

As Organizações Sociais e o Direito à Saúde

Paulo de Tarso Puccini*

Resumo

O artigo problematiza a alternativa gerencial das Organizações Sociais (OS) na área da saúde a partir das suas relações e integração com o movimento internacional de reformas dos Estados capitalistas centrais. Visou a uma apreciação crítica do fenômeno, evitando a discussão dos dados de forma apartada da totalidade concreta na qual se produz o seu significado. Assim, procurou-se, na inter-relação das condições operacionais propostas para as OS e suas repercussões para os princípios do SUS, estabelecer questões para o desenvolvimento da discussão. Concluiu-se que tal alternativa aparentemente inscrita na esfera gerencial para o processo de melhoria da gestão pública do aparelho de Estado está vinculada às forças político-sociais descompromissadas com a saúde como direito universal, equânime e integral, cooptando ideologicamente e com novas oportunidades privadas de trabalho-emprego amplos setores das camadas médias para um discurso que faz pouco do princípio da universalidade, quebrando a primazia do direito social sobre o administrar.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Acesso Universal a Serviços de Saúde; Organização e Planejamento; Serviços Terceirizados; Privatização.

* Médico pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), especialista em Saúde Pública pela USP e em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela FGV/SP. Mestre em Saúde Coletiva (UNICAMP) e doutor em Saúde Pública (USP). Atualmente é médico sanitário do Centro de Planejamento e Avaliação do DRS I da SES/SP e Consultor do Ministério da Saúde. Tem experiência nas áreas de Política, Planejamento e Administração em Saúde, Epidemiologia e Metodologia de Pesquisa em Saúde.

Correspondência: paulopuccini@gmail.com

Publicado no WWW. idisa.org.br em março de 2011

1. Introdução

Medo no ar!

*Em cada esquina
sentinelas vigilantes incendeiam olhares
em cada casa
se substituem apressadamente os fechos velhos
das portas
e em cada consciência
fervilha o temor de se ouvir a si mesma*

*A história está a ser contada
de novo [...]*

(Consciencialização)
Agostinho Neto¹

O fenómeno típico do mundo no auge da globalização, em termos sociais, era a adoção de políticas de exclusão, visando à liberação das forças do mercado de qualquer constrangimento, acompanhada da compressão dos gastos públicos diretos dirigidos para a concretização de direitos sociais. A combinação de processos políticos mundiais resultou na perda do interesse das forças hegemônicas dos países capitalistas centrais na ação compensatória do Estado como resposta às colisões e confrontações sociais. As concepções de Estado do Bem-estar estavam liquidadas nesse “fim de história”. Assim, em plena era da sofisticação tecnológica há os muitos que são abandonados por não terem mais interesse para o sistema por serem demasiado pobres para se tornarem mercados e por serem demasiado atrasados para valerem como força de trabalho.

Eric Hobsbawm² comenta sobre a experiência das décadas de 1970 e 1980 que “se elas provaram alguma coisa, foi que o grande problema político do mundo, e certamente do mundo desenvolvido, não era como multiplicar a riqueza das nações, mas como distribuí-la em

benefício de seus habitantes”. A maioria excluída se manifesta como uma humanidade combatida que tenta reagir, sem, no entanto, dispor de forças e valores sociais necessários a isso, os quais a sociedade de mercado não se propõe produzir ou distribuir.

É nesse contexto internacional de “capitalismo turbinado” pela globalização e de derrota das experiências socialistas, que se desenvolve e fortalece um campo de propostas internacionais de reforma do aparelho de Estado.

A intenção política desse movimento, segundo Oliveira³, apresenta-se com nitidez: tentar romper com a ideia da gestão pública como produtora de serviços, segundo a lógica de direitos sociais. Esta seria a continuidade do movimento conservador inaugurado por Margaret Thatcher e Ronald Reagan, dirigindo-se aparentemente ao Estado, mas na verdade tendo como objetivo dissolver as arenas específicas de confronto e negociação, para deixar o espaço aberto a um Estado mínimo, regulador, livre de todos os embaraços estabelecidos em cada área específica da reprodução social. Por esse caminho, as relações se inverteriam:

[...] em lugar do Estado como organizador da incerteza da base, da infraestrutura em linguagem marxista, haveria uma base organizando o Estado, que se transformaria na mais brutal imagem-espelho do banquete dos ricos e do despojo de todos os não-proprietários³.

Assim, produz-se de maneira gradativa e sistemática um confronto com os direitos sociais, que são negados quando se ingressa acriticamente na corrente ideológica do Estado gerente⁴. O que está em jogo nesse movimento de reforma não é superar as deficiências da organização burocratizada e, sim, operar um retrocesso a uma etapa pré-keynesiana na consideração das finanças públicas, reposicionando o Estado a favor do monetarismo revigorado pelas concepções neoliberais³.

