



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA**

**Série Monográfica
No 11**

EIXO
Política, Planejamento e Administração

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO EXECUTORAS DE AÇÕES PÚBLICAS
NÃO ESTATAIS DE SAÚDE**

São Paulo

1998

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO EXECUTORAS DE AÇÕES PÚBLICAS
NÃO ESTATAIS DE SAÚDE**

CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO
GUSTAVO A CABRERA ARANA
MARIA CRISTINA B. G. C. CARNEIRO
MARIANGELA LEAL CHERCHIGLIA
MARISA ACCIOLY DOMINGUES
SAYURI TANAKA MAEDA

Trabalho apresentado à Disciplina Políticas de Saúde e Sociologia da
Administração Pública da Pós-Graduação da Faculdade de Saúde
Pública da USP.

Professora Orientadora: EVELIN NAKED DE CASTRO SÁ

**SÃO PAULO
MAIO DE 1998**

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

1 A REFORMA DO ESTADO E A REFORMA DO APARELHO DO ESTADO NO BRASIL.....	p.4
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	p. 7
1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	p. 9
2. A ORGANIZAÇÃO SOCIAL COMO INSTRUMENTO DE FLEXIBILIZAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE.....	p. 10
2.1 OBJETIVOS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....	p. 11
2.2 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS INSTRUMENTOS LEGAIS QUE INSTITUEM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....	p. 12
3. DISCUTINDO AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....	p. 17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p. 19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....	P. 21

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem por finalidade apresentar as principais idéias e discussões elaboradas no decorrer da disciplina "Políticas de Saúde e Sociologia da Administração Pública" (HSP-713), durante o primeiro semestre letivo no ano de 1998. Tomou-se como uma das referências, a abordagem feita por THOMPSON (1981), que desenvolve uma metodologia para verificar a consistência de uma política pública, desde sua formulação até a respectiva implementação.

Baseando-se nisso, tentou-se, num primeiro momento, contextualizar as alterações nas políticas públicas que ora estão acontecendo face à Reforma do Aparelho do Estado no Brasil. Dentro da Reforma do Aparelho do Estado aparece embutida a Reforma da Administração Pública, no interior da qual se viabiliza a implementação da política adotada.

Como componente importante da Reforma do Aparelho do Estado, aparecem as reflexões sobre o papel do Estado, bem como a tão falada ineficiência e rigidez dos serviços públicos, além das novas formas alternativas de gestão, tendo por objetivos a alteração do quadro atual. As experiências internacionais mostram que a maior flexibilização na gestão dos serviços estatais, viabilizam para este mesmo setor, uma melhor qualidade dos serviços prestados à população.

Dentro deste contexto, destaca-se no Brasil a figura das "Organizações Sociais", como o atual meio legal para o desenvolvimento de parceria entre o setor público e privado, tentando transpor e reduzir as divergências já existentes. Dentro deste ítem, parecem enfáticas as discussões das organizações sociais para o setor saúde, que tendem à "desestatização" de áreas específicas, transferindo-as para setores privados, especificamente em relação aos hospitais estatais.

O Governo Federal editou, em 1997, a Medida Provisória nº 1.591, que institui as Organizações Sociais, abrangendo diversos setores de atuação, como cultura, ensino, pesquisa, saúde, entre outros. Procurou-se, através deste trabalho, também, elaborar uma análise comparativa entre os vários instrumentos legais, a saber: a Medida Provisória já citada, a Lei Complementar já existente no estado da Bahia e o Projeto de Lei ainda em debate na Assembléia Legislativa do estado de São Paulo.

Integrando todos estes aspectos, emergem as discussões relativas às Organizações Sociais específicas para o setor saúde, seus objetivos, bases legais e sua relação política-institucional com o SUS.

Ao final, pretende-se também sistematizar as discussões realizadas em classe e colaborar para uma temática nova, cuja literatura ainda é escassa no momento, além de estimular a produção de novas considerações e reflexões sobre o tema.

1. A REFORMA DO ESTADO E A REFORMA DO APARELHO DE ESTADO NO BRASIL

Para uma discussão preliminar da Reforma do Aparelho de Estado no Brasil e a conseqüente repercussão da proposta governamental no setor saúde alguns conceitos, fundamentais para esta discussão, precisam ser definidos. Deste modo, adota-se aqui os conceitos de Aparelho do Estado, Estado e de Governança como são compreendidos pelo próprio governo.

Em documento da Presidência da República de 1995, intitulado “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, o governo define como Aparelho de Estado a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado, em seus três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios).

“O aparelho do Estado é constituído pelo governo, isto é, pela cúpula dirigente nos três poderes, por um corpo de funcionários, e pela força militar. O Estado, por sua vez, é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema constitucional-legal, que regula a população nos limites de um território. O Estado é a organização burocrática que tem o monopólio da violência legal, é o aparelho que tem o poder de legislar e tributar a população de um determinado território” (BRASIL, 1995: 16-17). Já a Governança, por sua vez, seria a capacidade (administrativa e gerencial) do governo de implementar de forma eficiente as políticas públicas (BRASIL, 1995:16).

A administração pública é uma expressão genérica que indica todo o conjunto de atividades envolvidas no estabelecimento e na implementação de políticas públicas. Suas atividades são as que asseguram a operacionalização das políticas públicas.

Estes conceitos delimitam o que está formulado pelo governo, que seria uma proposta preliminar de Reforma do Aparelho de Estado. Esta é reconhecida como parte da Reforma do Estado, que exige uma redefinição do próprio papel do Estado.

No Brasil, as iniciativas que revelam uma preocupação com aparelho de Estado e sua reforma, são antigas. O governo Vargas, nos anos trinta, processou reformas do seu aparelho de Estado; a criação do Ministério da Desburocratização, durante o regime militar no início dos anos 80 , revela também medidas nesta direção.

