elétrica (ANAEEL)¹³.

No campo das atividades exclusivas do Estado, segundo Paula (2003), a terceirização das atividades auxiliares ou de apoio se baseia nas regras da licitação. Já para as atividades consideradas de caráter competitivo – que podem ser prestadas pelo setor público ou privado –, criou-se um novo formato institucional: as Organizações Sociais. São consideradas uma forma de atribuir maior autonomia e flexibilidade para as entidades prestadoras de serviços, pois elas passam a utilizar recursos públicos através de uma lógica de mercado. Ademais, os técnicos do Ministério também sustentam que este formato institucional possibilitaria um controle social das políticas públicas, já que possui conselhos de administração voltados para a gerência e avaliação de desempenho. Por conta de tais razões, Bresser Pereira (1998) associa as Organizações Sociais à idéia de “parceria entre o Estado e a Sociedade”. De acordo com as diretrizes impostas pelo Plano Diretor, a estrutura do aparelho do Estado é a seguinte:

¹³ Atualmente, existem outras, como a ANCINE (Agência Nacional do Cinema), ANAC (Agência Nacional da Aviação Civil), ANTAQ (Agência Nacional de Transportes Aquaviários), ANTT (Agência Nacional de Transportes Terrestres), ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e ANA (Agência Nacional de Águas). Existem também agências reguladoras estaduais e municipais.

Quadro 01 – Formas de propriedade e administração do PDRAE

	Formas de Propriedade			Formas de Administração	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	○			○	
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	○				○
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus “PUBLICIZAÇÃO”	→ ○				○
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais “PRIVATIZAÇÃO”	→ ○				○

Fonte: Bresser Pereira (1998); MARE (1995).

Segundo Bresser Pereira (1998), além de reorganizar o aparelho do Estado e fortalecer seu núcleo estratégico, a reforma também deveria transformar o modelo de administração pública vigente. Para tanto, o autor apresenta três dimensões que juntas, dariam cabo à introdução da administração pública gerencial. A primeira delas, a dimensão institucional-legal, trata da reforma do sistema jurídico e das relações de propriedade; a segunda é cultural, centrada na transição de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial. Nesse ponto, o autor explica que cabe ao gestor público explorar a administração, colocando em prática novas idéias gerenciais para oferecer um serviço público de melhor qualidade e de menor custo ao “cidadão cliente”¹⁴; a terceira dimensão aborda a gestão

¹⁴ De acordo com Paula (2003), “cidadão cliente” é um termo utilizado pelo ministro no contexto da administração pública gerencial. O seu uso gerou polêmica devido a sua aproximação da lógica de mercado.

pública a partir do aperfeiçoamento da administração burocrática vigente e da introdução da administração gerencial, incluindo os aspectos de modernização da estrutura organizacional e dos métodos de gestão. Segundo Bresser Pereira, como conclusão, é preciso implantar na administração pública uma nova filosofia, uma nova cultura gerencial e suas respectivas práticas.

Para explicar a administração pública gerencial, Bresser Pereira afirma no documento que existiram no Brasil duas outras formas de administração: a patrimonialista e a burocrática. Na primeira, afirma o autor, o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e seus auxiliares, servidores, possuem *status* de nobreza real. Os cargos são considerados prebendas. Por conta disso, a corrupção e o nepotismo são inerentes a esse tipo de administração. Com relação à administração pública burocrática, esta se caracteriza pela profissionalização, a idéia da carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, isto é, o poder racional legal. Os controles administrativos, visando evitar a corrupção e o nepotismo, são sempre *a priori*. Logo, o controle rígido dos processos se volta para a administração de pessoal, as compras e os processamentos de dados (MARE, 1995, p. 15). Por conta de tais atributos, a administração burocrática teria surgido como melhor instrumento para evitar o patrimonialismo e seus efeitos deletérios. No entanto, aponta o ex-ministro, essa forma de conduzir a administração pública passa a ser questionada por pesquisadores da chamada “Teoria da Escolha Pública”¹⁵, que aplicam pressupostos econômicos nas análises que se concentram na Ciência Política, assimilando o utilitarismo humano como princípio básico das interações econômicas, sociais e políticas. Assim, a crítica precípua à administração pública burocrática consiste em afirmar que ela apresentaria um espaço em que os burocratas agissem conforme seus interesses egoístas,

Em sua defesa, Bresser Pereira afirma que: “A condenação da idéia do cidadão cliente é um desses lugares-comuns da esquerda que assim esquece como na administração pública burocrática o cidadão tende a ser maltratado pelos burocratas” (1998, p. 122).

¹⁵ Trata-se da Escola de pensamento desenvolvida por economistas neoclássicos da chamada “Escola de Virgínia”, cujo maior expoente intelectual é James Buchanan. Também são incluídos como teóricos da Escolha Pública, outros economistas e cientistas políticos que adotam o pressuposto do racionalismo econômico, isto é, de que os indivíduos são “maximizadores econômicos”, motivados apenas por auto-interesse não somente em suas interações econômicas, mas também nas suas interações sociais e políticas. Os três elementos constitutivos da teoria da Escolha Pública são: o pressuposto de auto-interesse, a concepção de interações sociais como trocas de mercado e o individualismo metodológico (Andrews & Kouzmin, 1998).

maximizando salários, *status* e poder, e quando não se movessem de acordo com seu auto-interesse, buscariam maximizar o orçamento de seu controle.

Acrescido a tais pressupostos, segundo análise de Paula (2003), os teóricos da Escolha Pública asseveram que a burocracia estatal somente atingiria seu ápice no quesito eficiência e consequentemente no atendimento ao bem coletivo, na medida em que se construísse um sistema de incentivos e punições que vinculasse a busca do interesse individual ao máximo benefício coletivo. A solução apontada pelos teóricos desta escola econômica é a transferência das atividades executadas pelo poder público ao privado. Segundo Paula (2003), tal proposição oferece uma justificativa racional para a privatização dos serviços públicos e se coaduna com o raciocínio neoliberal de que o provimento pelo mercado é mais eficiente e satisfatório. Além disso, Bresser Pereira (2009) sustenta que o pressuposto da eficiência, no qual se baseia a administração burocrática, não se mostrou sólido, pois este teria funcionado a contento somente nos pequenos Estados liberais do século XIX, enquanto que nos grandes Estados socialdemocratas do século XX esse tipo de administração não teria tido mais eficiência na prestação de serviços públicos.

A administração pública gerencial ou Nova Administração Pública (NAP) é inspirada em dois fenômenos teórico-políticos inscritos no período de crise do Estado de Bem-Estar Social no contexto anglo-saxão: o neoliberalismo e o movimento “reinventando o governo”. Segundo Paula (2003), o NAP é resultado da ascensão do período neoliberal a partir da chegada ao poder tanto de R. Reagan nos EUA, quanto de M. Thatcher na Inglaterra no final dos anos de 1970. Em linhas gerais, tem as seguintes características: a descentralização do aparelho do Estado; a privatização das empresas estatais; o repasse dos serviços públicos; a regulação estatal das atividades públicas conduzidas pelo setor privado e o uso de idéias e ferramentas gerenciais advindas do setor privado¹⁶.

¹⁶ Na Inglaterra de M. Thatcher, foi diminuído o número de servidores e criou o programa de descentralização das atividades do Estado através da criação de agências executivas e da terceirização de serviços públicos. Privatizou e criou organismos de regulação dos serviços públicos privatizados e introduziu mecanismos de mercado nas áreas da saúde, serviço social e educação para encorajar o provimento destes serviços pelo setor privado ou não-lucrativo. No campo das relações de trabalho, a flexibilização dos contratos e das jornadas praticada no setor privado também passou a ser considerada desejável no setor público (Paula, 2003, p. 31).

Para a referida autora, nos anos 90 o movimento gerencialista¹⁷ e a cultura do *management* foram transpostos para o setor público, gerando o movimento “reinventando o governo” – embora seu embrião tenha sido concebido nos anos 70 a partir da reestruturação produtiva. Renovado por David Osborne e Ted Gaebler, este “modismo” da administração de empresas foi inserido no setor público através de várias experiências em nível local durante o governo Clinton, de sorte que suas idéias e princípios se espalharam por inúmeros países, sobretudo após a publicação do livro *Reinventing the government – how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*¹⁸ em 1992. Segundo Paula (2003), a contribuição do movimento “reinventando o governo” para a NAP está na crítica das organizações burocráticas, na disseminação da cultura do *management* e nos “modismos” gerenciais, aspectos que caminham e reforçam a introdução de políticas neoliberais nos processos de “reforma” do Estado. Além disso, a pesquisadora sustenta que o movimento citado ajuda a cristalizar as crenças básicas que circundam a NAP: (a) o setor privado é mais eficiente e, portanto, superior ao setor público na proposição de soluções administrativas; (b) as técnicas e práticas da administração de empresas podem ser aplicadas ao setor público¹⁹. Um dos principais aspectos a ser implantado é a competição, enquanto forma de organização e atuação dos indivíduos e da administração pública. Trata-se, na verdade, da busca pela naturalização da competitividade empresarial, que deverá ser levada ao âmbito da vida individual, configurando-se como a única forma de

¹⁷ Segundo Paula (2003), o “movimento gerencialista” ganhou terreno a partir do processo de reestruturação produtiva nos anos de 1970, tendo como idéias-chave a crítica à burocracia e a defesa de uma “organização pós-burocrática”, baseada na flexibilidade e na participação. O gerencialismo despontou no Reino Unido durante a Era Thatcher e se tornou um dos fundamentos do capitalismo britânico, porém foi nos Estados Unidos, sobretudo no período do governo de Ronald Reagan, que ele se tornou uma espécie de “*espírito da época*”.

¹⁸ O livro apresenta dez princípios que levariam a uma “reinvenção do governo”: (a) governo catalisador; (b) o governo pertence à comunidade; (c) governo competitivo; (d) governo orientado por missões; (e) governo de resultados; (f) governo e seus clientes; (g) governo empreendedor; (h) governo preventivo; (i) governo descentralizado; (j) governo orientado para o mercado. Além disso, não é à toa que na contracapa do livro há a seguinte frase de Fernando Henrique Cardoso, então Ministro da Fazenda: “O Brasil precisa modernizar o setor público e tornar seu sistema de governo mais eficiente e produtivo. As idéias de *Reinventando o Governo* representam uma contribuição importante para a reflexão que os homens públicos e a sociedade em geral estão fazendo nesse sentido”.

¹⁹ Assim entende Bresser Pereira, quando da redação do Plano Diretor: “A administração pública gerencial inspira-se na administração de empresas, mas não pode ser confundida com esta última. Enquanto a administração de empresas está voltada para o lucro privado, para a maximização dos interesses dos acionistas, esperando-se que, através do mercado, o interesse coletivo seja atendido, a administração pública gerencial está explícita e diretamente voltada para o interesse público” (1995, p. 22).

relacionamento, perpetuando o mercado como única alternativa. Isso é consequência, na visão neoliberal, da ineficiência das atividades exercidas pelo Estado e da superioridade inerente à competição e ao mercado. Eis o raciocínio dos principais ideólogos:

Os traços comuns a todos esses esforços inovadores não são difíceis de identificar. A maioria dos governos empreendedores promove a competição entre os que prestam serviços ao público. Eles dão poder aos cidadãos, transferindo o controle dessas atividades da burocracia para a comunidade. Medem a atuação das suas agências, focalizando não os fatores utilizados, os insumos, mas sim, resultados. Orientam-se pelos seus objetivos – sua missão – em vez de regras e regulamentos. Redefinem seus usuários como clientes, oferecendo-lhes opções – entre escolas, programas de treinamento, tipos de moradia. Evitam o surgimento de problemas, limitando-se a oferecer serviços à guisa de correção ou remédio. Investem suas energias na produção de recursos, concentrando-se apenas nas despesas. Descentralizam a autoridade, promovendo o gerenciamento com participação. Preferem os mecanismos de mercado às soluções burocráticas. Detêm-se não só no fornecimento de serviço ao público, mas, também na catálise de todos os setores – público, privado e voluntário – para a ação conjunta dirigida à resolução dos problemas da comunidade (OSBORNE & GAEBLER, 1994, p. 21).

1.4 - Críticas à contrarreforma do Estado

O primeiro elemento a ser constatado ante a apresentação do plano estratégico adotado pelo governo FHC para a reestruturação do Estado e, logo, de seu papel na economia, é a clara separação entre as dimensões da política e da administração. Assim como os outros tipos de administração, burocrática ou patrimonialista, a gerencial enfatiza questões como “eficiência administrativa”, “desenvolvimento econômico” ou “interesse público” que, supostamente neutras, seriam objetivos desejados por todos. Naturalmente, não se trata de omissão dos proponentes do projeto de “reforma de Estado”, mas antes uma tentativa de camuflar os interesses e valores do processo político. É como se não houvesse crise econômico-política, um histórico subfinanciamento das políticas sociais e outros problemas diversos, mas apenas questões administrativas a serem rearranjadas, funções a serem redistribuídas e papéis a serem desempenhados com competência. Segundo Yolanda Guerra:

O Estado Social-Liberal é exatamente isso: é o Estado técnico, neutro, acima das classes, que se diz isento de qualquer compromisso de classe e de ideologia. Pretende ser um modelo alternativo de Estado, que supere o arcaísmo do Estado patrimonialista, o centralismo da administração burocrática, e seja, ao mesmo tempo, a encarnação *da racionalidade racionalista do mercado*, orientada pelos

valores de eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos (GUERRA, 1998, p. 279).

Diversos autores apontam para este aspecto presente tanto no projeto da “reforma” do Estado, quanto nos livros escritos por Bresser Pereira. Um dos principais deles, Francisco de Oliveira, atento a questão das classes afetadas pela “reforma” gerencial da administração pública e também do Estado, argumenta:

Mas ainda assim, é impressionante a despolitização do tema, embora a retórica da política, da democracia, da cidadania, seja o que está mais presente. Parece, pois, que os trabalhadores não são cidadãos, que as reformas não os afetam, que não são atores, nem ativos nem passivos, da reforma gerencial do Estado. Na verdade, essa ostensiva ausência está dizendo que os trabalhadores são os inimigos da reforma gerencial do Estado, porque são corporativos, porque quando funcionários públicos são burocratas, e todos emperram a máquina que deve ser azeitada – azeite de direitos – para a nova competição global (OLIVEIRA, 2008, p. 143).

O trecho acima desnuda um dos principais objetivos da contrarreforma estatal, qual seja, a redução do Estado pela diminuição do número de funcionários públicos, a extinção de entidades estatais e a privatização de empresas, que complementa o ajuste fiscal. Seguindo a proposta liberal, vemos que o objetivo final é um Estado menor na área social e mais forte na organização das condições gerais de acumulação de capital. Não é outra a orientação do governo FHC ao implantar o Programa Nacional de Publicização (PNP) que, dentre outros desígnios, repassa a provisão da área social para entidades públicas não-estatais – fato que, para o ex-ministro, significa uma “maior participação da sociedade civil”.

Conquanto Bresser Pereira busque aduzir o modelo de administração gerencial como algo inédito ou livre da ideologia do mercado, ou ainda como alternativa distinta da orientação neoliberal adotada pela *Nova Direita*, segundo Andrews e Kouzmin (1998), o Plano Diretor, sobretudo o modelo da administração gerencial, tem como pressupostos alguns fundamentos da teoria da Escolha Pública. Dentre os indicadores que identificam o projeto de reforma do Estado com as orientações da escolha pública, os autores acima apontam para a defesa da redução do tamanho do Estado, o “reconhecimento” de que o Estado não pode gerenciar diretamente os serviços sociais, a expansão dos elementos de

mercado para as políticas sociais, a valorização do mercado como instrumento de controle, a adoção do modelo de administração gerencial em substituição ao modelo burocrático.

Além destes aspectos coligidos, Moraes (2002) explicita o caráter antidemocrático da teoria da Escolha Pública. Segundo o autor, a reforma administrativa proposta pelos autores desta corrente e abraçada por Bresser Pereira, se propõe a “profissionalizar” ou “despolitizar” as agências e instâncias estatais, o que, na verdade, assinala o autor, significa “libertar a máquina do Estado do universo alegadamente volúvel, incerto e destemperado da democracia representativa. A Nova Direita retoma a ofensiva *‘desemancipadora’* dos velhos liberais do século XIX, na sua luta contra a entrada das massas na vida política, por intermédio dos sindicatos, dos partidos ou sufrágio” (p. 19). Na mesma linha, os autores A. Andrews e P. Kouzmin demonstram a tentativa operada por Bresser Pereira de separar a teoria da Escolha Pública da prática da administração gerencial, apresentando esta última como uma solução “pós-moderna”, livre de ideologias. Afirmam que: “de fato, este tipo de discursos gerencial merece ser intitulado de conservadorismo disfarçado, uma vez que representa uma expressão ideológica do novo conservadorismo dentro de regimes democráticos” (1998, p. 98).

Para finalizar a contribuição dos autores críticos à “reforma” da administração e do Estado, eles sustentam que a implantação da administração gerencial não é uma novidade, pois já houve oportunidade de implantá-la na década de 60 durante o regime ditatorial. Assim, esse modelo foi implantado com o Decreto-Lei n° 200, de 1967 que, apresentado como medida de modernização e flexibilização do setor público, teve vários resultados negativos. Na época, os departamentos ministeriais responsáveis pela formulação e fiscalização das políticas sociais foram esvaziados em consequência da valorização das agências executivas que canalizavam para si os recursos técnicos e financeiros. Além disso, ocorreu a formação de alianças entre as agências executivas e os interesses privados (Andrews & Kouzmin, 1998).

O objetivo desta seção foi apresentar uma visão crítica acerca da contrarreforma do Estado, demonstrando que sua estratégia e execução foram realizadas a partir de certa concepção de Estado e economia, concepção esta fundada nas frações de classe que apoiaram a construção da hegemonia neoliberal no Brasil, em detrimento das garantias e direitos sociais conquistados com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Não

obstante as diferenças entre os governos brasileiros ao longo dos anos 90, entendemos que, grosso modo, tanto Collor quanto FHC tiveram este mesmo objetivo - embora o segundo tenha sido mais hábil na aplicação da estratégia neoliberal -, de sorte que coube a ele consubstanciar a contra-reforma e constituir o capitalismo neoliberal no Brasil.

Feita esta apreciação crítica acerca dos principais elementos contidos no PDREA, passaremos agora a uma análise de um dos principais setores do sistema de proteção social brasileiro, a saúde pública. A orientação geral para este setor foi, indubitavelmente, o fortalecimento e a hegemonização do setor privado, seja ele filantrópico ou privado. Para tanto, privilegiou-se ações voltadas para a descentralização associada à transferência dos aparelhos de saúde para entidades privadas e a focalização das políticas de saúde, que concorreram para a desconstrução do “jovem” Sistema Único de Saúde.

1.5 - O panorama histórico das políticas de saúde

Para analisarmos as mudanças ocorridas no setor da saúde, especificamente na saúde pública, entendemos ser necessário apresentar, mesmo que de forma breve, a formação e o desenvolvimento deste setor ao longo do século XX no Brasil, pois ele esteve ligado ao contexto político, econômico e social de cada época.

O início da intervenção estatal na área da seguridade social com alguma sistematização data da década de 1920 com o a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). Elas foram instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial. Segundo Polignano (s/d), a criação das CAPS deve ser entendida, no contexto das reivindicações operárias do início do século XX, como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social. Ademais, atesta o autor que a criação de uma CAP não era automática, mas dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação. Acrescenta ainda que a primeira delas foi a dos ferroviários, isso pela importância que este setor desempenhava na economia do país à época, aliada à capacidade de mobilização deste grupo dos trabalhadores.

Dessa forma, as classes assalariadas urbanas, até então assistidas pela filantropia, passam a receber serviços de atenção médica individual, prestados pela CAPS, que por sua vez compravam serviços médicos do setor privado através do mecanismo de credenciamento médico (Cohn et *alli*, 1991). É a partir desse momento que se concebe a utilização da noção de assistência médica, mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública. Consubstancia-se, assim, a construção de um setor privado de saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social, descaracterizando a saúde como direito do cidadão e como dever do Estado.

Não obstante a existência de políticas e ações voltadas para a área social, foi somente com o governo Vargas, na década de 30, que se esboçou um conjunto de políticas públicas para o campo da saúde, à época intitulada Medicina Social. Segundo Gomes (1988), a constituição de tais políticas fez parte de um escopo estratégico mais amplo, como forma de construção da identidade do trabalhador brasileiro.

Essa “visão de mundo” foi materializada na criação de dois novos ministérios, ainda em 1930: o primeiro, do Trabalho, Indústria e Comércio, e o segundo, da Educação e Saúde. Em um primeiro momento, estiveram presentes medidas voltadas para a indenização da perda da saúde, isto é, da capacidade de trabalho e de ganho, expressas na atuação da previdência e da assistência social. Assim, foram então criados os seguros contra invalidez, doença, morte, acidentes de trabalho e o seguro maternidade, todos com vistas à proteção da saúde do trabalhador (Gomes, 1988). Desse modo, o Brasil absorvia, definitivamente, o conceito de medicina social que se desenvolvera na Europa desde o século XIX. Salientamos a íntima relação entre trabalho e saúde, nas palavras de Gomes:

“A medicina social compreendia um conjunto amplo de práticas que envolviam higiene, sociologia, pedagogia e psicopatologia. Não se tratava unicamente de curar. Havia toda uma dimensão sanitária que buscava a proteção do corpo e da mente do trabalhador. No próprio interesse do progresso do país, deviam-se vincular estreitamente as legislações social e sanitária, já que o objetivo de ambas era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada” (Gomes, 1988, p. 263).

É possível assinalar, mediante o trecho acima, que o papel principal da medicina social, tão bem concretizado pela ação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs),

consistia em preservar, recuperar e aumentar a capacidade de produzir do trabalhador, enquanto proprietário de uma única, porém valiosa mercadoria, a força de trabalho; logo, sua saúde física e mental era situada como seu único capital com o qual devia concorrer para o desenvolvimento nacional. Nessa acepção, o Estado Novo intensificava sua intervenção na sociedade civil, seja no plano ideológico – através da exaltação do trabalho como fonte de progresso da pátria – ou ainda no plano material – por meio de serviços atinentes à alimentação saúde, habitação e educação da população.

Assim, as assistências médicas e previdenciária, centradas na lógica setorial (corporações), emergem sob a forma de seguro, de sorte que a garantia do acesso aos serviços de saúde é feita com pagamento mediante desconto compulsório, ao mesmo tempo em que se estrutura um sistema urbano de assistência, quando a maioria da população era rural²⁰. Na área urbana, a assistência atinge somente a força de trabalho e, dentre os trabalhadores, favorece aos que estão vinculados aos pólos dinâmicos de acumulação capitalista. Em paralelo à medicina previdenciária, havia o setor da saúde pública, centrada no atendimento de indigentes e na realização de campanhas sanitárias. A saúde assim estruturada concorre para o modelo de regulação social denominado por Santos (1979) como *cidadania regulada*, sendo que tal padrão se manteve praticamente inalterado até o final dos anos 80 (Elias, 2004).

O processo de privatização dos serviços de saúde, iniciados nos anos 30 e 40, através da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde - que teve sua maior expressão no INPS, na década de 1960 – se constituía em um potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor. Isto porque a criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAP's. Desse modo, na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, houve uma enorme capitalização dos recursos financeiros. Esta situação revela a histórica organicidade da relação Estado/saúde em prol dos interesses dos produtores privados, pois ao Estado restou a função de organizar a clientela, financiar a

²⁰ Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema previdenciário anos mais tarde, quando foi promulgada a lei 4.214/63, que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

produção de serviços e subsidiar o investimento privado para o recrudescimento da capacidade instalada (Cohn, 1995; Elias, 2004).

Em linhas gerais, é este o processo histórico e político que introduziu precocemente a privatização do sistema de saúde brasileiro com a conseqüente estruturação da produção de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos. Este modelo, afirmam Bravo & Matos (2009), será radicalizado pela política de saúde desenvolvida com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica ortodoxa.

Os anos 80 são caracterizados por uma vultosa proliferação da medicina privada, fomentada por um conjunto de inovações financeiras. Tais novidades expressaram outros modos de financiamento dos serviços de saúde que fortaleceram o acesso privado: i) planos privados individuais de saúde; ii) planos de seguro de grupo com participação financeira de empresas privadas; iii) caixas próprias de empresas estatais. Assiste-se, de fato, a uma valorização da assistência médico-hospitalar, em detrimento do serviço ambulatorial, ou seja, da atenção primária e de caráter preventivo. Deixemos Polignano explicar o grassar do setor privado:

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 64, tendo recebido neste período vultosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizarem uma nova base estrutural. Deste modo foi concebido um subsistema de atenção médico supletiva composta de cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração (...) *Este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde.* Enquanto, isto, ao subsistema público compete atender a grande maioria da população em torno de 120.000.000 de brasileiros (1990), com os minguados recursos dos governos federal, estadual e municipal (POLIGNANO, s/d, p. 21).

Todavia, simultaneamente ao processo de modernização da saúde privada e a precarização da saúde pública e respectiva tensão causada por tal situação, dá-se a

organização de um movimento pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Segundo Gerschman (1994), desse restrito grupo fizeram parte professores universitários, intelectuais e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), grupo que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar. Denominado *Movimento pela Reforma Sanitária*, estudos datam-no de meados dos anos 70, a partir da criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde. No âmbito acadêmico, este fenômeno representou transformações na percepção e na busca de novos caminhos para a compreensão da saúde²¹. Afirma a referida autora que o movimento reformista nacional foi influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária italiana e desempenhou, também, um papel relevante em organismos internacionais, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), e nas experiências alternativas de saúde que foram executadas em alguns municípios brasileiros na década de 70²². A partir da abertura política, alguns dos principais protagonistas passaram a ocupar espaços importantes nos aparelhos institucionais de saúde na esfera do governo federal, bem como nos governos estaduais e municipais. Acerca da reforma sanitária, Gerschman afirma:

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doenças. Profundas transformações são necessárias na política de saúde para que isto se efetive. Assim, as políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram: a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e, por último, a readequação financeira do setor (GERSCHMAN, 1994, p.51).

²¹ Silvia Gerschman explica: “No âmbito acadêmico, a constituição do projeto reformador teve seu primeiro impulso na década de 70, com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de Medicina, a partir de onde se difundiu o pensamento crítico da saúde” (1994, p. 50).

²² Além dos aspectos acadêmico e institucional, não podemos esquecer o movimento de saúde da zona leste, a exemplo de muitos outros, que foi criado para dar voz, por meio da ação popular organizada, aos que não tinham espaço e oportunidade para expressar suas necessidades básicas. Auxiliados por um grupo de jovens médicos sanitaristas e pelo núcleo da Pastoral Operária que atuava a partir da igreja de São Mateus (SP), um grupo de donas de casa, ao se darem conta da ausência crônica do Estado na prevenção e assistência médica, resolveu substituir a ação solidária assistencialista, pela criação de um movimento de caráter reivindicatório, na medida em que a carestia passou a ser vista como negação de um direito que provoca uma luta para conquistá-lo (Sader, 1995).

Em que pese a diversidade de estratégias propostas para a conformação do movimento da Reforma Sanitária, todas elas apresentaram a cidadania como elemento comum. No plano político-ideológico, afirma Cohn (1999), a Reforma Sanitária carregou em seu bojo posições antagônicas, que somente após a materialização da Constituinte viriam à tona. Particularmente, as posições conflitantes vieram à luz a partir da realização do propalado VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando a saúde fora trazida para a arena de um amplo debate político.

Esse novo olhar sobre a saúde se mostrou absolutamente necessário, dado que concomitantemente ao crescimento estrondoso da medicina privada, os anos 80 foi palco de uma aguda crise financeira da previdência social, que acometeu sobremaneira o setor da saúde (Cohn *et alli*, 1991). Nesse contexto, ante as ameaças de drásticas restrições dos gastos previdenciários com assistência médica, vêm a público propostas para o fortalecimento do setor público de saúde e uma nova forma de remuneração na compra dos serviços privados de assistência médica. O PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) propôs a reestruturação da rede pública de serviços de saúde com o propósito de sua universalização e racionalização. Tratava-se de converter a renda básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, permutando assim a característica hospitalar do atendimento. Outro bom exemplo surgido deste primeiro foi o Plano Conasp, que previa convênios trilaterais entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Por fim, em 1983 foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Ministérios da Previdência, da Saúde e da Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações preventivas, curativas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por Estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (Polignano, s/d).

O conhecimento e a tentativa de implantação em âmbito nacional desses programas deixaram dois traços marcantes: ao tempo em que provocou forte reação do setor privado e dos médicos, as AIS foram interpretadas pelos “reformistas” como estratégia central para a conformação do Sistema Único de Saúde no país, proposta já formulada em 1978 (Cohn, 1989). Outro modelo decorrente daqueles acima citados foi o SUDS (Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde), que vigorou de 1987 a 1989. Essa nova proposta previa, do mesmo modo que as AIS, financiamento tripartite – federal, estadual e municipal – e o reforço da autonomia desses últimos em dois níveis na gestão da saúde. Segundo Souza (2003), sob vigência deste modelo, as mudanças ocorridas na esfera federal tiveram como executores os estados. Essa questão é importante para a discussão do processo de divisão de responsabilidades ocorrida durante a implantação do SUS. As iniciativas apresentadas demonstraram que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde descentralizado e com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei nº 8.080, que instituiu o SUS. Na outra ponta do espectro político, formou-se um bloco radicalmente contrário às formulações ligadas ao movimento da reforma sanitária. Segundo Bravo & Matos (2009), um grupo representante do setor privado, capitaneado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais), defendia (uma ainda maior) privatização dos serviços de saúde, e rechaçava qualquer tipo de democratização do acesso e descentralização com controle social.

Paralelamente às experiências realizadas pelos governos estaduais, pululavam reuniões e encontros de entidades ligadas à saúde pública, seja em âmbito, estadual ou municipal, a fim de discutir questões teóricas, relacionando aspectos políticos e sanitários, e questões práticas, como a busca e a consolidação de novas tentativas. Um momento relevante para a organização da Reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com discussão e aprovação do documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, aduzido pela diretoria nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), baseado em estudo elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Entretanto, os passos definitivos para a conformação dos preceitos e das práticas da Reforma Sanitária foram cumpridos na VIII CNS (Conferência Nacional de Saúde), realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, após conferências preparatórias efetuadas em todos os estados da Federação. Foram

debatidos entre os participantes os seguintes temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor²³.

O ponto que suscitou maior discussão entre os participantes foi a natureza do novo sistema nacional de saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta referente à estatização imediata foi prontamente rechaçada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. A definição sobre a natureza do sistema nacional de saúde, se estatizado ou não, foi uma das principais discussões no decorrer do evento. Segundo Campos (2007), “optou-se por não haver nacionalização ou estatização de hospitais privados ou filantrópicos. Para assegurar atenção hospitalar e especializada aos usuários, o SUS manteve a política de compra de serviços, mediante convênios, ao setor privado. Este acordo, provavelmente, atenuou a possibilidade, verificada em outras reformas sanitárias, do setor hospitalar e de parte importante da categoria médica opor-se ao SUS” (p. 1870). Nesse sentido, pode-se falar que a opção se deu pela intenção de se formar uma frente ampla pela constituição do SUS.

Em qualquer cenário hipotético, ficou claro que a participação do setor privado deveria se dar sob o caráter de serviço público “concedido”, sendo o contrato regido sob as normas do direito público. Outro tema deveras polêmico relacionava-se à separação da Saúde e da Previdência. O entendimento majoritário foi de que a previdência social deveria se encarregar de ações próprias do “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue ao nível federal e a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que completasse esse orçamento da saúde, a previdência social deveria destinar os recursos despendidos com o INAMPS para o novo órgão, retraindo-os paulatinamente, na medida em que novas fontes grassassem.

Vale assinalar que, no mesmo texto, aprovou-se a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço

²³ Vale dizer que desse encontro recusaram-se a participar os representantes do setor privado de saúde, não reconhecendo ser essa uma esfera legítima de debate, como igualmente foi pequena a participação do legislativo – além da ausência de partidos políticos que, ao menos em princípio, como foi o caso do PCB, compartilhavam das idéias reformistas (Cohn, 1989).

institucional, separando totalmente a saúde da previdência e incorporando-os, possivelmente, ao orçamento global da União. Na própria conferência, já se vislumbravam barreiras e obstáculos objetivos e subjetivos para a concretização da Reforma Sanitária. Foram aprovadas moções de que as Ações Integradas de Saúde (AIS) não deveriam adiar a implantação do SUS; o financiamento e a discussão da operacionalização ainda teriam que ser melhores analisados, embora se recomendasse a constituição de um orçamento social que englobasse os recursos destinados às políticas sociais nos diversos ministérios e dos diversos fundos sociais, cabendo, contudo, à organização de fundos únicos de saúde, nos três níveis da Federação. Além disso, propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde - a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo, iniciou-se uma estratégia para a implantação do SUS, com a iniciativa, por sinal, questionada por segmentos do Movimento Sanitário e do SUDS, de que o INAMPS deslocaria seus hospitais, ambulatórios e superintendências regionais para o âmbito dos estados (Secretarias Estaduais da Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde).

Os debates e recomendações que se seguiram à VIII CSN contribuíram para três graus de ação política e técnica da Reforma Sanitária: a luta pelo texto da saúde no capítulo da ordem social da Nova Constituição, os movimentos táticos e a mobilização da sociedade para a ampliação das bases sociais do Movimento Sanitário. De acordo com Cordeiro (2004), uma das proposições para a constituição de um estratagema para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços esteve baseada na necessidade de granjear apoios favoráveis a mudanças, a partir de ações administrativas e institucionais, que representassem melhorias objetivas na organização dos serviços e no atendimento à população. As estratégias intermediárias se expressaram, até 1986, nas AIS e, após 1987, pela substituição dessas pelos Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde (SUDS). Dessa forma, ao passo em que se instalava a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, principiou-se a implantação do SUDS, através de convênios com secretarias estaduais de saúde e destas com as municipais, conformando um novo espaço para debates acadêmico e político e, conseqüentemente, demarcando o espaço conquistado pelo movimento da

Reforma Sanitária. Passamos agora para a implementação da saúde enquanto direito social e dever do Estado.

1.6 - A Constituição de 1988 e a conquista de um novo modelo para a saúde

O cenário político-econômico do fim dos anos 80 apresentava diversas forças antagônicas que buscavam ser hegemônicas em suas esferas de poder. No plano político, a Reforma Sanitária, movimento organizado e representado por uma gama de profissionais, mostrou vigor e astúcia política para levar à prática as deliberações embasadas em alguns anos de intermináveis discussões, que visaram uma alternativa ao modelo de sistema de saúde vigente. Para Bravo & Matos (2009), “a vitória das proposições da Reforma Sanitária deveu-se à eficácia da Plenária Nacional de Saúde, por sua capacidade técnica, à pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades” (p. 33).