As posições liberais conservadoras justificam-se defendendo que é na tentativa de provimento estatal dos direitos, quer pela sua incompetência estrutural, quer por sua tradicional concessão perdulária de direitos, que estaria o grande fator causador da redução da taxa geral de lucros vivida pelo sistema econômico (o custo Brasil). Estes serviços produzidos diretamente pelo Estado estariam, assim, na contramão. Não haveria mais lugar para antimercadorias financiadas por fundos públicos e realizadas diretamente pelo Estado, particularmente para aqueles produtos que não sejam rápida e velozmente incorporados no processo de acumulação, no ritmo destrutivo da redução da utilidade dos valores de uso. As críticas estão voltadas contra a estruturação da esfera pública e das políticas sociais, pois, mesmo limitada, lenta e conflituosa, essa estruturação nega a dominação exclusiva e os automatismos

dos interesses de mercado e sua tendência à concentração e à exclusão³.

Assim é que este movimento do Estado gerencial está em íntima relação com a produção política da crise de financiamento do Estado do Bem-estar, pois surge como a racional justificativa para seu abandono. Segundo Oliveira³, os defensores da crise atual do Estado não propõem o desmantelamento total da função do fundo público como antivisor. O que propõem é a destruição da regulação institucional com a supressão das alteridades entre os sujeitos socioeconômico-políticos. Na crítica da ultrafiscalidade do Estado, ao contrário das teses de que o Estado, aparentemente, pode ter chegado a limites que ameacem a acumulação de capital, o que está em jogo é exatamente a disputa dos lugares de utilização e distribuição da riqueza pública.

2. O movimento de reforma do Estado e os direitos sociais

O movimento em curso de reforma do Estado surgiu nos anos 80 nos países capitalistas centrais, caracterizado pelo abandono político do Estado do Bem-estar. Os alvos eram diminuir gastos sociais, combater a ineficiência pública e rever o tamanho do Estado⁴.

As funções do Estado portadoras de antimercadorias são consideradas as culpadas pelas dificuldades econômicas. Identifica-se em pleno ápice de produtividade, de acúmulo e concentração da riqueza mundial, que se vive uma crise fiscal. As "esbanjadoras" políticas voltadas para o bem-estar são paradoxalmente responsabilizadas pela desigualdade social, por inviabilizar a efetividade do cumprimento dos direitos sociais e estão, mundialmente, na alça de mira. Nessa situação, em lugar do desen-

volvimento, do pleno emprego e do bem-estar, o Estado, como comenta Belluzzo⁵, acima de tudo “tem que cuidar de sua credibilidade diante dos mercados financeiros, um tribunal de cujas decisões não cabe recurso”. Segundo o mesmo autor, “para tornar as coisas ainda piores, acontece que a ação do Estado é vista como contraproducente pelos bem-sucedidos e integrados e como insuficiente pelos desmobilizados e desprotegidos: essas duas percepções convergem na direção da deslegitimação do poder administrativo e da desvalorização da política”. Assim, renovam-se, com um discurso liberal pré-keynesiano, as propostas do Estado mínimo, moderno, gerente, que imperou como ideologia de fim da história, até recentemente.

Não conhecemos a duração da atual crise capitalista (2008), mas sem dúvida ela vai marcar os novos limites ao tipo de capitalismo de livre mercado puro e desestatizado, uma espécie de anarquismo burguês, iniciado com Margareth Thatcher e Ronald Reagan⁶.

A saúde como um direito social e a nova cidadania conquistada na Constituição de 1988 estão na contramão desse movimento internacional⁷. Por isso a nova Constituição Federal sempre foi alvo das mais intensas críticas de expoentes neoliberais e antigos liberais. Costumavam tratá-la literalmente como a “constituição besteiro!” de 1988, como se manifestava publicamente um de seus mais destacados críticos – o economista Roberto Campos.

3. O Estado brasileiro ineficiente e o gerencialismo

O marco da visão reformadora do Estado brasileiro foi apresentado no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (1995)⁸, posteriormente consubstanciado no projeto de Lei do

Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE):

[...] a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais [...] É preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de “gerencial”, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência [...] É preciso reorganizar as estruturas da administração com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público; [...].

O Plano de Reforma do MARE condensa definições propagadas por instituições financeiras internacionais e estabelecidas no contexto de uma reforma de um Estado que é declarado como “antigo” – e que, como tal, expressaria uma lógica ineficaz e custosa. Assim, instituiu novas normas jurídicas para o trabalho no setor público e determinou novos formatos às instituições com as quais o Estado poderia se associar, criando a figura jurídica da organização pública não-estatal, para a qual a gerência das unidades públicas deveria ser transferida – Leis nº 9637/98 que dispõe sobre as Organizações Sociais (OS) e Lei nº 9.790/99 sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), ao lado das Agências Executivas (Lei nº 9.649/98). Desta forma defende-se que poderia “lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu

financiamento via compra de serviços e doações⁸ (grifo nosso).

As principais proposições do Plano do MARE podem ser assim sintetizadas: contenção dos gastos diretos com pessoal; redução do papel do Estado; incentivos à demissão voluntária através de planos específicos; definição de carreiras para constituir o núcleo central de gestão do Estado; criação das figuras OS e OSCIPS.