No entanto é a partir dos anos 80 que se agudiza a crise do Estado em toda a América Latina, e retoma-se com força a discussão sobre o papel que este deve desempenhar, principalmente quanto ao grau de intervenção na economia. Uma das conseqüências principais desta “nova” crise foi o descrédito quanto a capacidade de governo frente aos graves problemas econômicos e sociais, que são parte integrante da crise do modelo do estado. No Brasil, como em outros países, torna-se mais presente a necessidade de uma reforma do estado, como já ressaltado anteriormente, um tema não completamente novo (BRESSER PEREIRA, 1996; ARRETCHE, 1997).

Por conseguinte, nos anos 90, também identificam-se fatos que revelam uma iniciativa no enfrentamento da atual crise do Estado, através de medidas adotadas durante o governo Collor, visando a abertura do mercado ao capital internacional e a privatização de estatais. Esta crise vivenciada atualmente no Brasil, está caracterizada por uma crise fiscal crescente,

exaustão das formas protecionistas de intervenção na economia e por uma administração pública considerada excessivamente burocrática e ineficiente (BRESSER PEREIRA, 1996).

No âmbito internacional, as medidas de enfrentamento da crise do Estado, principalmente do modelo do estado de bem estar social adotado nos países europeus, passa pela opção entre dois modelos: a reconstrução do Estado, através da adoção de um modelo de estado social - democrata e o modelo neoliberal, que defende a redução do Estado (estado mínimo) e o mercado como direcionador destas reformas. No Brasil, ainda que não se identifique propostas claras que conduzam a uma verdadeira reforma do Estado, destacam-se políticas direcionadas para a reforma do seu aparelho, em particular as formuladas pelo Ministério da Administração, dirigido pelo ministro Bresser-Pereira, e expressas no documento já citado anteriormente o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”.

Basicamente, a proposta governamental direciona-se para um modelo de administração pública gerencial, baseada em conceitos “modernos” de administração e com uma forma de controle centrada nos resultados. Tal proposta faz referência também a necessidade de ajuste fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado, reforma da previdência social e inovação nos instrumentos de política social e deixa clara a distinção entre a reforma do Estado e a Reforma do Aparelho de Estado proposta, esta última apenas como uma parte da primeira.

As práticas de gerenciamento seriam implantadas de forma crescente, através da: descentralização política, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; descentralização administrativa por delegação de autoridade para os administradores públicos; organizações com poucos níveis hierárquicos; organização flexível (como as Organizações Sociais) que possibilite conviver com a competição administrada; definição dos objetivos a serem atingidos na forma de indicadores de desempenho sempre que possível quantitativos, o que constituirão os contratos de gestão; controle por resultados a posteriori, em vez de controle rígido passo a passo dos processos administrativos; administração voltada para o atendimento do cidadão ao invés de auto-referida.

Outro aspecto de interesse referido no documento governamental citado é a ênfase na Reforma do Aparelho de Estado como implementador da capacidade de governo (ou governança), visando a operacionalização eficiente das decisões, através de políticas públicas. Neste sentido, a proposta governamental possui duas vertentes básicas: a transferência para o setor privado das atividades que podem ser controladas pelo mercado (privatização) e a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvam o exercício do poder de estado, como no caso de serviços de saúde, chamado de “publicização”.

A assunção e a responsabilidade da execução de serviços de saúde, em particular são referidos os hospitais, passariam a ser uma atribuição de Organizações Sociais -OS. As OS seriam pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, dirigidas à prestação de serviços sociais e qualificadas como tal pelo poder executivo. Sua relação com o Estado se dará através da sua estruturação com base em atos legais e com o estabelecimento de contratos de gestão.

Numa análise da situação brasileira, um ponto básico a considerar nas propostas governamentais deve ir além do mero aspecto dicotômico do discurso do público x privado. A proposta governamental de repasse da execução de serviços de saúde para o setor privado não lucrativo ou setor público não estatal (OS), deverá ser considerada como uma nova política pública para a saúde e analisada nesta perspectiva e em sua relação à política legalmente em vigor, respaldada na Constituição federal, que é o Sistema Único de Saúde (SUS).

Questiona-se neste processo e num país como o Brasil, se é ou não fundamental que o Estado assuma a responsabilidade (ainda não efetivada) quanto a questões básicas como saúde, educação e segurança, que não podem ser deixadas sob a égide exclusiva dos indivíduos, principalmente num país marcado por profundas desigualdades e injustiça social. Por conseguinte, como se dará o processo de controle pelo Estado dos serviços de saúde assumidos pelas OS? E quanto à prestação de serviços e ações de saúde coletiva?

Vale a pena destacar que *“não só o desenvolvimento desigual é resultado do livre mercado, como o próprio mercado não pode ser isolado da sua inscrição numa ordem social achando-se condicionado pelas normas morais da própria sociedade”* (CHON, 1997:106). O que estaria na ordem do dia, portanto, seria não a redução ou eliminação do papel do Estado na garantia do direito à saúde, mas sim sua responsabilidade e capacidade de assegurá-la para a população brasileira. Poderá as OS responder a estas necessidades ?

Onde identificar este “espírito” na proposta de repasse de serviços sociais para o setor privado não lucrativo? Como reduzir as desigualdades sociais num país como o Brasil sem a intervenção do estado através de vigorosas e eficazes políticas públicas ?

ARRETCHE (1997:127) analisa que a concretização dos ideais democráticos se dá em instituições políticas concretas e são dependentes diretamente da natureza das mesmas, que processam as decisões frente as políticas públicas. Concordando com a autora, convém lembrar que a proposta contida no documento “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” toma ainda uma maior importância política, considerando que nela não está suficientemente contemplada o quão complexo é por em marcha uma reforma da administração pública que, na saúde, assegure a equidade e a universalização definidas pela Constituição Federal.