Consumada a vitória, destacamos que, pela primeira vez nas Cartas Constitucionais brasileiras, foi apresentada uma seção específica para a saúde, consagrando-a como direito do cidadão e dever do Estado. O esforço reformista também foi capaz de consagrar princípios que deveriam nortear o SUS: universalidade, equidade, uniformidade e equivalência e irredutibilidade do valor dos benefícios, gestão democrática descentralizada e participativa. Apesar do feito, a institucionalização desse novo paradigma para o setor da saúde encontrou enormes conflitos e dificuldades ao se confrontar com a realidade do acelerado processo de mercantilização da saúde como tendência mundial. No Brasil, além da histórica privatização do setor, mediante a compra dos serviços privados por parte do Estado, esse movimento se expressou no veloz incremento do sistema privado de saúde a partir dos anos 90²⁴ (Vianna Apud Elias, 2004).

²⁴ Citamos a criação da Lei 9.656/98, norma reguladora da saúde suplementar no Brasil, que fomentou a expansão desenfreada dos planos de saúde privados. Dados de 2005 apontam para a existência de 2.129 operadoras ativas cadastradas na Agência Nacional de Saúde (ANS), destas, 718 são empresas de medicina de grupo, 432 de Odontologia de grupo, 367 Cooperativas Médicas, 316 empresas de autogestão, 162 Cooperativas Odontológicas, 108 Filantrópicas, 14 Seguradoras Especializadas em Saúde e 12 administradoras. A receita total advinda da contra-prestações do conjunto dessas operadoras alcançou, no ano de 2004, a marca de R\$ 31 bilhões (SILVA, 2006).

A nova carta constitucional trouxe alguns aspectos notáveis, como a introdução do conceito de seguridade social. Ao utilizar esse termo em sua redação, impôs-se uma transformação ao sistema de saúde brasileiro, uma vez que não só reconheceu a saúde como direito social, mas também erigiu um novo modelo para a organização estatal do setor. Esse novo marco referencial está expresso, sobretudo, nos seguintes artigos: no *artigo 196*, o qual assegura que o direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento; e o *artigo 198*, que determina como diretrizes para a organização do SUS, como o atendimento integral, a descentralização, a participação comunitária através do controle social²⁵ e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único. Em contraposição às conquistas consagradas no texto constitucional, o Banco Mundial, de acordo com o Rizzotto (2000, p. 167), declarava preocupação com os novos direitos que entendia ser “fruto de propostas idealistas que visam a uma rápida passagem para um sistema de prestação de serviços de alta qualidade para todos, de acordo com sua necessidade”. Se antes era uma preocupação, em documento oficial posterior dá-se uma implícita recomendação para o não cumprimento da Constituição Federal: “A crescente expectativa da população em relação a um compromisso público aberto e descentralizado de oferecer assistência médica a todos os cidadãos deverá forçar uma retração ou diluição do compromisso assumido pelo governo”. Além disto, à mesma época, o aludido órgão recomenda a descentralização de responsabilidades para instâncias não governamentais, desresponsabilizando o Estado da execução direta dos serviços de saúde, mas repassando recursos públicos para subsidiá-los, além de reforçar a linha de contratação de serviços de terceiros no mercado (Correia, s/d).

A iniciativa privada, como explica o *artigo 199* da Constituição Federal, pode participar do SUS em caráter *complementar*, mediante contrato de *direito público*. Vale

²⁵ De acordo com Bravo & Matos (2009): “a categoria controle social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, de maneira que se compreenda que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade” (p. 33).

salientar que o texto constitucional vetou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas sem fins lucrativos, bem como a participação e empresas e capitais estrangeiras na assistência à saúde.

Além desses pontos, foi proibida a comercialização da coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, além de tecidos e órgãos. Acerca do financiamento, este seria em parte realizado pela seguridade social, mediante recursos provenientes de contribuições sociais e de recursos dos orçamentos da União, estados e municípios, fixando-se 30% do montante da seguridade, até a que a Lei Orgânica da Saúde fosse aprovada (Draibe, 1997).

A adoção de tais medidas visou a instituição de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário que rompesse definitivamente com o *modelo corporativista*, buscando substituí-lo por um *modelo redistributivista*. A universalização descrita na carta constitucional, na medida em que incluiu grupos sociais que não contribuíram diretamente para o financiamento do sistema, é fruto da absorção gradativa de novos segmentos sociais através do esforço político dos movimentos da saúde.

A proposição incorporada no texto constitucional propiciou a diversificação das fontes financiadoras, mas não a separação do custeio para a saúde, previdência e assistência, que se denominou Seguridade Social. Seu orçamento foi composto a partir das seguintes fontes de financiamento: Contribuição Social sobre Folhas de Salários dos Empregados e Empregadores e Trabalhadores Autônomos; a Contribuição para o financiamento da Seguridade Social (COFINS); a contribuição sobre o Programa de Integração Social (PIS) e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), que recaindo igualmente sobre o faturamento, foram vinculadas somente ao Ministério do Trabalho, passando seus recursos a formar o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (Gouveia, 2000).

Devido à não especificação da porcentagem do orçamento para cada setor, o próprio mecanismo de repasse e a primazia dada ao pagamento dos benefícios previdenciários fez com que o setor da saúde fosse financiado com as sobras do atendimento a esses benefícios. Com relação ao custeio dos Estados e municípios, não houve uma definição clara de

critérios, devendo ser regulamentada por leis complementares, feito pelas Leis n.º 8.080/90 e 8.142/92. A primeira delas estabeleceu condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em seu artigo 33 dispõe que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos Conselhos de Saúde de cada Estado e município²⁶ (Salvador, 2010).

A descentralização político-administrativa inscrita Constituição de 1988 busca tornar o município gestor administrativo e financeiro do SUS. As críticas ao modelo vigente durante a Ditadura militar, como a centralização decisória em nível federal, o bloqueio à participação social e política e a fragmentação institucional, serviram de parâmetro a constituição dos princípios da descentralização. Nesse sentido, para seu pleno funcionamento, este processo tem como pressupostos:

- Combinar transferências dos níveis locais para as centrais, além de competências, mas também de recursos financeiros e físicos;
- Cabe ao governo Federal a responsabilidade por ações transestaduais no setor da saúde pública e as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e apoiar financeiramente os Estados e municípios a efetivar os intentos do Plano Nacional de Saúde;
- Aos Estados compete executar ações transmunicipais além das vigilâncias, a organização de suprimentos básicos, como medicamentos e no que tange ao financiamento, repassar recursos para os níveis municipais demarcando os critérios que deveriam ser usados para tal repartição dos custeios;

²⁶ Os recursos para Estados e municípios são repassados através dos seguintes mecanismos: i) Fator de Incentivo ao desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDESP), adicional criado para os Hospitais Universitários, o qual seria um estímulo a atividades em serviço, especialmente para os estabelecimentos que desenvolviam programas de pós-graduação e residência médica; ii) Autorização para Internação Hospitalar (AIH) com ressarcimento feito diretamente à unidade de saúde pública ou privado; iii) Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que representa um valor *per capita* anual, hierarquizado por grupo de Estados, segundo a capacidade instalada e desembolso assistencial estimado para as atividades ambulatoriais; iv) Recursos para Investimento como o Programa de Investimentos em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e posteriormente a Unidade de Capacidade de Rede (UCR); v) Fator e Estímulo a Municipalização (FEM), que consista num repasse adicional de recursos, correspondente a 5% da UCA *per capita*, para os municípios que cumprissem certas exigências (Médici, 1994).

- Os municípios passam a ser unidades básicas de gestão e prestação de serviços de saúde, delimitando as formas de gestão, como a relação com os setores público e privado;
- Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde seriam relevantes órgãos de gestão, fiscalização e controle (Médici, 1994).

Deve-se deixar claro que, apesar da apresentação e conceituação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, isso significou tão somente um ponto de partida para uma conturbada relação entre SUS, Estado e economia – como veremos no próximo tópico. Antes, Elias (2004) nos mostra a situação:

“O SUS emerge completamente sitiado pela disposição da relação Estado/Sociedade nesse momento histórico. Encontra-se açoitado por novos e velhos problemas, como o acolhimento da mercantilização da saúde, caracterizada pela regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguros privados), e pela ineficiência social da máquina pública e por suas debilidades na regulação e área e setores estratégicos para a emancipação social” (Elias, 2004, p. 44).

1.7 - A investida neoliberal contra a saúde pública

Para as políticas sociais e o setor da saúde, o final do século XX brasileiro se apresentou de forma hostil, dado que a agenda liberal se impôs a partir do ajuste fiscal do Estado, o que resultou em um violento subfinanciamento das políticas da área social. A situação descrita refletiu naquele que seria um momento decisivo para organização do SUS, a implementação da Lei Orgânica de Saúde. Segundo Cordeiro (2004), foi uma conjuntura que se caracterizou por recuos, composições entre as forças de pressão entre diversas correntes ideológicas, com desafios renovados à práxis do movimento sanitário. Os Ministérios da Saúde e da Previdência entraram em rota de colisão com anteprojetos distintos, encaminhados à Presidência da República de forma independente. Assim como ocorrera em um passado pouco distante, os pontos controversos da lei foram mediados pelo Chefe do Estado ou levados para novas negociações. Nesse sentido, a protelação das decisões fez com que elas só fossem levadas a cabo no início dos anos 1990, às vésperas da posse do presidente Fernando Collor de Mello.

Embora o financiamento da saúde pública brasileira tenha sido prevista, tanto na Constituição Federal, quanto em suas leis próprias, a herança privatista do setor e o ajuste fiscal imposto durante os anos 90, constituíram uma barreira ao desenvolvimento do SUS. Apesar de autores como Marques & Ugá (2005) apontarem que não houve uma retração do aparelho do Estado no campo da produção de serviços de saúde, o ajuste macroeconômico imposto afetou o SUS drasticamente através da contenção de recursos para a política de saúde, agravada pelos recorrentes contingenciamentos dos recursos alocados no setor, gerando uma crise de financiamento do SUS. No que tange ao orçamento da Seguridade Social, este foi sendo subvertido e minorado, ora desviado para áreas alheias a sua destinação original, ora tendo seus recursos subtraídos pelo Fundo Social de Emergência, embrião da DRU. Nesse sentido, apesar do que está exposto nos parágrafos referentes aos direitos sociais na Constituição Federal de 1988, o SUS nasce acossado tanto pelo setor privado (lucrativo e não-lucrativo), quanto pelo ajuste fiscal, causa principal do subfinanciamento. Para ilustrar esta realidade, recorreremos ao trabalho de Castro *et alli* (2003), pesquisadores do IPEA, que demonstraram que enquanto a população e a demanda cresceram substancialmente nos anos 90, o nível dos recursos federais repassados ao setor da saúde ao longo dos dois mandatos do governo FHC (1995-2001) se manteve no mesmo patamar (R\$ 23 bilhões/ano). Ademais, vale registrar que ao final de 1995, o Gasto Social Federal (GSF), que constitui todos os gastos com as políticas públicas governamentais, como é o caso da previdência social, educação e cultura, saneamento, dentre outras, representava 69,6% do gasto total da Despesa Financeira do mesmo ano; no ano de 1998, o GSF representava impressionantes 37,7% em relação ao valor total gasto com a Despesa Financeira; por fim, ao cabo do ano de 2001, o GSF brasileiro era equivalente a 52,9% do gasto da Despesa Financeira.

Se a questão do subfinanciamento nos parece claro, isto é, forjou-se a necessidade de *superávits primários*, de forma a deslocar verbas da saúde para outras áreas, o aspecto relacionado à ação e os interesses do setor privado se explica a partir da lógica de que este setor está presente em estruturas que proporcionam maior lucro: são as estruturas de alta complexidade, que exigem maiores investimentos e que são mais lucrativas. Por outro lado,

em ações preventivas, menos lucrativas, como é o caso das campanhas sanitárias ou postos de saúde, não há interesse, restando ao Estado promover o serviço. Nesse sentido:

A presença do setor privado na venda de serviços ao SUS resultou numa dinâmica ainda mais perversa por parte de diversos estados. Tendo em vista que o setor privado poderia oferecer os serviços e diversas prefeituras assumiam o desafio de ampliar a capacidade própria de atendimento em saúde, os estados reduziram seu papel, abdicando de funções que a estrutura do sistema lhes reservava. As ações de média e alta complexidade tiveram comportamento ímpar. O grande interesse pela rentabilidade e possibilidade de arbitragem de clientela pelas entidades privadas, entre a prestação de serviços ao SUS, aos planos de saúde e mediante pagamento, acabaram fazendo o Estado abdicar dessas ações a deixar o caminho livre para as entidades privadas com fins lucrativos e as entidades filantrópicas, nas quais o lucro também foi um objetivo em vários casos, em que grupos privados exploravam os equipamentos (BIASOTO JR apud SILVA, 2006, p. 43).

Segundo Cordeiro (2004), a consubstanciação do SUS requer a existência e instrumentos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde²⁷. Em que pese a visão positiva de muitos autores acerca desse processo de descentralização da saúde, o governo FHC foi capaz de subverter esta noção, posto que é múltipla: em paralelo à noção de que a descentralização significa o aumento do poder da periferia em detrimento do poder central, a estratégia do governo priorizou a descentralização associada à privatização ou à delegação, buscando-se repassar as atribuições do Estado à entidades privadas, como é o caso da medicina privada ou das entidades do “terceiro setor” - como ONGs ou entidades filantrópicas. Mais especificamente, estas duas últimas hipóteses retratam a situação em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais, que continuam com financiamento e regulação estatais. Cabe salientar também que, no caso do SUS, muitas vezes a desconcentração foi priorizada em relação à descentralização. Segundo Mendes (2001), a primeira consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório. Trata-se de repassar a capacidade decisória a um ente de escala inferior, sem proporcionar a ele autonomia e poder decisório.

²⁷ Para Mendes (2001), o conceito de descentralização ganhou força nos países do primeiro mundo, como parte de uma estratégia de resposta à crise dos Estados de Bem-estar social. Embutido em um conjunto mais amplo de reformas econômicas, a descentralização surgiu como uma alternativa de racionalização de um aparelho de Estado amplo, centralizado e onipresente.

Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) passaram a representar mecanismos fundamentais para a concretização do princípio da descentralização, estabelecido na Constituição e na legislação do SUS. As NOBs representaram instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam especificamente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de deslocamento de recursos federais para Estados e municípios. Segundo Levcovitz *et alli* (2001), esses elementos serviram de fundamentação para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário relativamente centralizado. Vale dizer que os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo foram peças essenciais da política de saúde, pois atuaram como definidores da partilha de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera do governo no sistema de saúde.

Ao longo dos anos 90, tivemos a edição de três NOBs SUS – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 – que trataram de outros aspectos da organização do sistema de saúde, além do citado anteriormente²⁸. A NOB 91 conteve três proposições principais:

- A uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, incluindo os universitários e filantrópicos;
- A criação e ampliação de sistemas de informações informatizados e centralizados, que permitiriam acompanhar a produção e o desempenho dos serviços e saúde das esferas Estaduais e municipais, bem como auxiliar a instalação de mecanismos de controle e análise;
- A decisão de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento e o estabelecimento do rumo a ser seguido pelos sistemas de saúde locais (Médici, 1994).

Segundo Polignano (s/d) e Marques & Ugá (2005), o projeto de descentralização do período Collor de Mello representou uma estratégia de *municipalização tutelada*, com

²⁸ “Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do Ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS (...) portanto, deve-se ressaltar o caráter transitório desse tipo de mecanismo, que pode ser reeditado ou substituído por outro à medida que o processo de descentralização se adianta, permitindo a atualização das regras em diferentes fases de implementação do SUS” (Levcovitz *et alii*, 2001, p. 271).

grande poder normativo e de alocação de recursos pelo governo federal, ainda no modelo convencional de transferências financeiras, através de critérios pouco transparentes, além do pagamento direto do MS/INAMPS por procedimentos realizados, com tratamento similar para os serviços público e privado. Nesse sentido, tal alteração transformou os prestadores públicos – Estados e municípios – em meros vendedores de serviços para a União. O que estava previsto para ser uma parceria se transformou em uma relação de compra e venda, configurando um movimento de recentralização (Levcovitz *et alli*, 2001). Ademais, outros críticos do período identificam como corolário a redução da capacidade de planejar e ordenar os serviços de alta complexidade pelos Estados e de prestar cuidados nas regiões onde os municípios não estivessem organizados de maneira suficiente para a assunção das ações básicas e garantir a resolubilidade dos serviços.

Se levarmos em conta o período do governo de Collor, notamos que a descentralização *per se* não apenas é insuficiente para a concretização das demais diretrizes do SUS, mas também que seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos importantes para a consolidação do sistema, como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor da saúde aos valores democráticos. Vale salientar que, conquanto a medida tenha provocado muitas críticas e desaprovações, muitos municípios aderiram a esta norma, tendo assinado o convênio 1.074 municípios, até o final de 1993.

A formulação da NOB 93 ficou marcada por eventos associados à política de saúde no princípio da década de 90: o movimento ascendente da municipalização, as críticas e dificuldades no processo de descentralização da política de saúde, e o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde. De acordo com Levcovitz *et alii* (2001), o encontro se caracterizou por seu conteúdo municipalista ante as discussões dos grandes temas macroeconômicos e macropolíticos no setor da saúde. O painel traçado na ocasião sinalizou para que o processo de municipalização das ações e serviços de saúde ainda se encontrava em estágio incipiente, seja do ponto de vista dos mecanismos de transferência de recursos financeiros federais necessários para o custeio do sistema de saúde local, seja sob o aspecto do robustecimento da capacidade gestora. Nessa acepção, ponderamos que os municípios,

em boa parte dos Estados, receberam funções de execução de ações e serviços de saúde sem a garantia dos instrumentos e recursos necessários às mesmas.

Nesse sentido, a instituição da NOB 93 deixou claro que seus propositores reconheceram a necessidade de uma estratégia de transição para um modelo de descentralização pelo do sistema de saúde. Para isso, regulamentou-se e estipulou-se condicionalidades à execução descentralizada do SUS, por intermédio da criação de níveis transicionais crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades financeiras distintas. Ascendência aos níveis de gestão aconteceria *pari passu* ao comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada através da realização de certos parâmetros preestabelecidos pela norma. Apesar de redimensionar o poder de interferência dos Estados na orientação da política de saúde, a NOB 93 não sinalizou para soluções acerca da configuração de novas funções para as instâncias Estaduais no sistema de saúde, nem delimitou e garantiu os recursos e instrumentos necessários a sua implantação.

A partir de janeiro de 1998, o sistema de saúde brasileiro foi submetido a uma profunda reestruturação, com a entrada em vigor de uma nova regulamentação, a NOB 96²⁹. O documento confeccionado para a NOB 96 foi intitulado “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” e com a citação dos marcos legais que a nortearam, ou seja, os princípios e diretrizes consubstanciadas na Constituição Federal e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Portanto, reafirmaram-se, ao menos formalmente, os elementos constitutivos da universalidade, da equidade, da integralidade da assistência e da responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos (Barreto Junior & Silva, 2004). Os objetivos gerais da NOB 96 podem ser assim resumidos:

- Promoção e consolidação do pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva definição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União;

²⁹ A NOB 96 foi publicada em novembro de 1996, mas sua implementação efetiva, como citado no texto, só teve início em janeiro de 1998. No entanto, entre 1997 e 1998, o MS editou uma série de portarias com o objetivo de estabelecer alterações, medidas e parâmetros necessários a sua operacionalização (Levcovitz *et alii*, 2001).

- Caracterização da responsabilidade sanitária de cada gestor seja na prestação de serviços ou na garantia da transferência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- Reorganização do modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- Aumento da participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a municípios e implementação dessa modalidade de transferências aos Estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- Estabelecimento de vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela saúde, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela (Levcovitz *et alii*, 2001).

A despeito da importância da reafirmação desses princípios, a mais significativa diretriz da NOB 96 consistiu na responsabilização dos municípios pela gestão da política de saúde, como atesta o documento oficial:

“A presente NOB tem por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder municipal e do Distrito Federal, da função de gestor de atenção à saúde de seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (...) Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal” (Ministério da Saúde, 1997).

Dentre as mudanças definidas pelo Ministério da Saúde por meio da edição da NOB 96, destacamos a alteração nos modelos de gestão municipal de saúde. A nova normatização extinguiu os três modelos até então vigentes e criou duas novas categorias de gestão às quais os municípios deveriam se habilitar. Os modelos diferenciaram-se ante as responsabilidades que passariam a ser atribuídas ao gestor municipal. Os dois novos modelos foram: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GSPM)³⁰. Uma inovação se fez presente a partir da constituição do PAB (Piso de Atenção Básica) em 1997 que consistiu em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos da atenção básica sob responsabilidade municipal –

³⁰ O modelo GSPM era mais complexo e exigia maior capacidade do município em geri-lo do que o padrão GPAB, mas em ambos os formatos, transferiam-se uma significativa parcela da responsabilidade pelas condições de saúde das populações para os municípios (Ugá *et alii*, 2003).

tais como vacinação, consultas médicas, etc – transferido de forma regular e automática aos municípios habilitados com base na sua população (Monnerat *et alli*, 2008).

Juntamente com o PAB, outros programas básicos foram instituídos, como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa e Agentes Comunitários da Saúde (PACS). De acordo com o documento editado pelo Ministério da Saúde, o primeiro consiste na criação de equipes de saúde em regime de dedicação exclusiva para que exerçam a atenção a uma comunidade, priorizando ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. Ainda de acordo o mesmo documento, o objetivo geral do PSF “é reorientar o modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. Além deste objetivo geral, o mencionado documento elenca outros seis objetivos específicos, como prestar assistência integral em domicílio, humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença (Ministério da Saúde, 1997, p. 10).

No caso do PACS, este tem por objetivo melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde individual e da saúde de sua comunidade, transmitindo-lhe informações e conhecimentos.

Para além das problemáticas constituídas no processo de descentralização, como o fato de que os principais avanços do processo de descentralização – sob diversas variáveis – podem ser encontrados em localidades mais desenvolvidas – sobretudo nas regiões Sudeste e Sul –, circunstância que acabou por determinar uma nova desigualdade entre municípios ricos e pobres, a proposta do governo Cardoso para esse tema se mostrou distinta do que havia indicado o movimento da Reforma Sanitária. A nova sistemática distributiva, apesar de igualar valores *per capita* para o financiamento de atividades ambulatoriais consideradas básicas, não considerou as desigualdades inter-regionais, tanto no que se refere às necessidades existentes, quanto aos modelos assistenciais das diferentes regiões. A implementação do PAB aparentemente corrigiu parte das desigualdades na alocação de recursos, porém ensejou vários outros problemas, tais como a necessidade de

redimensionamento da variável populacional, no caso das regiões com maior cobertura dos seguros privados; a redefinição do valor *per capita* segundo necessidades, e não fixação de um único valor nacional; a consideração de uma clara definição do “pacote” de atenção básica a ser ofertado e da estrita regulação sobre o setor privado, com exigência de ressarcimento de gasto (Ugá et alli, 2003).

Segundo o trabalho Barreto Júnior & Silva (2004), a instituição do Programa Saúde da Família significou uma reorientação na política de saúde, permitindo que ações sanitárias focalizassem os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde, aumentando a cobertura essencial. Segundo o próprio documento oficial, “o governo reafirma que este não é mais um programa a ser instalado na rede pública de serviços, não é uma assistência precária para os pobres, mas sim a intenção de investir na Atenção Primária, na prevenção e promoção de saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade. Seu objetivo maior é que o PSF seja a porta de entrada do sistema de saúde” (Ministério da Saúde, 1997, p. 14). De acordo com Draibe (2002), entre as novidades introduzidas por este programa, duas delas representaram, senão um avanço, pelo menos uma correção de insuficiências do SUS: a “adscrição territorial da clientela” e a opção pela “unidade familiar” como unidade de referência³¹. Todavia, para Noronha e Santos (2001), o PSF, mas não somente ele – representou o início da perda da dimensão integradora das políticas de saúde, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão *focalista* onde o local é privilegiado como único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e acordes às necessidades da população. Em paralelo a essas ações, vale registrar a similitude entre estas e as proposições feitas por documentos do Banco Mundial no decorrer dos anos 90. Segundo Rizzotto (2000), as propostas do referido órgão internacional foram: i) redução dos investimentos públicos no

³¹ Segundo Teixeira (2008), é sabido que este tipo de programa, implantado em diversos países, atinge alta resolutividade, no sentido de investir no privilegiamento da atenção ao nível primário de assistência, reduzindo, conseqüentemente, o fluxo ambulatorial e, mais ainda, o hospitalar. Contudo, no caso brasileiro, a mesma autora problematiza o programa: “O PSF, por suas características específicas na *seleção* de suas equipes, ao não promover concurso público para execução de uma política financiada e administrada pelos cofres e gerentes públicos, não aumenta o risco de favorecer mais a relação de apadrinhamento, clientelismo e subordinação presentes na cultura nacional? As instituições públicas (e não organismos) devem reproduzir o modelo de mercado, ao não oferecer segurança e um ambiente de trabalho menos competitivo, mais solidário, menos estressante? Os salários diferenciados entre as categorias de nível superior, sendo maiores para a categoria médica, não contradiz a proposta teoricamente democrática do programa?” (p. 240-241).

campo da assistência médica; ii) focalização dos serviços públicos às populações pobres; iii) ênfase nas ações preventivas, especialmente a redução fatores de risco; iv) estabelecimento de prioridades a partir de uma análise da relação custo/benefício; v) introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor de saúde. Se a estratégia neoliberal do governo FHC não logrou introduzir de forma cabal todas essas propostas – além de outras inscritas em diversos documentos e publicações -, notamos que algumas delas, como a focalização das ações e as reformas institucionais e no financiamento e a redução nos investimentos públicos no campo da assistência médica, foram efetivadas.

A reorientação da política de saúde, figurada nos dois programas – PSF e PACS – teria feito com que se retrocedesse a uma visão “comunitária” onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Subjacente ao processo de radicalização da municipalização, estaria o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma se encontram em um intenso processo de pauperização³². Nesse sentido, entendemos que a implantação de programas focalistas salientam a adoção das orientações de agências multilaterais, como nos explica Monnerat *et alli*:

Vários estudos têm salientado a forte influência dos organismos financeiros multilaterais, sobretudo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), na definição da agente de reformas na área social, dentre elas a da saúde. As proposições destas agências para a área da saúde assentam-se no diagnóstico da inadequação dos gastos sociais, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. Ao mesmo tempo, o Banco Mundial critica o modelo de assistência em saúde, que se basearia no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização do cuidado ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e pequeno gasto nas ações preventivas e de promoção à saúde. Neste quadro, as recomendações apresentadas pela agenda do Banco Mundial voltam-se para a adoção de medidas de racionalização e contenção de gastos para o setor, num contexto de aumento da demanda social em saúde (MONNERAT ET ALLI, 2008, p. 103).

O fato da entrada em vigor da NOB 96 ter se dado no começo do ano de 1998, data que as reformas aplicadas pelo MARE se fizeram sentir, não é uma simples coincidência. A assertiva se tornará clara, se levarmos em conta que o período aberto pelo governo Cardoso,

³² Em 2000, cinco anos após seu lançamento, a área de cobertura do PSF alcançava 22% da população brasileira, conforme Monnerat *et alii* (2009). Atualmente, cobre aproximadamente 60% da população.

como buscamos demonstrar ao longo desse trabalho, caracterizou-se pela promoção de alterações substanciais no processo de reformulação do sistema de saúde. De acordo com a pesquisa de Maria Rizzotto, a efetivação de políticas centradas no PSF e no PACS:

Parece querer reabilitar, para os pobres, um modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária em saúde, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas 'necessidades básicas de saúde'. Propõe-se, então, 'inverter o modelo', utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade. Parece que para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que têm acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno (RIZZOTTO, 2000, p. 243).

Buscamos demonstrar a forte relação entre as políticas neoliberais - sobretudo no que toca à política econômica restritiva, que influi centralmente no subfinanciamento da saúde pública - e a direção impressa pelo governo FHC nos anos 90 na contrarreforma no setor da saúde. Isto significa que propostas como descentralização, focalização das ações e do gasto público e privatização – que estiveram baseadas na política de ajuste fiscal -, deram o tom no referido setor, em detrimento das noções que deveriam nortear uma política de fortalecimento da saúde pública, inscritas no projeto articulado pelos grupos ligados à reforma sanitária. O melhor – ou pior – exemplo, dependendo da perspectiva que se analisa, conforme nos mostra Teixeira (2001), foi a tentativa frustrada do governo FHC de retirar do texto constitucional o caráter da saúde como um “dever do Estado”, permanecendo apenas “saúde como direito de todos”.

Se houve avanços no SUS – e houve, de fato -, não foi por conta das ações do governo, mas muito mais em razão da resistência de setores organizados, em especial aqueles ligados às universidades públicas comprometidos com a primazia dos princípios do SUS, além de movimentos populares que há muito defendem a saúde pública de ininterruptos ataques.

Capítulo 2 – O modelo das Organizações Sociais

2.1 – A origem das Organizações Sociais no Brasil

O modelo atual das Organizações Sociais (OS) é expressão de um contexto histórico marcado pelo predomínio das políticas neoliberais no decorrer da década de 1990 no Brasil. Em paralelo às medidas político-econômicas que buscaram abrir a economia para multinacionais e privatizar empresas estatais de sorte a transferir renda do setor público para o privado, a criação das Organizações Sociais tem o fito de diminuir a ação estatal em setores sociais. Isto significa dizer que, se de um lado o neoliberalismo, apesar do forte discurso ideológico, nunca relegou totalmente ao mercado alguns setores importantes para a acumulação de capital, como é caso dos setores financeiro e produtivo, de outro o discurso liberal se mostrou coerente no que toca aos setores sociais, como é a saúde pública. Assim, além de caracterizar um aprofundamento da visão neoliberal, estimulou a ação de empresas de planos de saúde e laboratórios privados a se enraizar cada vez mais na saúde pública, mas agora livres das “amarras” que o direito público impunha aos contratos e convênios realizados com entidades assistenciais estatais.

Criadas no segundo mandato do governo FHC, as Organizações Sociais representariam, de acordo com Bresser Pereira (1998), uma parceria entre o Estado e o setor privado filantrópico, capaz de administrar adequadamente instituições ligadas às áreas da saúde, educação, meio ambiente, cultura e pesquisa científica. Desse modo, os documentos oficiais formulados pelo ex-ministro Luiz Carlos Bresser Pereira e por sua equipe, além de intelectuais que apoiaram o projeto de reformar o Estado, apresentam o modelo das OS não como uma nova figura jurídica, pois estão inseridas no arcabouço legal das associações sem fins lucrativos, mas sim como um modelo capaz de prover mais agilidade e presteza ao ente privado para administrar os equipamentos de saúde pública e controle administrativo efetivo à Secretaria de Estado para regular o serviço prestado³³ (BRASIL, 1998). A definição exata do modelo, segundo documentos oficiais, é a seguinte:

Um modelo de organização pública não-estatal destinada a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de

³³ O tema da reforma do Estado e seus desdobramentos são trabalhados no segundo capítulo desta dissertação.

propriedade pública 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, p. 13).

Antes de analisar o modelo em si, é pertinente buscarmos suas raízes. Isto é, compreender qual é a inspiração político-ideológica da adoção das OS para administrar setores como a saúde e a educação. Se levarmos em conta somente os livros e artigos escritos por Bresser Pereira e intelectuais que gravitavam em torno dele nesta temática, veremos que a justificativa inspiradora para a adoção deste modelo é a crise fiscal do Estado e a “ânsia” pela participação e representatividade por parte da sociedade civil. Assim entendem Bresser Pereira e Nuria Cunill: “De um lado, a sociedade civil será tanto mais democrática quanto as organizações corporativas forem mais representativas. Entretanto, será ainda mais democrática na medida em que organizações de serviço público não-estatais, de defesa de direitos, e de prática do controle social logrem um maior desenvolvimento” (1998, p. 6).

Embora a dissociação entre o diagnóstico de crise do Estado e o prognóstico da reforma de cunho neoliberal seja buscada incessantemente, e uma das formas foi cindir o espectro político-ideológico entre governos e idéias liberais e sociais-liberais, o modo como a onda neoliberal arrebatou mentes nos faz pensar e questionar tal cisão. Aliás, tamanho foi o deslumbre com a idéia do mercado como regulador da vida em sociedade que alguns autores passaram a denominá-lo de pensamento único. Neste ambiente, sopesando questões geográficas, temporais e de intensidade, a maior parte dos países, em especial aqueles da América Latina, foram acometidos por projetos calcados nas idéias de privatização e de prover maior liberdade aos mercados.

Do ponto de vista externo, Bresser Pereira (1998; 2009) cita inúmeros países que realizaram suas reformas administrativas sob o auspício do gerencialismo neoliberal. Dentre eles, o autor cita Austrália, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido, além de outros

países europeus³⁴. Dos EUA, Bresser Pereira traz o exemplo das *chartered schools*. Segue o autor:

As comunidades constroem as escolas e o Estado as financia. Tais escolas, apesar da oposição dos sindicatos estaduais de escolas, estão se expandindo porque usam recursos escassos de maneira mais eficiente e proporcionam maior liberdade de escolha aos pais. O governo Clinton lhes deu um grande apoio como alternativa ao sistema de bolsas, o *voucher system*, que envolve suporte do Estado a escolas pagas³⁵. As *chartered schools* são escolas públicas, não só porque não têm fins lucrativos, mas também porque são totalmente gratuitas: suas despesas correntes são cobertas pelo governo. Mas elas são administradas ou por administradores escolhido pela comunidade ou por empresas privadas mediante a cobrança de uma taxa (BRESSER PEREIRA, 2009, p. 322).

Da Inglaterra, o ex-ministro resgatou o modelo que influenciou diretamente a constituição das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Brasil. Foi naquele país, no período pós-reformas iniciadas por Margaret Thatcher no princípio dos anos 80, que Bresser Pereira afirma ter tomado contato com os *Quangos* (*quasi autonomous non-governmental organization*). Apesar de pouco dissertar sobre a influência do modelo inglês na constituição das OS no Brasil, Paula (2003) e Le Grand (1991) estudaram o modelo com maior vagar. Segundo este último, são entidades privadas não lucrativas que gerenciam hospitais e escolas a partir do financiamento estatal, apesar de poderem captar recursos de outras fontes. De acordo com o autor: “All these reforms (criação e implementação dos *Quangos*) had a fundamental similarity: the introduction of what be termed ‘quasi-markets’ into the delivery of welfare services. In each case, the intention is for the state to stop being both the funder and the provider of services. Instead it is to become primarily a funder, purchasing services from a variety of private, voluntary and public providers, all operating in competition with one another”³⁶ (Le Grand, 1991, p.