Embora a Constituição Federal defina que a saúde é *direito de todos e dever do Estado* e que são de *relevância pública* as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, o plano de reforma do MARE redefiniu as funções de Estado estabelecendo o conceito de serviços não-exclusivos dentre os quais situou os hospitalares e para os quais se aplicaria tal transferência da gerência. Nesse sentido, Boaventura Souza Santos⁹ alerta que a substituição e a complementaridade entre o terceiro setor e o Estado, quando se funda na discussão entre as funções do Estado exclusivas e as não-exclusivas é altamente problemática, principalmente pelo fato de que “nenhuma das funções do Estado foi originalmente exclusiva dele; a exclusividade do exercício de funções foi sempre o resultado da luta política. Não havendo funções essencialmente exclusivas não há, por implicação, funções essencialmente não-exclusivas”.

O Plano do MARE comprometido ideologicamente com a concepção *gerencialista* do Estado criou as novas formas jurídicas e tomou conta do debate sobre o papel do Estado e sua “crise”, objetivando mais transferir para a iniciativa privada a realização dos serviços públicos considerados não-exclusivos do que introduzir

novos processos de gestão no interior da administração pública, desafiada a equacionar seus problemas. Esta definitivamente não era a preocupação.

Não obstante a pouca atenção aos melhoramentos internos da administração pública, segundo Lenir dos Santos¹⁰ a EC 19/98 – Reforma Administrativa – introduziu inovações legislativas, visando a minorar alguns dos problemas da administração pública, estabelecendo: a) término do regime jurídico único, possibilitando à administração a escolha do regime da CLT e não apenas o estatutário; b) garantia de estabilidade apenas aos servidores detentores de cargo público efetivo provido por meio de concurso; c) garantia de os órgãos e entes da administração pública, direta e indireta, possuírem maior autonomia gerencial, orçamentária e financeira mediante contrato firmado entre os administradores e o poder público; d) criação de fundação governamental de direito privado, mediante autorização legislativa.

O Plano do MARE propagou, entretanto, o outro caminho, com ênfase na proposição reformista em defesa da nova forma de propriedade, esclarecendo sua função estratégica para a modernização:

A propriedade pública não-estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração de diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo em que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações desse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado⁸.

A justificativa oficial para tal empreitada estaria na compreensão de que o maior desafio do setor público brasileiro é de natureza gerencial e que a crise fiscal, particularmente a partir da década de 1990, fez com que se buscasse um novo modelo de gestão pública⁸. A questão é entendida como buscar a governança, o termo que entrou na moda, como uma maior capacidade de implementar, de forma eficiente, as políticas públicas. Esta falta de efetividade das decisões na implantação das políticas públicas se daria por uma deficiência organizativa, sobretudo pelo modelo burocrático de administração do aparelho do Estado. A crise é justificada com demonstrações tendenciosas e eloqüentes da ineficiência do desempenho da administração pública, sua irracionalidade econômica, burocratização e incapacidade gerencial. Esquece-se, portanto, todo o componente político do processo de decisão e implementação das políticas públicas.

Por seu lado, a administração pública brasileira foi abandonada e conduzida a uma condição que resulta em fraca governabilidade e agilidade na condução dos seus serviços, controles exageradamente formais, serviços sem qualidade e com baixo reconhecimento do cidadão. Esse contexto, presente também na gestão dos serviços de saúde, exemplifica-se nas dificuldades para uma adequada incorporação tecnológica, melhoria dos instrumentos administrativos e, em especial, no enfrentamento da histórica fragilidade da política e gestão de pessoas. Tais dificuldades acirram-se na situação complexa da gestão hospitalar, deixando patente e urgente a necessidade de uma ação transformadora. Assim, os serviços hospitalares, em meio ao grave subfinanciamento do SUS e já naturalmente com elevados custos financeiros, enfrentam as debilidades de uma gerência

impotente, que não consegue estabelecer um patamar de eficiência. Impossibilitada de efetivar a materialização do direito à saúde, sob pressão constante dos setores interessados em recuperar amplamente a saúde para a lógica do mercado, os hospitais tornaram-se o ponto tênue para questionamentos à saúde como direito universal e integral dos brasileiros.

O centro da proposta reformista situa-se, portanto, numa historicidade fenomenológica que apressadamente reconstrói os problemas da administração pública burocrática, cria uma série de questões estruturais intransponíveis (crise fiscal, crise de eficiência, custo Brasil, amarras da Constituição) para encontrar a superação pela via "gerencial", que tem como ponta de lança o incentivo às terceirizações da prestação dos serviços públicos para empresas privadas não-estatais, posteriormente denominadas de Organizações Sociais. Para implementar o citado Plano Diretor, em particular para a criação deste novo tipo de propriedade, foi editada uma Medida Provisória, posteriormente transformada na Lei nº 9.637, de 15/5/1998. Tal Lei, pelo seu afrontamento da ordem jurídica, vem sendo questionada e permanece em análise para julgamento da sua inconstitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal¹¹.