Neste sentido a proposta formulada pelo governo e sua prática política concreta revela uma preocupação excessiva com uma “racionalidade” que passa muito mais pelo corte no número de funcionários públicos e redução de despesas com a folha de pagamento, do que uma real intervenção na capacidade de governança das instituições públicas em áreas onde são/deveriam ser inegavelmente as condutoras e inclusive executoras de políticas públicas, como na saúde.

Outro elemento a considerar na implementação das novas medidas governamentais é como fica o processo da municipalização da saúde, expressado através de documentos governamentais e em curso, ainda que com dimensões e características específicas, em centenas de municípios do país.

Também chama atenção na proposta governamental de Reforma do Aparelho do Estado a aparente não inclusão da saúde dentro das carreiras típicas do Estado. Sem a possibilidade de contar com um quadro de servidores permanente, as organizações públicas correm o risco de perder não só a chamada memória institucional, mas também o sentido de certos projetos que exigem longo prazo de execução. Nesta perspectiva, quem garantirá a continuidade e a coordenação sistêmica das políticas de saúde, especialmente as ações coletivas, que são privativas do Estado, como por exemplo a programação, fomento e fiscalização?

As razões argumentadas pela elite do governo e que fundamentam a mudança na administração pública brasileira são a crise da administração burocrática e a Constituição de 1988, que contribuíram para o enriquecimento burocrático e a volta do patrimonialismo (BRESSER PEREIRA, 1996).

A organização burocrática capitalista se caracteriza por: centralizar as decisões; hierarquização traduzida no princípio da unidade de comando dentro da estrutura piramidal; rotinas rígidas, no controle passo a passo do processo administrativo.

Para contrapor à estas características, e num contexto de mudança estrutural na administração pública, introduziu-se em vários países a administração gerencial no setor público, visando desenvolver tecnologias para se adaptar a um novo padrão de trabalho e buscar competitividade no mercado.

BRESSER PEREIRA (1996), porta-voz de muitas das formulações quanto a reforma da administração pública no Brasil, argumenta que o gerenciamento concentra-se mais nas atividades que ocorrem dentro das agências governamentais preocupando-se principalmente com a implementação das políticas públicas, direcionando a atenção nas mudanças propostas nos métodos pelos quais os funcionários civis cumprem as suas tarefas. Para ele, o serviço público, seria portanto, a chave para o sucesso da nação, justificando a necessidade e a carga de responsabilidade que a administração pública tem.

1.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

No I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, sob o patrocínio da comissão de saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, as diversas e reiteradas considerações doutrinárias do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES, foram aprovadas por 936 participantes do evento, representantes de todos os estados e territórios do país. A mais importante de tais considerações materializar-se-ia na criação de um Sistema Único de Saúde no Brasil.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foram definidas as bases da Reforma Sanitária no Brasil. Posteriormente foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a incumbência de acompanhar os trabalhos a serem feitos e defender a idéia do novo modelo na Assembléia Nacional Constituinte. Esse esforço teve como resultado a aprovação dos artigos 196 a 200 do capítulo II-Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde, na Constituição Federal de 1988. Com a promulgação da Constituição e aprovação da legislação orgânica em 1990, foram instituídos os instrumentos legais para a implantação do Sistema Único de Saúde no país.

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No artigo 198, o sistema nacional de saúde passava a ser um sistema único, integrado por uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, organizado com base na descentralização, no atendimento integral, com prioridade para às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e na participação da comunidade. As leis 8080/90 e 8142/90 regulamentaram estes princípios constitucionais, compondo o arcabouço jurídico-legal do sistema na esfera federal (BRASIL, 1997).

Diversas leituras podem ser feitas em relação ao Sistema Único de Saúde. O Sistema proposto e precariamente implementado pelo governo, diz sobre a materialização de inúmeras discussões reflexivas a respeito dos marcos ideológicos e operacionais do setor saúde no Brasil. É, além disso, um reconhecimento às iniquidades de tipo social e econômico, historicamente presentes no setor. Considerando a curta vida legal e operativa do sistema, há

uma aceitabilidade da incontestabilidade dos seus princípios e ideário central, visando a universalidade do acesso, a integralidade dos serviços, a plena acessibilidade, a equidade, a descentralização e a participação da sociedade.

O sistema foi, é e será pretexto válido para a permanente discussão sobre o modelo de interação de oferta e demanda de serviços de saúde; e é fator gerador de contínuas e diversas medidas políticas, administrativas e financeiras, todas elas potencialmente com efeitos na cidadania, no controle social e na modernização e qualificação dos serviços.

Há variados argumentos positivos que dizem respeito ao SUS como estratégia e ação democratizante do poder local, do seu papel na permeabilização das relações do estado e a sociedade civil, e como potencial de novos atores e mecanismos de ação e controle social.

Porém, diversas são as considerações que podem ser feitas sobre a viabilidade e consolidação do sistema, sendo que, dentre elas destacam-se as de caráter estrutural. O sistema surgiu legalmente entre os anos 80 e 90 no Brasil, em datas nas quais muitos países do mundo, especialmente os desenvolvidos, preparavam ou de fato executavam radicais mudanças no modelo e nas suas estruturas de prestação e das relações oferta-demanda de serviços de saúde. Tais mudanças eram decorrentes da disseminação e rápida assimilação dos princípios e valores das novas tendências do mercado e de organização das economias, que dentre outros elementos, visaram o enxugamento do estado e a redução do seu papel protagônico na manutenção ou procura do bem-estar das nações.

Outro componente estrutural que pode ser levado em consideração, refere-se a fragmentação orçamentária do sistema nos níveis federal, estadual e municipal, assim como a sua vulnerabilidade aos ajustes fiscais e estruturais da União. Isso, junto com componentes históricos de sistemas centralistas de informação e gerência próprios da administração burocrática prevalente no Brasil, gera reflexos específicos na ampla variedade de estágios e graus de implementação do SUS. Essa diversidade leva-o a expressar as mais distintas formas de atenção em saúde, não atendendo às necessidades da população, e a expressar características negativas mais concretas que vão desde a falta de lideranças e indecisões políticas, ao poder explícito de diversos interesses privados, com aproveitamento por particulares dos bens públicos.