³⁴ Em palestra proferida em maio de 2010, na *II Jornada de Relacionamento Público-privado no Setor da Saúde*, Josenir Teixeira, advogado que atua na área da Saúde e do Terceiro Setor, consignou que *o Brasil e mais outros quatorze países* têm leis que regulamentam a atuação das Organizações Sociais e instituições análogas a elas.

³⁵ O *voucher system* ou “sistema de cupons” é um conhecido exemplo de Milton Friedman, um dos principais ideólogos no Neoliberalismo, que propõe a distribuição de cupons aos pais dos alunos para que tenham a oportunidade de escolher e comprar serviços educacionais fornecidos pela iniciativa privada, de modo que não precisaria colocar o filho na escola em que o Estado decidir.

³⁶ “*Todas estas reformas tinham uma semelhança fundamental: a introdução do que passou a ser chamado de “quase mercados” para a prestação de serviços de bem-estar. Em cada caso, a intenção é para que o Estado deixe de ser financiador e provedor dos serviços. Em vez disso, deve-se tornar principalmente o financiador, buscando serviços variados no setor privado, todos operando em concorrência um com os outros*”.

1257). Ademais, afirma-se que o modelo introduz uma competição administrada entre hospitais, responsáveis pela oferta de serviços, transformados em Organizações Sociais.

Apesar de pouco conhecidas, o Brasil já foi cenário de algumas experiências público-privadas no setor da saúde. A rede de hospitais Sara Kubitschek, por exemplo, é caracterizada como um “Serviço Social Autônomo”. Segundo Almeida (2004) e Ibañez & Neto (2007), em que pese o fato de não comporem a administração pública, as entidades compreendidas como Serviço Social Autônomo (SSA) são oficializadas pelo Poder Público e recebem autorização legal para arrecadar e utilizar na sua manutenção contribuições parafiscais, quando não são subsidiadas diretamente pelos recursos orçamentários da entidade que as criou. Vale salientar que, segundo Almeida (2004), existem diversas semelhanças no que toca à gestão entre as entidades consideradas Serviço Social Autônomo e aquelas qualificadas como Organizações Sociais. Eis algumas: i) transformação do patrimônio público em entidade pública não-estatal; ii) delegação de atribuições estatais a uma entidade de direito privado sem fins lucrativos; iii) celebração de contrato de gestão firmado entre a instituição e a respectiva Secretaria Estadual; iv) manutenção mediante recursos públicos; v) um Conselho de Administração, com a presença de representantes da sociedade. Por tudo isto, apesar de não termos encontrado referências do Serviço Social Autônomo como modelo que possa ter influenciado na criação das OS, dada as semelhanças acima transcritas, é possível afirmar que o modelo predecessor também serviu de inspiração para o projeto das OS.

Em síntese, o modelo das Organizações Sociais significa uma transferência de inúmeros serviços públicos para entidades privadas, anteriormente financiados ou subsidiados e executados pelo Estado, que passam a ser regidos pelo direito privado, circunstância que altera substancialmente seu funcionamento, posto que a flexibilização da gestão através de mecanismos do setor privado enseja um menor controle dos recursos públicos. As entidades qualificadas como Organizações Sociais, mediante a assinatura de um contrato de gestão com algum Ministério no âmbito Federal, Secretaria Estadual ou Municipal, realizam os serviços e são remunerados de acordo com o alcance ou não de metas previamente estipuladas. Por fim, passam a contratar em regime de CLT sem a

necessidade de realização de concursos públicos, podendo se valer da terceirização de trabalhadores da forma como a direção da instituição determinar.

2.2 – A promulgação da Lei 9.637/98: desdobramentos e questionamentos

A Lei que instituiu no Brasil o modelo das Organizações Sociais é fruto de uma proposta do Poder Executivo (MP nº 1.648-7), enviada ao Congresso Nacional no bojo do processo de reforma do Estado após 1995. De acordo com Veronese (2002), a pressa e a blindagem dada à lei pela base governista fez com que o processo caminhasse mais rápido do que o habitual. Tendo uma ampla maioria parlamentar, o governo FHC foi capaz de aprovar a Lei das OS sem que ela sofresse mudanças, apesar dos protestos de entidades sindicais e partidos oposicionistas. Estes ainda tentaram, mediante requerimentos, modificar alguns artigos da Lei, como o que dá poder discricionário ao Chefe da Secretaria para escolher a entidade privada a ser qualificada como OS. Segundo o autor supracitado, as críticas dos partidos oposicionistas foram as seguintes:

A primeira (A) seria a de que o projeto é apenas uma maneira de burlar a Lei nº 8.666/93 e, assim, fugir das licitações públicas. Já a segunda (B) seria a de que o projeto é, também, uma burla ao art. 37, II, da Constituição Federal, que determina a obrigatoriedade dos concursos públicos. De acordo com a terceira premissa (C), as Organizações Sociais configuram uma maneira de transferir dinheiro público, sem qualquer critério legítimo, para particulares, o que importava afirmar que as instituições “publicizadas” receberiam fundos públicos, sem que houvesse mecanismos adequados de controle social de seu emprego. Conjugando-se as premissas [(A) + (B) + (C)], chegaremos à conclusão (D), de que as Organizações Sociais seriam um novo disfarce para que o processo de privatização tivesse prosseguimento, o que levaria ao fim do Estado brasileiro (VERONESE, 2002, p. 60).

Do ponto de vista da base governista, o discurso era composto, fundamentalmente, pelos pontos trazidos pelos documentos produzidos pelo Ministério da Reforma e Administração do Estado (MARE). Eis a síntese dos argumentos favoráveis ao projeto:

O primeiro argumento (A) considera que a reforma administrativa gerencial é feita em favor dos bons administradores: “Aos administradores públicos, procurava fortalecê-los, torná-los mais autônomos e responsáveis” (Bresser Pereira, 1998, p. 13). A segunda premissa (B) é a de que este patrimônio continuará sob o controle e a fiscalização da União; apenas o modo de controle teria sido trocado: passaríamos do controle de ações (burocrático) para o de resultados (gerencial). Já o terceiro argumento é o de que a sociedade civil já

possuiria a responsabilidade e a força para gerir certas atividades que antes deveria ser estatais. Segundo o conjugado destas premissas, em uma conclusão (D), na linha de argumentos do governo federal, o modelo das Organizações Sociais viria a trazer eficiência, efetividade e controle social, ou seja, um Estado adaptado e preparado para as funções que lhe são exigidas de uma sociedade civil atuante (VERONESE, 2002, p. 61).

De acordo com a Lei 9.637/98, o modelo pode ser utilizado em atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, desde que a entidade qualificada como Organização Social não tenha finalidade lucrativa, além de ter que reinvestir seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades. Ademais, as instituições qualificadas como OS são consideradas de utilidade pública, seja em âmbito estadual ou federal. A análise mais pormenorizada desta Lei será feita mais adiante, quando tratarmos da Lei complementar do Estado de São Paulo, que rege as Organizações Sociais.

Depois de aprovada e publicada, a Lei das OS passou a ser questionada no Superior Tribunal Federal (STF) através de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1.723, perpetrada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT). Eis os principais questionamentos: i) o poder discricionário dado ao Chefe da Secretaria para escolher a entidade qualificada como OS; ii) a inexigência de concursos públicos para o preenchimento de vagas; iii) a ausência do controle social previsto na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que prevê a existência e o relacionamento dos equipamentos públicos de saúde com os Conselhos Municipal, Estadual e Federal de saúde; iv) a Constituição Federal, através de seu artigo 199 expressa que a saúde suplementar de forma *complementar* na assistência à saúde. O papel da iniciativa privada na prestação de serviços do SUS é, portanto, acessório, de modo que toda e qualquer tentativa de investir a iniciativa privada na condição de protagonista confronta o texto constituinte (ADIN, 1998). Em 2001, o pedido de revogação total da Lei foi julgado preliminarmente pelo ex-presidente do STF, Gilmar Mendes, que rejeitou o pedido feito pelos partidos. Dez anos depois, em 2011, o plenário do mesmo tribunal iniciou o julgamento desta ação. Até o momento, apenas dois Ministros votaram, ambos favoravelmente à vigência da referida Lei.

Diante de inúmeros questionamentos por parte de partidos políticos, sindicatos de servidores públicos e movimentos sociais ligados à saúde, o Ministério Público Federal, por meio de seu Grupo de Trabalho da Saúde, expôs seu entendimento com relação à atuação das OS no setor da saúde. Eis um trecho eloquente acerca da falta de controle dos recursos públicos:

Em geral, as leis que instrumentalizam a criação das Organizações Sociais, ao flexibilizarem controles administrativos, não oferecem, em troca, mecanismos eficazes para garantir o prometido controle finalístico e maior responsabilização em relação aos dirigentes e administradores. A verdade é que o instrumento do Contrato de Gestão tem se revelado insuficiente. Muitas vezes não há controle no momento da contratação, por exemplo, em relação factibilidade das metas estabelecidas em função do equipamento e recursos humanos disponibilizados. Posteriormente, não há controle de garantias em relação ao patrimônio cedido aos recursos repassados (MPF, s/d, p. 2).

Em parte posterior, as críticas versam sobre a ausência de concorrência entre as entidades e possíveis brechas existentes no Plano Diretor que permitiriam a captação de recursos privados, configurando um ataque à gratuidade da saúde pública no Brasil:

É necessário observar que no modelo neoliberal, a eficiência decorreria precisamente da concorrência entre os agentes. No caso das OS, não se pode falar em concorrência, primeiro, porque não há processo licitatório ou seletivo que a estimule e, no sentido econômico do termo, porque não deve haver fim lucrativo nas atividades por ela executadas. Em relação à ausência de finalidade lucrativa, é preciso atentar que o Plano Diretor deixava vislumbrar a hipótese de exploração privada dos serviços, ao prever que ‘a sociedade a que serve deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações’. Aqui teríamos outras dificuldades, como a admissão da exploração privada de patrimônio e recursos públicos e a ocorrência de discriminação entre pagantes e não pagantes (MPF, s/d, p. 3).

Além das críticas expressas na ADIN e no documento redigido pelo MPF, Veronese (2002) assevera que o próprio Tribunal de Contas da União (TCU), no que lhe compete, isto é, a fiscalização das entidades que recebem recursos públicos, afirma que o controle por resultados é, por si só, insuficiente. Assim, a manutenção do controle por procedimentos, compreendido como burocrático pelos autores favoráveis às OS, seria imprescindível para a regularidade da fiscalização. Segundo Barreto (1999, p. 132), o Ministério Público do Estado de São Paulo também questionou o modelo à época: “Uma fragilidade deste modelo de organização (OS) reside na sua aparente vulnerabilidade perante os grupos de interesses atuantes tanto no setor público estatal como no setor

privado. Esse modelo falha ao permitir a transferência de recursos públicos para entidades privadas escolhidas pelo Executivo sem apoio em critérios previamente estabelecidos”.

Assim como o MPF notou quando da análise da Lei das OS e de outros documentos que compunham o arcabouço de argumentos jurídicos e ideológicos favoráveis à introdução das OS na administração pública, vale citar que, à época da formulação do *Plano Diretor* - documento anterior à Lei 9.637/98 que balizou as ações do MARE –, ao apresentar brevemente as Organizações Sociais, apesar de salientar o financiamento público das entidades, em dois momentos o texto deixou espaço e oportunidade para uma entidade qualificada como OS captar recursos que não fossem públicos. Eis os trechos: “Elas (OS) receberão recursos orçamentários, *podendo obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc*” (1995, p. 60) e “Adicionalmente se busca uma maior parceria com a sociedade, *que deverá financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados*” (destaques nossos) (1995, p. 60). Ao analisar os excertos, não resta dúvida quanto à intenção, ainda que latente, de retirar o caráter gratuito e universal de setores como a saúde e a educação pública, em consonância com as políticas de privatização que atingiram outros setores.

Todavia, quando o projeto de lei chegou ao Congresso Nacional no ano de 1998, não havia mais a possibilidade de angariar recursos que não aqueles previstos no orçamento previamente designado pela Secretaria a qual a OS havia firmado o contrato de gestão. Embora não tenhamos encontrado estudos que indicassem os motivos para tal recuo no projeto neoliberal, nossa leitura do contexto político permite inferir que, diante da resistência que encontraria para privatizar a saúde pública ou, ao menos, criar o copagamento de usuários do SUS ou de escolas públicas – já que a frase “(a sociedade) deverá financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados” não tem outro significado a não ser esse –, seria melhor garantir a aprovação do modelo sem a previsão de arrecadação de recursos extras a ver o projeto soçobrar. Quando nos referimos a possíveis resistências, compreendemos estas desde barreiras e impedimentos legais, pois o direito à saúde está previsto em texto constitucional, até as lutas políticas desenvolvidas por partidos oposicionistas, sindicatos de trabalhadores e movimentos sociais contrários à privatização dos serviços sociais públicos. Como demonstraremos posteriormente, o avanço

neoliberal através das OS foi feito de forma camuflada, sem atacar frontalmente os direitos sociais conquistados ao longo de anos de lutas políticas. Nesse sentido, entendemos que a conformação do modelo da OS para gerenciar entidades outrora estatais foi o caminho encontrado pelas políticas neoliberais para iniciar o afronte aos direitos sociais, sem poder atingir seus verdadeiros objetivos pelas razões apresentadas acima.

Previsto para atuar na educação, saúde, instituições de pesquisa, de preservação do meio ambiente e na cultura, o modelo das OS teve recepções distintas. A princípio, podemos assegurar que o setor que mais se valeu deste modelo foi a saúde, embora sua utilização seja incipiente em outros Estados da Federação, mostrando-se consolidado apenas no Estado de São Paulo, seguido de longe pelo Estado da Bahia. Em livro recente, em que faz uma “auto-análise” da reforma do Estado, Bresser Pereira (2009, p. 252) descreve as dificuldades encontradas quando da apresentação do projeto das Organizações Sociais: “Mas enfrentamos dificuldades na implantação dessa parte da reforma. Isso pode ser ilustrado pelas universidades federais. No início do governo Cardoso, quando propus a idéia, o Ministério da Educação, que administra um grande número de universidades federais, aceitou-a, mas, em vista da forte reação de vários reitores, que entendiam que a universidade estava sendo privatizada, o ministério recuou”. No setor de pesquisa científica, Guimarães (2001) e Veronese (2002) afirmam que, apesar de ter sido o primeiro setor a ter entidades qualificadas como OS – a Fundação Roquette Pinto, em Brasília, e o Laboratório Luiz Síncrotron, em Campinas –, o número de instituições qualificadas ficou abaixo do esperado. Até o ano de 2002, havia apenas sete OS atuando na pesquisa científica³⁷.

Com relação à área da cultura, Costin (2005) afirma que a primeira OS brasileira no setor da cultura foi inaugurada em 1999 no Ceará: o Centro Dragão do Mar de Arte e Cultura (CDMAC). A instituição gere dois museus, um auditório, salas de formação, núcleos de acervo e documentação, um teatro, um anfiteatro, um planetário, duas salas de

³⁷ As entidades são as seguintes: Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto (ACERP), Associação Brasileira da Tecnologia de Luz Síncrotron (ABTLus), Associação de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM), BioAmazônia, Associação Nacional Instituto de Matemática Pura e Aplicada (IMPA), Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE), Associação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP).

cinema e outros espaços culturais destinados ao lazer e à cultura. No Estado de São Paulo, conforme Costin (2005) e Hama (2006), desde o final de 2004 existem OS que gerem o patrimônio público. Como exemplo, podemos citar a Associação de Amigos das Artes, que gere os teatros e centros culturais pertencentes à Secretaria da Cultura, a Fundação OSESP (Orquestra Sinfônica do Estado de São Paulo), o Instituto de Arte do Futebol Brasileiro, que administra o Museu do Futebol, a Associação dos Amigos da Pinacoteca do Estado, que administra a Pinacoteca do Estado de São Paulo, e a Associação Amigos do Projeto Guri. Além destes, o Teatro Municipal de São Paulo será, em breve, administrado por outra OS, segundo seu próprio sítio eletrônico³⁸.

De um modo geral, a transformação de entidades estatais em Organizações Sociais ou a criação delas se mostrou aquém das primeiras previsões ao final dos anos 90. Em trabalho finalizado em 2003, cinco anos após a criação da Lei das OS, Hironobu Sano, a partir de pesquisa realizada na internet, apontou para a existência de vinte e nove Organizações Sociais devidamente qualificadas em todas as Unidades Federativas, além daquelas ligadas à União. A pesquisa de Pahim (2009) sobre as OS da saúde no Estado de SP contabilizou dezesseis delas. A partir destes dados coletados e de sua atualização através de informações encontradas na internet, chegamos ao número de 60 OS no Brasil atualmente. O quadro abaixo esquematiza o cenário atual:

³⁸ <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/cultura/theatromunicipal>

Quadro 02 – Organizações Sociais no Brasil

UNIDADES FEDERATIVAS	EDUC. E CULTURA	CIÊNCIA	MEIO AMBIENTE	SAÚDE	OUTRAS	TOTAL
UNIÃO	1	5	1	-	-	7
BA	1	1	-	8	-	10
CE	2	-	-	-	1	3
DF	-	-	-	-	1	1
GO	-	-	-	1	-	1
PA	1	-	-	-	-	1
PR	-	1	-	-	-	1
PE	1	1	-	-	-	2
SP	5	-	-	28	-	33
RN	-	-	-	1	-	1
TOTAL	11	8	1	38	2	60

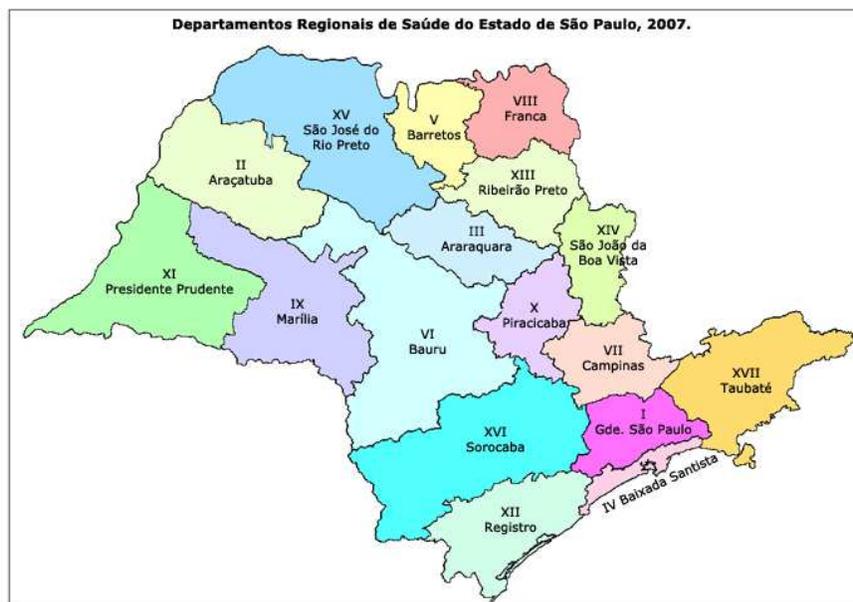
Fonte: Mendes & Vaz (2010); Pahim (2009); Sano (2003). Alguns dados foram atualizados.

De fato, trata-se de um número diminuto, especialmente se levarmos em conta que as Assembleias Legislativas de 13 Estados e mais o Distrito Federal aprovaram leis que regulamentam a criação e o funcionamento do modelo, fato que, em tese, deveria impulsionar a qualificação de entidades. Estes Estados são o Amazonas, Alagoas, Bahia, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Sergipe e São Paulo, além de outros que a lei está sendo questionada na Justiça, como no Mato Grosso do Sul e na Paraíba. Existem ainda municípios, sobretudo no Estado de São Paulo, que instituíram leis para regulamentar a atuação das Organizações Sociais. Citamos as cidades de São Paulo, Nazaré Paulista, Americana, Nova Odessa e Taiacua (Sano, 2003). Feita esta introdução, que contemplou as origens do modelo no Brasil, suas transformações no decorrer da tramitação da Lei 9.637/98 e uma apresentação da implementação nas Unidades Federativas, passamos para o estudo das OSS em São Paulo, objeto principal deste estudo.

2.3 – Organizações Sociais de Saúde no Estado de SP

Segundo Barata *et alli* (2009), a rede hospitalar do Estado de São Paulo é composta por 930 unidades, sendo 613 conveniadas ou contratadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com pesquisa realizada no ano de 2009 pela Fundação Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), existem 98.423 leitos hospitalares, sendo que 62.474 deles são destinados ao SUS. Ademais, o Estado de SP conta com 4.646 Unidades de Atenção Básica de Saúde. A Secretaria de Estado da Saúde (SES) possui rede própria composta por instituições assistenciais de Administração direta do Estado, Hospitais de ensino de Universidades e Faculdades do Governo do Estado e Organizações Sociais de Saúde, num total de 63 unidades. Além destes, prestam serviços à Secretaria Estadual de Saúde Hospitais de Ensino Público Municipais e Privados Filantrópicos. Do ponto de vista administrativo, a referida rede hospitalar está espalhada por 17 Diretorias Regionais de Saúde (DRS), responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria no âmbito regional e promover a articulação entre os municípios. Vejamos o mapa abaixo:

Mapa 01 - Disposição das DRS no território do Estado de São Paulo



Fonte: Mendes & Oliveira (2009).

Segundo Carneiro Júnior (2002), desde a década de 1960 existe no Estado de São Paulo o objetivo de formular novos modelos de gerenciamento para os serviços de saúde estatais, com vistas a terceirizá-los a um ente privado sem fins lucrativos. Nos anos 60, isto ocorreu com o Hospital de Base de Bauru/SP, o Hospital de Echaporã e o Hospital de São Sebastião. No início dos anos 70, aponta o precitado autor, o Hospital de Base do Vale do Paraíba, em Taubaté, foi cedido à Irmandade que na ocasião controlava a Faculdade de Medicina local. Segundo Duarte (2009), as transferências relatadas eram propostas isoladas, pontuais, motivadas por questões políticas dos municípios, e não estavam articuladas a um modelo de gestão de serviços de saúde. Salienta o autor que:

Foi apenas em meados dos anos 70, com a desativação da Divisão de Hospitais de Tuberculose da extinta CAH (Coordenadoria de Administração Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde), que o governo do Estado de SP destinou a parcerias o conjunto de hospitais de tisiologia do Estado, como parte integrante do processo de desospitalização do tratamento da tuberculose. Nesse processo são transferidos para terceiros o Hospital Manoel de Abreu em Bauru, o Hospital de Divinolândia e o Hospital Emílio Carlos (DUARTE, 2009, p. 86).

Entretanto, a principal e mais conhecida destas experiências foi o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) do Município de São Paulo, adotado durante a gestão municipal de Paulo Salim Maluf em 1993. Acerca deste modelo de gestão da saúde pública, Elias (1999) afirma que: “pode ser considerado uma antecipação dos arranjos institucionais do Plano Diretor da Reforma do Estado, elaborado pelo MARE, que produziu a figura da propriedade pública não-estatal materializada nas organizações sociais” (p. 129). Segundo o mesmo autor, o PAS fundamentava-se em três elementos:

I) Co-parceria na gestão dos serviços de saúde, na qual a municipalidade concorre com os bens móveis e imóveis e as entidades privadas (no caso as cooperativas de trabalho) oferecem os recursos humanos com vistas à descentralização do gerenciamento e sua transferência para os agentes privados; II) Flexibilização administrativa da relação de trabalho, pela adoção da modalidade de cooperativa de trabalho; III) Financiamento vinculado a fundo público, nos moldes do pré-pagamento, com a adoção da modalidade de captação de cooperativa de trabalho (ELIAS, 1999, p. 129).

Como se vê, as características acima apresentadas se assemelham a diversos princípios do modelo das Organizações Sociais. Essencialmente, a diferença está no fato de que fundações e associações substituíram as cooperativas de trabalho no que toca ao gerenciamento das entidades assistenciais. Em que peses as evidências de que o PAS possa

ter servido como “laboratório” para a implementação das OS, como sustenta Cechinel (2011), a maioria dos autores prefere desvincular um do outro, sobretudo porque o modelo do PAS esteve ligado a diversos casos de corrupção.

Para Carneiro Júnior (2002), o marco institucional que instrumentalizou e deu força política ao projeto de reforma do Estado em São Paulo foi a aprovação da Lei 7.835/92, que dispôs sobre o regime de concessões de obras e serviços públicos. Em seguida, foi criado o Programa estadual de participação da iniciativa privada na prestação de serviços públicos e na exploração de obras de infra-estrutura. Ao fim desta cadeia de fatos que alterariam a atuação dos serviços públicos em São Paulo, a promulgação da Lei 9.631/96 constituiu o Programa estadual de desestatização com o intento de diminuir a ação estatal, privatizando setores econômicos relevantes e terceirizando a prestação de serviços. Neste sentido, podemos afirmar que o ideário neoliberal, em âmbito federal ou estadual, caminhava a passos largos sob o comando de chefes do Poder Executivo ligados ao PSDB (Partido Social Democrata Brasileiro).

Com relação à saúde em particular, Seixas (2003) e Ribeiro (2008) asseveram que foi no início do governo de Mário Covas, em 1995, que foi tomada a decisão de terceirizar a administração e execução da saúde pública. De acordo Ibañez (2001), havia 14 esqueletos de hospitais iniciados em gestões pretéritas, que estavam com obras paralisadas há anos. Tais hospitais, a maior parte localizada em setores periféricos da região metropolitana de São Paulo, tiveram sua construção parcialmente financiada por um empréstimo do Banco Mundial que, ao longo dos anos 80, deu origem ao “Plano Metropolitano de Saúde”. Segundo Tanaka & Melo (2002), ante o diagnóstico das péssimas condições de saúde, da concentração dos serviços de saúde na região central do município e das reivindicações de movimentos populares ligados à questão da saúde, o projeto tinha o objetivo de estabelecer um Sistema Estadual de Saúde através da organização de sistemas modulares, no qual um conjunto de serviços básicos de saúde, agregados a um ambulatório de especialidades, seria articulado a um hospital de médio porte, com cerca de 200 leitos, conformando assim diversos sistemas locais de saúde que, por sua vez, seriam articulados com hospitais de grande porte, sobretudo os universitários. Desse projeto, relata Seixas (2003), parte

considerável da rede básica foi construída; dos 20 hospitais propostos, restaram 14 para serem finalizados, totalizando 3.500 novos leitos.

Para concluir a construção e pôr todos os hospitais em funcionamento, seriam necessários entre 20 e 30 mil novos servidores públicos. A barreira que impedia esta última etapa do projeto era que, conforme Seixas (2003), no início da gestão Covas o Estado gastava cerca de 65% do seu recurso com pessoal, taxa superior ao limite estabelecido pela Lei Camata, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, que restringia os gastos públicos para a contratação de servidores públicos nos Estados e municípios. Em entrevista cedida para Seixas (2003, p. 126), o Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde explica a situação: “o Estado de São Paulo estava, em 1995, no limite, um pouquinho acima do limite, estava tentando se enquadrar nos limites da Lei Camata, e a perspectiva de ter mais quinze hospitais com cerca de 1.500 a 2.000 funcionários por hospital faria com que tivesse um contingente de mais 20.000, 30.000 funcionários, o que faria com que a Lei Camata fosse ultrapassada”. Nilson Ferraz Paschoa, responsável pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS) da Secretaria, relata em entrevista realizada por Sano (2003) que o momento – início e meados da década de 90 –, não era “adequado” para contratações, pois existia uma orientação do governador Mário Covas que impedia a realização de concursos para a contratação de pessoal justificada por uma possível escassez de recursos, além de críticas que a administração direta recebia quanto a sua ineficiência. Para finalizar o quadro de justificativa para o repasse dos serviços públicos de saúde, Ibañez (2001) afirma que a política de contenção das contratações sem vínculo, associadas a um Programa de Demissão Voluntária desencadeado no início da gestão e aos baixos salários, sem perspectiva de reajuste no curto prazo, teriam inviabilizado a operação direta dos serviços por parte da Secretaria de Estado da Saúde.

A visão presente no relato dos fatos que ensejaram a introdução do modelo das OS no Estado de São Paulo, isto é, a necessidade de concluir uma quantidade razoável de hospitais semi construídos oriundos de mandatos passados, os limites impostos pela Lei Camata e uma suposta escassez de recursos, busca esmaecer o contexto político-econômico da época, de sorte a converter a opção pelas OS como uma avaliação exclusivamente técnico-administrativa. Entretanto, é pertinente não perdermos de vista, assim como fazem

Carneiro Júnior (2002) e Marcelo (2009), que o agrupamento político hegemônico na política em São Paulo era o PSDB-PFL, responsável pela consolidação da agenda e da ideologia neoliberal no governo federal e no território paulista. Neste sentido, o discurso que visa diluir os contornos ideológicos das decisões políticas não se sustenta. O setor privado, sobretudo federações de hospitais privados filantrópicos ou não caminham no mesmo sentido do governo estadual. Em reportagem veiculada pelo *site* “Saúde Business”, Francisco Balestrin, vice-presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), afirmou o seguinte: “Gostaria que o governo assumisse mais o papel de formulador de políticas e menos o de operador”. Além dele, outros expoentes desta visão, sobretudo presidentes de empresas privadas que participavam de um debate sobre a relação entre o público e o privado na saúde, expressaram o seguinte: “elas (agências reguladoras) devem permitir que os *players* de saúde trabalhem de uma forma muito mais livre, com menos intromissão” (2010, s/p). Além da política de implantação das OS, como forma de retirar o Estado da prestação direta dos serviços públicos sociais e fomentar a iniciativa privada não lucrativa, as políticas neoliberais do PSDB, no Brasil e no Estado de São Paulo, possibilitaram e potencializaram o desenvolvimento de uma nova burguesia de serviços nos anos 90. Segundo Boito Jr (1999), esta fração da classe burguesa está ligada, sobretudo, à exploração dos serviços de saúde e de educação e à previdência privada, esta última estimulada pela política governamental de desagregação da previdência pública. Com relação ao setor da saúde no período, o autor esclarece:

Quanto aos grupos de medicina privada, seu crescimento foi muito grande no período dos governos liberais. No ano de 1989, havia quatorze milhões de brasileiros associados a convênios privados de saúde. Em 1996, o montante de associados havia saltado para 39 milhões de pessoas. No mesmo período, o número de empresas passou de 370 para 870. Esse mercado grande e em ampliação acelerada sob governos neoliberais apresentou, em 1995, um faturamento de cerca de 10 bilhões de dólares, metade do faturamento do conjunto das montadoras de veículos então instaladas no país. Empresas de saúde como Amil, Golden Cross, Saúde Bradesco e Sul América possuem mais de um milhão de associados cada uma. Algumas delas começam a exportar capital e serviços para outros países americanos – Argentina, Chile, Uruguai, Canadá e Estados Unidos. A expansão acelerada dessa nova burguesia de serviços, tanto na área de saúde quanto na de educação, é um indicador da alta taxa de lucratividade desse setor (BOITO JR, 1999, p. 69).

O argumento do controle das contas públicas e da necessidade de “responsabilidade fiscal” foi utilizado quando Covas fez aprovar a lei que criou as OS no Estado de São Paulo

em 1998. Marcelo (2009) explica que, a partir da contratação de trabalhadores via OS, os gastos com seus salários são direcionadas para a rubrica orçamentária “outras despesas correntes”, ao invés da rubrica “gastos com pessoal”, o que viabiliza a transferência dos serviços.

De acordo com Abrucio e Sano (2008), Carneiro Júnior (2002) e Seixas (2003), antes da aprovação da lei das OS em SP houve uma audiência pública, realizada na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP), com a participação de deputados estaduais, prefeitos e vereadores de diversas cidades, representantes de diferentes setores da sociedade, como do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, de movimentos populares, das universidades, diretores de hospitais, entre outros. Nos debates realizados, as críticas apresentadas ao projeto de Lei Complementar nº 03/98 versavam sobre os seguintes pontos: (i) a possibilidade de privatização da saúde; (ii) a dificuldade de controle social, uma vez que o paradigma do SUS é estruturado sob o princípio da participação dos usuários e trabalhadores; (iii) o projeto de lei complementar ter desconsiderado o Código Estadual de Saúde, aprovado no início do governo Covas; e (iv) o poder discricionário do Executivo na qualificação das OS. Para aqueles que defendiam o projeto, a proposta seria capaz de dar o atendimento universal da população por meio do SUS, criar os mecanismos de controle social previstos em lei e, principalmente, capaz de flexibilizar o modelo de gestão da saúde pública, tornando-o mais eficaz. Após a audiência, o projeto de lei foi aprovado na forma de Lei Complementar nº 846, promulgada algumas semanas depois, no dia 4 de junho do mesmo ano.

De forma geral, a LC 846/98 foi feita baseada em sua congênere federal; isto é, regulamentou um modelo de gestão dos equipamentos públicos a partir de um contrato de gestão entre a entidade qualificada como OS e a Secretaria de Estado, que estipula metas a serem alcançadas em um dado período de tempo, sob pena de uma parte dos recursos do ano seguinte ser cortada, caso a instituição não atinja a quantidade pactuada. Atualmente, 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. Segundo Ferreira Júnior

(2004), o contrato de gestão surgiu na França nos anos 60, de início como “contrato de programas”, no processo que tinha por objetivo a recuperação de empresas públicas deficitárias. Contudo, a disseminação deste mecanismo de gestão no mundo deu-se no final dos anos 70, a partir da Inglaterra. No Brasil, afirma André apud Ferreira Júnior (2004), o governo paulista, em dezembro de 1991, firmou 88 contratos de gestão, sendo 24 com empresas públicas e os demais com a administração direta, fundações e autarquias. De 1992 a 1995, este mecanismo foi aplicado a 25 outras estatais. Em 1993, o governo do RS ajustou contratos com seus órgãos; em 1994 e 1997, a Petrobrás e a Companhia Vale do Rio Doce firmaram contratos de gestão com o Governo Federal, respectivamente.

Com relação à abrangência do modelo, a lei paulista é mais restritiva, uma vez que, a princípio, permitiu o repasse para instituições privadas filantrópicas ligadas somente aos setores da saúde e da cultura. Embora a discricionariedade do Secretário de Estado tenha sido mantida, uma novidade prevista na lei paulista foi a exigência de que as instituições, para serem qualificadas como OS, possuíssem, no mínimo, 5 anos de experiência na administração de serviços próprios de saúde (Seixas, 2003). Com relação ao setor da saúde, a lei determina que o atendimento seja exclusivo a pacientes do SUS. A questão da avaliação do atendimento, afirmam Sano (2003) e Seixas (2003), ficou a cargo de uma comissão de avaliação dos contratos de gestão estabelecidos, com a participação do Conselho Estadual de Saúde e da Assembléia Legislativa, além do controle exercido pelo Tribunal de Contas do Estado. Ademais, foi determinado que a implantação do modelo das OS na saúde fosse limitada aos hospitais novos, isto é, posteriores à edição da Lei. Por fim, no que toca ao “controle social”, a LC 846/98 faz referência à participação dos usuários, através do Conselho de Administração. Foi estipulada a seguinte composição: “até 55 %, no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou associados; 35% de membros eleitos pelo demais integrantes do conselho, dentre pessoa de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; até 10 % de empregados indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto” (SANO, 2003, p. 79).