4. Características das organizações sociais

Conforme a Lei Federal nº 9.637/1998 as OS são definidas como entidades privadas, sem fins lucrativos, qualificadas pelo Poder Público com vistas à formação de uma parceria para a execução de atividades de interesse público. Elas não configuram uma nova espécie de pessoa jurídica privada. Trata-se de uma qualificação, um título que a administração pública outorga de forma discricionária a entidades

privadas sem fins lucrativos¹². Também não integram a estrutura da administração pública. São entes privados que conquistam uma habilitação de uma figura jurídica pública não-estatal, com poderes para gerir a coisa pública estatal.

As OS não visam apenas à produção de bens, mas sim assumir a gerência de serviços públicos, segundo um *Contrato de Gestão*. Não se enquadram exatamente na concepção de “terceiro setor”, compreendido como um movimento autônomo de pessoas privadas em relação ao Estado, sem finalidade lucrativa, constituídas voluntariamente por particulares que visam à produção de bens e serviços públicos de interesse coletivo. No caso das OS o ato constitutivo dessas empresas impõe a necessidade obrigatória de um reconhecimento, uma habilitação por parte do Estado – não há autonomia no processo de sua criação que se concretiza na vigência de um contrato de gestão.

No Estado de São Paulo as OS foram regulamentadas pela Lei complementar nº 846/1998. O Estado de São Paulo adotou essa nova figura agregando-a a outras medidas de gestão estratégica e “modernização” do serviço público, nos mesmos moldes do Plano de Reforma do MARE¹². São características do ordenamento das OS:

- Qualificação concedida pelo poder público a entidades privadas, sem fins lucrativos, que cumprem requisitos especificados em lei.
- Qualificação como ato discricionário. A qualificação da entidade deve ser aprovada pelo secretário de Estado da área e pelo secretário da Casa Civil, por meio de parecer favorável.

- Formação de uma parceria com o Estado, sem licitação, para fomento e execução de atividades de interesse público, mediante Contrato de Gestão, instrumento necessário firmado entre o Poder Público e a parceira com natureza de convênio.
- Possibilidade de afastar servidor para prestar serviço nas OS.

5. As organizações sociais paulistas e a quebra do princípio da universalidade

No Estado de São Paulo, a proposta das OS foi apresentada inicialmente, com grande ênfase, como necessária para ativar novos hospitais. Dentre os motivos que justificaram o projeto de lei estadual destacavam-se a impossibilidade de contratação de pessoal frente às limitações financeiras determinadas pela Lei Camata, os modelos de padrões salariais vigentes e o calendário eleitoral¹³. Diante dessas justificativas apresentadas pelo executivo estadual, os debates na Assembleia Legislativa, naquele momento, acabaram por fixar importantes cláusulas como salvaguardas dos princípios do SUS: o hospital deveria ter sido inaugurado após LC nº 846/98; atendimento exclusivo a usuários do SUS; observância dos princípios do SUS.

Assim, o programa de reforma concentrou-se, inicialmente, na terceirização dos novos hospitais públicos e excluiu a possibilidade de “segunda porta privada”. Entretanto, na prática propiciou uma valorização ideológica dessa experiência, contrária aos princípios do SUS, já instalada em serviços públicos de saúde, via parceiras privadas que serviam de exemplo (modelo INCOR), mas que as OS, por força de lei estadual, estavam momentaneamente im-

pedidas de implantar. Em termos políticos, a aplicação dos conceitos da reforma do Estado na área significou crescentes ameaças de ruptura da saúde como um direito social e de obrigação do Estado.

No Município de São Paulo, a proposta que defende a necessidade e a legalidade da transferência de serviços de saúde estatais do SUS para a gestão de empresas privadas, do tipo organização social, foi iniciada com a implantação do Programa de Saúde da Família, desde o governo municipal 2001-2004. Ampliou-se no governo seguinte para os AMA, serviços hospitalares e em seguida estendeu-se para a toda a rede básica municipal, repartindo territórios e equipamentos de saúde entre distintas OS¹⁴.

A implantação das unidades de pronto-atendimento – os AMA no Município de São Paulo – representou um momento político acumulativo do processo. O modelo de gestão adotado constituiu-se como parte importante desse movimento político-administrativo e, assim difundiu-se, ainda que seja opção polêmica nos seus fundamentos jurídicos e políticos. Opção esta questionável em relação à sua obediência legal, à sua efetiva superioridade sobre a administração pública e às condições que essa alternativa propiciará para fraudar ou não o princípio fundamental da política de saúde, qual seja, a saúde como direito social, como política de Estado, universal, integral, igualitária e aberta ao controle social¹⁴.