A Saúde Pública no Brasil passa atualmente por regulamentações, via Poder Legislativo, de vários aspectos especificados pela Constituição Federal de 1988, mas que ainda necessitam de regulamentação. Um desses exemplos é a participação da iniciativa privada (Art. 199) nos serviços de Saúde, bem como a participação da iniciativa privada em sistemas de saúde estatais, nos seus aspectos gerenciais (FUNDAP, 1997).

Ao se discutir essas questões, é importante destacar que, no processo de estruturação do SUS, foram sendo construídos espaços de trabalho, paulatinamente, através das Leis 8.080 e 8.142/90 e das Normas Operacionais Básicas, popularmente chamadas de “NOBs” (editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1993, 1996, sucessivamente). A última regulamentação, a chamada NOB /96, especifica com mais clareza quais as funções dos gestores, suas atuações no âmbito de abrangência (federal, estadual ou municipal) e a forma de financiamento. Atualmente o financiamento está sendo previsto baseado no PAB (Piso Assistencial Básico) municipal e na PPI (Programação Pactuada Integrada) intermunicipal, com ações integradas de Atenção Básica preventiva/curativa, além de ações de maior complexidade de assistência, mediante contratos e convênios intergestores. Verifica-se, portanto, uma acentuada descentralização dos serviços que está sendo “construída” e ampliada.

O Estado, tem procurado incentivar os municípios a assumirem seus papéis de gestores plenos, quer sejam somente de Atenção Básica ou do Sistema Municipal, a partir das determinações legais. Para isso, torna-se importante a participação dos Conselhos Municipais de Saúde, da participação da comunidade e o controle social. Concomitantemente, vem sendo implantada a Reforma do Aparelho de Estado, através do Plano Diretor da Reforma do Estado (BRASIL, 1995).

1.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Através das distinções conceituais, apresentadas anteriormente, pode-se inferir que a atual administração/governo, estabelece o escopo da proposição da Reforma ao Aparelho de Estado, na administração pública federal. A revisão das formas organizativas da ação (e da cooperação) estatal, parece figurar no rol das referidas condições para o aumento da governança. A implementação de Organizações Sociais é uma estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. As OS seriam a forma organizativa dos denominados serviços não-exclusivos ou competitivos, que correspondem ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. A própria Lei 8080/90, que institui o SUS, estabelece a possibilidade de parceria entre o Estado e o setor privado, na saúde.

Os serviços não-exclusivos, não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque tais serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados pela via do mercado. São exemplos desse setor os serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. A propriedade ideal para este setor seria a pública não-estatal. Não é a propriedade estatal, porque aí não se exerce o poder de Estado. Não é, por outro lado, a propriedade privada, porque se trata de um tipo de serviço de caráter público (BRASIL, 1997). A proposta governamental pode ser observada no quadro a seguir:

	FORMA DE	PROPRIEDA		FORMA DE	ADMINISTR
	ESTATAL	DE	PRIVADA	BUROCRÁTI	AÇÃO
		PÚBLICA		CA	GERENCIAL
		NÃO			
		ESTATAL			
NÚCLEO ESTRATÉGI CO Legislativo, Ju diciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	●				●
ATIVIDADE S EXCLUSIVA S Regulamentaç ão, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	●				●
SERVIÇOS	--publicização				

NÃO EXCLUSIVOS Universidade, Hospitais, Centros de Pesquisa e Museus		●			●
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais	----- --	--privatização	●		●

Fonte: BRASIL, 1995:59.

A Medida Provisória n.º 1.591 de 09/10/1997, que dispõe sobre a qualificação das entidades como Organizações Sociais tem suscitado inúmeras discussões e se constitui em uma das medidas preconizadas pelo Plano Diretor supra citado.

Ao se discutir a figura das OS, no sentido legal, "não se pode", como especifica DI PIETRO (1996: 128), "*perder de vista que é preciso tomar cuidado com a transposição pura e simples de institutos utilizados no direito estrangeiro. O direito administrativo brasileiro, se quiser criar figuras contratuais novas, tem que procurar fundamentos no direito positivo*".

Dentro do aspecto legal, é preciso caracterizar de forma clara o contrato de gestão especificados para as OS de tal forma que possam refletir as necessidades das partes envolvidas, ou seja, a organização e o Estado, pois, geralmente, estes contratos com o poder público são realizados de forma a cumprir um compromisso cartorial, sem participação efetiva da população que vai usufruir os serviços.

O setor saúde foi o que mais rapidamente encampou as determinações emanadas da União, provavelmente com o objetivo de sair mais rapidamente do caos em que se encontra atualmente.

2. A ORGANIZAÇÃO SOCIAL COMO INSTRUMENTO DE FLEXIBILIZAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

As OS como modelo de parceria entre o Estado e a sociedade constituem uma inovação institucional, embora não representem uma nova figura jurídica, inserindo-se no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estarão, portanto, fora da Administração Pública, como pessoas jurídicas de direito privado. A novidade será, de fato, a sua qualificação, mediante decreto, como Organização Social, em cada caso (Brasil, 1997:5)

Segundo MODESTO (1997) uma definição operacional das organizações sociais pode ser formulada nos termos seguintes. As organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, que independem de concessão ou permissão do Poder Público, criadas por iniciativa de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado. Em sentido abrangente, as organizações sociais representam uma forma de parceria do Estado com as instituições privadas de fins públicos ou, sob outro ângulo, uma forma de participação popular na gestão administrativa.