Embora decidamos deixar a análise crítica para o próximo item, entendemos ser necessário apontar algumas críticas prévias ao conteúdo disposto na legislação que regula nosso objeto de pesquisa. Iniciemos pelo final do que foi apresentado até o momento. O

controle social inscrito tanto na esfera Federal quanto na Estadual partem do pressuposto de que o processo de publicização encetado pela reforma do Estado seria capaz de dar protagonismo à sociedade civil. Mais especificamente, segundo Nassuno (1999, p. 345): “no projeto de OS, a participação dos usuários na gestão e no controle da entidade se viabiliza pela presença de entidades representativas da sociedade civil no conselho de administração das instituições, pressupondo, portanto, a organização dos usuários”. Efetivamente, como disposto anteriormente, duas são as instituições que podem representar os interesses dos usuários em uma entidade gerida por uma OS: o conselho administrativo e o Serviço de Atendimento ao Usuário. Este faz o papel de uma ouvidoria, isto é, um espaço para que o usuário possa fazer críticas, sugestões, elogios e dirimir possíveis dúvidas atinentes ao atendimento. O conselho de administração é uma instância própria da OS, a qual diz respeito a todos os equipamentos públicos de saúde ligados àquela instituição. Entre as suas atribuições, afirma Traldi (2003), estão os deveres de fixar o âmbito de atuação da entidade e aprovar o contrato de gestão, o Regimento Interno da instituição que regula a contratação de obras e de compras, além do plano de cargos e salários.

Distante da pretensa imparcialidade do discurso tecnicista, a participação da sociedade civil inscrita no modelo da OS se volta contra o acúmulo teórico e prático do controle social previsto no Sistema Único de Saúde. Sem adentrarmos em profundas discussões acerca do conceito de sociedade civil, tema de inúmeros estudos já realizados, a leitura dos documentos escritos pelo ex-ministro Bresser Pereira e seus partidários apresentam uma sociedade civil formada por grupos homogêneos e organizados que buscam parcerias com o Estado, conformando a idéia de “terceiro setor”. Neste sentido, a lógica da participação e do controle da sociedade civil restringe-se à gestão de recursos direcionados às políticas sociais (Montaño, 2002). Em sentido oposto, a participação social prevista e praticada pelos Conselhos de Saúde e movimentos populares de saúde carrega a noção de sociedade civil enquanto espaço de lutas populares que objetivam o fortalecimento dos princípios políticos registrados nas legislações que regulamentam o SUS: gratuidade, universalidade, equidade e participação popular.

Concretamente, uma das principais incongruências entre o controle social nos moldes do SUS e o modelo das OS está expressa no posicionamento do Conselho Nacional

de Saúde. No *Seminário Nacional de Modalidades de Gestão do SUS*, realizado nos dias 6 e 7 de agosto de 2007, foram elaboradas doze propostas contendo as características consideradas indispensáveis para um novo modelo de gestão de serviços de saúde. Dentre elas, citamos quatro que apontam na direção contrária à parceria público-privada: “por um modelo de gestão que seja: i) *estatal* e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de Saúde; ii) seja *100% SUS*, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada; viii) aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde; ix) institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde” (CNS, 2007, s/p). O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, composto paritariamente por representantes do poder público, de instituições privadas, por trabalhadores da saúde e usuários, também se posicionou. Em sua 143ª reunião no dia 24 de novembro de 2006, o referido conselho se opôs à instituição das Organizações Sociais de Saúde como modelo de gestão em saúde no Estado de São Paulo. De acordo com a reportagem:

O conselho entende que essa modalidade de gerenciamento da saúde, através das OSS e OSCIP, fere os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade, integralidade e equidade, na medida em que restringe o acesso da população. Além disso, as OSS não se submetem à contratação de pessoal por concurso público, legislação de licitação e nem à Lei de Responsabilidade Fiscal. O controle social da saúde, definido na Constituição e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142, deve ser feito pelos conselhos de saúde, formado por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores da saúde. Qualquer controle paralelo é irregular (SINDSAÚDE, 2006, s/p).

Além da concepção de sociedade civil, a idéia de controle social insere no Conselho de Administração previsto tanto na Lei Federal quanto na Lei Estadual nos remete à noção de “*accountability*”, que significa, basicamente, a obrigação do gestor público a “prestar contas” às instâncias controladoras (Sano, 2003). Embora se busque cindir o controle em duas partes, por resultados e social, vemos que a influência do primeiro, técnico, restrito ao formalismo do “*accountability*” e fundado na administração de empresas, sobrepuja os valores atinentes à participação popular, responsável pela ação de movimentos populares que, conjuntamente a alguns setores da saúde coletiva, constituíram o movimento pela Reforma Sanitária, que anos mais tarde impulsionaria a constituição do SUS. Abrucio & Sano (2008) e Sano (2003) demonstram que o controle baseado no

“accountability” não teve efetividade nas OSS paulistas nos últimos anos. Segundo os autores:

Percebe-se um afrouxamento dos mecanismos originais de controle social, como já ocorrera no caso da *accountability* parlamentar. As arenas institucionais existentes – como no caso da Comissão de Avaliação –, têm sido subaproveitadas. O fato é que, embora o desenho institucional das OS paulistas possibilite formas de controle, elas têm sido pouco aproveitadas, porque, na prática, predomina uma hipertrofia do Executivo (ABRUCIO & SANO, 2008, p. 77).

Enfim, buscamos apresentar algumas evidências sobre este aspecto, ressaltando o caráter antagonístico existente entre o controle técnico disposto na LC 846/98 e o acúmulo teórico e prático das lutas e debates empreendidos pelos Conselhos de Saúde em todas as instâncias.

Após a aprovação e a publicação da Lei das OS em São Paulo, o Governo Estadual, através da Secretaria de Estado da Saúde, agilizou sua operacionalização com o intuito de terceirizar a administração de alguns hospitais gerais em fase de conclusão de obras – hospitais do Itaim Paulista, do Jardim Pirajussara e da Pedreira, no município de São Paulo, e hospital Itapecerica da Serra, na região metropolitana. Posteriormente, afirma Carneiro Júnior (2002), foram incluídos mais dois hospitais no mesmo processo, um no bairro do Grajaú, em São Paulo, e outro em Carapicuíba, na região metropolitana. Entre junho de 1998 e dezembro de 2001, foram qualificadas como OS seis instituições que passaram a gerir hospitais gerais. Eis as instituições e os respectivos hospitais: 1. Associação Congregação de Santa Catarina, gerenciadora do Hospital Geral de Pedreira; 2. Casa de Saúde Santa Marcelina, responsável pelo Hospital Geral de Itaim Paulista; 3. Sanatorinhos – Ação Comunitária de Saúde, que assumiu o Hospital Geral de Carapicuíba; 4. Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo (SECONCI), gerenciador do Hospital Geral de Itapecerica da Serra; 5. Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), que ficou com o Hospital Geral de Pirajussara; 6. Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC), que passou a administrar o Hospital Geral do Grajaú (Carneiro Júnior, 2002).

Atualmente, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde, existem 28 Organizações Sociais de Saúde com contratos ou convênios para administrar serviços de

saúde ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico. Para uma melhor compreensão da disposição das OSS e dos serviços de que prestam, separamos as entidades de acordo com a natureza de suas atividades. No primeiro quadro, apresentamos as instituições de ensino públicas ou entidades vinculadas.

Quadro 03 – Entidades de ensino: nome, natureza e unidades administradas.

Organização Social de Saúde	Natureza da entidade	Serviços de saúde gerenciados pela OSS
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), ligada à UNIFESP	Associação civil filantrópica sem fins lucrativos	Hosp. de Transplantes do Est. de SP Euclides de J. Zerbini
		Hosp. Geral de Pirajussara
		Hosp. Estadual de Diadema
		Hosp. Luzia Pinho de Melo
		CEAC Zona Leste
		AME Maria Zélia
		AME Psiquiatria
		AME São José dos Campos
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP), ligada à UNESP/Botucatu	Fundação de direito privado sem fins lucrativos	Hospital Estadual Bauru
		Hospital Manoel de Abreu
		AME Tupã
		AME Bauru
		AME Itapetininga
UNICAMP com a	Fundação de direito privado	Hospital Geral de Sumaré
		AME Piracicaba

interveniência da Fundação de Desenvolvimento da Unicamp (FUNCAMP)³⁹	sem fins lucrativos (FUNCAMP)	AME Rio Claro
		AME Santa Bárbara d'Oeste
		AME Mogi Guaçu
Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA), ligada à USP/Ribeirão Preto	Fundação de direito privado sem fins lucrativos	Hospital Estadual de Américo Brasiliense
		Hospital Estadual de Ribeirão Preto
Fundação Faculdade de Medicina (FFM), ligada à USP	Fundação de direito privado sem fins lucrativos	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Fonte: Pahim (2009); Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Quadro 04 – Entidades privadas vinculadas a serviços de saúde filantrópicos:

Organização Social de Saúde	Natureza da entidade	Serviços de saúde gerenciados pela OSS
Associação Congregação de Santa Catarina	Associação civil filantrópica sem fins lucrativos	Hospital Geral de Pedreira
		Hospital Geral de Itapevi
		Hospital Estadual do Grajaú
		CRI Zona Norte
		CEAC Zona Sul
		PAI Zona Norte
		AME Carapicuíba

³⁹ Embora a administração seja terceirizada, a FUNCAMP e a FAEPA não são qualificadas como Organização Social de Saúde. Contudo, como dispõe Maria L. Pahim Levi: “a não qualificação como OSS acaba sendo uma questão meramente formal, uma vez que não há qualquer diferença entre o conteúdo estabelecido pelo contrato de gestão e pelos convênios assinados entre as fundações privadas e o Estado; tampouco é diferente o controle e o monitoramento exercido pela SES/SP sobre as entidades gerenciadoras” (2009, p. 71-72). Atualmente, entre as universidades citadas que administram equipamentos públicos de saúde, apenas as fundações ligadas à Unicamp e à USP/RP não obtêm o título de OSS.

		AME Jardim dos Prados
		AME Itapevi
		AME Interlagos
AFIP (Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia)	Entidade privada sem fins lucrativos	CEAC Zona Norte
Assoc. Lar S. Franc. de Assis	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Presidente Prudente
		AME Rio Preto
		Hospital Est. João Paulo II
		Hospital Reg. Porto Primavera
		Hospital Reg. de Pres. Prudente
Banco Oftalmológico de Sorocaba	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	AME Atibaia
Congregação das Irmãs de Santa Marcelina	Associação civil filantrópica sem fins lucrativos	Hosp. Geral de Itaquaquecetuba
		Hosp. Geral de Itaim Paulista
Fundação Pio XII de Barretos	Entidade filantrópica sem fins lucrativos	AME Barretos
Sociedade Assistencial Bandeirantes	Associação civil filantrópica sem fins lucrativos	Hosp. Est. do Vale do Paraíba
		AME Caraguatatuba
Sociedade Beneficente São Camilo de São Paulo	Sociedade beneficente sem fins lucrativos	Hospital Geral de Carapicuíba
		AME Santos
Santa Casa de Andradina	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Andradina

Santa Casa de Araçatuba	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Araçatuba
Santa Casa de Dracena	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Dracena
Santa Casa de Fernandópolis	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Fernandópolis
Santa Casa de Franca	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Franca
Santa Casa de Itapeva	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Itapeva
Santa Casa de Itu	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Itu
Santa Casa de Ituverava	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Ituverava
Santa Casa de Votuporanga	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Jales
		AME Santa Fé do Sul
		AME Votuporanga

Fonte: Pahim (2009); Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Quadro 05 – Instituições privadas de ensino:

Organização Social de Saúde	Natureza da entidade	Serviços de saúde gerenciados pela OSS
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Sociedade civil filantrópica sem fins lucrativos	AME Consolação
		AME “Dr. Geraldo P. Bourroul”
		Hosp. Est. de Francisco Morato
		Hospital Geral de Guarulhos

Fundação do ABC	Fundação de direito privado sem fins lucrativos	AME Praia Grande
		AME Santo André
		Hospital Bertiooga
		Hospital Estadual Mário Covas
		Hospital Nardini

Fonte: Pahim (2009); Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Quadro 06 – Outras instituições:

Organização Social de Saúde	Natureza da entidade	Serviços de saúde gerenciados pela OSS
Conderg (Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de São João da Boa Vista)	Consórcio Intermunicipal -	AME Casa Branca
Consaúde (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira)	Consórcio Intermunicipal	Hospital Regional do Itanhaém
		Hospital Regional do Vale do Ribeira
FIDI (Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem)	Fundação de direito privado sem fins lucrativos	Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem III
SECONCI-SP (Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo)	Associação beneficente sem fins lucrativos	AME Heliópolis
		Hosp. Estadual de Sapopemba
		Hosp. Estadual de Vila Alpina
		Hosp. Geral de Itapecer. da Serra
		Hospital Regional de Cotia

Fonte: Pahim (2009); Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

O primeiro grupo de OSS é formado por instituições públicas de ensino superior que oferecem cursos na área da saúde. Embora a fundação ou associação de direito privado esteja ligada à universidade, ela tem autonomia administrativa e gerencial, podendo assinar o contrato de gestão com o Estado em seu nome. A exceção, como explicado na nota de rodapé nº 7, são a FUNCAMP e a FAEPA, que não são qualificadas como OSS. No caso deste grupo de instituições, dada a experiência que detêm no gerenciamento de hospitais e outras entidades assistenciais, foram convidadas pelo Secretário da saúde para aderir ao novo modelo de gestão. O segundo grupo é formado por instituições privadas filantrópicas que mantêm serviços de assistência à saúde, atuando junto ao SUS e a planos/convênios e pacientes particulares. O terceiro grupo é formado por instituições privadas de ensino superior que, mediante convênio com o Estado, dispõem parte de seus leitos para atender aos pacientes do SUS. Segundo Seixas (2003), a motivação de boa parte das instituições privadas filantrópicas para assumir a gerência de hospitais públicos, que atuem ou não no ensino superior, se deve à possibilidade de perda do certificado de filantropia em função do número de leitos oferecidos ao SUS. Assim, com a assunção de hospitais que atendem pacientes exclusivamente do SUS, conseguem manter um conjunto de isenções tributárias destinadas às entidades não lucrativas. Ademais, Traldi (2003) aponta que algumas entidades privadas, como a Fundação ABC e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, “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” (p. 163). O último grupo é composto por entidades heterogêneas – dois consórcios entre prefeituras municipais e um sindicato patronal. O Consaúde não é qualificado como OS, pois conforme Pahim (2009), não cumpriu os requisitos para tanto, sendo sua relação com o governo estadual pautada por convênio. De forma geral, embora não possam se apropriar privadamente das verbas repassadas pelo setor público, Traldi (2003, p. 163) sustenta que uma motivação genérica das entidades privadas filantrópicas para se tornarem OSS e assumir a gestão de inúmeros hospitais públicos seria “o aumento da influência na atuação assistencial, que poderia levar a um consequente aumento de poder sobre o direcionamento das políticas públicas”.

Até meados do segundo semestre de 2011, em âmbito estadual, as OSS listadas administram 71 equipamentos públicos de saúde, sendo 31 hospitais, 35 AME (Ambulatório Médico de Especialidades), 3 CEAC (Centro de Análises Clínicas), 1 CRI (Centro de Referência ao Idoso), 1 PAI (Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental), além de dezenas de UBSs (Unidades Básicas de Saúde) que não arrolamos nos quadros por falta de dados referentes a sua quantidade. É relevante consignar que algumas destas OSS, além de terem contrato de gestão com o Governo Estadual, têm serviços contratualizados com a Secretaria de saúde do município de São Paulo. Na capital paulista, as OSS administram 5 hospitais, 15 Pronto-Socorros, 115 AMAs (Assistência Médica Ambulatorial), 5 serviços de diagnóstico por imagem e inúmeras UBSs⁴⁰. Segundo reportagem veiculada pelo jornal “O Estado de São Paulo”, de 18 de novembro de 2010, as OSS já gerenciavam 1.800 dos 3.000 leitos disponíveis na rede hospitalar municipal. Isto significa que o avanço da transferência dos serviços alcançou em torno de 60% dos hospitais. Além de atuarem em todo o Estado de São Paulo, algumas OSS paulistas também atuam em outros Estados. A SPDM, conforme informações disponibilizadas em seu endereço eletrônico⁴¹, gerencia 98 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) na região oeste da cidade do Rio de Janeiro.

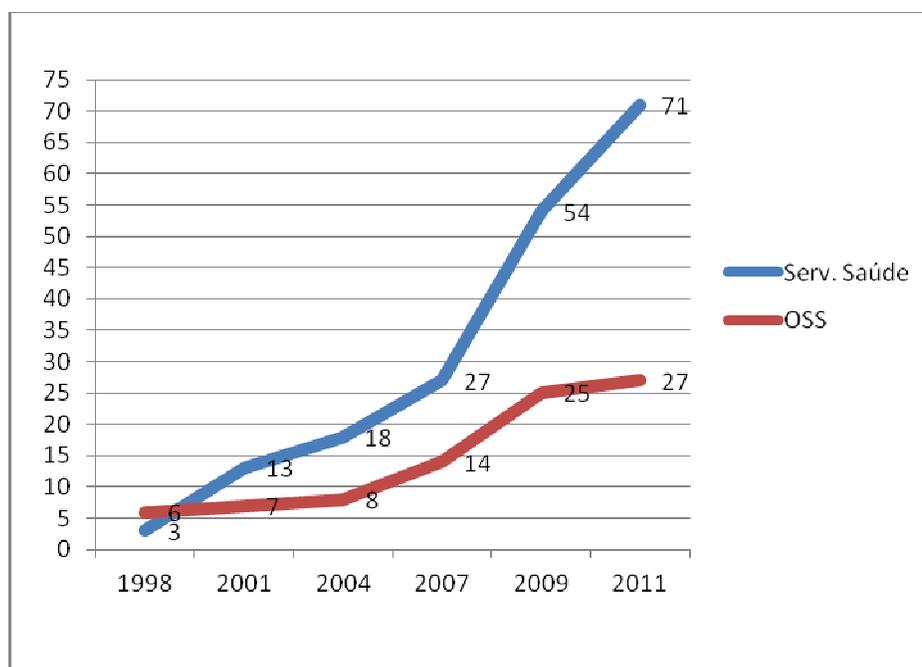
Com relação ao território estadual, se compararmos o número de OSS e de serviços de saúde administrados por elas indicados em Pahim (2009), notaremos que o modelo tem se alastrado ininterruptamente. Se em meados de 2008 havia 16 entidades OSS e 46 serviços de saúde geridos em tal modalidade, em meados de 2011, três anos depois, o modelo avançou para 27 entidades e 71 equipamentos sob a gestão das OSS. De acordo com tabela apresentada por Pahim (2009), em 2002, a Secretaria Estadual de Saúde/SP repassou R\$ 604,4 milhões às OSS. Sete anos depois, em 2009, ante a incorporação de inúmeros hospitais e AMEs ao modelo, as OSS receberam R\$ 1.292 bilhão, o que significa

⁴⁰ Os dados atinentes à quantidade de equipamentos públicos de saúde municipais operados por OSS foram obtidos na Revista Fornecedores Hospitalares, edição 181, de novembro de 2010. Além disso, de acordo com o documento relativo à prestação de contas do primeiro trimestre de 2011 da Secretaria da Saúde, podemos citar algumas OSS que mantêm contratos tanto com a prefeitura quanto com o Governo Estadual: SPDM, Santa Casa de São Paulo, SECONCI, Santa Marcelina, Santa Catarina, Fundação Faculdade de Medicina. Algumas instituições estão contratualizadas exclusivamente com a Prefeitura Municipal; é o caso do Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), Pró-Saúde, Associação Beneficente de Coleta de Sangue (COLSAN), Associação Saúde da Família (ASF) e Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC).

⁴¹ www.spdm.org.br, acessado em 10/08/2011.

uma variação positiva de 113,8%. O gráfico a seguir ilustra o crescimento do modelo da gestão da OSS no Estado de São Paulo, que nos sugere o privilegiamento deste modelo de administração da saúde, dado seu rápido crescimento.

Gráfico 01 – Evolução quantitativa das OSS e dos serviços de saúde sob a gestão deste modelo no Estado de SP:



Fonte: Bittar & Mendes (2010); Pahim (2009); SES/SP; elaboração própria.

De acordo com a análise de Pahim (2009), a expansão mais recente do modelo, nos anos de 2007 a 2009, deu-se por conta da incorporação de entidades de porte menor, como as Santas Casas, que se concentram nos segmentos público e privado de assistência à saúde (planos, convênios e atendimentos particulares) de localidades menores. De fato, dados da SES/SP nos mostram que, apenas em 2008, 16 novos AMEs passaram a funcionar em todo o território estadual, quase todos sob a administração das Santas Casas de seus respectivos municípios. Outro aspecto que fortaleceu o modelo foi uma mudança implementada por José Serra, governador à época. Até 2009, a Lei estadual das OS só permitia o repasse de novos hospitais. Contudo, foi aprovada uma lei vinda do Executivo estadual que possibilitou que as OSS passassem a gerenciar hospitais anteriores à edição de sua lei; isto é, hospitais que estavam em funcionamento antes de 1998. Segundo reportagem do Jornal

Folha de São Paulo de 19/09/2009, a proposta que ensejou a possibilidade do repasse de todos os hospitais públicos foi facilmente aprovada em razão da maioria governista no plenário da ALESP. Tal mudança legislativa serviu também para germinar uma proposta de reservar vagas a usuários de planos privados de saúde nos hospitais de OSS, tema que se arrastou em razão de seu caráter polêmico. De acordo com o texto da reportagem:

O projeto de lei original, de autoria do governador, só previa a permissão para a terceirização. A reserva de até 25% dos atendimentos a pacientes particulares e com plano de saúde foi acrescentada durante a tramitação na Assembléia, por uma emenda da deputada Maria Lúcia Amary (PSDB). Entidades de defesa do SUS, contrárias aos termos do projeto de lei, apostavam que no final a cobrança nos hospitais públicos seria vetada. Segundo elas, o governo apoiou essa emenda com o objetivo de provocar uma grande polêmica em torno da cobrança e, assim, aprovar sem questionamentos a terceirização da gestão dos hospitais (WESTIN, 2009, p. C8).

Assim como sustentam as entidades de defesa do SUS, podemos dizer que a propositura da deputada estadual acerca da reserva de vagas para os convênios particulares em hospitais públicos não teria passado de uma “jogada política”, porém o desenrolar desta história deixou clara a intenção da bancada do PSDB, sobretudo porque a reserva de vagas já havia sido aventada e descartada quando da redação da Lei das OS nos anos 90. Surpreendentemente, José Serra não sancionou a reserva de vagas, apesar de ter partido de seu gabinete. De acordo com alguns sindicatos de trabalhadores da Saúde, José Serra desistiu da medida apenas por temer que o rótulo de privatista maculasse sua campanha eleitoral ao posto de Presidente da República no ano seguinte.

Em 2010, ante o afastamento de José Serra para se dedicar à atividade eleitoral, o vice-governador Alberto Goldman (PSDB) o substituiu e enviou à Assembléia Legislativa o projeto de Lei Complementar 45/10, aprovado no dia 22/12/2010. Havia a previsão da venda de 25% das vagas dos hospitais públicos para usuários de convênios particulares, como forma de ressarcir os cofres públicos. O texto apresenta e justifica a medida da seguinte maneira:

Tendo em vista que cerca de 40% da população do Estado possui planos e convênios privados de saúde e que essa parcela se utiliza rotineiramente do atendimento destas unidades estaduais especializadas e de alta complexidade, não é adequado que as unidades respectivas não possam realizar a devida cobrança do plano ou do seguro privado que esses pacientes detêm. No cenário atual, a atuação das Organizações Sociais de Saúde – OSS restringe-se a prestar

atendimento aos usuários do SUS e do IAMSPE. A alteração proposta tem por objetivo facultar que as entidades qualificadas como Organizações Sociais de Saúde atendam a população usuária do sistema privado e conveniado desde que a unidade de saúde seja única detentora de mais de 50% (cinquenta por cento) da oferta de serviços de saúde na sua região de inserção e que preste serviços de saúde especializados e de alta complexidade. Há ainda outra restrição. A unidade de saúde só poderá ofertar seus serviços a pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados em quantitativo de, no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) de sua capacidade operacional total. Além disso, está previsto que cabe à Secretaria da Saúde a definição das unidades que poderão ofertar seus serviços e as condições em que se dará o atendimento, que deverão constar do respectivo Contrato de Gestão, com definição de metas, limites e obrigações a serem seguidos pelas OSS's. Cuida a propositura, também, de estabelecer regra de inserção obrigatória nos contratos de gestão, que regula a oferta de serviços a particulares e usuários de planos de saúde privados, assegurando tratamento igualitário aos usuários do SUS (Palácio dos Bandeirantes, 2010, s/p).

Como da vez anterior, a LC 45/10 foi aprovada, transformando-se em Lei 1.131/2010, vindo a ser regulamentada pelo atual governador Geral Alckmin (PSDB) em junho de 2011. Inobstante as inúmeras críticas oriundas dos setores mais diversos, como os conselhos nacional e estadual de saúde, o Ministério Público, os sindicatos de médicos, enfermeiros e trabalhadores da saúde, dois hospitais públicos foram os primeiros escolhidos para a reserva de 25% das vagas para pacientes de convênios privados: o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), gerenciado pela FFM-USP, e o Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo “Euclides de Jesus Zerbini”, sob administração da SPDM-UNIFESP.

Para os críticos da medida, ao contrário do que seus proponentes afirmam, com a efetivação da medida será institucionalizada uma fila dupla que privilegiará os clientes dos convênios particulares, em detrimento dos usuários do SUS – situação corriqueira em Santas Casas, hospitais universitários e privados conveniados ao SUS. Apesar de o próprio documento alertar acerca da possibilidade da dupla fila, exigindo que o tratamento seja igual para todos, a diferença existente entre os caminhos para se chegar a um hospital de alta complexidade, que oferece atendimento referenciado, elimina qualquer possibilidade de tratamento igualitário entre pacientes do SUS e de convênios privados⁴². Em entrevista

⁴² A proposição de reservar 25% das vagas para pacientes de convênios privados ensejou críticas até de setores que apóiam as OSS desde o princípio. Num editorial de 02/09/2011, o jornal “O Estado de São Paulo” teceu críticas à criação da dupla porta: “Mantido como uma instituição pública, o hospital não pode tratar diferentemente os cidadãos, mas é muito provável que isso venha a ocorrer caso o projeto seja aprovado e colocado em prática. A instituição da ‘porta dupla’ assegurou mais recursos para o Incor, mas criou duas

para um portal eletrônico, o médico Arthur Chioro, atual Secretário de Saúde da cidade de São Bernardo do Campo, assevera que a venda de vagas rompe o princípio constitucional da equidade no tratamento de pacientes do SUS de duas formas:

Peguemos a situação do Icesp e do Brigadeiro, os primeiros hospitais geridos por OSs a receber autorização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para vender até 25% da sua capacidade. O paciente não pode ir direto para nenhum dos dois. Só vai para um hospital de alta complexidade se for encaminhado pelo médico que o atendeu no consultório particular, no caso de ser cliente privado ou de plano de saúde. Ou, se for SUS, pela Central de Regulação do Sistema Único de Saúde, quando atendido na unidade básica de saúde ou no serviço público especializado. Assim, o paciente SUS para ser atendido tem de passar primeiro por uma unidade básica ou pela equipe da Saúde da Família. Na hipótese de a avaliação física ou os exames laboratoriais iniciais levantarem a suspeita de câncer ou a necessidade de transplante, ele é encaminhado para um serviço especializado. *Aí, serão pedidos novos exames e só com o diagnóstico confirmado esse serviço poderá solicitar o encaminhamento para o Icesp para cirurgia, quimioterapia, radioterapia e acesso à assistência farmacêutica.* Já o paciente particular ou de plano faz logo os exames complementares e o diagnóstico é fechado rapidamente por seu médico que o atende na clínica privada ou da empresa médica e que muitas vezes pertence ao corpo clínico desses hospitais. Assim, acabará ocorrendo acesso mais rápido e privilegiado dessa clientela ao Icesp e ao Instituto de Transplantes, como já se observa em hospitais públicos universitários. Dessa maneira, *os principais equipamentos construídos e comprados com recursos públicos, passam a ser ocupados por uma clientela privada, aliviando os custos dos planos de saúde e a classe média alta e da elite que pode pagar por serviços particulares* (destaques nossos) (LEMES, 2011, s/p).

Além da institucionalização da fila dupla, que afeta a equidade no tratamento, a referida Lei beneficia as seguradoras privadas de saúde, pois tendo a possibilidade de ver seus clientes serem atendidos em hospitais públicos de alta complexidade, como é caso do ICESP e do Hospital de Transplantes, não terão a necessidade de investir em seus próprios hospitais para tratar de doenças graves e de alto custo. Em tese, quando um paciente que tem convênio é atendido em um hospital público, o plano de saúde deveria ressarcir os cofres públicos, como dispõe resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, do ponto de vista operacional, o repasse e o controle pela agência são falhos. Uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União constatou que os planos de

classes de pacientes, uma, dos dependentes do SUS, e outra, dos clientes dos planos de saúde. Para quem está na primeira, a espera é de até 14 meses por alguns procedimentos; quem está na segunda tem atendimento imediato. Com a mudança, o hospital ‘vai poder escolher quais casos vai atender’, advertiu a especialista em saúde pública Lígia Bahia - e isso é inadmissível num hospital público” (2011, s/p). O jornal “Folha de São Paulo”, por meio de um editorial publicado no dia 03/08/2011, manifestou-se de forma contrária à medida, questionando a capacidade de o Estado fiscalizar e coibir o tratamento diferenciado entre os pacientes de convênios particulares e do SUS.

saúde deixaram de repassar R\$ 3,8 bilhões aos cofres do SUS nos últimos anos. Ainda de acordo com o relatório do tribunal, se somados todos os procedimentos que poderiam ser cobrados pelo SUS, como processos ambulatoriais, tomografia, ressonância e pequenas cirurgias, o déficit dos planos pode chegar a R\$ 10 bilhões⁴³.

Intitulada de “*Robin Hood às avessas*”, a medida adotada pelo Governo Estadual deve agravar uma situação desde sempre complicada para os usuários do SUS. O caso do Instituto do Coração, ligado ao complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, é paradigmático; uma reportagem veiculada pelo jornal “O Estado de São Paulo” em 13 de janeiro de 2011 informa que pacientes do sistema público esperam de oito meses a um ano e dois meses para ter acesso a determinados atendimentos, enquanto que não há filas para os pacientes de convênio que também são atendidos na mesma unidade. Neste hospital em particular, a dupla fila vige há mais de uma década, gerando desigualdade no tempo de espera e, conseqüentemente, no atendimento assistencial. Um trecho da reportagem demarca as diferentes condições:

Um total de 20 passos separam os dois prontos-socorros do Incor, um dedicado ao SUS, o outro aos planos de saúde. Ambos estão dispostos quase frente a frente, mas quem se dirige ao público encontra o chão está riscado, um apertado corredor de espera lotado e o setor de atendimento com macas espalhadas, médicos se esforçando para cuidar de todos, banheiros nem sempre limpos. Do outro lado, na área dos planos, o chão tem padrão granito, há uma espera confortável, salas de atendimento privativas, pouca gente e serenidade dos médicos (LEITE, 2011, s/p).

Conquanto a iniciativa de cobrar dos atendimentos de clientes de planos privados seja necessária e justa, é imperativo que isto ocorra sem a criação de uma fila dupla, disposição frontalmente inconstitucional e perversa para a saúde dos usuários do SUS. Além de favorável aos planos de saúde, que crescem ininterruptamente desde meados da década passada, a medida representa mais uma vitória do projeto neoliberal encetado nos anos 90, que avança a passos largos em setores sociais. Para finalizar este ponto, vale dizer que a lei da dupla porta está suspensa, ainda que temporariamente pela Justiça Estadual, após ação civil pública impetrada pelo Ministério Público de São Paulo.

⁴³ Atualmente, somente os custos das internações devem ser ressarcidos aos cofres públicos.

2.4 – Privatização, concorrência, (in)eficiência e o (des)controle financeiro: aspectos críticos do modelo das OSS

Dentre diversos pontos que poderíamos investigar, escolhemos a privatização, o descontrole financeiro, a concorrência e a ineficiência por acreditarmos que são os mais profícuos para uma análise crítica, uma vez que seus significados antagônicos, isto é, a publicização, o controle financeiro e a eficiência são, desde o início das OSS, tidos como pressupostos absolutos e inerentes ao modelo pelos seus defensores.

A ideia da privatização é recorrente nos textos que versam sobre as OSS. Em tese, tanto os setores favoráveis quanto os contrários ao modelo a rechaçam. Com relação aos primeiros, a argumentação é exposta da seguinte forma: uma vez que não há transferência da propriedade do ente público para o privado, isto é, que o hospital ou qualquer outro equipamento público de saúde não se torna propriedade das instituições privadas não lucrativas, não seria possível falar em privatização. Deste modo, o que teríamos, na verdade, seria a concessão de equipamentos para serem administrados pelo setor privado não lucrativo, mediante o pagamento de um valor estipulado no contrato, sob a regulação do Estado. Observemos esta visão de forma mais detida:

No caso, as OS paulistas constituem entidades do Terceiro Setor que foram habilitadas como OSS e contratadas para executar o gerenciamento dos hospitais próprios do Estado, equipados e mobiliados, porém, sem quadro de lotação de pessoal definido e sem corpo funcional estatal. *Apesar do contrato de gestão e do gerenciamento pelas OSS, esses hospitais continuam pertencentes ao Estado, as benfeitorias e os eventuais bem móveis e imóveis que venham a ser adquiridos, são incorporados ao patrimônio do Estado, conforme a Lei.* A clientela a ser atendida é previamente definida pelo contratante, no caso da SES/SP e não pela OSS, e os valores pagos são previamente pactuados. Não há excedente financeiro ou lucro a ser distribuído, não há autonomia do que fazer e para quem fazer as coisas. A autonomia neste caso resume-se na escolha de como executar os serviços e realizar os procedimentos definidos no contrato de gestão. *Assim, não se pode caracterizar como privatização de um bem público, no caso desses hospitais, e não é exagero afirmar que as entidades do Terceiro Setor que se habilitam como organizações sociais passam a ser mais controladas por órgãos estatais, como por exemplo, serem auditadas pelo Tribunal de Contas do Estado (destaques nossos) (DUARTE, 2009, p. 158).*

Se de um lado temos esta atual configuração do modelo das OSS, calcado na transferência da administração dos serviços de saúde, de outro, se analisarmos a partir dos diferentes setores da sociedade e a quais deles interessam a privatização da saúde pública,

veremos que a assunção de parte substancial dos equipamentos públicos de saúde pelas instituições privadas, mesmo que não lucrativas, fortalece sobremaneira as empresas privadas lucrativas ou não. Isto significa que, mesmo que não se considere um processo de privatização da saúde pública, o repasse dos serviços já implica, por si só, o robustecimento econômico e político do setor privado. Ademais, conquanto os proprietários das OSS não possam, por lei, apropriar-se privadamente dos lucros, devendo reinvesti-los na instituição, algumas OSS, por gerenciarem diversos hospitais – caso da SPDM, SECONCI-SP, Fundação do ABC e Associação Congregação de Santa Catarina –, conseguem formar uma central de compras maior, adquirindo um conjunto de materiais maior a um preço mais baixo. Neste sentido, o crescimento do setor privado lucrativo ou não, e aqui nos referimos às Santas Casas, hospitais privados filantrópicos, hospitais administrados por OSS e hospitais privados lucrativos, representa um deslocamento dos recursos públicos, visto que a verba que anteriormente iria para os hospitais públicos estatais, passou a ter como destino os hospitais privados lucrativos ou não. Assim, esta drenagem de recursos públicos em direção ao setor privado, pensada em uma linha temporal mais ampla, ratifica o movimento de favorecimento das entidades privadas filantrópicas nos primórdios da saúde pública no Brasil – notadamente as Santas Casas –, que tiveram mercado cativo por conta dos convênios entre estas instituições e o Estado, passando pelo fortalecimento que os grupos privados tiveram durante o período da Ditadura Militar, até o período atual, marcado pelo crescimento dos planos privados e pela criação das OSS.