Vale lembrar que, como já vivido no Município de São Paulo, determinadas opções táticas aparentemente sintonizadas com maior produtividade e agilidade gerencial podem ter consequências de grande envergadura no colapso de determinados princípios e sobre a natureza da coisa pública. É fato que alguns dos encami-

nhamentos operacionais adotados no caso dos AMA têm similitudes com os do Plano de Atendimento à Saúde - PAS¹³, uma experiência de muitos equívocos, cujas consequências ainda se fazem presentes. Neste modelo a prefeitura municipal contratava diretamente as cooperativas de trabalho dos servidores (estes já selecionados ou concursados) que eram liberados para atuarem via uma cooperativa¹⁵. Agora, a contratação se faz de forma intermediada pela própria OS que, escolhida sem processo licitatório formal (uma vez que a relação é entendida como um convênio), contrata uma cooperativa ou outra empresa, também sem processo licitatório, que por sua vez contrata o pessoal sem seleção ou concurso público.

Os regramentos das funções de recrutamento, seleção e contratação, decorrentes dessa opção gerencial adotada, resultaram em vínculos sem concurso ou seleção pública e, em algumas vezes, sem qualquer vínculo empregatício formal. Essa precariedade do processo de contratação do pessoal convive com uma política salarial diferenciada, na dependência de uma das múltiplas formas de contratação utilizada. Conforme constatado em estudo¹⁴, havia multiplicidade de valores salariais entre os médicos dos AMA que não se justificavam por diferente grau de responsabilidade ou por carga de trabalho ou por produtividade ou por distância, como havia, também, diferenças salariais entre os médicos dos AMA e os demais médicos servidores públicos que já atuavam, inclusive, no mesmo ambiente de trabalho.

Em meio à expansão das OS no Estado de São Paulo e em outros, empolgada por gestores acrílicos de diferentes correntes partidárias, a tecnocracia relegou o questionamento dos conselhos de saúde, ministério público, controla-

doria geral da união e, em 2009, uma iniciativa da Assembleia Legislativa de São Paulo buscou corrigir o recuo anterior, ou seja, o de ter aceitado na Lei Complementar nº 846/1998 as limitações das OS, então prevalecendo os princípios do SUS. A Assembleia paulista aprovou na quarta-feira, dia 3/9/2009, por 55 votos favoráveis e 17 contrários, o Projeto de Lei Complementar nº 62/2008 com novos regramentos para a expansão das OS. Tal projeto de lei retirava a exigência de sua aplicabilidade apenas para novos serviços e concedia às OS que administram hospitais públicos (com orçamento público, transferido via o frágil processo do contrato de gestão) a autoridade para obter receita pela venda de até 25% dos serviços de saúde realizados, enfatize-se, nos hospitais públicos. Unanimemente aprovado pela base governista, os 25% foram então vetados pelo governador, que arguiu questões sobre o processo legislativo sem considerar o mérito da matéria e sem posicionar-se contra a instalação de “segunda porta” para os atendimentos realizados em serviços públicos de saúde administrados pelas OS¹⁶.

Cada vez mais fortalecida, a alternativa das OS movimenta grande quantidade de recursos públicos, exemplificado no fato de que os recursos transferidos, em 2009, apenas para uma das grandes OS de São Paulo representaram um montante superior ao orçamento-saúde dos municípios paulistas, com exceção de São Paulo e Campinas.

Estabelecendo influência crescente na política paulista e articulando relações com traços do antigo *coronelismo regionalista* com representantes parlamentares, em tom de apelo simbólico ao bom senso e à inevitabilidade da incapacidade pública, essa coalizão, por iniciativa

do mesmo Executivo que havia meses antes vetado retomou a intenção e fez aprovar em dezembro de 2010 a Lei complementar nº 1.131/2010, quebrando a universalidade do SUS e finalmente instituindo a “segunda porta” regulamentada com a cláusula dos 25%.

A defesa da proposição dos 25% de atendimento privado no serviço público introduzidos pela nova lei aprovada na Assembleia Legislativa, na terça-feira 21/12/2010, tenta igualá-la a uma forma de ressarcimento das empresas de planos privados de saúde ao SUS. Quem seria contra isso, além dos donos dessas empresas? Esse quase-consenso existente em relação ao ressarcimento é contrabandeado para o projeto de ruptura da universalidade do sistema e do princípio da saúde como direito de cidadania.

O objetivo com o ressarcimento é fechar um dos ralos por onde escoam recursos públicos da saúde que engordam a lucratividade das empresas de planos, as quais deixam de entregar aos seus beneficiários aquilo que venderam; já o objetivo com a proposição dos 25%, por vezes ocultado, é de outra natureza, visa a instalar nos serviços públicos de saúde, gerenciados por OS, um atendimento diferenciado (uma segunda porta até 25%) e uma boca de caixa para receber por isso.

São dois objetivos opostos: um ataca a questão do parasitismo privado na relação com o SUS e está em defesa do princípio da universalidade e do direito social (igualdade) à saúde; o outro valoriza a diferenciação do acesso das pessoas, em particular as portadoras de planos privados (até 25%), transformando o parasitismo (até 25%) em norma, quebrando o compromisso da gestão do SUS com o princípio do direito social.