No aspecto da parceria, as organizações sociais definem-se como instituições do terceiro setor (pessoas privadas de fins públicos, sem finalidade lucrativa, constituídas voluntariamente por particulares, auxiliares do Estado na persecução de atividades de relevante interesse coletivo), pois possuem o mesmo substrato material e formal das tradicionais pessoas jurídicas privadas de utilidade pública (MODESTO, 1997).

Não são um novo tipo de pessoa jurídica privada nem entidades criadas por lei e encartadas na estrutura da administração pública. São pessoas jurídicas estruturadas sob a forma de fundação privada ou associação sem fins lucrativos. Ser organização social, por isso, não significa apresentar uma estrutura jurídica inovadora, mas possuir um título jurídico especial, conferido pelo Poder Público em vista do atendimento de requisitos gerais de constituição e funcionamento previstos expressamente em lei.

Esses requisitos são de adesão voluntária por parte das entidades privadas e estão dirigidos a assegurar a persecução efetiva e as garantias necessárias a uma relação de confiança e parceria entre o ente privado e o Poder Público.

A denominação organização social é um enunciado elíptico. Denominam-se sinteticamente organizações sociais as entidades privadas, fundações ou associações sem fins lucrativos, que usufruem do título de organização social (MODESTO, 1997:5).

Essa qualidade jurídica conferida pelo Poder Público faz incidir sobre as instituições reconhecidas um conjunto de disposições especiais, que asseguram vantagens e sujeições incomuns para as tradicionais pessoas jurídicas qualificadas pelo título de utilidade pública. A todo rigor, portanto, nenhuma entidade é constituída como organização social. Ser organização social não se pode traduzir em uma qualidade inata, mas em uma qualidade adquirida, resultado de um ato formal de reconhecimento do Poder Público, facultativo e eventual, semelhante em muitos aspectos à qualificação deferida às instituições privadas sem fins lucrativos quando recebem o título de utilidade pública (MODESTO, 1997:5).

Ainda segundo MODESTO (1997), as organizações sociais são juridicamente entidades bastante semelhantes às tradicionais entidades privadas declaradas de utilidade pública, mas com elas não se identificam de modo completo. As organizações sociais, no entanto, apresentam também características especiais que as distinguem de modo parcial das tradicionais entidades privadas declaradas de utilidade pública.

Em resumo, os traços diferenciais básicos são os seguintes: a) os seus estatutos devem prever e adotar determinado modelo de composição para os seus órgãos de deliberação superior, inclusive prevendo a participação necessária de representantes do Estado, como requisito para permitir o ato posterior de qualificação pelo Poder Público; b) o trespasse de bens e recursos públicos nelas está condicionado à assinatura de contratos de gestão com os órgãos competentes da administração pública federal; c) o estatuto deve prever, também como um requisito da qualificação, sujeição da entidade à publicação anual no Diário Oficial da União do relatório de execução do acordo ou contrato de gestão (relatório gerencial das atividades desenvolvidas, apoiadas pelo Poder Público, e não apenas do relatório formal da contabilidade da entidade); d) o estatuto deve prever, como requisito de qualificação, regras rígidas de reforma das finalidades sociais, bem como regras para a definição impessoal das regras a serem adotadas para a remuneração do pessoal da entidade e para o sistema de compras; e) o estatuto ainda deve prever que a entidade estará sujeita a controle externo de resultados, periódico e “a posteriori”, realizado por comissão de avaliação composta por especialistas de notória qualificação, especialmente destinado à verificação do cumprimento do contrato ou

acordo de gestão firmado com o Poder Público; f) as entidades poderão utilizar bens materiais e recursos humanos de entidades extintas do Estado, desde que a extinção tenha sido realizada por lei específica; g) as entidades poderão também absorver atividades e contratos de entidade extintas, também quando autorizados por lei, bem como os seus símbolos designativos, desde que estes sejam seguidos obrigatoriamente do símbolo OS.

2.1 OBJETIVOS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Segundo a proposta de Reforma do Aparelho de Estado do governo (BRASIL, 1995), os objetivos das OS seriam:

- a) Obter maior autonomia e flexibilidade dos serviços;
- b) Centrar um maior foco no cidadão-usuário e um maior controle social direto desses serviços por parte da sociedade;
- c) Lograr, finalmente, parceria entre o Estado e a sociedade baseada em resultados. O Estado continuará a financiar as atividades públicas, absorvidas pela organização social qualificada para tal, e esta será responsável pelos resultados pactuados mediante contrato de gestão.

Em síntese, a estratégia de publicização visa a aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão- cliente a um custo menor (BRASIL, 1997).

2.2 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE INSTRUMENTOS LEGAIS QUE INSTITUEM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

A título ilustrativo, processa-se a seguir um quadro comparativo entre a Medida Provisória nº 1591 de 09/10/1997 do Governo Federal, e as propostas do Estado da Bahia (Lei já aprovada pela Assembléia Legislativa Estadual) e o projeto de Lei nº 03/97 do Estado de São Paulo.

A análise aqui desenvolvida considerou o conteúdo dos dois documentos oficiais, nos aspectos de conteúdo, e forma. Não pretende ser uma análise exaustiva, mas demarcar fundamentalmente os pontos referentes aos aspectos da administração e da política que perpassam a opção das organizações sociais como executoras de serviços de saúde.

Quanto ao Projeto de Lei do Estado de São Paulo, emendas já incorporadas modificam em aspectos fundamentais a proposta original. Como estão em processo durante a elaboração deste documento, optou-se por não considerá-las na análise. Vale destacar no entanto que uma delas afirma que a OS deverá possuir serviços próprios de assistência à saúde há mais de cinco anos e a emenda 18, qualifica como OS as Santas Casas de Misericórdia, Institutos, Fundações e Autarquias ligadas à administração direta do Estado desde que declaradas de utilidade pública.