O fato de as OSS assumirem, somente no Estado de SP, 71 equipamentos públicos de saúde propicia uma importância inaudita do setor privado no plano da saúde pública em termos operacionais e de recursos, uma vez que o Estado, relegado à função de regulador dos serviços, cada vez mais perde espaço na sua provisão. Podemos ilustrar a nossa afirmação com a quantidade de trabalhadores da saúde. Em 2008, segundo os dados de Mendes & Vaz (2010), o corpo de servidores públicos de saúde do Estado de São Paulo era composto por 56.751 trabalhadores. Se considerarmos apenas aqueles que trabalham em hospitais, são 42.207 servidores públicos. No caso das OSS, se somarmos o número de trabalhadores apenas dos hospitais sob gestão das OSS – lembrando que estas gerenciam também AMEs, CEACs, PAIs, CRIs e UBSs –, serão 31.858 mil servidores públicos

substituídos por celetistas vinculados aos OSS e não mais à SES/SP. Vale dizer que deste universo, segundo dados de Mendes & Vaz (2010), 5.395 são terceirizados. Logo, se a tendência de crescimento das OSS se confirmar, a diferença de quase 11 mil servidores em relação à quantidade de celetistas ligados às OSS, sujeitos à instabilidade de emprego e à pressão das metas impostas, diminuirá rapidamente, de sorte que o novo modelo tende a ser hegemônico em toda a saúde pública paulista em poucos anos.

Assim, conquanto não seja possível, até o momento, caracterizar a transferência dos serviços como um processo de privatização, no sentido da transferência de propriedade, não nos resta dúvida que estamos caminhando para um cenário que, através do cerceamento do SUS, culminará na privatização da saúde pública. Para tanto, trazemos à luz alguns elementos que sustentam nossa afirmação: o primeiro, como dito anteriormente, é o crescimento do espaço de atuação do setor privado, que passou a assumir tanto a área pública quanto a área privada⁴⁴; o segundo elemento é consequência do primeiro: a diminuição da ação estatal neste setor, a precarização das estruturas e das condições de trabalho dos servidores públicos dos hospitais sob a administração direta e a estagnação de seu financiamento, gera uma visão distorcida da realidade, apontando para o repasse dos hospitais a entidades privadas como única solução para melhorar o setor da saúde⁴⁵; o terceiro elemento se reporta ao contexto atual da saúde pública no Brasil, pois mesmo tendo um sistema que prevê saúde gratuita e universal, o gasto privado neste setor é maior que o público, causando enormes distorções, como o subfinanciamento e a precarização do atendimento assistencial⁴⁶. Desta forma, a desresponsabilização imposta ao Estado através

⁴⁴ De acordo com o relatório da CPI dos serviços médico-hospitalares, em 2007, o setor privado filantrópico tinha 2100 hospitais, empregavam 450.000 funcionários e eram responsáveis por quatro milhões de internações por ano no Brasil. No Estado de SP, segundo a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FEHOSP), este setor respondia por 55,6% de todo o movimento de internações e somavam 591 entidades.

⁴⁵ Este ponto explicita uma velha estratégia, assaz conhecida pela população paulista, para passar os serviços públicos às empresas privadas. Quem a apresenta é o ex-presidente do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, Edgar Rodrigues: “Olha, se não é essa a intenção (a privatização), o caminho está aberto para isso. Especialmente com as modificações na lei das OSS em São Paulo. É o que se verifica com o abandono de certos setores. É como aconteceu nas estradas. Primeiro se sucateia, depois se diz: só tem uma saída, vamos privatizar e cobrar pedágios. Essa é a política do Estado mínimo” (Folha de São Paulo, 2009, p. C3).

⁴⁶ Segundo reportagem de André Barrocal Maria Inês Nassif da Agência Carta Maior, o Brasil é o único país do mundo que tem uma rede de saúde gratuita e, ao mesmo tempo, vê o mercado gastar mais com dinheiro do que o Estado. “Do total de gastos neste setor, 55% são privados (e beneficiam cerca de 46 milhões de conveniados) e 45% são públicos, que favorecem todos os 190 milhões de brasileiros. Na Inglaterra, o Estado

da criação das OS, longe de torná-lo mais forte e capaz de regulamentar as entidades privadas, tem tornado o SUS mais dependente dos interesses do setor privado. Interpretando esta questão, Silva (2003) afirma que a presença crescente do setor privado em serviços públicos sociais representa um deslocamento nas fronteiras entre o público e o privado, de modo a manter a acumulação de capital dos setores privados. Por fim, a referida autora conclui: “A condição de público não estatal (OS) é um exemplo desse deslocamento de fronteiras. Adapta-se aos principais postulados neoliberais, uma vez que responde às necessidades de flexibilização da gestão estatal e coloca-se em um espaço virtual/híbrido que não é nem público nem privado, dificultando a identificação da responsabilidade institucional e facilitando a apropriação dos recursos públicos” (p. 98).

Além da importância política e econômica conquistada pelo setor privado, os modelos de gestão da saúde posteriores às OSS que, embora não seja dito de forma explícita, porém o grau de “parentesco” entre eles é evidente, corrobora nosso entendimento de que este setor caminha no sentido de sua privatização. Falamos especificamente de dois modelos: a Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) e a Parceria Público-Privada (PPP) na saúde. Ambos são construções jurídicas que permitem o repasse de equipamentos públicos de saúde. O primeiro deles é fruto de um projeto realizado em 2007 por técnicos do Ministério do Planejamento, pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública e da Fundação Fiocruz, além da advogada Lenir Santos, especialista em direito sanitário. Assim como as OSS, a FEDP também atua mediante contrato de gestão entre o Estado e as fundações, os trabalhadores ficam sob o regime CLT e não mais estatutários, além de a direção da fundação ter a possibilidade de comprar produtos e serviços, contratar e despedir funcionários de acordo com o regime privado, sem passar por processos licitatórios. A principal diferença entre esta proposta e as OSS, e neste ponto reside uma das controvérsias entre os pesquisadores, sindicatos e movimentos sociais, é que a fundação deve ser estatal ou pública, porém regida pelo direito privado. Segundo seus defensores, inclusive entre aqueles que criticam as OSS, a fundação estatal/pública que gerencia um hospital “é pública, com objetivos públicos, financiada pelo

responde por 82% dos gastos totais; no Canadá, que também conta com um sistema público, o governo gasta cerca de 7% do PIB em saúde e o setor privado 2,8%” (2011, s/p).

público, executando ações públicas, controlado pelo público, isto é, pelos cidadãos” (Carvalho, 2007). Neste sentido, a ideia seria de que, ainda na órbita estatal, trazer elementos do setor privado para prover maior agilidade à administração pública, sem caracterizar um processo de privatização.

Oriundo de outras áreas, sobretudo da construção de grandes obras infraestruturas e da gestão de rodovias, o modelo de “PPP da saúde” foi adaptado às necessidades desta área para a construção e reforma de hospitais públicos. Na prática, funciona da seguinte forma: um grupo de investidores privados constrói um hospital, passa a gerência para uma OSS e, num período de 15 anos, recupera o investimento e lucra com a exploração de serviços não assistenciais, como os setores de limpeza, segurança, atendimento, etc. O Hospital do Subúrbio, em Salvador (BA), e o Hospital Metropolitano, em Belo Horizonte (MG), são as primeiras experiências deste modelo. Januário Montone, atual secretário da saúde da cidade de São Paulo, anunciou em um artigo no jornal Folha de São Paulo de 24/03/2011 uma PPP bilionária (R\$ 1, 350 bilhão) para a construção e ampliação de 11 hospitais no município. No Estado do Rio de Janeiro, segundo reportagem da Revista “Fornecedores Hospitalares”, também se adotou um modelo inspirado nas OSS paulistas; a diferença, contudo, é que as instituições assistenciais no Estado do RJ são gerenciadas por entidades privadas lucrativas. Para ilustrar estas últimas informações, a reportagem, referindo-se às empresas gestoras do Hospital do Subúrbio, em Salvador, mostra que elas, Prodal e Promedica, “estimam um lucro de 6% ao ano sobre os R\$ 103,5 milhões (investimento para a construção do hospital)” (Nov/2010, p. 26).

Diante do crescimento das OSS em todo o território paulista, poderíamos questionar a existência ou não de competição entre as entidades privadas pela gestão dos equipamentos públicos de saúde. A princípio, poder-se-ia recusar a mera possibilidade de qualquer tipo de concorrência, uma vez que a escolha das OSS para atuar na saúde pública paulista é feita ao alvedrio do Secretário estadual de Saúde. Em que pese esta contradição lógica, persistimos nesta questão na medida em que tal raciocínio – maior competição, logo maior eficiência nos gastos públicos – foi e é utilizado amiúde pelos defensores do modelo. A título de ilustração, Morales (1999), ao discorrer a respeito das vantagens da atuação das entidades privadas em setores públicos, sustenta que o modelo é capaz de: “incentivar a

concorrência, aumentar a oportunidade de escolha para os usuários, reduzir os custos dos serviços e incentivar a eficiência e melhoria da qualidade” (p. 77). Deste modo, seria possível falarmos na existência de competição entre as OSS pela verba pública através da administração de hospitais públicos? Sustentamos que há uma relativa competição pela gestão dos hospitais, dado que as fundações privadas ligadas às universidades públicas não participam de qualquer tipo de processo seletivo por serem convidadas a adotar o modelo; além disto, parte considerável das OSS são as Santas Casas de seus respectivos municípios, outro indicador de que, nestes casos, com exceção da Santa Casa de Votuporanga que administra equipamentos de outras localidades, não houve competição pela administração dos hospitais. Em termos numéricos, as universidades públicas e Santas Casas representam 52% do total de OSS e administram 45% dos equipamentos públicos de saúde sob este tipo de gestão, de sorte que haveria, em tese, competição entre as OSS restantes. Neste sentido, podemos dizer que a versão paulista deste modelo substituiu os supostos benefícios da competição pelo vício da discricionariedade.

Quando nos reportamos à eficiência, referimo-nos à ideia propagandeada pelos defensores do modelo; de acordo com Barbosa (2005), Barradas *et alli* (2009), Bresser Pereira (2009), Ferreira Júnior (2004), Rev. de Administração em Saúde (2005), com os mesmos recursos e estrutura, estes autores afirmam que um hospital gerido por uma OSS é capaz de atender mais e melhor os pacientes, que um hospital sob administração direta. Além dos autores citados, apresentações e documentos oficiais do Governo Estadual noticiam que pesquisas realizadas por instituições como IBOPE e Banco Mundial teriam atestado a superioridade do modelo das OSS, sobretudo devido à gestão flexível. Apenas para trazer alguns dos números encontrados em publicações oficiais, em uma apresentação da SES/SP denominada “*As OSS – mecanismos de avaliação e controle*”, durante um “workshop de gestão hospitalar” em 2006, sustentou-se que com um orçamento 8,1% maior, um conjunto de 13 hospitais sob a administração de OSS produziu um número de saídas 42,8 % (altas de pacientes), em relação a um grupo com a mesma quantidade de hospitais sob a administração direta. Afirmou-se também que o custo médio de saídas das OSS seria 24,3% menor em relação às altas concedidas pelos pacientes dos hospitais sob a administração direta. Ademais, Barradas & Mendes (2006), em pesquisa comparativa com

os mesmos objetos, retrataram um cenário similar: com o mesmo nível de recursos os hospitais de OSS produziram 35% mais saídas, em relação aos leitos que ofertaram, que os hospitais estatais⁴⁷.

Além das pesquisas, documentos oficiais e os endereços eletrônicos dos hospitais ressaltam os prêmios e certificados de qualidade que obtiveram nos últimos anos, como comprovação da prestação de um serviço eficiente. O principal atestado disto seria a acreditação hospitalar, promovida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Oriundo dos hospitais privados, trata-se de um sistema de avaliação e certificação em 3 níveis, que atesta a conformidade dos serviços de saúde com padrões previamente estabelecidos pela ONA, validados e reconhecidos pelo Ministério da Saúde. Se para os hospitais privados a importância da conquista deste “selo de qualidade” está relacionada à visibilidade para atrair mais clientes, no caso das OSS significa maior legitimidade social para o modelo, além de trazer a possibilidade de o hospital pactuar convênios voltados para pesquisas médicas. Atualmente, a maioria dos hospitais ligados às OSS detém alguns dos três níveis de acreditação⁴⁸.

Embora não possamos questionar a eficiência do modelo no que toca ao tipo de assistência e como esta é prestada aos usuários dos hospitais, uma extensa reportagem feita em junho de 2011 por Conceição Lemes, jornalista especializada em saúde, iluminou alguns dados nebulosos acerca da eficiência do modelo, no sentido exposto nos parágrafos acima: o hospital sob gestão de uma OSS cura mais pacientes com recurso menor ou igual que um hospital da administração direta. Pois não é o acontece, de acordo com a reportagem intitulada “*Hospitais públicos de SP gerenciados por OSs: rombo acumulado é*

⁴⁷ Apesar destes indicadores, vale destacar a ponderação feita pelo atual Secretário da SES/SP, Giovanni Cerrí, que assumiu o cargo após o processo de implantação das OSS, durante uma entrevista à revista Carta Capital: “Metade dos hospitais do Estado é gerida por OS. Têm desempenho melhor, mas são hospitais mais novos, com salários diferenciados. Não sei se podemos, tranquilamente, compará-los com instituições mais antigas, muitas vezes defasadas, nas quais os profissionais recebem salários inferiores. Estamos comparando instituições novas, com gestão moderna e ágil, com instituições antigas, com a gestão engessada típica do setor público” (YUNES, 2011, s/p).

⁴⁸ Informações retiradas de www.ona.org.br. Eis alguns hospitais sob a gerência das OSS e seus níveis de acreditação, de acordo com documento da SES/SP: Acreditação nível III – Hosp. Est. de Diadema, Hosp. Geral de Pedreira, Hosp. Geral de Pirajussara e Hosp. Estadual de Sumaré; Acreditação Plena – Hosp. Est. de Diadema, Hosp. Geral de Pirajussara e Hospital Estadual Bauru; Acreditação Nível I – Hospital Geral de Itapevi, Hospital Geral do Itaim Paulista e Hospital Geral de Itapeçerica da Serra.

de R\$ 147,18 milhões”. Dentre os principais aspectos abordados no trabalho, a autora aponta o considerável aumento de recursos para as OSS nos últimos anos em relação ao orçamento da saúde. Eis sua afirmação:

No final do ano passado, o “Vi o Mundo” (*site* eletrônico) já havia tornado público que, em 2008 e 2009, os hospitais geridos pelas OSS custaram, em média, aos cofres do Estado de São Paulo cerca de 50% mais do que os hospitais administrados diretamente pelo poder público. A mesma tendência se manteve em 2010, revela o cruzamento de dados dos relatórios das OSs com informações do Sistema de Gerenciamento da Execução Orçamentária do Estado de São Paulo. No final de 2010, o “Vi o mundo” revelou que, de 2006 a 2009, os gastos com as OSs saltaram de R\$ 910 milhões para R\$ 1,96 bilhão. No mesmo período, o orçamento do Estado cresceu 47%. Ou seja, as despesas do Estado de São Paulo com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público (LEMES, 2011, s/p).

Além deste crescimento desproporcional em relação ao orçamento do Estado, a investigação realizada pela repórter mostrou que, dos 22 hospitais públicos administrados por OSS que haviam publicado seus balanços contábeis referentes a 2010, apenas 4 deles ainda tinham patrimônio positivo, sendo que todos estes são novos e recém terceirizados para as OSS. Os demais, informa a autora, “apresentam patrimônio negativo, ou seja, passivo maior do que o ativo. Portanto, dos que já divulgaram o balanço de 2010, 80% estão quebrados” (2011, s/p). Dada a relevância da questão, reproduzimos as informações apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 07 – Déficit dos hospitais administrados por OSS em milhões de reais:

Hospital	OSS gestora	Déficit em 2010	Déficit acumulado
Hosp. Geral de Pedreira	Ass. Congr. de S. Catarina	5,7	5,78
Hosp. Geral de Itapevi	Ass. Congr. de S. Catarina	6,8	9,6
Hosp. Geral do Grajaú	Ass. Congr. de S. Catarina	13,5	25
Hosp. Est. do Itaim Paulista	Casa de Saúde S. Marcelina	3,26	3,8
Hosp. G. de Itaquaquecetuba	Casa de Saúde S. Marcelina	3,26	5,1
Hosp. Geral de Carapicuíba	Soc. Benef. S. Camilo de SP	3,6	6,3
Hospital Est. de Santo André	Fundação ABC	2,2	4,2
Hospital Geral de Guarulhos	Irm. Santa Casa de Mis. de SP	8,7	18,5
Centro H. do Sist. Penitenciário	Irm. Santa Casa de Mis. de SP	2,66	3,8
CAISM de Franco da Rocha	Irm. Santa Casa de Mis. de SP	630 mil	630 mil
Hosp. Est. de Francisco Morato	Irm. Santa Casa de Mis. de SP	4,9	4,8
Hospital Est. da Vila Alpina	SECONCI – SP	3,28	8,86
Hosp. G. de Itapeçerica da Serra	SECONCI – SP	6,9	6,4
Hospital Regional de Cotia	SECONCI – SP	2,37	3,35
Hospital Est. de Sapopemba	SECONCI – SP	8,57	8,57
Hosp. de Clínicas Luzia Mello	SPDM	2,6	7,39
Hospital Geral de Pirajussara	SPDM	380 mil	13,8
Hospital Est. de Diadema	SPDM	2,34	11,3
TOTAL		71,98	147,18

Fonte: Lemes (2011)

Os AMEs também estavam deficitários no período analisado. Segundo a autora, dos 27 ambulatórios existentes, 17 tiveram déficit em 2010. Em síntese: “dos 58 hospitais, AMEs e serviços de diagnóstico do Estado de São Paulo geridos por OSS via contrato de gestão, 41 tiveram déficit em 2010, segundo o relatório das OSS publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, de abril de 2011. O que representa 70%” (LEMES, 2011, s/p). A partir destes dados, é possível questionar quão eficiente é o modelo das OSS para gerir os equipamentos públicos de saúde e o quão diferente é do modelo da administração

direta, pois nos parece patente que o atendimento de boa qualidade em saúde demanda um alto investimento público, independente do modelo de gestão. Indagamos também se a melhoria da saúde pública está ligada apenas à gestão privada supostamente mais eficiente, como afirmam os defensores da transferência dos hospitais⁴⁹. Embora não tenhamos elementos para responder de forma peremptória a tais questões, os dados trazidos pela reportagem evidenciam dois aspectos: em primeiro, que as OSS apresentaram dados mais positivos por terem recebido mais investimentos nos últimos anos, como forma de conquistar legitimidade social; em segundo, que a saúde pública de caráter universal, além de ter que ser mais bem administrada, necessita de investimentos cada vez maiores, pois é um serviço social dispendioso.

O terceiro aspecto a ser analisado é o descontrole financeiro. Documentos oficiais, livros e pesquisas acadêmicas ressaltam diversas formas de controle exercidos sob as OSS. Fundamentalmente, são relatadas quatro formas de supervisão das atividades dos hospitais terceirizados. A primeira forma de avaliação do contrato de gestão é o acompanhamento realizado pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS), ligada à SES/SP. Segundo Sano (2003), ela é responsável pelo acompanhamento rotineiro da execução do contrato, sendo que sua análise condiciona o pagamento de uma parte variável dos recursos orçamentários e também subsidia a decisão do governador de manter ou não a qualificação da OS. Em contrapartida, a OS deve enviar mensalmente documentos das atividades realizadas, relatórios de execução para a coordenadoria, deve registrar na internet os dados relativos à produção assistencial, além de enviar os indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros. A segunda forma de controle é feita pela comissão de avaliação. Também conhecida como “Comissão de notáveis”, ela é composta por integrantes do Conselho Estadual de Saúde, membros da Comissão de Higiene e Saúde da Assembléia Legislativa, além de outros membros. Tem

⁴⁹ Este discurso está presente em boa parte dos veículos de comunicação da imprensa brasileira. Como exemplo, citamos a opinião de um conhecido comentarista econômico sobre a contraposição “mais investimento” e “melhor gestão”: “(..) o problema central está no serviço público, que gasta muito e não entrega os serviços correspondentes. Tanto que governos estaduais e prefeituras, pelo país afora, estão ‘comprando’ leitos em hospitais privados para colocar os pacientes do SUS. É uma ótima alternativa. Em vez de pretenderem ser ao mesmo tempo construtores e administradores de hospitais e fornecedores de todos os serviços, os governos poderiam se concentrar em, por exemplo, atividades de prevenção e ‘comprar’ leitos de hospitais privados, onde estes foram mais eficientes. Pode escrever, vai sair mais barato” (SARDENBERG, 2011, s/p).

como atribuição principal o acompanhamento e verificação das atividades das OSS, bem como da aplicação dos recursos sob sua gestão (Duarte, 2009).

A terceira forma de controle é feita por uma comissão da Assembléia Legislativa de São Paulo. Sano (2003) explica que esta comissão é subdividida em outras duas: a Comissão de Saúde e Higiene, que deve opinar sobre proposições e assuntos de defesa, assistência e educação sanitária, e a Comissão de Fiscalização e Controle, que tem por competência verificar e apontar irregularidades dos atos da administração direta e indireta do Estado, além de outras incumbências. A quarta e última forma de controle é exercida pelo TCE. Segundo Sano (2003) e Traldi (2003), o referido tribunal auxilia a Assembléia Legislativa no controle das OSS. Além das atividades de auditoria das contas públicas, o TCE passou a realizar visitas aos hospitais terceirizados, durante as quais são realizadas auditorias nos procedimentos administrativos. Acerca deste conjunto de controles, um relatório realizado pela FIOCRUZ e patrocinado pelo Banco Mundial sobre a gestão das OSS paulistas releva suas virtudes: “A regulação da OSS é claramente exercida por mecanismos sistêmicos e republicanos em razão do forte papel de monitoramento exercido pelo Tribunal de Contas do Estado, da Assembléia Legislativa e do Conselho Estadual de Saúde sobre o desempenho e a missão institucional das OSS, segundo o que estabelece a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998” (COSTA & RIBEIRO, 2005, p. 103).

Não obstante a visão positiva acerca deste conjunto de instâncias que supervisionam os procedimentos e resultados alcançados pelas instituições sob gestão das OSS, não poderíamos deixar de mostrar algumas críticas e denúncias que relativizam a capacidade destes controles citados e questionam a transparência e a idoneidade das filantrópicas OSS. Porém, antes de trazermos alguns fatos, citamos um breve trecho de uma reportagem, em que a fala de um ex-presidente do TCE/SP coloca dúvidas acerca da eficácia dos controles sob as OSS: “O presidente do Tribunal de Contas do Estado vê problemas no modelo das OSs. ‘Como precificar o serviço que se está comprando? Um Estado que mal tem condições de fiscalizar o que está escrito em um contrato, tem menos condições ainda de estabelecer preços justos pelos serviços que compra’. De acordo com Rodrigues, o TCE tem tido dificuldades para obter informações sobre os contratos de gestão. ‘Queremos saber: como se chegou a esse valor? E é sempre uma resposta vaga’” (p. C3). A princípio, a crítica acima nos parece ser procedente, pois uma notícia veiculada pelo

jornal “Agora”, de 01/11/2010, apurou que “o preço dos produtos utilizados para prestar atendimento à população pode variar mais de 500% nos hospitais estaduais, que seguem um modelo terceirizado. Enquanto uma OSS contratada pelo governo compra um cateter por R\$ 0,45, outra entidade, com a mesma função, paga até R\$ 2,55” (2010, s/p).

Em 2007, foi apresentado um requerimento à Assembléia Legislativa de SP para a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) “para investigar a forma como o Poder Público tem remunerado os serviços médico-hospitalares prestados por entes de direito público e privado e hospitais universitários, assim como os efeitos que tal política tem produzido sobre a saúde pública em nosso Estado desde a promulgação da Emenda Constitucional, n° 29, de 2000” (p. 1). O relatório produzido é extenso e aborda temas que ultrapassam nosso objeto, de sorte que vamos nos concentrar apenas das considerações do sub-relatório produzido pelo ex-deputado Raul Marcelo (PSOL). O ex-parlamentar destaca em seu texto que, após fazer visitas a 7 dos 13 hospitais administrados por OSS à época, encontrou dificuldades para obter documentos e dados importantes acerca da produção mensal das instituições assistenciais. Para o autor do relatório, isto denota: “a falta de transparência do governo em relação à política de OSs e a blindagem que a SES/SP faz em torno das mesmas” (p. 277). Além desta, os poucos dados relativos ao repasse de serviços nos hospitais reafirmam a hipótese da falta de clareza na gestão dos recursos. Segundo o ex-parlamentar: “As terceirizações também não estão submetidas a algumas regras da administração pública como a lei de licitações, fundamental à transparência dos serviços prestados para o Estado. Essa falta de transparência pode proporcionar uso indevido dos recursos públicos, que foi o teor de uma série de denúncias recebidas sobre os processos de terceirização nos hospitais da administração direta: superfaturamento de contratos, prestação de serviço a quem do contratado, favorecimento individual, dentre outros” (ALESP, 2007, p. 267)⁵⁰.

Nos últimos anos, os veículos de comunicação trouxeram diversas denúncias de malversação de recursos públicos por parte de OSS paulistas que mantêm contratos com os

⁵⁰ Curiosamente, além de não resultar em medidas concretas – embora não se possa menosprezar a publicação de irregularidades nos hospitais investigados -, o relatório final da CPI mostrou a insatisfação de parlamentares pró OSS e representantes da saúde suplementar com relação à *tímida* introdução das OSS no Estado de São Paulo. Logo, o que era para ser um espaço crítico às Organizações Sociais de Saúde, foi transformado em um espaço privilegiado de defesa e reforço de políticas favoráveis a esse modelo.

governos estadual e municipal. As reportagens dizem respeito à contratação de empresas terceirizadas de parentes dos diretores do hospital, valores não empregados pelas OSS que aparecem na contabilidade como se tivessem sido integralmente utilizados, variação exagerada de preços de remédios de hospitais administrados por uma mesma OSS, formação de “caixa dois” a partir de desvio de uma OSS, dentre outros. Para ilustrar o que apontamos, citaremos algumas denúncias. O jornal “O Estado de São Paulo”, em 03/12/2010, relatou que o Tribunal de Contas do Município (TCM) julgou irregular o contrato firmado entre a Prefeitura de São Paulo e o SECONCI, organização social contratada para gerenciar unidades de saúde da zona leste. Auditores constataram que, dos R\$ 27 milhões repassados pelo governo à entidade, R\$ 18 milhões (67%) estavam parados em aplicações financeiras. De acordo com o texto da notícia, “segundo o TCM, o contrato assinado entre o SECONCI a Secretaria Municipal da Saúde evidencia um ‘descontrole’ na fiscalização do dinheiro público transferido para as organizações sociais”⁵¹ (2010, s/p). Outras reportagens trazem a mesma denúncia: o governo realiza o pagamento em sua totalidade e a OSS não presta a quantidade de atendimentos pactuada. Eis um trecho da reportagem:

No ano passado, por exemplo, a OS recebeu recursos para a realização de 27,9 mil exames de mamografia nos quatro centros, meta que estava estabelecida no contrato, mas só conseguiu fazer 16,4 mil exames - 59% do previsto. A situação se repete no caso dos exames de ressonância magnética, cuja previsão era de 10,4 mil exames. Entretanto, só foram feitos 6,8 mil exames (65%). Em todos os casos, a OS foi remunerada pela meta previamente definida. A Fidi (OS) recebeu da Prefeitura R\$ 14,97 milhões entre fevereiro do ano passado e maio deste ano (MANSO, 2011, s/p).

Os ambulatórios de especialidades da cidade de São Paulo administrados por Organizações Sociais (OSs) não cumprem as metas de atendimento estabelecidas pela Prefeitura. Segundo relatórios oficiais do primeiro semestre, as seis unidades realizaram, em média, apenas metade das consultas pagas pelo município. Apesar

⁵¹ Esta e outras denúncias levantaram a hipótese de a prefeitura de São Paulo contratar uma auditoria externa para analisar os repasses às OSS, informa reportagem Ricardo Westin do jornal “Folha de São Paulo”, de 10/08/2010. Embora a prefeitura tenha negado publicamente, o texto da notícia revela que: “A decisão de buscar uma fiscalização externa tem origem na dificuldade enfrentada pelos auditores municipais para verificar se as OSs estão aplicando os recursos públicos adequadamente. Num relatório recente, o Tribunal de Contas do Município descreveu os auditores como ‘escasso quadro técnico’ e de trabalho ‘falho e ineficiente’. A prefeitura não diz quantos são na equipe” (2010, s/p). Ademais, em fevereiro de 2011, o dep. estadual Carlos Nader (PT) propôs a abertura de uma CPI para investigar a SPDM com base em ações civis públicas do Ministério Público Federal e relatórios do TCU, os quais apontam possíveis irregularidades no emprego dos recursos públicos.

disso, a verba mensal continua sendo repassada às entidades – ou seja, elas recebem, mas não ofertam os serviços de saúde (FERRAZ, 2011, s/p).

Esta questão é particularmente importante porque, segundo apresentação produzida pela própria SES/SP, no contrato de gestão vigente para as OSS, o qual é pagamento é dividido em dois, uma parte fixa (90%) e outra variável (10%) ligada a indicadores de qualidade, se a produção de um hospital ficar entre 85% e 100% da quantidade pactuada, recebe 100% do valor, de sorte que será descontado do valor global apenas se produzir abaixo de 85%. Se não bastasse este critério que consideramos, no mínimo, inusitado, posto que o discurso do modelo das OSS sustenta uma melhor e maior produção do privado em relação ao público, cumprir 59%, 65% e 50% dos atendimentos e exames programados, como mostram os exemplos acima, e mesmo assim receber o valor total dos recursos, caracteriza uma gestão pública temerária e fraudulenta. Ademais, a parte variável do contrato (10%), apresentada como um estímulo ao gestor do hospital, pois para conquistá-la é necessário atingir os níveis de qualidade acordados, parece-nos na verdade um “presente” às OSS, sobretudo àquelas menos eficientes.

Gostaríamos de trazer duas últimas situações que versam sobre uma denúncia ocorrida no Estado da Bahia e outra em Dourados (MS). Apesar de não ter ocorrido no Estado de São Paulo, decidimos apresentarmos aqui por conta de o modelo dos referidos casos ser bastante similar ao paulista. No episódio baiano, conforme disposto na reportagem da agência de notícias “A Tarde”, de 07/10/2011, o TCE daquele Estado constatou diversas irregularidades em 11 hospitais da rede pública estadual administrados por Organizações Sociais, que movimentaram R\$ 359 milhões entre 2010 e 2011. Segundo o texto da notícia: “O documento citou ‘constantes atrasos nos repasses de verbas para administração das unidades de saúde, contratações irregulares e ilegais para organizações sociais gerirem as unidades médicas e falha na aferição de resultados dos serviços médicos prestados à população’. Concluiu, ainda, que a transferência de gestão dos hospitais a entidades como organizações sociais ‘não solucionou o problema da má qualidade dos serviços médicos’ (2011, s/p). No segundo caso ocorrido em Dourados (MS), o texto da reportagem dispõe que o repasse mensal de R\$ 3 milhões dos cofres municipais à Associação Beneficente Douradense (ABD) era, posteriormente, parcialmente desviado

para a formação de um “caixa dois” e para o pagamento dos vereadores, de modo que votassem de acordo com os interesses da prefeitura. Embora o Poder Judiciário ainda não tenha julgado este caso, aventa-se a possibilidade de o repasse ter sido feito para que pudesse haver o subseqüente repasse aos vereadores, situação que caracteriza a fragilidade do modelo.

Embora haja outros casos de malversação de verbas públicas relatados pela imprensa, os exemplos citados buscaram demonstrar como a transferência dos hospitais não está imune a desvios de verbas públicas e pagamentos indevidos às OSS, apesar de todo o conjunto de controles que o modelo apresenta ter, além do fato de que as OSS, se na teoria estão voltadas para a filantropia e o bom serviço assistencial, as denúncias mostram evidências capazes de contrariá-las.