Como indicou o pensador Vitor Hugo: "*não há nada mais poderoso do que a força de uma ideia cujo tempo chegou*".

O tempo construiu e envolveu um novo contingente societário de proprietários e trabalhadores das OS, com fortes ligações políticas, para os quais aparece como natural e socialmente justificável a ruptura da gestão pública e seus princípios constitucionais. A preparação dessa hegemonia na luta de posições foi construída cuidadosamente e sempre munida de forte material de propaganda sobre a eficiência da proposta. São frequentes estudos ligeiros sobre a eficiência entre serviços sob gerência pública e OS, comparações metodologicamente frágeis por omitir diferenças de natureza estrutural das organizações, que se prestam a empolgar discursos com a marca superficial da ofensa à coisa pública e ao funcionalismo, em especial.

As relações fluidas e diversas entre o poder público e as OS estão exemplificadas na multiplicidade de linhas de comando, resultando em fragmentação e desarticulação da gestão, não adoção, de forma regular, dos procedimentos licitatórios e de contratação de pessoal que asseguram a concretização dos princípios de legalidade, impessoalidade e publicidade que regulamentam a administração pública, de modo a evitar disfunções administrativas como o clientelismo e o nepotismo¹⁷.

6. A vivência prática e os questionamentos às organizações sociais

Não se deve menosprezar a tarefa de transformar o setor público, enfrentando suas limitações gerenciais. Entretanto, a proposta e a prática das OS ao mesmo tempo em que ganham defensores enfáticos da experiência paulista e procuram demonstrar seu êxito com

dados de diferentes naturezas, exibem, também, importantes questionamentos a serem considerados:

1. Processo de qualificação exageradamente discricionário, levando a conflitos entre a forma de contratação e os dispositivos legais, *sob judice*
2. Precariedade do processo de habilitação e contratação que podem levar a dificuldades de continuidade política pela partidarização da relação autoridade outorgante e comando das OS.
3. Suspeição sobre a natureza jurídico-política adotada e a não-obediência dos mecanismos formais de licitação no uso dos recursos públicos e na seleção e contratação do pessoal para a ocupação de postos de trabalho no setor público, abrindo-se para uma dinâmica clientelista e nepotista.
4. Possibilidade de ruptura dos princípios do SUS, pois está em disputa a autorização para que as OS passem a absorver demanda privada, conforme Lei nº 1.131/2010. A ruptura da universalidade que não era manifestada abertamente pelos defensores das OS, agora tem ficado cada vez mais explícita, como exemplifica, também, a ideia defendida por autores que discutem novos modelos de gestão para hospitais de ensino (HE) no Estado de São Paulo: "Para tanto, torna-se importante internalizar as práticas privadas, isto é, permitir que seus profissionais realizem atendimentos privados no HE, bem como os hospitais atendam convênios privados, ampliando as fontes de recursos destas entidades"¹⁸.

5. Implantação atomizada na forma vertical descendente que desconsidera o processo de democratização com a descentralização – municipalização e integração, estratégias fundamentais do SUS, produzindo fragmentação e descoordenação gerencial crescentes.
6. Possibilidade de *paralelismo* das OS, ou seja, montagem de linhas de cuidado e redes de atenção, comunicação e decisão paralelas, intestinas às unidades comandadas por uma determinada OS ou grupo delas, em detrimento da hierarquização, regionalização e integração previstas e fixadas no Sistema como um todo.
7. Possibilidade de *monopolização*, ou seja, risco da criação de uma ou mais grande empresa OS que passa a controlar grandes volumes de recursos assistenciais e financeiros públicos, com poderes de intervenção no espaço público, e submetendo, ainda, as iniciativas de controle social e participação autêntica da população.
8. Definição de uma democratização tutelada, marginal e sob a ótica de “conselhos de administração” distintos da concepção participativa de conselhos de saúde e gestores de unidades, preconizados no SUS.

Não se trata, portanto, de uma solução que traga respostas satisfatórias aos problemas

que atingem a sociedade brasileira em sua relação com o Estado, razão pela qual vem merecendo questionamentos do Conselho Nacional de Saúde, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal, além de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº1923) representada no Supremo Tribunal Federal. Alguns dos questionamentos referem-se à elevada discricionariedade no processo e a fragilização das responsabilidades do Estado na prestação dos serviços¹⁰.

Assim, podemos lembrar de um princípio para avaliação de políticas: *“nada mais tolo do que fazer com a máxima eficiência aquilo que não deveria estar sendo feito”*¹⁹.

7. As organizações sociais e as fundações estatais

Procurando ampliar o esclarecimento sobre os significados e a estruturação das OS, discutem-se, a seguir, comparativamente, outras propostas organizacionais. A Fundação Estatal é uma alternativa distinta das OS dada a sua característica de ser uma entidade integrante da administração pública indireta, com autonomia administrativa, financeira, orçamentária e patrimonial (Quadro 1). A Fundação Estatal faz parte da estrutura do Estado. A sua propriedade é pública e estatal^{20, 21,22}.