QUADRO COMPARATIVO

INSTRUMENTO ÍTENS	MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1591 DE 09/10/97- GOVERNO FEDERAL	Projeto de Lei Complementar nº 3 de 17/02/98 - Estado de São Paulo	Lei nº 7027 de 27/01/97 - Estado da Bahia
Ementa	Dispõe sobre qualificação de entidades como organizações sociais, Programa Nacional de Publicização e dá outras providências	Dispõe sobre qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.	Institue o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências.
Capítulos e Seções	nº Capítulos: 02. nº Seções : 06. nº Artigos: 25. Capítulos: I- Das Organizações Sociais; II- Das Disposições Finais e Transitórias.	nº Capítulos: 02. nº Seções : 06. nº Artigos : 19. Capítulos: I- Das Organizações Sociais; II- Das Disposições Finais e Transitórias.	nº Capítulos: 05. nº Seções : 03. nº Artigos : 28. Capítulos: I- Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais; II- Das Autorizações; III- Das Organizações Sociais; IV- Do Contrato de Gestão; V- Das Disposições Gerais.
Conceituação	Art. 1º) Da Qualificação. OS- pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com atividades voltadas para: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.	Art. 1º) Da Qualificação. OS- idem anterior, porém específico para o setor saúde. (com menor abrangência, portanto).	Art. 1º) Instituição do Programa das OS, com atividades voltadas para: ensino, pesquisa científica e tecnológica, cultura, saúde e outras. Arts. 4º, 5º, 6º, 7º e 8º) Da Qualificação.
Requisitos Específicos	Art. 2º) Apresentação de documentos comprobatórios. - finalidade não lucrativa. -ter Conselho Administrativo e Diretoria. -publicação anual de relatório de gestão. -proibição de distribuição de bens. -aprovação titular da Pasta (MARE).	Art. 2º) idem anterior, porém com aprovação dos titulares da Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria da Administração e Modernização do Serviço Público.	Art. 5º) Apresentação de documentos comprobatórios. -ter Conselho de Administração ou Conselho Curador. -ter Conselho Fiscal e Diretoria. -aprovação do titular da Pasta relativa. -Qualificação por Ato do Governador.
Estrutura das OS	Art. 3º) Conselho de Administração com composição quantitativa flexível, com 20 a 40% de representantes do poder público. Art. 4º) Atribuições do Conselho de Administração	Art. 3º) Conselho de Administração com composição quantitativa fixa, com 55% de gerência para o setor privado. (maioria portanto). Art. 4º) Atribuições do Conselho de Administração.	Arts. 8º/9º/10/11) Conselho de Administração ou Curador com composição quantitativa fixa, com representantes do poder público como membros natos. Art. 10) Composição do Conselho Fiscal: -Sec. da área relativa. -Sec. da Fazenda. -Sec. Planej. C. e Tecnol. -Sec. Administração. -Procuradoria -Sociedade Civil.

INSTRUMENTO ÍTENS	MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1591 DE 09/10/97- GOVERNO FEDERAL	Projeto de Lei Complementar nº 3 de 17/02/98 - Estado de São Paulo	Lei nº 7027 de 27/01/97 - Estado da Bahia
Do Contrato de Gestão e sua Execução e Fiscalização.	<p>Art.5º) Contrato de Gestão: instrumento firmado entre Poder Público e entidade, com formação de parceria, para fomento e execução de atividades nas áreas citadas. Art. 6º/7º) Responsabilidades, atribuições e obrigações dos de ambos, atendendo os princípios constitucionais: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade.</p> <p>Art. 8º) fiscalização e supervisão por cada área.</p> <p>-relatório a cada exercício.</p> <p>-análise periódica.</p> <p>-relatórios por Comissão de Avaliação.</p> <p>Art. 9º/10) denúncia ao TC e penalidades de acordo com Código de Processo Civil (Art. 822/825).</p>	<p>Art. 5º) Contrato de Gestão: idem anterior.</p> <p>O parágrafo 1º) cita dispensabilidade de processo licitatório e o 2º) especifica o atendimento aos princípios do SUS.</p> <p>Arts. 6º/7º) Responsabilidades, atribuições e obrigações dos parceiros, citando princípios da Const. Federal/88 e Art. 37 e 111 da Const. Est. SP/89.</p> <p>Art. 8º) Fiscalização e supervisão pela Sec. da Saúde.</p> <p>Art. 9º) irregularidades denunciadas ao TC e Ministério Público.</p>	<p>Art. 14 e 15) Contrato de Gestão:</p> <p>-natureza jurídica de direito público.</p> <p>-firmados entre Secretário de Estado da área e a OS -de acordo com princípios constitucionais.</p> <p>-supervisão da execução: Secretaria da área relativa e outros órgãos de controle externo e interno.</p> <p>Arts. 16/17/18/19) Relatórios de Gestão analisados por equipe interna da Secretaria de Estado da área relativa e aprovado pelo titular da Pasta e TC.</p>
Das Atividades Sociais e Recursos Orçamentários	<p>Art. 11) OS- interesse social e utilidade pública.</p> <p>Art. 12) Recursos Orçamentários da União, conforme cronograma previsto e dispensa de licitação (Parágrafo 3º)</p> <p>Art. 13) Permite substituição de bens móveis públicos por outros de igual ou maior valor.</p>	<p>Art. 10) Idem MP</p> <p>Art. 11) Recursos Orçamentários assegurados pela Sec. de Estado da Saúde, especificando cronograma e cláusulas expressas no Contrato de Gestão.</p> <p>Art. 12) Também permite substituição dos bens móveis, similar a MP.</p>	<p>Art. 2º/ 3º) Recursos Orçamentários mediante subvenções sociais e outros recursos, como doações, aplicações, etc.</p>
Dos Recursos Humanos	<p>Art. 14) Cessão de servidores com ônus para a origem, porém sem incorporações posteriores dos recebimentos pecuniários relativos a cargos em comissão.</p> <p>Art. 15) Especifica claramente a dispensa de licitação para a qualificação das OS.</p> <p>Art. 16) Prevê qualificação das OS pela União, Estados e Municípios.</p>	<p>Art. 13) Permite cessão de servidores públicos estaduais, com ônus para a origem, porém sem incorporações referentes a vantagens pecuniárias recebidas na OS por cargo em comissão.</p> <p>Art. 14) Prevê qualificação das OS idem MP.</p>	<p>Art. 12) Permite admissão de pessoal exclusivamente pela CLT. Porém, poderão ser admitidos servidores públicos estaduais desde que afastados de suas atividades (em licença para tratamento de interesses particulares).</p>