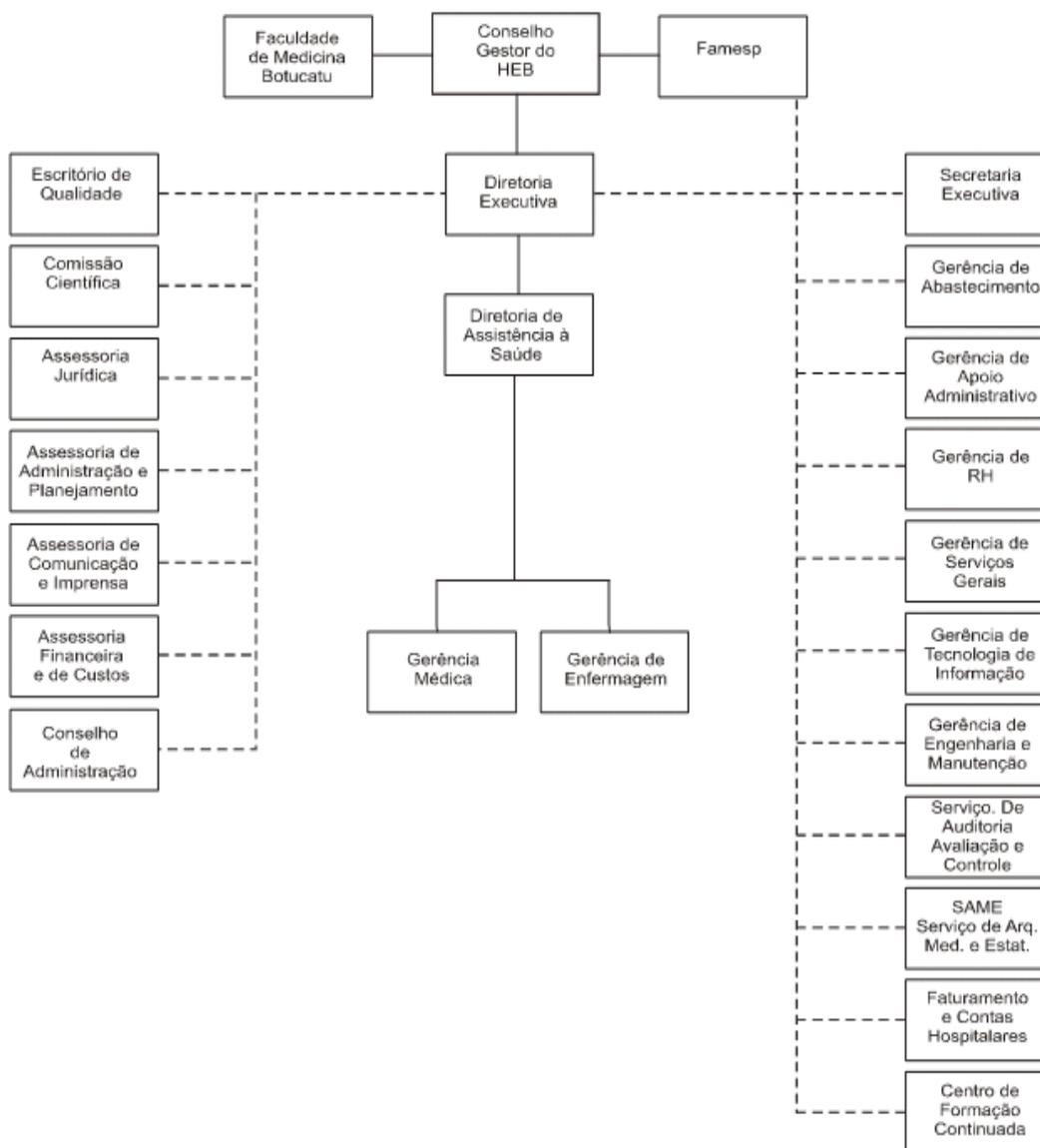
Capítulo 3 – Relações de trabalho em hospital sob a gestão de uma OSS

3.1 - Relações de trabalho no Hospital Estadual Bauru

O terceiro e derradeiro capítulo versa sobre as relações de trabalho em uma instituição hospitalar sob a administração de uma OSS. O objetivo deste estudo exploratório, feito através da coleta de dados e entrevistas com os mais diversos grupos de trabalhadores no hospital, como oficiais administrativos, trabalhadores terceirizados, enfermeiros e médicos, é analisar como alguns dos instrumentos trazidos do setor privado para o setor público, como as metas de produção, as formas de participação dos trabalhadores e a terceirização de diversos setores, influem nas relações de trabalho da instituição. Fizemos tal escolha justamente porque a introdução deste ferramental nas instituições seria responsável, consoantes os proponentes do modelo, pelo “salto de qualidade” da gestão da saúde pública em equipamentos de saúde sob a gestão das OSS. Em outros termos, buscamos verificar como a adoção de instrumentos que agilizam a administração pública, criando dispositivos capazes de contratar e demitir trabalhadores e comprar produtos sem grandes embaraços ao corpo diretivo, influencia no cotidiano dos trabalhadores.

O Hospital Estadual Bauru (HEB) “Dr. Arnaldo Prado Curvêllo” está inserido em um novo modelo político-administrativo implantado no Estado de São Paulo e em outros Estados a partir da promulgação da Lei nº 9.637/98, que criou a figura das Organizações Sociais. No HEB, a responsabilidade pelo gerenciamento da instituição e o cumprimento de metas de produção, atendimento e qualidade, estipuladas pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, ficam a cargo da Faculdade de Medicina da UNESP (Universidade Estadual Paulista) e da Famesp (Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar), enquanto ao governo cabe a manutenção financeira do hospital. Abaixo apresentamos o organograma da instituição.

Quadro 08 - Organograma do HEB:



Fonte: Setor de Recursos Humanos/HEB

A instituição presta serviços aos 68 municípios de sua área de abrangência (DRS-VI), sendo referência em uma região de aproximadamente 1,8 milhões de habitantes. De acordo com Bittar & Mendes (2010), neste conjunto de cidades existem 288 Unidades Básicas de Saúde, 12 Centros de Atenção Psicossocial, 69 Ambulatórios de Especialidade

hierarquização, que determinam a forma como os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica, dos mais para os menos especializados, respeitando-se as áreas de atuação estadual e municipal. Nesse sentido, o HEB – assim como a maioria daqueles administrados por OSS no Estado de São Paulo –, por oferecer assistência de média e alta complexidade, atende a quantidade de pacientes que suas instalações comportam. O restante dos usuários é transferido para outras unidades hospitalares da região ou aguardam a disponibilização de novas vagas. O setor de urgência e emergência também é referenciado, sendo utilizado somente para os usuários que vão ser atendidos pelo hospital.

Em que pese o fato de estar baseado em princípios organizacionais estabelecidos pelo SUS, este modelo de atendimento à saúde causa certa perplexidade tanto nos funcionários da instituição, quanto nos usuários dos serviços, pois mesmo existindo um setor de urgência, por exemplo, a população não pode se dirigir até ele em casos emergenciais. A gerente de marketing apresenta a dificuldade:

A gente fez essa cartilha num primeiro momento para o usuário, mas o que a gente percebeu é que nossos funcionários da linha de frente também não entendiam bem o conceito. Mas é normal porque é muito novo; você tem esses princípios (regionalização e hierarquização) que são efetivados pouco a pouco a partir dos anos 90 e agora você tem as Organizações Sociais, que foram criadas em 1998. É muita novidade. Então, a gente viu que os funcionários não sabiam; ou melhor, sabiam que eram assim, mas não sabiam o motivo. Quando o usuário perguntava o porquê de não poder ser atendido na instituição, o funcionário se perdia na explicação. Pode parecer estranho num primeiro momento mesmo, você tem a unidade urgência e emergência e mesmo que tenha um acidente em frente ao hospital, o acidentado vai ser enviado para o Hospital de Base, que fica mais longe. Mas é assim que funciona (Gerente de Marketing).

À época da realização da pesquisa de campo no hospital, isto é, ao longo dos meses de abril a outubro do ano de 2010, a instituição contava com 1.441 trabalhadores contratados via processo seletivo pelo HEB e 182 trabalhadores terceirizados nos chamados “setores de apoio”. O primeiro grupo é subdividido da seguinte forma: 620 na enfermagem (entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), 253 médicos de inúmeras especialidades, 72 profissionais assistenciais e 92 técnicos assistenciais (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos), 278 oficiais administrativos (recepção, tipografia, secretarias, etc) e 122 oficiais operacionais (refeitório, almoxarifado, lavanderia, etc). O segundo grupo era composto por 50

trabalhadores do setor de segurança e portaria, 122 no setor de limpeza interna e externa e 10 técnicos em manutenção de equipamentos⁵⁴. Desse conjunto de trabalhadores, optamos por realizar quatro entrevistas com cada um dos seguintes grupos: médicos, enfermeiros, oficiais administrativos e terceirizados. Além destes, entrevistamos também uma psicóloga e uma assistente social dos funcionários, os responsáveis pelos setores de RH, Auditoria e SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) e um membro da Diretoria Administrativa.

Uma vez que o modelo político-administrativo do HEB é recente e tem diferenças em relação aos hospitais de administração direta, nossos primeiros esforços foram voltados para perceber se os trabalhadores assistenciais entendiam o modelo e como o enxergavam. Além disso, caso trabalhassem ou mesmo já tivessem trabalhado em hospitais públicos de administração direta, foi pedido para estabelecerem uma breve comparação. De um modo geral, esse tema é pouco claro para os trabalhadores, sejam auxiliares de enfermagem, enfermeiros ou médicos. As conclusões que chegaram estavam ligadas a sua própria condição contraditória: embora trabalhassem em um hospital estadual, eram funcionários privados. Eis o relato:

Não tenho conhecimento detalhado do modelo. Sei que é um hospital público administrado por uma organização não diretamente ligada ao Estado, sou uma funcionária particular e não tenho o mesmo direito do funcionário público. O que eu sei é sobre os funcionários, sobre o atendimento, é igual. Para os funcionários, é diferente. No público é melhor, (pois) tem mais estabilidade (Enfermeira B, 41 anos).

A comparação pedida àqueles que trabalhavam ou já tivessem trabalhado em hospitais sob a administração direta mostra uma visão positiva do hospital por parte de seus trabalhadores da área assistencial. Apesar de algumas críticas esporádicas, pudemos notar que o modelo vigente no HEB – mesmo que pouco compreendido –, é bem visto, sobretudo no que toca à estrutura de hotelaria do hospital e a um relativo suporte dado aos trabalhadores.

Tem muita diferença (entre os hospitais), principalmente pelo porte; aquele que eu trabalhava era muito pequeno. Os outros em Bauru eu não conheço, já fui fazer visita, mas o que a gente ouviu comentar é que aqui é diferente, por ser SUS

⁵⁴ Os dados foram repassados pelo Setor de Recursos Humanos e tem por base o mês de abril de 2010. A descrição é feita no passado por duas razões: a primeira e mais óbvia, deve-se ao fato de o texto ter sido escrito após a coleta de dados. A segunda é a intensa rotatividade de trabalhadores que ocorre no hospital, circunstância que não nos permite precisar o número de trabalhadores da instituição nos dias atuais. Este aspecto será explorado mais à frente.

e por causa do porte. A limpeza é ótima, as técnicas sempre tentando inovar. Com relação aos funcionários, sempre tem curso de educação continuada para saber de novas técnicas. No outro hospital que trabalhei, estudei, aprendeu e tem que saber. Aqui não, aqui tem curso sempre. E você não paga esses cursos. Alguns a gente é convidado, outros a gente é convocado (a fazer), depende da organização. Com certeza, de uma forma geral, esse hospital é melhor que o outro (Técnica em Enfermagem A, 44 anos).

A fala seguinte também apresenta uma visão positiva do hospital:

Aqui o HEB está preocupado com a qualidade e não com a produção. A gente é cobrada e você tem que prestar uma qualidade de atendimento, nós temos uma equipe multidisciplinar. Um paciente oncológico, a gente não trata só o câncer dele, tem o atendimento com a psicóloga, assistente social, com a nutrição, entendeu? Então, você trata o paciente como um todo, não só a doença. Por isso a preocupação com a qualidade. No filantrópico, você vê muita produção porque recebe por PAC⁵⁵. E particular também. Então, nem sempre você consegue desenvolver um trabalho de qualidade. Porque aqui, se o paciente não gostar do meu atendimento, ele vai lá no SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) reclamar, ele reclama que o funcionário da recepção não tratou ele bem. Alguns fazem a reclamação, bem pouco, viu, porque a gente consegue dar um atendimento. Claro, nem sempre a gente vai agradar todo mundo, na maioria a gente consegue fazer certinho. Mas se reclama, tem que dar um parecer (Enfermeira A, 27 anos).

Embora as impressões passadas expressem o cotidiano dos trabalhadores, os quais sentem e reproduzem as ordens oriundas do modelo de administração e, por isso, devam ser levadas em consideração, pode-se questionar em que medida as opiniões favoráveis não estariam carregadas da visão que a própria diretoria busca passar a eles, buscando reprimir possíveis questionamentos. Indagamos os trabalhadores a esse respeito, pois constatamos que, inobstante elogiarem o suporte concedido pela instituição, alguns aspectos abordados em seguida contradizem algumas opiniões anteriores.

Em paralelo ao aspecto da organização do hospital, perguntamos acerca das condições de trabalho. Eis algumas impressões relatadas:

Sim. No geral, as condições de trabalho são boas. Na verdade, eu vejo que a estrutura do (Hospital) Estadual é boa. Se você comparar com o Hospital de Base, nossa, não tem a mínima comparação. Lá falta de tudo, mas aqui normalmente tem o material que precisa, não faltam seringas, luvas e tudo mais. Além do mais, ele é mais bonito. Tá tudo limpinho, tudo novinho. Eu acho que os funcionários preferem aqui, se a gente comparar com qualquer outro hospital de Bauru (Técnica de Enfermagem A, 44 anos).

⁵⁵ Uma forma de repasse de verba do SUS para hospitais filantrópicos.

Olha, posso dizer que as condições são boas, sim. Já trabalhei em lugares bem piores. Ainda mais se a gente pensar nas Unidades Básicas de Saúde, equipes do programa Saúde da Família. Nesses lugares a situação é bem mais difícil. Eu não sei dizer direito, mas acho que o Estadual oferece boas condições de trabalho porque é novo, é tudo muito conservado aqui. Vejo que a diretoria pensa muito nessa parte, até na parte fora da assistencial. Veja as paredes limpas, por exemplo (Médico A, 39 anos).

Com certeza, aqui o funcionário tem condições para trabalhar bem. Eu acho que não dá para reclamar, não. Quer dizer, deve ter alguns lugares nem tão bons, mas digo que da minha parte, do local que trabalho (recepção), não reclamo não. A quantidade de serviço não é exagerada aqui. Já trabalhei em lugares muito piores mesmo. Até já ouvi dizer que o pessoal da enfermagem reclama um pouco da falta de funcionários na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), mas aí você precisa perguntar para eles (Oficial Administrativa C, 33 anos).

Notamos que as argumentações apresentadas pelos entrevistados remetem frequentemente à estrutura física da instituição. De fato, as inúmeras visitas ao HEB nos permitem afirmar que a estrutura da hotelaria do hospital, isto é, toda a estrutura exceto as salas de assistência médica, parece bem conservada. Não encontramos sujeira no chão, os espaços dos setores de recepção são amplos e bem arejados e não vimos filas demasiadamente extensas no atendimento. Além disso, o estacionamento é amplo, embora seja pago⁵⁶, e existem lanchonetes onde os acompanhantes dos pacientes podem se alimentar. Na parte assistencial, embora não tenhamos capacidade para concluir com exatidão acerca das condições de trabalho, a impressão positiva que nos é passada pelos trabalhadores de variados setores não nos deixa alternativa a não ser concordar com suas afirmações.

Porém, entendemos que um breve comentário neste ponto é necessário. Acreditamos que, dada a histórica negligência dos governos com a saúde pública no Brasil, a expectativa de trabalhadores e pacientes é muito baixa em relação às condições do hospital que trabalham ou que são atendidos. Ao se deparar com um hospital novo e aparentemente organizado, surpreendem-se positivamente. Basta observamos a comparação

⁵⁶ Cobra-se R\$ 1,00 por 5 horas de utilização do estacionamento. Se tal período de tempo for ultrapassado, cobra-se R\$ 1,00 a cada 1 hora extra. A gerente de marketing nos informou que o valor recolhido pelo referido serviço tem duas destinações: pagar a empresa que administra o estacionamento e realizar campanhas de responsabilidade social capitaneadas pelo HEB.

feita com o Hospital de Base de Bauru⁵⁷, instituição criada nos anos 60, que se encontra totalmente sucateada. Por ser o pronto socorro central da cidade, recebe com frequência mais pacientes do que sua capacidade permite, trazendo problemas de mau atendimento aos usuários, superlotação, falta de material para tratamento, más condições de trabalho, etc. Nesse sentido, entendemos que a própria condição do HEB, de atender apenas a quantidade de pacientes que sua capacidade suporta, além da forma de financiamento que, em um primeiro momento, nos parece mais eficiente que o pagamento por procedimento, torna-o capaz de oferecer um atendimento razoável, além de promover melhores condições de trabalho. Nesse sentido, ao contrário do que os defensores do modelo das OSS sustentam, a virtude não estaria no modelo em si, mas na própria condição de hospital referência, característica presente na maioria dos hospitais administrados por OSS.

O aspecto questionado em sequência foi a respeito do adoecimento laboral. Nesse contexto do trabalho, o fato de adoecer está relacionado a causas como excesso de jornada de trabalho, quantidade inadequada de funcionários, condições precárias para a realização das atividades que envolvam risco de contágio, dentre outros aspectos. Nesta questão em particular, alguns entrevistados nos relataram casos de trabalhadores assistenciais que tiveram problemas de saúde ocasionados por contágio durante a jornada de trabalho e foram prontamente atendidos pelo hospital. Circunstância recorrente nas falas dos trabalhadores é o fato de o hospital tratar o trabalhador acidentado, porém não afastá-lo. A impressão que nos é transmitida é de que a direção do hospital está mais preocupada em manter ativo o trabalhador acidentado, de modo que sua condição não atrapalhe o cotidiano da instituição. O adoecimento dos trabalhadores está relacionado também com a extensão da jornada de trabalho. No setor da saúde, o tempo diário de serviço é regulamentado por lei, sendo que no HEB, os médicos trabalham 20 horas por semana, trabalhadores da enfermagem e demais profissionais assistenciais (fisioterapeutas, psicólogos, etc) 30 horas

⁵⁷ Atualmente, a SES/SP retomou sua gestão, para repassá-la posteriormente à Fapesp. Em 2009, suspeitas de desvios de recursos foram confirmadas pela Polícia Federal e vários diretores da Associação Hospitalar de Bauru - ente de direito privado que administrava o hospital - foram presos e respondem a diversos processos criminais.

semanais⁵⁸. Os oficiais administrativos e trabalhadores terceirizados trabalham 40 horas por semana. Embora a maioria dos entrevistados não trabalhe em outros hospitais⁵⁹, observamos a existência de uma “disputa” entre os trabalhadores assistenciais para conseguir uma vaga na escala de plantão nos finais de semana. Isto ocorre, afirma a maioria deles, por conta dos baixos salários pagos pela instituição. Caso distinto é aquele dos médicos. Todos afirmaram trabalhar em dois ou três lugares, entre hospitais, outras instituições assistenciais e consultórios particulares. Ao mesmo tempo em que entendem o fato de “trabalhar bastante” como algo positivo, relatam os aspectos negativos da situação, como o desgaste físico e mental:

Veja, até pouco tempo atrás eu trabalhava na SORRI aqui da cidade (Bauru), na APAE de Lençóis Paulista e aqui no HEB. Claro, eu adoro o que eu faço e não me vejo fazendo outra coisa. Mas como médica, eu percebo no meu corpo o desgaste diário. Não só do trabalho em si, mas das viagens, das preocupações com os pacientes e vários outros tipos de preocupações. É um desgaste mental mesmo. Mas essa profissão é assim. Eu sou jovem na profissão, me formei há seis anos só. Agora é hora de acelerar. A hora de descansar é só depois mesmo (Médica B, 31 anos).

A fala de outro médico, embora relacione o desgaste físico e mental com a profissão, vê o salário e o conforto como algo que recompensa as dificuldades cotidianas:

Desde quando eu escolhi essa profissão eu sabia que seria assim. Muita correria, muito trabalho, *stress* físico e mental, mas eu acho que já acostumei. No meu caso, meu dia é dividido entre aqui (hospital) e o consultório particular. Aqui eu faço as cirurgias que estão agendadas para o dia, apesar de não ter todo dia. No meu consultório atendo meus pacientes particulares. Falando sinceramente, se o sujeito se der bem nessa profissão, como eu acho que é o meu caso, o que você recebe compensa as dificuldades. Tem hora que eu acho que não, mas geralmente eu acho que compensa, sim. Tem dia que não dá tempo de fazer outra coisa que não operar e atender pacientes. Falta tempo para todas as outras coisas (Médico A, 39 anos).

As falas acima retratam a relação entre trabalhar e adoecer. No caso específico dos médicos, trata-se de uma profissão que além de remunerar melhor que as outras, há o componente do prestígio social que os “motiva” a dedicar mais horas diárias às atividades

⁵⁸ Há alguns anos que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais conseguiram aprovar uma lei que regulamenta suas atividades profissionais, confirmando a jornada diária de 6 horas de trabalho. No caso da enfermagem, tal conquista foi alcançada recentemente, no ano de 2010.

⁵⁹ Houve uma única exceção; um dos oficiais administrativos divide seu dia entre o HEB e uma escola infantil, na qual atua como professora.

profissionais. Além disso, dada a ideologia do trabalho que perpassa seus discursos – formados e fomentados desde a época da faculdade –, o adoecimento nem sempre é visto como consequência do trabalho, e sim como mais um desafio a ser superado. Fato é que dificilmente ouviríamos isso dos outros trabalhadores do hospital, pois além dos baixos salários, não se vêem prestigiados pela própria instituição.

Por fim, destacamos o aspecto da adequação ou não da quantidade de trabalhadores no HEB. Uma vez que a instituição é de grande porte, percebemos no decorrer das entrevistas que essa questão deveria ser colocada de outra forma. Ao invés de falarmos em termos do hospital como um todo, passamos a indagar se havia algum setor deficitário em termos de trabalhadores. De forma geral, os entrevistados disseram que não há falta de trabalhadores no hospital, exceto em três setores: na Unidade de Terapia Intensiva, na pediatria e na lavanderia. Além disso, nos foi relatado que por diversas razões, as quais não tivemos acesso, existem situações recorrentes de faltas e afastamentos de trabalhadores no setor da UTI. Há falas ainda no sentido de que, em alguns setores, como hemodiálise e almoxarifado, haveria excesso de trabalhadores. Eis algumas respostas sobre a adequação ou não do número de trabalhadores nos setores:

Eu acho que não faltam funcionários, porque sempre que faltam eles contratam. No geral, falta de funcionários não tem não. A gente consegue os funcionários suficientes e não tem sobrecarga de trabalho. Só na época de férias e na época da gripe (H1N1), aí houve sobrecarga. Isso dificulta um pouco, mas só consegue licença com atestado médico (Enfermeira A, 27 anos).

É o que eu falo para você; uma unidade de clínica, a maior parte dos que saem é da unidade de internação, você fica estressado lá; são quatro funcionários para quarenta e três pacientes; assim, tem uma cobrança de qualidade e tem gente que não agüenta o estresse. Nesse ponto eu acho que tinha que melhorar para esse setor. Já ouvi colegas reclamando bastante da carga alta de trabalho, muita pressão. Não deve ser fácil lá (Enfermeira B, 41 anos).

Sim, o número é suficiente. Aqui até sobra, para falar a verdade. Somos sete aqui (Setor de Hemodiálise). Já ouvi falar da UTI, da Pediatria, que lá é difícil, quando falta um lá, aí é uma correria enorme para os que estão trabalhando no dia. Aqui não tem nada disso. Só uma vez ou outra que é mais corrida; normalmente é bem calmo (Enfermeira C, 29 anos).

Não, acho que na lavanderia falta bastante; são poucos para todo o trabalho que eles têm. Com relação aos enfermeiros, eu ouço falar que quando falta um enfermeiro, o trabalho fica bastante pesado para os outros; então, acho que tá meio contado (Oficial Administrativo B, 36 anos).

Questão interessante é aquela relativa à existência de alta rotatividade de trabalhadores. Trata-se de saber se a frequência com que ocorrem demissões ou pedidos de desligamento no hospital é alta e, além disso, entender porque isso acontece. Pudemos constatar que a resposta positiva à existência de alta rotatividade foi unânime. A variação se deu com relação aos motivos para tal fenômeno, ora justificado pelos baixos salários pagos aos trabalhadores, ora justificado pela juventude dos funcionários da instituição e seu “conseqüente” desapego ao emprego na empresa. De acordo com a assistente social que realiza atividades junto aos próprios trabalhadores da instituição, entender os motivos que levam os trabalhadores a pedirem demissão ou serem demitidos seria uma das maiores preocupações tanto do setor de RH, quanto da diretoria administrativa. Apesar do discurso da assistente social, que teria a função de efetivar direitos sociais no interior do hospital, através do auxílio das mais variadas formas ao trabalhador e aos seus familiares, percebemos que seu papel dentro da instituição está ligado, eminentemente, àquilo que é conhecido como “gestão organizacional”⁶⁰. A partir daquilo que nos foi dito, podemos dizer que se trata da busca pela harmonização das dificuldades inerentes à atividade laboral com o objetivo de manter a ordem e aumentar a produtividade dos trabalhadores. Com relação às demissões, a assistente social relata o processo desligamento da instituição:

Eu faço entrevista de desligamento, e tem período de experiência, e às vezes é bastante, eu pego a entrevista de experiência e será que eu não posso ajustar? Vou te dar um exemplo: um funcionário tem um comportamento adequado, sabe trabalhar em equipe, é propositivo, porém não sabe aplicar injeção. Então ele não serve? Não, vamos colocá-lo em outro setor, porque ele tem um monte de qualidades que serão úteis, que eu não preciso demitir ele. Mas esse pensamento tem que ser inculcado no pensamento de quem faz isso, que é o chefe dele. Então, a ideia é fazer esse trabalho de sensibilização, que é construir uma avaliação técnica e de comportamento. O funcionário pode ser outro em um setor diferente. A empresa ganha com isso, porque não é vantajoso demitir, e o funcionário também. Então, baseado nisso tudo, eu tenho uma impressão geral da empresa, que me dá suporte para pensar em algo, no caso a pesquisa de clima. (Assistente Social do RH).

⁶⁰ De acordo com a Assistente Social: “Nosso foco de trabalho é efetivar direito social; então a gente entende que o direito social a gente efetiva em qualquer âmbito, em qualquer relação social – desde que a questão da pobreza, assistência, saúde, habitação, várias coisas. Mas é uma profissão muito interessante porque lida com política, de uma forma geral. Mas falando sobre a gestão organizacional, quando eu entrei aqui, na verdade, ela me propôs: a gente sentiu uma necessidade de uma assistente social no RH. Então, o que faz uma assistente social no RH? A gente trabalha com enfoque na qualidade de vida e saúde do trabalhador, esse é o meu objetivo”.

Assim como a assistente social do RH, a gerente do setor não confirma a existência de alta rotatividade no hospital. Eis sua resposta:

Essa é uma questão muito complicada, porque todo mundo acha que sim, mas eu acho que não. Nós somos uma empresa privada, então a rotatividade é pouca, mas todos fazem essa crítica. Mas é que nós somos uma empresa muito grande. O *turn over* (rotatividade), por exemplo, no mês de março eu tive 1,7% esse mês. Em fevereiro deu 2%. Eu acho pouco. A gente tem muita gente que, por mais que saiba que aqui é privado, ficam com a lógica do público, que ninguém vai ser mandado embora, que as pessoas vão entrar aqui para trabalhar o resto da vida. Não é isso, inclusive nem é a nossa expectativa. É de que esse seja um hospital de formação, um hospital de ensino. As pessoas acham que é uma questão salarial, porque exige muito, mas eu acho que não. É uma questão própria das peculiaridades do hospital e da região onde está inserido (Gerente do RH).

Se a gerente e a assistente social do RH entendem que não há alta rotatividade, pois a chegada e a saída de trabalhadores em uma empresa privada seria algo absolutamente normal e distinto da estabilidade dos servidores públicos, quando admitem a existência de rotatividade, creditam-na à juventude dos funcionários, que além de sempre almejarem trabalhos mais bem remunerados através de concursos, não demonstrariam apego à função desempenhada. Tal argumentação, entretanto, choca-se frontalmente com os relatos dos trabalhadores – embora um dos oficiais administrativos tenha justificado a alta rotatividade pela questão da juventude. De um modo geral, a alta rotatividade seria fruto dos baixos salários pagos pelo HEB, se comparados com outras entidades assistenciais na cidade de Bauru e região. Vale dizer que o argumento dos baixos salários perpassa todos os grupos de entrevistados, de oficiais administrativos a médicos. Questionamos os trabalhos a respeito da rotatividade e seus motivos:

Olha, de um ano e meio para cá, está tendo, sim. As pessoas tinham um sonho de fazer carreira. E por quê? Muitos jovens que conseguem o primeiro emprego. Eu acho que essa rotatividade é ruim, porque perde o compromisso com a instituição. Não cria vínculos com o lugar. O meu caso já foi assim. Eu me apeguei muito ao lugar, mas hoje, por causa de toda essa desvalorização, eu desanimei. Então, se aparecer outro lugar, eu saio mesmo (Oficial Administrativo B, 36 anos).

Muita, muita (rotatividade) mesmo. Normalmente, esse pessoal que entra agora, a maioria é jovem, é o primeiro emprego. Então, muitos passam em outros concursos. Tem casos que é salário, sim. Mesmo os médicos, se não tivessem melhorado os salários dos médicos, não haveria candidato. Veja o que aconteceu, há pouco tempo deu uma melhorada no salário dos médicos, porque ninguém queria trabalhar. A mesma coisa para os oficiais, porque senão iria faltar gente. Teve um aumento de 7%. A gente tem quinquênio, que é uma bonificação. Mas tudo isso depende de cada chefia, senão não tem acordo (Oficial Administrativo D, 53 anos).

Sim, existe uma alta rotatividade por causa do salário. Eu entrei consciente, já sabia que não seria funcionária pública, sabia do salário baixo; a única coisa é que antes eles pagavam plantões, agora não vão pagar mais, por causa de uma lei. Eu faço quarenta horas, se eu fizesse um final de semana de 12 horas ganharia mais. Agora pagam hora extra e depois não vão pagar mais nada, porque vão contratar mais gente e não vou fazer mais plantão (Enfermeira B, 41 anos).

Existe sim. E é fácil de explicar isso: baixos salários, falta de investimento no pessoal e a desvalorização do profissional do hospital. Você sabe como é difícil achar médico aqui no interior e ainda eles pagam salários como esse daqui do HEB? E olha que eles aumentaram há uns meses atrás (Médica B, 31 anos).

A imposição do cumprimento de metas, embora façam parte do cotidiano dos trabalhadores assistenciais, parece não pressioná-los ou afligi-los. A impressão que nos foi passada é de que a cobrança pelo alcance das metas é restrita aos gerentes de cada setor assistencial, responsáveis pelo andamento dos serviços prestados pelo hospital. O sistema de metas a cumprir é próprio das empresas privadas e sua idéia foi trazida para os hospitais gerenciados por Organizações Sociais. Ao lado de outros aspectos, é tido como uma das principais “inovações” para o aumento da produtividade dos hospitais, em relação à administração direta. Basicamente, a entidade privada que administra os hospitais acorda um número de atendimentos e procedimentos por mês com a Secretaria da Saúde, de sorte que se tal acordo não for cumprido ao final do período, restringe-se uma parte da verba seguinte. Até onde pudemos verificar, a maioria dos trabalhadores pouco sabe sobre o regime de metas, pois as metas não são individuais, e sim setorializadas. Desse modo, parece-nos um meio de camuflar a cobrança das metas que mesmo existindo, não são diretamente transmitidas aos trabalhadores. Para ilustrar este ponto, seguem algumas respostas sobre a existência ou não de metas:

Não, não tenho metas a cumprir. O que aparece, tem que fazer (Técnica em Enfermagem B, 30 anos).

Cada setor tem suas metas para cumprir, número de consultas, número de laudos; a supervisora é cobrada por isso aí. Não sinto pressão para cumpri-las. Na verdade, a pressão não vem em mim. A pressão é na gerência e na supervisora. A pressão fica nelas. (Eventuais descumprimentos das metas) não são descontadas no salário, só no dos médicos. Se eles cumprirem aquilo, não são retirados alguns benefícios do salário (Enfermeira B, 41 anos).

Tenho metas de consulta, retorno, quadro novo, etc. Tenho que fazer tantas sessões de quimioterapia no mês, tem que fazer tantas consultas de enfermagem. A meta vem da diretoria. Não chego a ser pressionada, mas eles ligam para saber o motivo de não atingir a meta. A meta é sempre mais alta, pois nunca consegui atingi-la. A gente é cobrada, mas não tem desconto no salário (Enfermeira A, 27 anos).

Sim, tenho muitas metas a cumprir. Claro, me sinto pressionada, sim. Além da questão salarial, é uma pressão permanente para atender todos os pacientes que estão sob minha responsabilidade. Isso desgasta também. Não sei se precisaria ser assim. Só para te dar um exemplo: meu número é o 606, fico na sala 57, sou responsável pelo setor que compreende as salas 49 a 55. Tenho como meta 50% de alta, atender 9.000 pacientes por ano e laudar 15 ecocardiogramas por semana (Médica B, 31 anos).

A questão do cumprimento de metas é controversa. Criado em um contexto distinto – a empresa privada –, a imposição de metas poderá ocasionar uma inversão perversa entre questões de ordens distintas, como priorizar a quantidade em relação à qualidade dos procedimentos, precarizando tanto as condições de trabalho quanto o atendimento ao paciente. Nesse sentido, valer-se de metas na área assistencial pode ocasionar mais danos que benefícios, como mostram os exemplos a seguir:

Um dado propagandeado pelo governo do Estado de São Paulo para justificar o modelo das OSS é o de que todas as metas estabelecidas pelo poder público estão sendo cumpridas, o que de fato ocorre. No entanto, *esse desempenho é obtido à custa de uma constante pressão sobre o trabalhador da área de saúde. Sindicalistas afirmam que as OS exigem os números, mas não oferecem as condições compatíveis – como remuneração ou infraestrutura de trabalho adequadas.* Além disso, o referido autor apresenta alguns dos efeitos perversos da incorporação do sistema de metas: Segundo uma enfermeira que trabalha em uma OSS, são exigidos dos profissionais números surreais de consultas, de produção. “Eles querem que a gente busque as pessoas na rua para atendermos, gerar produtividade. Nas reuniões, por exemplo, é dito para irmos a salões de manicure, cabeleireiros e convidarmos as mulheres a fazerem papanicolau. A questão é que a mulher faz o papanicolau, mas não tem acesso ao tratamento se realmente estiver com algo mais complexo, como câncer de útero. Não há a integralidade apregoada pelo SUS”, explica a enfermeira. Para ela, o atendimento é feito na lógica que ‘todo mundo é tratado como se fosse uma massa de números que geram produtividade’. “É muito equivalente à produção de banco, que tem que vender produtos”, denuncia (destaques nossos) (LIMA, 2008, s/p).

Uma das consequências que se pode imaginar é que a pressão exercida sobre os trabalhadores poderia sobrecarregá-los, de forma a desenvolver doenças físicas e mentais. Da análise das falas destacadas acima, podemos perceber que somente um dos trabalhadores (Médica B) admite que se sente pressionada a cumprir as metas estabelecidas no contrato de gestão e, que tal situação pode lhe trazer problemas de diversas ordens.