Quadro 1 - Estabelecimentos, segundo natureza, tipo de administração e dimensão do direito

Natureza	Tipo de Administração	Tipos de unidades	Dimensão do Direito
Pública	Pública Direta	Secretarias, coordenadorias, departamentos e outros órgãos da administração direta	Público
	Pública Indireta	Autarquia Fundação de direito público	
		Empresa pública Sociedade de economia mista Fundação Estatal	Privado
Privada	Privada	Empresa privada Associação Organização Social OSCIP Fundação de Apoio Fundação Privada	Privado

Fonte: adaptado de Formatos jurídico-institucionais da Administração Pública ²²

Nesse sentido, não é correto associar a Fundação Estatal – ente público, criado pelo Estado, por lei, para gerir serviços públicos – com qualquer forma de privatização. A Fundação Estatal é uma categoria jurídica da administração pública, sendo um ente que a integra e que se sujeita ao Estado, com contratação de pessoal mediante concurso público, licitação, controle interno e externo e submissão aos princípios da administração pública. Assim, é necessário diferenciar fundação de direito privado de fundação pública de direito privado (fundação estatal), reconhecendo a natureza distinta das duas organizações. A fundação privada é instituída por pessoas físicas ou jurídicas no campo da iniciativa privada. A fundação pública de direito privado (Fundação Estatal) é instituída, mediante lei, pelo Estado. Assim, a fundação privada pura e simples está fora do Estado e a outra integra a administração pública, compondo o Estado^{20, 21,22}.

A Fundação estatal na área da saúde poderia ser uma entidade integrante do SUS, com inserção loco-regional, articulada com a hierarquização e a regionalização do sistema, com controle social exercido pelos conselhos de saúde, prestadora de serviços universalizados e responsabilidade explícita de seus dirigentes no contrato de gestão. Outras ainda são as fundações privadas que mantêm vínculo convenial com o Estado (hospital, universidade), denominadas fundações de apoio. Essas fundações foram questionadas juridicamente e as universitárias redisciplinadas pela Lei Federal nº 8.958/1994²¹ (Quadro 2).

O fato de as fundações estatais serem distintas em natureza das OS não as isenta de problemas e questionamentos, enquanto forma estatal paralela à administração direta. Em 2007, o Seminário Nacional de Modalidades de Gestão no SUS²³, promovido pelo CONASEMS, estabeleceu algumas condições indispensáveis ao projeto de fundação estatal:

Quadro 2 - Formas jurídico-institucionais, segundo principais características						
Principais características	formas jurídico-institucionais					
	Órgãos da administração direta	Fundação Pública	Fundação Estatal	OSCIP	OS	Fundação de Apoio
Tipo de administração	Pública direta	Pública indireta	Pública indireta	Privada	Privada	Privada
Personalidade jurídica	Direito público	Direito público	Direito privado	Direito privado	Direito privado	Direito privado
Normas do direito público	Regime administrativo	Regime administrativo	Regime administrativo mínimo	Não observa	Não observa	Não observa
Financiamento	Orçamento geral do governo	Orçamento geral do governo	Contrato de gestão	Termo de parceria	Contrato de gestão	Covênio
Lei de responsabilidade fiscal	Observa	Observa	Não Observa	Não Observa	Não Observa	Não Observa
Controle interno, externo	Da gestão dos resultados do órgão	Da gestão dos resultados do órgão	Da gestão dos resultados do órgão	Da aplicação dos recursos do Termo de Parceria	Da aplicação dos recursos do Contrato de Gestão	Da aplicação do recursos Convênio
Regime de emprego	Estatutário	Estatutário	CLT	CLT	CLT	CLT
Licitações e contratos	Lei nº 8.666	Lei nº 8.666	Lei nº 8.666 e Regulamento próprio	Regulamento próprio	Regulamento próprio	Livre (universitárias lei nº 8958/94)

Fonte: adaptado de Formatos jurídico-institucionais da Administração Pública ²²

- Seja criada pelo Estado, 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada.
- Assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços e sua responsabilização pelo desempenho.
- Assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação à gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços.
- Assegure que a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais.
- Envolver o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS, fixando os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão.
- Empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento.
- Aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços e institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços de saúde.
- Garanta a valorização do trabalho em saúde e a democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS.

8. Considerações finais

Muitas são as formas de ampliar a capacidade de governo estatal do SUS. Há proposições com intenções e objetivos distintos, por vezes conflitantes. Na prática do debate político é comum o expediente de embalar propostas em confronto para ocultar interesses reais e debitar qualquer questionamento a uma intransigência “ideológica”. Esse método, que busca evitar a expressão de divergências, reduz o debate das alternativas a um pretenso consenso que não existe. Abdica de contextualizar as alternativas em disputa e oculta a essência das intenções com a hipostasia das suas aparências. Essa tem sido a prática da defesa das OS e será a forma usada para a defesa dos 25% estabelecidos pela Lei nº 1.131/2010 do Executivo paulista, que requentou medida aprovada em 2009, mas vetada pelo então Governador. O fardo era pesado demais naquele momento eleitoral.