INSTRUMENTO ÍTENS	MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1591 DE 09/10/97- GOVERNO FEDERAL	Projeto de Lei Complementar nº 3 de 17/02/98 - Estado de São Paulo	Lei nº 7027 de 27/01/97 - Estado da Bahia
Da Desqualificação	Art. 17) Pode haver desqualificação da OS se houver descumprimento das cláusulas contratuais, porém, através de processo administrativo, com ampla defesa, reversão de bens e com as sanções cabíveis.	Art. 15) Idem MP, prevendo processo administrativo com ampla possibilidade de defesa e sanções contratuais penais e civis.	Arts. 21/22) Prevê, no caso de irregularidades, afastamento dos dirigentes, intervenção por prazo máximo de 180 dias, porém com possibilidade de ampla defesa pela OS.
Das Disposições Finais e Transitórias	<p>Art. 18) Publicação de regulamento próprio em prazo máximo de 90 dias.</p> <p>Art. 19) Especifica concordância com princípios SUS, para as OS da área da Saúde. (Art. 198 da Const. Federal/88 e Art. 7º da Lei 8.080/90).</p> <p>Art. 20) Especifica o Programa Nacional de Publicização, com ênfase nos resultados, no atendimento ao cidadão-cliente e no controle social transparente.</p>	<p>Art. 16) Publicação de regulamento próprio, idem MP.</p> <p>Art. 17) Especifica a existência de 5 anos para uma entidade se habilitar como OS.</p>	Especificam o controle e fiscalização, já citados.

Ao se fazer uma análise comparativa dos instrumentos legais citados, pode-se verificar que existem pontos comuns, com maior ou menor abrangência, de acordo com a qualificação das entidades como Organizações Sociais.

O projeto de Lei do estado de São Paulo segue a seqüência exata da Medida Provisória, desde o preâmbulo, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS, ao passo que a Lei do estado da Bahia é mais abrangente, estabelecendo um Programa de Incentivo às Organizações Sociais. No projeto de Lei do estado de São Paulo há a justificativa do Sr. Governador, ao passo que na Lei do estado da Bahia as razões que justificam a lei se inserem no próprio corpo da mesma, nos artigos iniciais (Arts. 1º, 2º, 3º). Entre as condições de justificativa estão a adoção de medidas que visem a integração dos setores públicos, do Estado e da sociedade e dos setores privados; os modelos gerenciais flexíveis, a autonomia maior de gestão, o controle por resultados , além de métodos modernos de redução de custos, racionalidade administrativa, melhoria da eficiência e qualidade dos serviços e atividades de interesse público. Enfatiza a atividade privada na gerência de recursos públicos objetivando melhoria e flexibilidade de gestão e de serviços.

A MP do Governo Federal e o Projeto de Lei do estado de São Paulo apresentam 2 Capítulos, ao passo que a Lei do estado da Bahia é redigida em 5 Capítulos, com detalhamentos extensos referentes à forma de gestão, à composição dos órgãos administrativos, aos vários órgãos de controle, pois especifica uma maior abrangência de um Programa Estadual.

Quanto à conceituação em relação às áreas de atuação, a MP e a lei do estado da Bahia são mais abrangentes, pois especificam vários setores de atuação, tais como: ensino, pesquisa, meio ambiente, saúde e outros. No estado de São Paulo o Projeto de Lei se atém à atuação no setor Saúde, mais especificamente no setor hospitalar. A MP, inclusive, acresce o aspecto da economicidade como qualificativo para as OS.

Em relação aos requisitos específicos para a qualificação, a MP e o Projeto de Lei do estado de São Paulo são mais similares, pois prevêm a aprovação dos titulares da Pasta relativa ao setor envolvido e também do titular do MARE, no caso da União e do titular da Saúde e da Administração e Modernização do Serviço Público, no caso do estado. Na Bahia, já há a especificidade da aprovação do titular da Pasta envolvida, porém com referendo por Ato do Governador.

As estruturas de composição das OS nos instrumentos legais são similares, exceto na lei baiana que apresenta um Conselho Fiscal, composto por elementos de várias secretarias de estado, além da Procuradoria e sociedade civil. Há ênfase na composição de elementos do setor público, (entendendo-se este por estatal) na formação das OS, tanto na MP quanto na lei baiana, ao passo que em São Paulo, especifica-se maior participação do setor privado.

Quanto ao Contrato de Gestão, sua execução e fiscalização são bastante trabalhados na MP federal e da Lei do Estado da Bahia, com vários mecanismos para controle, inclusive relatórios anuais, comissão de avaliação e aprovação pelo Tribunal de Contas. No caso de irregularidades, a MP prevê penalidades e sanções estabelecidas pelo Código de Processo Civil (Arts. 822/825). Em São Paulo estão previstos controles pelo Tribunal de Contas e Ministério Público, porém sem especificações de detalhes.

A dispensa do processo licitatório é citada na MP no Art. 12, parágrafo 3º, inserido na Seção V, que se refere ao Fomento às Atividades Sociais, ao passo que no Projeto de Lei de São Paulo, esta dispensa se insere no Art. 5º, parágrafo 1º, referente ao Contrato de Gestão. Já na Lei do Estado da Bahia, a dispensa de processo licitatório é citada no Capítulo II, referente às Autorizações (Art. 3º, parágrafo 1º), porém com ressalva da exclusividade do requerimento.