Além disso, se os médicos são o único grupo que pode ter seus rendimentos reduzidos em caso de não atingirem as metas, questionamos o que ele deverá fazer na hipótese de se sentir obrigado a dar alta a um paciente que ainda não estivesse pronto para isso. Sem dúvida, a utilização de tal mecanismo, além de ser negativa para o trabalhador, pode ser deletéria para o atendimento à saúde. Com relação aos demais trabalhadores, parece-nos que o fato de não saberem quais as condições e parâmetros estabelecidos para o cumprimento das metas lhes eximiriam de qualquer efeito do instrumento. A psicóloga do RH da instituição faz uma breve análise do raciocínio feito pelos trabalhadores que não identificam possíveis efeitos das metas em seu trabalho:

Sim, porque é muita pressão e esse funcionário acaba sendo desrespeitado enquanto pessoa que também tem limites, tem sua carga, tem seu ritmo individual e muitas vezes essa subjetividade acabada sendo mal olhada, o que se foca é o resultado e isso acaba prejudicando outras pessoas e isso gera resultados, como falta de funcionários, rotatividade. Alguns setores sofrem mais e a gente está realizando um trabalho para identificar isso (...). Já que você perguntou sobre essa pressão, é verdade, geralmente o funcionário não consegue perceber a ligação entre o trabalho, a pressão das metas, a cobrança do cotidiano e os seus problemas. É uma dificuldade do entendimento de todo o processo. Quem tá de fora, aqui como eu, para a gente essa associação é óbvia, mas para eles não (Psicóloga do RH).

Uma das principais esferas de controle e gerência de uma OS é o seu Conselho de Administração. Composto por representantes do Poder Público, por representantes de entidades da sociedade civil, por usuários dos serviços de saúde e por representantes dos trabalhadores, pressupõe-se que tal arena seja um espaço privilegiado para debater a condução dos hospitais sob a gestão de determinada OS. No caso do HEB, não foi possível o acesso às reuniões do referido conselho; primeiro porque os encontros não eram realizados na mesma cidade do Hospital e, em segundo, pelo fato do Conselho estar em atividade há pouco tempo, tendo sido realizadas poucas reuniões. Em face desta situação, resolvemos ver como se existe alguma participação de usuários e trabalhadores e como isso ocorre no cotidiano da instituição.

Com relação aos usuários, no HEB existe o SAU, que significa Serviço de Atendimento ao Usuário. Em linhas gerais, trata-se de um setor que recebe críticas, reclamações e sugestões dos usuários do hospital. Além disso, este setor é responsável por

passar as mensagens dos pacientes aos seus destinatários. Já em relação aos trabalhadores, perguntamos a eles sobre a existência de algum espaço que pudessem expor suas opiniões, seja sobre a instituição como um todo, seja em relação ao desenvolvimento de seu trabalho. Através das respostas, pudemos constatar o desconhecimento dos trabalhadores acerca da existência do Conselho de Administração e de seus componentes, e até mesmo daqueles que lhes representam. Algumas repostas relataram a existência de conselhos setoriais, como da enfermagem e da medicina, que ocorrem uma vez por semana, para tratar de questões técnicas, como as condutas seguidas para certos tratamentos. Ao contrário do que dispõe o modelo das OS, pois ao invés do modelo burocrático, representado pelas instituições estatais, avessas à participação, verificamos que a participação, seja de usuários, seja dos trabalhadores, é diminuta e aberta apenas àquilo que interessa à direção da instituição.

Alguns trabalhadores, sobretudo da área administrativa, relataram que a direção entrega alguns questionários a eles, pedindo suas opiniões sobre assuntos variados. Apesar disso, sustentaram que a medida não tem efetividade alguma. Eis as falas de duas trabalhadoras do setor administrativo:

Tem um conselho, mas não funciona. Tem comissão de salário, passa uma pesquisa, só que na minha visão eles colocam o que querem na pesquisa, pois é impossível todos estarem contentes com o salário. É impossível que todo mundo goste do trabalho aqui. Por exemplo, foi feita uma comissão para tratar do novo uniforme, aí passou uma pesquisa para ver qual modelo seria escolhido. Conversando no boca a boca, todo mundo falava que queria o preto. E no final, o pessoal da diretoria, junto do RH, disse que a pesquisa realizada deu como resultado o cinza. Só que ninguém queria o cinza, só eles, para não precisar mudar tudo. Então, tem comissão, tem conselho, mas é tudo para inglês ver. É só para falar que tem (Oficial Administrativo B, 36 anos).

Até existe um (conselho), mas não vejo que funciona para nós. Talvez eles queiram que seja assim mesmo. É aquela coisa, a gente comenta as coisas aqui entre a gente, fala com a chefe, e ela é muito batalhadora, mas nem sempre vai para frente (Oficial Administrativo A, 35 anos).

3.2 - Trabalhadores terceirizados

Como apontado no início deste capítulo, o HEB tem trabalhadores terceirizados em quatro setores: portaria, segurança, limpeza (interna e externa) e manutenção de equipamentos. Sem buscar trazer novas concepções sobre o tema, a terceirização de

serviços para outras empresas é por nós compreendida como uma forma de precarização do trabalho, a qual tem origem em um processo de reestruturação produtiva que buscou reverter o esgotamento do modelo fordista⁶¹ ao final do século XX. Este processo, afirma Druck (1999, p. 68), “esteve sustentado na crescente adoção da base tecnológica microeletrônica, nas novas políticas de gestão/organização do trabalho fundadas na ‘cultura da qualidade’ e numa estratégia patronal que visa cooptar e neutralizar todas as formas de organização e resistência dos trabalhadores”. Além disso, “são políticas que, por um lado, ‘incluem’ uma elite neste novo padrão que está sendo gestado e, por outro, ‘excluem’ – através do desemprego e das formas precárias de contratação/terceirização – grandes parcelas de trabalhadores assalariados” (p. 69). Nesse sentido, Harvey (1993) afirma que, concomitante às mudanças nos padrões de operacionalização no interior das fábricas, dá-se uma radical reestruturação do mercado de trabalho, com regimes e contratos de trabalho mais flexíveis e redução do emprego regular em favor do trabalho em tempo parcial, temporário ou terceirizado.

Druck (1999) afirma que a prática da terceirização de trabalhadores assume várias formas: contratos de trabalho domiciliar, contratos de empresas fornecedoras de componentes, contratos de empresas cuja mão-de-obra realiza a atividade produtiva ou serviço na planta da contratante e contratos de serviços de terceiros (empresas e/ou indivíduos). Não obstante a relevância das outras formas para o debate político e acadêmico, focaremos nossos esforços no último aspecto, que é a forma utilizada pelos hospitais administrados por OSS.

Os defensores do modelo das OSS sustentam que ele traria em seu bojo mais agilidade na administração cotidiano da instituição, fazendo com que seus diretores possam, por exemplo, contratar e demitir funcionários sem maiores óbices legais e administrativos. O argumento da morosidade da administração pública é citado amiúde na

⁶¹ De acordo com Maria da Graça Druck, “o fordismo representa não apenas a amplificação do taylorismo, mas sua difusão e consolidação. O fordismo consegue realizar o fundamental para garantir a hegemonia da gerência científica sobre outras formas de administração”. Citando Gramsci, continua a autora: “a organização fordista do processo de trabalho transcende o chão da fábrica, constituindo um modo de vida marcado pela racionalidade através da capacidade de comando do capital, da imposição de sua disciplina sobre trabalho e sobre os trabalhadores. Trata-se de garantir formas de produção e de reprodução da força de trabalho que viabilizem, através da racionalização um novo tipo humano conforme ao novo tipo de trabalho e de produção” (DRUCK, 1999, p. 43).

literatura da saúde pública; um estudo realizado pelo Banco Mundial, denominado “Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público em Saúde”, citado por Duarte (2009), o Estado de São Paulo foi avaliado no que toca à alocação e gestão do gasto público. Os principais problemas identificados neste estudo foram: “regimes múltiplos de contratação, inadequação quantitativa do quadro de pessoal, excesso de pessoal com baixa qualificação profissional e falta de pessoal de nível técnico e de boa qualificação, grande rotatividade de funcionários por transferências, absenteísmo, além de outros” (p. 106). As respostas propostas pelo órgão foram de natureza gerencial, sobretudo ao apontar a falta de autonomia dos gestores. Ante a autonomia administrativa concedida pelo modelo da OSS, parece-nos um caminho “natural” a dispensa de licitação pública e a terceirização de trabalhadores.

No caso dos hospitais, uma vez que são administrados por entidades privadas, porém sem fins lucrativos, qual é o sentido de se valer da terceirização de trabalhadores e serviços? A gerente do setor de RH e o diretor administrativo respondem a esta indagação do seguinte modo:

Eu sou a favor (da terceirização) naqueles setores em que não tem nada a ver com a especificidade daquilo que eu faço, como é o caso da higiene ou da vigilância. Eu acho que cada um deve fazer aquilo que faz melhor. Por exemplo, para eu ter uma lavanderia que tenho hoje, eu tive que investir muito em conhecimento, capital intelectual, fazer a gestão da lavanderia; enquanto que se eu tivesse uma empresa especializada em lavar e processar roupa de hospital, gastaria muito menos. Higiene e vigilância eu acho que não há interesse nenhum na alta administração em fazer disso serviço próprio. Entendeu? Mas eu sou a favor nesses casos, naquilo que só preciso ter controle e não autoridade no processo (Gerente do RH).

(Terceirizar) É uma necessidade, porque são muitos funcionários; veja só, a limpeza tem 105 funcionários, eu teria que ter uma estrutura muito grande para gerenciar esta atividade, e é uma atividade meio e não fim. Porque você tem que ter um *staff* muito grande, tem que ter uma oficina para consertar equipamentos, muito treinamento, não tem cabimento. Quando é nesse nível de atividade, vale a pena terceirizar. É claro, o contrato tem que ser muito bem feito. Tem que fiscalizar bem. *Em matéria de custo, é muito vantajoso também* (destaques nossos) (Diretor Administrativo).

Os trechos acima buscam apresentar a idéia de que a terceirização ocorre porque as empresas buscam maior qualidade na prestação de cada serviço no interior da instituição assistencial. Assim, de acordo com este raciocínio um hospital contrata uma empresa

especialista em segurança para que ela “forneça” o quadro de “trabalhadores qualificados” da segurança do hospital. Além desse aspecto levantado pela entrevistada, ao analisar o discurso empresarial acerca da terceirização de serviços, Marcelino (2004) apresenta e depois o analisa: “Para a empresa que contrata o serviço de uma terceira, a vantagem é ela poder focalizar sua produção de modo a concentrar seus investimentos, atenção e desenvolvimento tecnológico naquilo que é sua atividade-fim. Para os trabalhadores e a economia em geral, o processo significa um aumento no número de empregos decorrente do surgimento de várias pequenas empresas” (p. 130). O ponto que mais nos interessa vem a seguir: “Perfeitamente de acordo com a lógica da produtividade e competitividade do capital, o autor (Paulo Queiroz) afirma que as duas principais vantagens da terceirização são a *redução dos custos administrativos de pessoal e a criação de condições de desmobilização para movimentos grevistas*. E de fato, do ponto de vista do capital, esse é um ganho em termos de recomposição do domínio sobre a classe trabalhadora” (destaques nossos) (p. 130).

Assim como a autora compreende que o discurso está inscrito na lógica do capital, as falas da gerente do RH e do diretor administrativo, por mais que busquem dissimular essa lógica, não conseguem sustentar tal situação ao mencionarem os exemplos da lavanderia e da limpeza. Pois ao contrário da idéia da especialização do trabalho, o que predomina na lógica da terceirização é a *redução de custos*, sobretudo relativos aos direitos trabalhistas.

Embora não tenhamos dados concretos sobre a terceirização da assistência médica neste modelo, o relatório da CPI da remuneração dos serviços médicos apontou que os treze hospitais sob a administração de OSS visitados contavam com algum tipo de terceirização de assistência médica. Dado que não há tal modalidade de contratação no HEB, perguntamos a gerente de RH sobre a terceirização de trabalhadores da assistência social – sobretudo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais categorias –, e sua resposta deixou transparecer certa apreensão com esta prática:

Eu sou contra (a terceirização de trabalhadores assistenciais), prefiro que seja próprio, pois é o carro chefe do meu serviço. *Como vou discutir metas, qualidade e efetividade no treinamento se existem outros interesses envolvidos nisso?* Por exemplo, tem um serviço de radiologia terceirizado aqui dentro. Como eu vou ter a garantia de que aquela empresa está comprometida no sentido de que eu preciso

de uma tomografia me dar o que eu preciso? Aquilo que é uma atividade fim, médico, enfermeiro, laboratório não pode ser terceirizado (Gerente de RH).

Em tempos atuais, a separação e a classificação de atividades entre “meio” e “fim” parece ficar cada vez mais complicada, em vista da linha tênue que as cinde. Embora a gerente de RH não tenha citado explicitamente este raciocínio, ao falar em “carro chefe do meu serviço”, fica claro que é dada maior importância aos setores assistenciais e, por tal condição, não podem ser terceirizados. Se pensarmos, por exemplo, na relevância que o setor de limpeza tem em um hospital, especialmente a interna, realizada nas salas de cirurgias e ambulatórios, em face de possíveis contágios de doenças que ocasionam infecção hospitalar, pode-se imaginar que tal serviço não mereça a mesma atenção que os setores assistenciais? Logo, o juízo exposto acima, de que os setores assistenciais não devem ser terceirizados, pois constituem “o carro chefe do serviço”, é inconsistente; a nosso ver, terceirizar a limpeza, dada sua importância em um hospital, denota o interesse da instituição em diminuir custos com os trabalhadores daquele setor. Ademais, vale a pena questionar a escolha pela terceirização dos referidos setores no HEB, em vista do assumido problema da “falta de comprometimento” dos trabalhadores terceirizados, conforme as palavras da gerente do RH. Impõe-se a questão: ante a sabida “falta de comprometimento” dos trabalhadores nesta condição, qual seria o motivo para terceirizar diversos serviços, que não a diminuição dos custos?

Dada a “autonomia gerencial” inscrita no contrato de gestão assinado entre a entidade privada e o Poder Público, a instituição administradora compõe da forma que bem entender sua força de trabalho. O quadro abaixo nos apresenta este cenário, o qual é caracterizado pela heterogeneidade nas taxas de trabalhadores terceirizados nos hospitais contratualizados:

Quadro 09 – Trabalhadores da instituição e respectivo percentual de terceirizados em hospitais contratualizados no Estado de São Paulo (OSS).

Hospitais	Trabalhadores	Terceirizados	Total	%
Hosp. Geral de Pedreira	1.307	832	2.139	63,7
Hosp. de Itapeceirica da Serra	774	419	1.193	54,1
Hospital Estadual Vila Alpina	1.045	555	1.600	53,1
Hospital Geral de Santo André	1.048	506	1.554	48,6
Hospital Geral do Grajaú	1.285	449	1.734	34,9
Hospital Manoel de Abreu	108	37	145	34,3
Hospital Est. de Sapopemba	873	297	1.170	34,0
Instit. do Câncer do Est. de SP	1.555	459	2.014	29,5
Hosp. de Américo Brasiliense	207	49	256	23,7
Hospital Geral de Itapevi	1.108	130	1.238	11,7
Hospital Estadual Sumaré	1.234	55	1.289	4,5
Hosp. Regional de Carapicuíba	1.125	182	1.307	16,2
Hospital Estadual Bauru	1.441	182	1.613	12,6
Hosp. Geral de Itaim Paulista	1.406	92	1.498	6,5
Hospital Estadual de Diadema	1.417	77	1.494	5,4
Hospital Geral de Pirajussara	1.506	72	1.578	4,8
Hospital Estadual de Sumaré	1.234	55	1.289	4,5
Hospital Luzia Pinho de Melo	1.500	52	1.552	3,5

Fonte: Bittar & Mendes (2010)⁶²

⁶² Não estão discriminados todos os hospitais sob a administração indireta, pois buscamos enfatizar as disparidades entre as porcentagens de trabalhadores terceirizados entre os hospitais.

Uma vez que trabalhamos com a hipótese de que a terceirização é resultado, dentre outras coisas, da busca pela diminuição dos custos para as entidades privadas que administram os hospitais, qual seria o motivo para tamanha discrepância entre as porcentagens de trabalhadores terceirizados? Em outras palavras, quais aspectos poderiam determinar a terceirização ou não de determinados serviços?

Além da autonomia gerencial, instrumento que possibilita a adoção de modelos de contratação dos mais variados e, por isso, fomenta a terceirização de trabalhadores, outro aspecto que salientamos é a trajetória da Organização Social de Saúde. Assim, aventamos a possibilidade de que, por conta destas universidades contarem com um corpo docente ligado à gestão de hospitais públicos e, também, por muitos deles terem atuado na construção e na defesa do SUS, haveria ali certa resistência à adoção de instrumentos de flexibilização de direitos trabalhistas, como é o caso da terceirização. Aparentemente, este raciocínio, ainda que em um nível genérico, posto que não tivemos permissão para realizar um estudo comparativo em hospitais sob gestão das OSS, vale parcialmente para o Hospital Estadual de Sumaré, sob administração da Funcamp (UNICAMP), o Hospital Geral de Pirajussara, o Hospital Luzia Pinho de Melo e o Hospital Estadual de Diadema, geridos pela SPDM (UNIFESP), e para o HEB, ligado à Famesp(UNESP) – conquanto neste hospital, em virtude da pesquisa de campo realizada, tenhamos evidenciado também outros motivos para a terceirização. Já alguns hospitais ligados à USP, como o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e o Hospital Estadual de Américo Brasiliense, administrado pela FAEPA (USP/Ribeirão Preto), apresentam taxas de trabalhadores terceirizados mais elevadas – 29,5% e 23,7%, respectivamente.

Se encontramos taxas de terceirização relativamente altas em alguns hospitais sob a administração de fundações privadas da USP, não há que compará-las com as taxas encontradas em instituições sob a gerência de instituições privadas filantrópicas. Referimo-nos especialmente ao Hospital Geral de Pedreira e ao Hospital Estadual do Grajaú, administrados pela Associação Congregação de Santa Catarina, o Hospital Geral de Itapeperica da Serra, o Hospital Estadual da Vila Alpina, o Hospital Regional de Cotia e o Hospital Estadual de Sapopemba, todos sob a gestão do SECONCI-SP e o Hospital Geral de Santo André, administrado pela Fundação do ABC. A explicação para os altos índices de

trabalhadores terceirizados nestes hospitais passa pelo histórico e pelos valores oriundos do setor privado, posto que todas elas – mas não somente elas – administram outros hospitais com fins lucrativos, através da assistência particular ou de convênios. Neste sentido, o caráter privado destas instituições influi na visão para com seus trabalhadores, de sorte que justificaria os números apresentados na tabela sobre os terceirizados.

Além desta hipótese, notamos também a questão da localização do hospital. Instituições assistenciais sediadas no interior do Estado, como é o caso do HEB, o Hospital Estadual de Américo Brasiliense e o Hospital Manoel de Abreu podem valer-se da terceirização, especialmente da contratação temporária de equipes cirúrgicas, quando se encontram na situação deficitária de seus quadros, pois há uma reconhecida escassez de médicos e outros profissionais assistenciais em cidades menores, em vista dos salários mais baixos que aqueles pagos em capitais e em localidades maiores. Contudo, o HEB, não obstante situado no interior, por conta de ser gerido pela Famesp, e esta ser ligada à Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP, não tem necessidade de terceirizar seu quadro de trabalhadores assistenciais, posto que pode recorrer – e já chegou a recorrer conforme afirmação da gerente de RH do hospital -, aos professores da universidade em uma situação emergencial, através da realização de um contrato temporário. Evidentemente, este aspecto não explica totalmente a terceirização; aliás, vale registrar que, por vezes, é empregado para ocultar outros. Além disso, entendemos ser uma justificativa com importância secundária, visto que alguns hospitais situados na região metropolitana de São Paulo, como o Hospital Estadual de Diadema ou o Hospital Geral de Itaim Paulista não aderirem maciçamente à terceirização.

Ao longo deste trabalho, seja na pesquisa de campo, seja através da leitura de entrevistas e textos sobre os trabalhadores da área assistencial, percebemos que em alguns casos, ou melhor, em algumas especialidades médicas e não-médicas, os próprios trabalhadores preferem não ter vínculo empregatício com a instituição, constituindo uma relação de prestação de serviço. Parece-nos até que, em áreas como a anestesiologia e a radiologia, a regra é o estabelecimento de contratos entre o hospital e a pessoa jurídica formada pelo profissional ou por um conjunto destes. O argumento para esta escolha é o seguinte: por conta da natureza do serviço prestado, em que não há uma relação tão

próxima com o paciente e por ser remunerado mediante a produtividade alcançada no período estipulado, os especialistas destas áreas auferem maiores valores em relação ao montante pago pelos hospitais de um modo geral. Apesar disto, não podemos olvidar que a constituição de um contrato de prestação de serviços, aparentemente lucrativo ao especialista, é silente quanto aos direitos trabalhistas básicos, circunstância favorável à instituição contratante.

3.3 – Discriminação no interior da instituição hospitalar

Um dos aspectos mais relevantes no interior de uma empresa que se vale do mecanismo da terceirização de trabalhadores é a discriminação que ocorre entre os próprios trabalhadores. Se em qualquer tipo de empresa privada acontece a discriminação dos trabalhadores manuais pelos trabalhadores que executam atividades consideradas intelectuais ou entre aqueles que ocupam cargos de chefia em relação àqueles que recebem ordens, nos hospitais existe uma variação destas modalidades: a discriminação feita pelos trabalhadores assistenciais – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos – em relação aos trabalhadores administrativos. Além desta, percebemos ao longo das visitas ao HEB falas e atitudes discriminatórias dos trabalhadores contratados pelo hospital em relação aos terceirizados. Vale dizer também que a discriminação, independente das justificativas dadas, acontece também por conta das opções tomadas pela própria diretoria do HEB.

Como afirma Marcelino (2004), “o processo de recomposição do domínio capitalista passa pela necessidade de minar a união entre os trabalhadores, sua organização enquanto classe, a identidade que faz cada trabalhador enxergar no outro um aliado”. Assim, continua a autora, “perdas sucessivas de direitos e divisão entre os trabalhadores são processos que se alimentam um ao outro” (p. 188). O primeiro sinal de separação entre os trabalhadores do hospital e aqueles terceirizados é o uniforme utilizado. Se a cor branca é característica dos médicos (as) e enfermeiros (as), os oficiais administrativos trabalham com um uniforme cinza escuro, próprio da instituição, tendo o *logo* da instituição estampado na parte superior da blusa. Trata-se, sem dúvida, de uma forma de caracterizar e

identificar os trabalhadores do HEB. No caso dos terceirizados, os trabalhadores da limpeza utilizam uniformes verdes, os porteiros estão vestidos com uniformes de coloração preta e os técnicos da manutenção utilizam uniformes da cor marrom.

Se os valores que norteiam a prestação de serviços do HEB, como afirma seu sítio eletrônico, são a ética, o respeito, o comprometimento e a humanização, parece-nos que não eles valem para todos que lá trabalham. Falamos especificamente daquilo que poderíamos chamar de “discriminação institucional”, uma vez que ela ocorre a partir de deliberações da direção do hospital. Esta “faceta” da discriminação se apresenta em diversos momentos, como é o caso dos treinamentos e cursos oferecidos pela instituição. Se para os trabalhadores da instituição existem “cursos de qualificação” – alguns obrigatórios e outros facultativos –, aos terceirizados não são oferecidos cursos, mas apenas uma breve explicação da função que exercerá na instituição. Eis a fala de um trabalhador terceirizado sobre essa questão:

Que o hospital dê (cursos), só na integração, quando você entra no hospital. Aí tem uma pequena apresentação. Depois dessa integração no primeiro dia não tem não. Eu acho que o hospital poderia fazer alguma coisa a mais nessa parte. Até como prevenção de acidentes, prevenção de outras coisas. Seria melhor para a gente e melhor para eles. Já que eles fazem para os funcionários do hospital mesmo, é só coloca a gente para fazer também (Trabalhadora terceirizada A – limpeza, 40 anos).

Questionada sobre isso, a gerente do RH disse que os treinamentos de terceirizados devem ser feitos pelas empresas contratadas, pois se o próprio HEB proporcionasse cursos aos terceirizados, isto caracterizaria uma ingerência por parte do hospital no serviço das empresas terceiras. Se não bastasse a diferença de recursos, o relato de um trabalhador terceirizado sobre os problemas acarretados pela falta de cursos e treinamentos confirma a predominância da lógica da redução de custos sobre a qualidade dos serviços:

A coisa já começa errada porque os porteiros, na verdade, são mini seguranças. Eu falo mini porque não tem curso e nem estão preparados. Só eu que tinha feito um curso, mas não tinha nem diploma. Aí você já viu, né? Só dá problema mesmo. Aí eles davam um monte de ordens, um monte de regulamentos, coloca um monte de coisas para a gente fazer, mas a gente não tem formação e treinamento para isso. Como a gente vai agir numa situação de emergência se a gente não entende dessa parte de segurança? Não dá para ser porteiro e segurança ao mesmo tempo. Tem que ser um negócio direito (Trabalhador terceirizado C – portaria, 32 anos).

Outro recurso não oferecido aos trabalhadores terceirizados é o atendimento ambulatorial e consultas com a psicóloga e assistente social do RH. A resposta é parecida com a indisponibilidade de cursos: caso o HEB oferecesse esse tipo de atendimento, seria ingerência do hospital em relação ao RH das empresas contratadas. Contudo, entendemos que a redução de custos com a utilização de serviços terceirizados, ponto ressaltado tanto pela gerente do RH quanto pelo diretor administrativo, passa por esses aspectos. Isto é, ao não oferecer certos serviços aos trabalhadores terceirizados, a instituição reduz seus gastos. Ademais, caso tais serviços não sejam oferecidos pelas empresas responsáveis pelos terceirizados, o HEB não tem nenhum tipo de responsabilidade sobre isso.

A discriminação institucional também está no fato de que os trabalhadores terceirizados não podem utilizar o refeitório do hospital. Embora não tenhamos conseguido saber os motivos desse impedimento, a diferença de tratamento fica patente neste caso. Eis a fala de um trabalhador terceirizado sobre esse tema:

A gente não pode comer lá né, até porque a comida é paga. Quem come são só os funcionários e tem um horário diferenciado para os acompanhantes dos pacientes. A gente (terceirizados) come lá na casinha. É o que eu sei. O pessoal da limpeza come nessa casinha; aí o pessoal da portaria come num lugar mais no fundo ainda. É claro, se comessem juntos, iria gerar muitos comentários dessa discriminação (Trabalhadora terceirizada A – limpeza, 40 anos).

O que eu sei é que a gente pode comer lá no refeitório, sim. Só que a gente não pode comer a comida de lá, tem que levar a nossa própria. Só que é o seguinte: eu mesmo não como lá, não. Acho que pouco terceirizado come lá, viu. É meio estranho; você chega lá e não sei o que acontece. Parece que todo mundo fica olhando pra você; só porque não usa o uniforme deles, não tem o nome do hospital na camiseta, parece que as pessoas não querem você lá. Não sei se é discriminação isso, mas pode ser sim (Trabalhador terceirizado B – portaria, 29 anos).

Um local que também não pode ser frequentado pelos terceirizados é o espaço de descanso dos funcionários do hospital, chamado “conforto dos funcionários”. Trata-se de uma sala ampla contígua a uma pequena biblioteca, com acesso à internet, sofás e revistas para os funcionários descansarem após seu período de almoço. Eis a fala de um terceirizado sobre isso:

É até meio novo esse lugar de descanso que foi criado. É o conforto. É assim que eles falam, né? Faz um ano e pouco que foi criado. A gente não pode entrar lá mesmo. É aquela coisa, nunca chegaram para nós dizendo que não poderia entrar, mas também nunca falaram que podia, você entende? Eu acho que se a gente for

lá vai dar problema. Mesmo porque nunca vi nenhum terceirizado lá, não. Então é melhor nem ir lá. A gente descansa lá no fundo mesmo (Trabalhador terceirizado B – portaria, 29 anos).

Tanto o descanso dos trabalhadores terceirizados quanto o almoço é realizado em um conjunto de salas de alvenaria que fica ao lado do hospital. Embora próximas ao hospital, são separadas. Logo, a separação física é a primeira dimensão da discriminação que perpassa o cotidiano da instituição. Vale dizer que, entre os trabalhadores da instituição e terceirizados, as salas reservadas a estes são conhecidas como “favelinhas”.

A discriminação que pesa sobre os terceirizados é percebida por eles. Parece-nos uma consequência da separação imposta pela direção do hospital enquanto forma de controlá-los. Em geral, isso acontece de ambos os lados; tanto os trabalhadores do hospital – independente de serem médicos, enfermeiras ou outra ocupação assistencial – quanto os terceirizados sentem a separação, embora nem sempre compreendam seus motivos. Apesar de alguns deles se dizerem isentos dessa visão discriminatória, o fato de não perceberem esta linha divisória material e simbólica os impedem de notar a situação que os terceirizados se encontram. A fala de um deles sobre como um simples problema entre uma enfermeira e um trabalhador da limpeza é resolvido deixa patente a noção de superioridade da primeira:

Tem um clássico, a enfermeira. Quando ela quer se referir a alguém da limpeza, quando quer falar sobre como ela deve fazer com a limpeza, por onde deve começar, ela não vai falar com a pessoa que vai fazer, ela procura a chefia. Vai passar para a chefia do hospital que é responsável pelos terceirizados. Veja, o problema poderia ser resolvido facilmente se tivesse conversado com a própria pessoa que tá ali com a vassoura, já que ela que vai limpar. Então tem uma diferença, sim. Existe um degrauzinho, sim (Trabalhador terceirizado B, portaria – 29 anos).

A forma de organizar o processo de trabalho dos terceirizados, de modo a que não tenham contato com os trabalhadores do HEB, busca separá-los e até colocá-los a um nível mais baixo, se pensarmos em uma “escala social” no interior da instituição. Dessa forma, embora algumas falas possam questionar a discriminação, buscam tão somente se solidarizar com a condição do indivíduo terceirizado, mas não o vêem como parte de um mesmo contexto de trabalhadores, os quais poderiam se organizar com o objetivo de alcançar situações de igualdade entre eles. A questão da organização dos trabalhadores para a realização de reivindicações é verdadeiramente complexa, pois se de um lado estão os

médicos, que não se vêem como trabalhadores, mas como algo próximo de “prestadores de serviços” – enquanto forma de se verem acima dos demais trabalhadores do hospital -, de outro lado há os trabalhadores terceirizados que não se vêem como trabalhadores do hospital, não se sentem integrados ao seu local de trabalho e logo não sentem que compõem o grupo de trabalhadores da instituição. Embora não tenham explicitado em suas falas, parece-nos que se vêem como um conjunto de “subtrabalhadores”. De qualquer modo, as divisões relatadas trazem enormes dificuldades para se pensar formas de organização dos trabalhadores no HEB.

Considerações Finais

Esta pesquisa buscou apresentar o modelo das Organizações Sociais, sua incorporação ao discurso da reforma do Estado e seu desenvolvimento na área da saúde. Além disto, foi empreendido um estudo de caso no Hospital Estadual Bauru (HEB) com vistas a entender quais as implicações do modelo para as relações de trabalho naquela instituição.

Em vista de nossa hipótese geral, isto é, o alinhamento das Organizações Sociais ao projeto político neoliberal constituído no Brasil nos anos 90, analisamos o período da chamada reforma do Estado, objetivando demonstrar como este processo logrou plasmar o Estado brasileiro consoante seu modelo político-ideológico – ainda que não da forma como os teóricos neoliberais almejassem. Fizemos o mesmo no setor da saúde; mediante a leitura de uma vasta bibliografia acerca do tema, constatamos o recrudescimento do setor privado nos últimos vinte anos em concorrência à redução do setor público e a degradação e aviltamento das condições de trabalho nos equipamentos públicos sob a administração direta. Como demonstramos, a criação da Desvinculação de Receitas da União, da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Lei dos Planos Privados de Saúde em 1998, além de outros dispositivos, possibilitou a conformação de um cenário em que as Organizações Sociais assumem o papel de protagonista, em que pese os esforços de setores que defendem o SUS. O produto desta equação – saúde pública *versus* saúde privada – poderia parecer contraditório a um leitor desavisado: mesmo com uma rede de saúde universal e gratuita, que atende a maioria absoluta da população, o gasto do setor privado é maior. A afirmação de que as OS assumem o protagonismo, especialmente no setor da saúde, justifica-se pelos números de hospitais, clínicas e Unidades Básicas de Saúde encontradas no Estado de São Paulo. Assim, se por um lado o setor privado lucrativo obteve ganhos e cresceu nos últimos anos, por outro, a assunção dos serviços de saúde não lucrativos por parte das OS parece não ficar atrás.

Sobre o objeto principal desta pesquisa, ao estudá-lo buscamos entender se realmente se tratava de um processo de privatização, como havíamos aventado no limiar desta empreitada. Chegamos à conclusão de que a terceirização de serviços públicos a

entidades privadas não lucrativas não se revela uma privatização dos equipamentos públicos de saúde. Conquanto não se possa falar em privatização, entendemos que o conjunto de princípios políticos, econômicos e ideológicos que conformam as OS representa um fortalecimento da hegemonia neoliberal no interior da própria saúde pública.

Em seguida, passamos à análise do discurso e dos resultados apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e pelas próprias OSs, enfocando a ineficiência e o descontrole financeiro. Como resultado, podemos afirmar que o próprio modelo, que se pretende ágil e moderno – sobretudo ao rejeitar o processo licitatório para a compra de serviços e produtos e dispensar o concurso público para a contratação de funcionários –, mostrou ser uma presa fácil no que se refere à malversação de verbas públicas. Ademais, a burocracia e a morosidade da administração direta foram a base dos argumentos contidos tanto nos documentos da reforma do Estado quanto naqueles apresentados pela SEE/SP para fundamentar a inserção do modelo das OS. Contudo, de acordo com esta pesquisa, especialmente as reportagens que denunciam os problemas diários encontrados em instituições sob a gestão das OS, o modelo apresenta dificuldades e obstáculos à efetivação da saúde pública, ainda que escamoteados pelo Governo Estadual e pelas OSS.

Em um segundo momento deste trabalho foi realizado um estudo de caso em uma instituição sob a administração indireta. As inúmeras entrevistas e a coleta de dados nos permitem afirmar que os trabalhadores do HEB, inseridos em um contexto marcado pela imposição de metas a cumprir, ainda que isto não os atinja diretamente, e pelo discurso diário de que a administração privada é superior àquela do setor público, incorporam facilmente os valores e princípios fomentados pelo neoliberalismo. O exemplo mais patente disto é a terceirização. Este trabalho demonstrou duas dimensões deste fenômeno: a simbólica, expressa na dificuldade de se verem iguais àqueles ligados diretamente ao HEB, e a material, que não lhes permite almoçar, repousar e frequentar os mesmos espaços no trabalho. Conjugadas e naturalizadas, a nosso ver estas distinções ocupam um importante espaço na dinâmica da instituição, enquanto forma de diferenciação e isolamento dos trabalhadores na luta pelos seus direitos.