Os 25% não se referem ao objetivo do ressarcimento como tentam apresentar seus defensores e sim ao quanto da operação do hospital público poderá ser utilizada pela OS para gerar receita via venda de serviços. O hospital público vira um negócio e o cidadão, portador de direito, é expulso da cena. É inconstitucional como era, já no seu nascedouro, a proposição de entregar próprios públicos da saúde para a gestão de organizações sociais, habilitadas para tal num arremedo de ato coronelista. Muitos as defenderam, outros aderiram a elas e alguns alertaram sobre os riscos das OS, do crescimento e fortalecimento de um novo grupo de interesses articulados em torno dessa proposta. A ideia então hegemô-

nica da saúde como direito, agora, tomou uma rasteira, ensaiada e preparada por todos que adotaram pragmática ou ingenuamente a propaganda dos feitos das OS.

Certas questões não são passíveis de serem resolvidas no plano teórico, pois dependem da articulação das forças político-sociais, de como serão apropriadas e significadas as transformações em curso. Como sugere Vazquez²⁴ “A disputa em torno da realidade ou irreabilidade do pensamento — isolado da prática — é um problema puramente escolástico”. Assim, o fato que deve preocupar sobre o processo de melhoria da gestão pública é que uma das razões que orienta possíveis reformas do aparelho de Estado está vinculada às forças que se fortalecem com a implantação das OS, descompromissadas com a saúde como direito universal, equânime e integral, cooptando ideologicamente e com novas oportunidades privadas de trabalho-emprego amplos setores das camadas médias para um discurso que faz pouco do princípio da universalidade, quebrando a primazia do direito social sobre o administrar.

Agradecimentos às contribuições de Rosana Fiorini Puccini e de Pedro Fiorini Puccini.

Bibliografia

1. Agostinho Neto. Sagrada Esperança. Lisboa: Sá da Costa, 1974.
2. Hobsbawm E. Era dos Extremos. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
3. Oliveira, F. Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.
4. Puccini PT. Limites e possibilidades da proposta de humanização dos serviços e satisfação dos usuários na disputa pelo direito à saúde. Campinas; 2002. [Dissertação de mestrado – Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas].
5. Belluzzo LGM. A Política da Globalização: os efeitos têm sido a decadência de regiões, mais desemprego e o aumento da desigualdade. [Internet]. Disponível em <http://www.eco.unicamp.br/artigos/belluzzo/artigo11.htm>. Consultado em 26/6/2010.
6. Hobsbawm E. Socialismo fracassou, capitalismo quebrou: o que vem a seguir? Revista Carta Maior [Internet]. Disponível em http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=15937, Consultado em 26/6/2010.
7. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20:1342-53.
8. Brasil. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho de Estado. Brasília, 1995.
9. Boaventura Souza Santos. A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado – Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado. [Internet], Disponível em: (http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/seges/publicacoes/reforma/seminario/Boaventura.PDF). Consultado em 26/6/2010.
10. Santos L. Da reforma do Estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações – 2006. Disponível em www.idisa.org.br. Consultado em 26/6/2010.
11. São Paulo, Fundap. Administração pública em contexto de mudança, 2008.
12. Levy E. Organizações sociais no Estado de São Paulo: estratégias de implementação e resultados. IX Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administracion Pública, Madrid (ES), 2004.
13. Supremo Tribunal Federal. Notícias STF. Suspenso julgamento de ADI contra normas que regulamentam as organizações sociais. Brasília, 31 de março de 2011. [Internet]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/>. Consultado 01/04/2011.
14. Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.12, pp. 2755-2766.
15. São Paulo. Câmara Municipal de São Paulo. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o Programa de Assistência à Saúde, 2001. [Internet]. Disponível em: http://www.camara.sp.gov.br/central_de_arquivos/vereadores/cpi-pas.pdf Consultado em 26/6/2010.
16. São Paulo. Governo do Estado. Mensagem nº118/2009 do Governador de Estado de São Paulo – 18 de setembro de 2009. [Internet]. Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/blog/2009_Mensagens%20de%20Vetos.pdf. Consultado 26/6/2010.

17. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília – Senado Federal, 1988. Artigos 37 a 41.
18. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de ensino e o sistema único de saúde. RAS. 2010, (46):7-14.
19. Aguilár MJ, Ander-Egg E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes, 1994.
20. Santos L. Fundação Estatal. Palestra proferida no Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde: "Impasses e alternativa de gestão do SUS". Salvador 15/07/2007.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
22. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Formatos jurídico-institucionais da Administração Pública - conceitos e características principais – Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=257&sec=27> Consultado em 27/6/2010.
23. CONASEMS. Seminário sobre Modalidade de Gestão no SUS. Brasília: 2007.
24. Vázquez AS. Ciência e revolução: o marxismo de althusser. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.