Enfim, entendemos que a introdução do modelo das OS visou à consolidação do capitalismo neoliberal no Brasil. Trata-se demais um instrumento para transformar três

importantes dimensões da realidade social: o Estado, voltando-o principalmente para o capital financeiro em detrimento de direitos e políticas sociais; o mercado, como um espaço livre e ampliado para a atuação das entidades privadas lucrativas; e a sociedade civil, convertendo-a em um ambiente ocupado pelas entidades privadas do terceiro setor, instituições “parceiras” do Estado neoliberal.

Referências bibliográficas

ABRUCIO, Fernando L. & SANO, Hironobu. Promessas e resultados na nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, Vol. 48, n° 3, 2008.

ALMEIDA, Karen. *Organizações Sociais: (des)controle social e restrições ao direito à saúde*. 2004. 115f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília.

ANDREWS, André & KOUZMIN, Paulo. O discurso da Nova Administração Pública. *Rev. Lua Nova*, n° 45, p. 97–129, 1998.

BARATA, Luiz R. *et alli*. Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo, Vol. 11, n° 42, p. 8-15, Jan-Mar, 2009.

BARBOSA, Nelson B. *O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde – um estudo comparado*. 2005. 292f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARRADAS, Luiz R *et alli*. Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*. Vol. 11, n° 42, p. 8-15, Janeiro-Março, 2009.

BARRADAS, Luiz R. & MENDES, José V. Organizações Sociais de Saúde: experiência bem-sucedida de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*. Vol. 11, n° 31, p. 47-56, 2006.

BARRETO, Maria I. As Organizações Sociais na Reforma do Estado Brasileiro. In: BRESSER PEREIRA, Luis C. & GRAU, Nuria C (Orgs.) *O Público Não-Estatal na Reforma do Estado*. São Paulo: Ed. FGV, 1999.

BARRETO JUNIOR, Irineu F. & SILVA, Zilda P. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *Rev. São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, Vol. 18, p. 47-56, 2004.

BEHRING, Elaine R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2ª edição. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

BITTAR, Olímpio & MENDES, José. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo, Edição especial (Suplemento), p. 05-71, Jan, 2010.

BOITO JR, Armando. O esgotamento do ciclo revolucionário do século XX. In: BOITO JR, Armando. *Estado política e classes sociais – ensaios teóricos e históricos*. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

_____. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. 2ª edição. São Paulo: Ed. Xamã, 1999.

BRASIL. *VIII Conferência Nacional de Saúde: Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, Maria I. & MATOS, Maurílio C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria (Org.) *Saúde e Serviço Social*. 4ª edição. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

BRESSER PEREIRA, Luis C. A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Rev. Lua Nova*, nº 45, p. 45–95, 1997.

_____. *Construindo o Estado republicano: democracia e reforma da gestão pública*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2009.

_____. *Crise econômica e reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América Latina*. São Paulo: Ed. 34, 1996.

_____. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. *Revista do Serviço Público*, nº 50, 1999.

_____. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34/ENAP, 1998.

BRESSER PEREIRA, Luis C. & CUNILL GRAU, Nuria (Orgs). *O Público não-Estatal na Reforma do Estado*. Ed. FGV, Rio de Janeiro, 1999.

CAMPOS, Gastão W. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup.), p. 1865–1874, 2007.

CARDOSO, Fernando H. *Reforma do Estado e governabilidade democrática*. Conferência realizada na Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM), Cidade do México, 2005.

CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo. *O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. 2002. 242f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARVALHO, Gilson. Entre a desinformação e a má-fé. *Rev. Radis*, nº 68, p. 32, Set/2007.

CECHINEL, João P. A consolidação do malufismo na Saúde Pública. *Agência Carta Maior*, 28/07/2011. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/templates/analiseMostrar.cfm?coluna_id=5138. Acesso em: 30/07/2011.

CASTRO, José *et alli*. Evolução do Gasto Social Federal: 1995–2001. *Rev. IPEA*, nº 6, p. 127–134, 2003.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Ed. Xamã, 1996.

COHN, Amélia. As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*; *Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 11(2): 183-197, out. 1999.

_____. Mudanças econômicas e políticas da saúde no Brasil. In: Laurell, Asa C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Ed. Cedec, 1995.

COHN, Amélia *et alii*. *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Ed. Cortez, 1991.

CONCEIÇÃO, Jefferson J.; DAU, Denise M.; RODRIGUES, Iram J. (Orgs). *Terceirização no Brasil: Do discurso da inovação à precarização do trabalho*. São Paulo: Ed. Annablume, 2009.

CORREIA, Maria V. *Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais*. s/d (mimeo).

COSTA, Lucia C. *Os Impasses do Estado Capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil*. Ponta Grossa: Ed. UFGP, 2006.

COSTA, Nilson R. & RIBEIRO, José M. *Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ/Banco Mundial, 2005.

COSTIN, Cláudia. Organizações Sociais como modelo para gestão de museus, orquestras e outras iniciativas culturais. *Revista eletrônica sobre a Reforma do Estado*. Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, N° 2, 2005. Disponível em: www.direitodoestado.com.br. Acesso em: 20/02/2011.

CUNILL GRAU, Nuria. *Repensando o público através da sociedade*. São Paulo: Ed. Revan, 1998.

DRAIBE, Sônia. M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, São Paulo, 15(2) p. 64-101, 2002.

_____. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *Rev. São Paulo em perspectiva*, 11(4): 3-15, 1997.

DUARTE, Ivomar G. *Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais*. 2009. 209f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Ciências, SESSP, São Paulo.

DRUCK, Maria da G. *Terceirização (des)fordizando a fábrica: um estudo do complexo petroquímico*. São Paulo: Ed. Boitempo, 1999.

DUMÉNIL, Gerard. & LÉVY, Dominique. O imperialismo na era neoliberal. *Revista Crítica Marxista*, n° 18, 2004.

ELIAS, Paulo E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *Rev. São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: 18 (3), p. 41–46, 2004.

_____. PAS: um perfil neoliberal de gestão do sistema público de saúde. *Rev. Estudos Avançados*, 13 (35), p. 125–137, 1999.

FAGNANI, Eduardo. *Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. 2005. Tese (Doutorado em Economia). IE, Unicamp, Campinas.

FERREIRA JUNIOR, Walter C. *Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde*. 2004. 177f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas, FGV, São Paulo.

FILGUEIRAS, Luiz. *A História do Plano Real*. São Paulo: Ed. Boitempo, 2003.

GALVÃO, Andréia. *Neoliberalismo e reforma trabalhista no Brasil*. São Paulo: Ed. Revan, 2007.

GOMES, Ângela de C. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: Ed. IUPERJ/Vértice, 1988.

GONÇALVES, Reinaldo. “Brasil, dois anos de economia”. In: SADER, Emir (org.) *O Brasil do real*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1996.

GOUVEIA, Roberto. *Saúde Pública, Suprema Lei*. São Paulo: Ed. Mandacaru, 2000.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto do Estado do capital. In: SINDSAÚDE/PR. *O desmonte do SUS*. Curitiba, 2010.

GUERRA, Yolanda D. *A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise de suas principais determinações*. 1998. 332f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

GUIMARÃES, Carlos. *Os microfundamentos da mudança institucional: incentivos, saída e voz na reforma administrativa*. 2001. 175f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-graduação em Ciência Política, UFPE, Recife.

HAMA, Lia. A gestão cultural nos moldes de organização social. *Revista SP.gov*, Fundap, São Paulo, 2006. Disponível em: <www.revista.fundap.sp.gov.br/revista8/paginas/8-01-Contratualizacao.htm>. Acesso em: 04.03.2011.

HARVEY, David. *Condição Pós-moderna*. São Paulo: Ed. Loyola, 1994.

- _____. *O Neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005.
- HOBBSBAWN, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX*. 2ª edição. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1994.
- IBAÑEZ, Nelson. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6 (2): p. 391-404, 2001.
- IBAÑEZ, Nelson & NETO, Gonzalo V. Modelos de gestão e o SUS. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup), p. 1831–1840, 2007.
- LACERDA, Antonio C. *Desnacionalização: mitos, riscos e desafios*. São Paulo: Ed. Contexto, 2000.
- LE GRAND, Julian. Quasi-Markets and Social Policy. *The Economic Journal*, Vol. 101, nº 408, p. 1256–1267, 1991.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D; MACHADO, Cristian V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Vol. 6, n.º 2, p. 269–291, 2001.
- LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Vol. 8, nº 2, p. 439–448, 2003.
- MARCELINO, Paula R. *A logística da precarização: terceirização do trabalho na Honda do Brasil*. São Paulo: Ed. Expressão Popular, 2004.
- MARCELO, Raul. *A saúde sob fogo cerrado*. São Paulo, 24/09/2009. Disponível em: <http://www.socialismo.org.br/portal/saude/71-artigo/1144-a-saude-sob-fogo-cerrado>. Acesso em: 23/03/2011.
- MARE. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

MARQUES, Rosa M. Uma Previdência Social para os brasileiros. In: SICSÚ, João (Org.) *Arrecadação (de onde vem?) e gastos públicos (para onde vão?)* São Paulo: Ed. Boitempo, 2007.

MARQUES, Rosa & UGÁ, Maria A. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: EDLER, Flávio *et alli. Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MARTUSCELLI, Danilo. *A crise do governo Collor e a tática do PT*. 2005. 143f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas.

MÉDICI, André C. *Economia e financiamento do setor da saúde*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994.

MENDES, Eugênio V. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Ed. Casa da Qualidade, 2001.

MONNERAT, Giselle *et alli*. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, Maria (Org.) *Saúde e Serviço Social*. 4ª edição. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

MORAES, Reginaldo C. Reformas neoliberais e políticas públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações Estado-sociedade. *Rev. Educação e Sociedade*. Campinas, Vol. 23, n° 80, p. 13-24, 2002.

MORALES, Carlos A. Provisão de serviços sociais através de organizações públicas não-estatais: aspectos gerais. In: BRESSER PEREIRA, Luis C. & CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.) *O Público não-estatal na reforma do Estado*. São Paulo: Ed. CLAD/FGV, 1999.

MOREIRA, Carlos A. *O Financiamento Especulativo dos Grandes Grupos Econômicos na Origem da Crise do Regime de Acumulação de Dominância Financeira*. In: Revista de Políticas Públicas/UFMA, São Luis: Ed. UFMA, 2005.

NASSUNO, Mariana (1999). O controle social nas Organizações Sociais no Brasil. In: BRESSER PEREIRA, Luis C. & CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.) *O Público não-estatal na reforma do Estado*. São Paulo: Ed. CLAD/FGV, 1999.

NETTO, José. P. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPAN, Ivo (Org.) *O Desmonte da nação*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

OFFE, Claus. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Ed. Tempo brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, Francisco de. O culto a Moloch: Bresser Pereira e a reforma gerencial do Estado. In: BRAVO, Maria & PEREIRA, Potyara (Orgs.) *Política social e democracia*. 4ª edição. São Paulo: Ed. Cortez/UERJ, 2008.

PAHIM, Maria L. *Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde*. 2009. 250f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAULA, Ana P. *Entre a administração e a política: os desafios da gestão pública democrática*. 2003. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Annablume, 2008.

POLIGNANO, Marcus V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*, s/d (mimeo).

OSBORNE, David. & GAEBLER, Ted. *Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Brasília: ENAP, 1994.

RIZZOTTO, Maria. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 267f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entram em cena*. 2ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

SALVADOR, Evilasio. *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.

SANO, Hironobu. *Nova Gestão Pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas*. 2003. 146f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Administração Pública/FGV, São Paulo.

SANTOS, Wanderley G. dos Santos. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.

SEIXAS, Paulo. *As Organizações Sociais de Saúde em São Paulo, 1998-2002: uma visão institucional*. 2003. 140f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

SILVA, Ilse G. *Democracia e participação na “reforma” do Estado*. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

SILVA, Luiz M. *Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro*. 2006. 135f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia, Unicamp, Campinas.

SOUZA, Renilson. *Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. In: PIERANTONI, Célia (Org.) *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.

TANAKA, Oswaldo & MELO, Cristina (Orgs.) *Inovação e gestão: a organização social no setor saúde*. São Paulo: FAPESP, 2002.

TEIXEIRA, Mary J. *O programa Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol*. In: BRAVO, Maria & PEREIRA, Potyara. *Política Social e Democracia*. 4ª edição. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

TRALDI, Maria C. *Políticas públicas e organizações sociais: o controle social na terceirização dos serviços de saúde*. 2003. 230f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas.

UGÁ, Maria Alicia *et alii*. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do SUS. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Vol. 8, nº 2: 417–437, 2003.

VERONESE, Alexandre. *As unidades de pesquisa do MCT e a reforma do Estado: organizações sociais (1995 – 2002)*. 2002. 239f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-graduação em Sociologia e Direito, Niterói.

Reportagens de jornais, revistas, sites e documentos oficiais

AGÊNCIA A TARDE. *TCE constata irregularidades em 11 hospitais públicos da BA. Salvador*, 07/10/2011. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI5399466EI5030,00TCE+constata+irregularidades+m+hospitais+publicos+da+BA.html>. Acesso em: 11/10/2011.

AGÊNCIA ESTADO. *São Paulo paga por serviço de saúde não realizado*. São Paulo, 03/12/2010. Disponível em: http://www.estadao.com.br/noticia_imp.php?req=geral,sao-paulo-paga-por-servico-de-saude-nao-realizado,648914,0.htm Acesso em: 06/12/2010.

ALESP. *Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a remuneração dos serviços médico-hospitalares*. São Paulo, 2007 (mimeo).

BARROCAL, André & NASSIF, Maria I. Só no Brasil há saúde gratuita e universal, mas gasto privado maior. *Agência Carta Maior*, 19/09/2011. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=18512. Acesso em: 20/09/2011.

BRASIL. *Organizações Sociais*. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Seminário Nacional de Modalidades de Gestão do SUS*. Brasília, 2007.

FERRAZ, Adriana. Organizações Sociais recebem da Prefeitura por consultas não realizadas. São Paulo, *O Estado de São Paulo*, 29/09/2011. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,organizacoes-sociais-recebem-da-prefeitura-por-consultas-nao-realizadas,778856,0.htm>. Acesso em: 29/09/2011.

_____. Preços variam até 5 vezes em hospitais de SP. São Paulo, *Agora*, 01/11/2010. Disponível em: www.agora.uol.com.br/saopaulo/ult10103u700403.shtml. Acesso em: 27/02/2011.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Presidente do TCE vê problema em modelo*. Página C3, 31/08/2009.

GABINETE DO GOVERNADOR. *Projeto de LC 45/10*. Palácio dos Bandeirantes, São Paulo, 29/11/2010.

LEITE, Fabiane. Sem fila para plano de saúde, cirurgia no Incor demora até um ano para o SUS. São Paulo, *O Estado de São Paulo*, 13/01/2011.

LEMES, Conceição. *Arthur Chioro: planos privados de saúde vão economizar e paulistas pagarão a conta*. 08/08/2011. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/arthur-chioro-planos-privados-de-saude-va-economizar-e-todos-os-paulistas-pagarao-a-conta.html>. Acesso em: 13/09/2011.

_____. *Hospitais públicos de SP gerenciados por OSs: rombo acumulado é de R\$ 147,18 milhões*. São Paulo, 21/06/2011. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html>. Acesso em: 01/07/2011.

MANSO, Bruno P. Prefeitura de SP paga a organização social por exames que não são feitos. São Paulo, *O Estado de São Paulo*, 02/08/2011. Disponível em: http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20110802/not_imp752981,0.php Acesso em: 02/08/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 1996*. Brasília, 1997.

_____. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde*. Brasília, s/d. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/temas-trabalhados/financiamento-a-saude/atuacao-do-gt/Relatorio-Terceirizacao-GTSAude>>. Acesso em: 20/10/2010.

MONTONE, Januário. Limite das PPPs na saúde. São Paulo, *Folha de São Paulo*, 24/03/2011.

O ESTADO DE SÃO PAULO. *HC sob ameaça*. São Paulo, Editorial, 02/09/2011.

REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE. *Entrevista com Luiz R. Barradas Barata*. São Paulo, Vol. 7, n° 28, Julho-Setembro, p. 74-78, 2005.

REVISTA FORNECEDORES HOSPITALARES. *Tendência irreversível*. São Paulo, Edição 181, Ano 18, p. 25-32, novembro de 2010.

SARDENBERG, Carlos A. Falha de governo. Rio de Janeiro, *O Globo*. 02/09/2011.

SAÚDE BUSINESS. *Estado deve intervir menos, dizem especialistas*. 12/11/2010. Disponível em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=75530#>. Acesso em: 12.02.2011

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Prestação de contas 1º Trimestre de 2011*. São Paulo: Secretaria da saúde, 2011.

SINDSAÚDE. *Conselho Estadual de Saúde: não as OSS na saúde*. São Paulo, 29/11/2006. Disponível em: <http://www.sindsaude.org.br/noticia.asp?acao=verNoticia&id=649>. Acesso em: 03/02/2010.

COSTA, Renato M. Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde de hospitais estaduais paulistas. *Tribunal de Contas do Estado de São Paulo*. São Paulo, 2011.

WESTIN, Ricardo. Prefeitura estuda contratar auditoria externa para OS. São Paulo, *Folha de São Paulo*, 10/08/2010. Disponível em: www.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1008201001.htm. Acesso em: 10/08/2010.

_____. Secretário diz que só um hospital público de SP será terceirizado. São Paulo, *Folha de São Paulo*. Caderno cotidiano, p. C8, 17/09/2009.

Anexos

Roteiros de entrevistas com os trabalhadores do Hospital Estadual Bauru e responsáveis pela administração e setor de RH

Oficiais administrativos

- Qual é a sua função?
- Há quanto tempo trabalha no HEB?
- Possui outro trabalho além deste no HEB?
- O HEB é bem estruturado e fornece boas condições de trabalho?
- Qual é sua rotina diária de trabalho?
- Conhece a modalidade das Organizações Sociais?
- - O HEB fornece boas condições de trabalho? Já adoeceu por conta do trabalho?
- Sente-se gratificado pelo trabalho? O que mais lhe gratifica?
- Sente-se valorizado pela administração do HEB? Se não, por quê?
- Quais são os aspectos bons e ruins de sua função?
- Realiza o serviço de outros durante sua jornada de trabalho?
- Existe uma alta rotatividade de funcionários no hospital? A que atribui isso?
- Tem vontade de mudar de emprego?
- Como é a relação com os demais profissionais? Há uma boa integração entre os setores do HEB? Há uma boa comunicação entre eles?
- Percebe algum tipo de hierarquia entre os funcionários do HEB? Tal hierarquia cria animosidades entre os trabalhadores?
- Tem algum contato com a gerência do hospital? Qual é o tipo de relação?
- Gostaria de poder fazer parte de algum conselho gestor, que reunisse representantes de todos os setores do hospital?
- Há alguma participação dos funcionários na gestão do HEB? Pode-se opinar sobre algum assunto? Qual?

- O estabelecimento da competição entre os funcionários seria benéfico ou maléfico para o atendimento dos pacientes?
- Pode-se dizer que há uma padronização no atendimento? Isso é bom ou ruim? Exemplos
- Tem voz para opinar em seu trabalho ou segue um protocolo? Proporia alguma mudança em seu trabalho?
- Se um funcionário tem alguma reclamação ou pedido a fazer, para quem se deve reportar?
- Você trabalha com metas? Sente-se pressionado por isso? Tal pressão pode causar prejuízos?
- Existe pressão para o cumprimento das metas? Tem conhecimento de punições individuais em caso de não atingi-las?
- Conhece os princípios do SUS?
- Vê semelhanças com os princípios da OS? E diferenças?
- Em que a OS é melhor? E pior?
- Do ponto de vista administrativo, você reconhece semelhanças entre o HEB e uma empresa privada? Se sim, quais?
- Algum funcionário lidera algum movimento ou luta politicamente por melhorias? Como vê a atuação dessa pessoa?
- Como vê a terceirização? Quais os pontos positivos e negativos?
- O número de funcionários é adequado para o porte do HEB? Considera que há uma sobrecarga de trabalho?
- Seu contrato é temporário? Isso é bom ou ruim? Por quê? Poderia dizer o motivo de isso acontecer?
- Tem salário fixo? Se não, como é? O salário no HEB está dentro do padrão?
- Tem algum benefício social (cesta básica, auxílio transporte, etc)?

Enfermeiros e técnicos em enfermagem

- Qual é a sua função?
- Há quanto tempo trabalha no hospital?
- Qual é a rotina de trabalho?
- Possui outro trabalho além deste no HEB?

- Já trabalhou em hospital público de administração direta?
- Vê diferenças entre os hospitais?
- Em que a OS é melhor? E pior?
- Tem conhecimento da modalidade das OS?
- O que você entende como um bom atendimento/serviço hospitalar prestado? Alguma crítica na questão do atendimento ao paciente no HEB? Proporia mudanças?
- Como avalia a prestação de serviço do hospital?
- O HEB é bem estruturado?
- O HEB fornece boas condições de trabalho? Já adoeceu por conta do trabalho?
- Sente-se gratificado pelo trabalho? O que mais lhe gratifica?
- Sente-se valorizado pela administração do HEB? Se não, por quê?
- Quais são os aspectos bons e ruins de sua função?
- Qual é a relação com os demais trabalhadores?
- Percebe certos aspectos de hierarquia social entre os trabalhadores do hospital?
- Tem algum contato com a gerência do hospital? Existe relação direta com alguém da gerência?
- Há alguma participação dos funcionários na gestão do HEB? Pode-se opinar sobre algum assunto? Qual?
- Gostaria de poder fazer parte de algum conselho gestor, que reunisse representantes de todos os setores do hospital?
- Se um funcionário tem alguma reclamação ou pedido a fazer, a quem se deve reportar?
- O número de enfermeiros do HEB é adequado? Considera que existe uma sobrecarga de trabalho?
- Seu contrato é temporário? Isso é bom ou ruim? Por quê? Poderia dizer o motivo de isso acontecer?
- Tem ideia sobre a opinião geral dos enfermeiros sobre o contrato temporário?
- Tem salário fixo? Se não, como é? O salário no HEB está dentro do padrão?
- Tem algum benefício social (cesta básica, auxílio transporte, etc)?
- Existe uma alta rotatividade de funcionários no hospital? A que atribui isso?

- Acredita que os funcionários deveriam receber o mesmo valor salarial? Um funcionário mais dedicado deveria ganhar mais? Por quê?
- O estabelecimento da competição entre os funcionários seria benéfico ou maléfico para o atendimento dos pacientes? Por quê?
- Tem metas a cumprir? Sente-se pressionado por isso? Tal pressão pode causar prejuízos?
- Conhece os princípios do SUS?
- Do ponto de vista administrativo, você reconhece semelhanças entre o HEB e uma empresa privada? Quais?
- Como vê a terceirização de setores como a limpeza e a segurança? Quais os pontos positivos e negativos? Exemplos
- Participa de algum conselho (municipal/estadual) de saúde?

Oficiais administrativos

- Qual é a sua função?
- Há quanto tempo trabalha no HEB?
- Possui outro trabalho além deste no HEB?
- O HEB é bem estruturado e fornece boas condições de trabalho?
- Qual é sua rotina de trabalho?
- Conhece a modalidade das Organizações Sociais?
- O HEB é bem estruturado?
- O HEB fornece boas condições de trabalho? Já adoeceu por conta do trabalho?
- Sente-se gratificado pelo trabalho? O que mais lhe gratifica?
- Sente-se valorizado pela administração do HEB? Se não, por quê?
- Quais são os aspectos bons e ruins de sua função?
- Realiza o serviço de outros durante sua jornada de trabalho?
- Existe uma alta rotatividade de funcionários no hospital? A que atribui isso?
- Como é a relação com os demais profissionais? Há uma boa integração entre os setores do HEB? Há uma boa comunicação entre eles?

- Percebe algum tipo de hierarquia entre os funcionários do HEB? Tal hierarquia cria animosidades entre os trabalhadores?
- Gostaria de poder fazer parte de algum conselho gestor, que reunisse representantes de todos os setores do hospital?
- Há alguma participação dos funcionários na gestão do HEB? Pode-se opinar sobre algum assunto? Qual?
- O estabelecimento da competição entre os funcionários seria benéfico ou maléfico para o atendimento dos pacientes?
- Pode-se dizer que há uma padronização no atendimento? Isso é bom ou ruim? Exemplos
- Se um funcionário tem alguma reclamação ou pedido a fazer, para quem se deve reportar?
- Você trabalha com metas? Sente-se pressionado por isso? Tal pressão pode causar prejuízos?
- Existe pressão para o cumprimento das metas? Tem conhecimento de punições individuais em caso de não atingi-las?
- Conhece os princípios do SUS?
- Vê semelhanças com os princípios da OS? E diferenças?
- Em que a OS é melhor? E pior?
- Do ponto de vista administrativo, você reconhece semelhanças entre o HEB e uma empresa privada? Se sim, quais?
- Há alguma participação dos funcionários na gestão do HEB? Pode-se opinar sobre algum assunto? Qual?
- Algum funcionário lidera algum movimento ou luta politicamente por melhorias? Como vê a atuação dessa pessoa?
- Como vê a terceirização? Quais os pontos positivos e negativos?
- O número de funcionários é adequado para o porte do HEB? Considera que há uma sobrecarga de trabalho?
- Seu contrato é temporário? Isso é bom ou ruim? Por quê? Poderia dizer o motivo de isso acontecer?
- Tem ideia sobre a opinião geral dos oficiais administrativos sobre o contrato temporário?
- Tem salário fixo? Se não, como é? O salário no HEB está dentro do padrão?
- Tem algum benefício social (cesta básica, auxílio transporte, etc)?

- Acredita que os funcionários deveriam receber o mesmo valor salarial? Um funcionário mais dedicado deveria ganhar mais?
- Como vê o gerenciamento do HEB?

Médicos

- Qual é a sua função?
- há quanto tempo trabalha no hospital?
- Qual é a rotina diária de trabalho?
- Possui outro trabalho além deste no HEB?
- Já trabalhou em hospital público de administração direta?
- Vê diferenças entre os hospitais?
- Em que a OS é melhor? E pior?
- Tem conhecimento da modalidade das OS?
- Como avalia a prestação de serviço do hospital?
- O que você entende como um bom atendimento/serviço hospitalar prestado? Alguma crítica em relação ao atendimento ao paciente no HEB? Proporia mudanças?
- O HEB é bem estruturado? Fornece boas condições de trabalho? Já adoeceu por conta do trabalho?
- Sente-se gratificado pelo trabalho? O que mais lhe gratifica? Se não, por quê?
- Sente-se valorizado pela administração do HEB? Se não, por quê?
- Quais são os aspectos bons e ruins de sua função?
- Qual é a relação com os demais profissionais?
- Tem algum contato com a gerência do hospital? Existe relação direta com alguém da gerência?
- Acredita que os gestores buscam melhorar as condições de trabalho e vida dos funcionários daqui?
- Sente-se controlado pela administração do HEB? Tem autonomia total para realizar seu trabalho ou segue algum protocolo determinado pela instituição? Tem alguma crítica nesse aspecto?

- Há alguma participação dos funcionários na gestão do HEB? Pode-se opinar sobre algum assunto? Qual?
- Gostaria de poder fazer parte de algum conselho gestor, que reunisse representantes de todos os setores do hospital?
- Se tem alguma reclamação ou pedido a fazer, a quem se deve reportar?
- O número de médicos do HEB é adequado? Considera que existe uma sobrecarga de trabalho?
- Seu contrato é temporário? Isso é bom ou ruim? Por quê? Poderia dizer o motivo de isso acontecer?
- Tem ideia sobre a opinião geral dos médicos sobre o contrato temporário?
- Tem salário fixo? Se não, como é? O salário no HEB está dentro do padrão?
- Tem algum benefício social (cesta básica, auxílio transporte, etc)?
- Existe uma alta rotatividade de médicos no hospital? A que atribui isso?
- Acredita que os funcionários deveriam receber o mesmo valor salarial? Um funcionário mais dedicado deveria ganhar mais? Por quê?
- O estabelecimento da competição entre os funcionários seria benéfico ou maléfico para o atendimento dos pacientes? Por quê?
- Tem metas a cumprir? Sente-se pressionado por isso? Tal pressão pode causar prejuízos?
- Conhece os princípios do SUS?
- Vê semelhanças com os princípios da OS? E diferenças?
- Do ponto de vista administrativo, você reconhece semelhanças entre o HEB e uma empresa privada? Quais?
- Como vê a terceirização de setores como a limpeza e a segurança? Quais os pontos positivos e negativos? Exemplos

Trabalhadores terceirizados

- Qual é sua função?
- Há quanto tempo trabalha no HEB?
- Possui outro trabalho além deste no HEB?

- Que tipo(s) de atividade(s) você exerce?
- Qual é a rotina diária de trabalho;
- Você considera seu trabalho fundamental para uma boa prestação de serviços do HEB?
- Você gostaria de ser contratado como servidor estatutário ou celetista? Por quê?
- Em sua opinião, por que há terceirização?
- Durante sua jornada de trabalho, você realiza tarefas para as quais não foi contratado? Se sim, quais?
- Já foi desviado de função? Por quê?
- Sente-se integrado ao corpo de funcionários? Há uma boa integração entre os setores do HEB? Há uma boa comunicação entre eles?
- Sente algum tipo de discriminação por ser terceirizado? Se sim, esse sentimento é compartilhado por seus outros colegas? Existem certos lugares que terceirizados não podem frequentar no HEB?
- Você acredita que exista diferença salarial entre os trabalhadores terceirizados e os que não são, como os oficiais administrativos? Se sim, saberia dizer por que isso ocorre?
- Você considera seu ambiente de trabalho seguro? Se não, por quê?
- Seu salário é fixo? Se não, como é?
- Quem determina seu salário, o hospital ou a empresa que é contratada pelo hospital?
- Você acredita que o trabalho que desenvolve afeta a sua saúde? Se sim, de que forma?
- Você se considera excluído de algum direito por ser terceirizado? Se sim, qual?
- Tem algum benefício social (cesta básica, auxílio transporte, etc)?
- Você saberia dizer de onde vêm as ordens específicas de sua função?
- Durante sua jornada de trabalho, você realiza tarefas para as quais não foi contratado? Se sim, quais?
- Já foi desviado de função? Por quê?
- Busca trabalhar da sua forma? Ela difere daquela expressa pelo hospital? Em caso de resposta afirmativa, isso pode desencadear um conflito? Exemplo. Proporia alguma mudança em seu trabalho?
- Mobiliza-se entre seus colegas de trabalho para tentar fazer de outra forma?
- Percebe algum tipo de hierarquia entre os funcionários do HEB?

- Tal hierarquia cria animosidades entre os trabalhadores?
- Sente algum tipo de discriminação por ser terceirizado? Se sim, esse sentimento é compartilhado por seus outros colegas?
- Você trabalha com metas? Sente-se pressionado por isso? Tal pressão pode causar prejuízos?
- Existe pressão para o cumprimento das metas? Tem conhecimento de punições individuais em caso de não atingi-las?
- Tem algum contato com a gerência do hospital? Qual é o tipo de relação?
- Como vê o gerenciamento do HEB?

Questões para o Diretor administrativo

- Quais são as instâncias deliberativas da Instituição?
- Existe a participação de pessoas ligadas a associações populares ou sindicatos da área da saúde?
- Existem assentos para representantes dos usuários do HEB ou mesmo da própria comunidade?
- Existe alguma relação com o Conselho Municipal ou Estadual de Saúde?
- Tem conhecimento da noção de controle social preconizada pela Constituição Federal? O que pensa sobre isso?
- Acredita que o modelo administrativo do HEB contém aspectos da administração privada? Quais?
- Seria favorável a uma menor participação do Estado na Saúde? E com relação à privatização dos equipamentos públicos?
- A assunção de serviços sociais públicos por parte de Org. Sociais pode ser considerado privatização? Por quê?
- Quais os ganhos e as perdas desse modelo para o gestor?
- Qual é a grande diferença entre os hospitais de administração direta e a adm. indireta para o gestor?
- Como vê a terceirização de alguns setores do hospital? Vê isto como algo irreversível na administração pública e privada? Quais os pontos negativos e positivos?
- Existe uma alta rotatividade de funcionários no hospital?

- Como qualifica os hospitais de administração direta?
- É possível apontar diferenças entre um hospital de administração direta e indireta?
- Quais as vantagens e desvantagens de um em relação ao outro?
- Conhece os princípios do SUS?
- Os princípios da OS estão de acordo com os princípios do SUS?
- Além do montante recebido através da Sec. Est. da Saúde, existem outras formas de captação de recursos, como convênios com instituições nacionais e internacionais ou doações? Se sim, são valores consideráveis?

Setor de RH

- Número exato de funcionários; número de funcionários por categoria de trabalho.
- Quais são as práticas de gestão implantadas no HEB?
- Poderia explicar o processo de integração dos funcionários?
- Existe uma espécie de “cultura do envolvimento” dos funcionários, enquanto forma de melhorar o atendimento/produtividade?
- O processo seletivo é realizado pela própria instituição? Como funciona? Quais são os principais aspectos avaliados do candidato?
- Ele segue os moldes do concurso público?
- Existem processos avaliativos (desempenho) de funcionários? Como funcionam?
- O HEB oferece cursos de capacitação e desenvolvimento dos funcionários? Para todos os setores?
- Existem trabalhos preventivos contra o adoecimento em virtude da atividade laboral com relação aos funcionários do HEB?
- Existe algum tipo de auxílio a funcionários com problemas relativos ao trabalho? Quais são essas atividades? Quais são os problemas mais comuns?
- O que acontece se o funcionário adoecer?
- Os trabalhadores terceirizados também têm acesso a esse auxílio?
- Como vê a terceirização de alguns setores do HEB?
- Estes funcionários têm respaldo do Setor de RH?
- O RH tem algum tipo de responsabilidade sobre esses trabalhadores?

- Como é a contratação desses trabalhadores?
- Como vê a terceirização de alguns setores do hospital? Vê isto como algo irreversível na administração pública e privada? Quais os pontos negativos e positivos?
- Tem conhecimento sobre a “quarteirização”? O que pensa sobre isso?
- O Setor de RH é o canal que os funcionários têm com a gerência do hospital? Existem outros?
- Quais são os principais problemas que os trabalhadores relatam ao setor de RH?
- Acredita que há um número adequado de funcionários no HEB?
- Existe uma alta rotatividade de funcionários no hospital? Se sim, a que atribui isso?