Referências expressas à observância aos princípios do SUS são observadas na MP, no Art. 19, no Capítulo II, referente às Disposições Finais e Transitórias, e no Projeto de Lei do Estado de São Paulo, no Art. 5º, parágrafo 2º, referente ao Contrato de Gestão. A Lei baiana não faz referência direta ao SUS.

Em relação aos servidores e funcionários públicos que queiram atuar nas OS, poderão ser autorizadas sua cessão, com ônus para o Poder Público, porém sem aquisição de vantagens pecuniárias posteriormente incorporadas, relativas a cargos de comissão que porventura venham a ser assumidos. No estado da Bahia a Lei estabelece somente a admissão de trabalhadores para as OS mediante contrato de trabalho pela CLT e impõe barreiras aos servidores públicos que queiram atuar nas OS, pois especifica que os mesmos devem se licenciar para aceitar cargos nas OS, com prejuízo de vencimentos e para fins particulares.

A desqualificação da entidade enquanto OS está prevista claramente na MP e no PL do estado de São Paulo, nas entidades que apresentarem irregularidades no cumprimento dos Contratos de Gestão, através de medidas previstas no Código de Processo Civil. Em São Paulo há pouca referência a mecanismos e órgãos de controle, exceto Tribunal de Contas e Ministério Público. Na Lei baiana estão previstas intervenções do poder público na entidade. Em todos os casos há possibilidade de ampla defesa.

Pelo exposto, verifica-se que, paulatinamente, as transformações propostas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado do MARE (MARE, 1995), vem sendo difundidas e aprofundadas, nos vários estados da União federal, ampliando suas determinações e legitimando seus diferentes aspectos .

Em relação às discussões suscitadas ao se colocar a proposta, pode-se observar que na sua operacionalização, a qualificação das OS podem ser passíveis de manipulação política. Isto porque ao invés de se dar mais atenção as necessidades reais de prestação de serviços de saúde à população, buscando uma melhor distribuição de recursos, inclusive para que o Estado possa cumprir sua função social, pode-se privilegiar entidades que não sejam as mais qualificadas para cumprir a função pública não estatal, que cabe às OS.

3. DISCUTINDO AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

A questão da construção da capacidade de estado, traduzida na fórmula da governança, é assumida como objetivo central da Reforma do Aparelho de Estado brasileiro. O pressuposto é o de que os recentes governos, instituídos por procedimentos democráticos, apesar de deterem governabilidade, carecem de governança, isto é, não têm como fazer cumprir seus mandatos, expressos em seus programas políticos (e de políticas), em função da inefetividade das decisões governamentais. Dentre outras razões, a não efetividade na implantação de políticas, se daria por algum tipo de deficiência organizativa, devida sobretudo ao modelo burocrático de administração do aparelho do Estado (NOGUEIRA & GIRARDI, 1997).

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (BRASIL, 1996: 16), torna-se um imperativo “*estabelecer as condições para que o governo possa aumentar sua governança*”. A introdução das formas organizativas da ação (e da cooperação) estatal, pareceria figurar no rol das referidas condições para o aumento da governança.

A governança reclamada refere-se principalmente ao fazer efetivo um programa de políticas, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas de maneira conjugada com a sociedade. E é sob esse aspecto que ganha relevância a discussão das formas organizativas da ação (e da cooperação) do Estado e do Governo. A perspectiva de pensar formas de melhorar o desempenho das organizações públicas da administração direta, autárquica e fundacional, impõe a reflexão sobre a conveniência e o escopo de ação de novas formas organizativas, inspiradas na experiência internacional. É dentro deste contexto que as Organizações Sociais ganham papel relevante (NOGUEIRA & GIRARDI, 1997).

Especificamente no campo da saúde, a concepção das organizações sociais parece fornecer um fundamento racional em direção a uma administração gerencial flexível, capaz de dar conta das necessidades de articulação com o mercado em geral e com o mercado de trabalho em particular. No entanto, sua funcionalidade gestonária depende da articulação de uma rede de unidades que implique em eficiência e qualidade sistêmicas. Nesses aspectos sistêmicos, devem ser considerados elementos tais como a modalidade de financiamento, o encadeamento entre ações de saúde preventivas e curativas, a hierarquização dos tipos de ação de saúde, a vinculação da clientela, etc (NOGUEIRA E GIRARDI, 1997).

O que se pode supor aqui é que as organizações sociais definem apenas as pré-condições de uma operação gerencial eficiente, mas que em si não se enquadram como modelos de gestão, onde a ação coordenada das unidades de produção, em forma horizontal e vertical, se coloca como pressuposto para a obtenção de uma eficiência e de uma qualidade sistêmicas, como no caso da saúde.

No Brasil, os planos de saúde privados já começam a reconhecer que a gerência eficiente de cada unidade tem que ser articulada numa ação estratégica mais geral, que reduza os custos globais da atenção médica, atuante tanto na prevenção de riscos como na assistência domiciliar, e de um modo geral, numa atenção de nível primário ambulatorial (NOGUEIRA & GIRARDI, 1997).

Portanto, a criação de um sistema autônomo de organizações de assistência médica hospitalar (mas não exclusivamente), privilegia a questão da gestão das unidades hospitalares, em detrimento da gestão do sistema, sob a ótica do comprador de serviços hospitalares. Igualmente, não leva em consideração as dificuldades de gestão e a necessidade de alcançar maior racionalidade na provisão da atenção a saúde no interior de um sistema institucionalmente fragmentado, além de sua inadequação ao objetivo de assegurar o princípio da integralidade da atenção (BARROS, 1996).

Reforçando esta discussão CASTRO SÁ E COLS, (1996 e 1997), apontam a incongruência de separar competências entre muitas ações exclusivas e não-exclusivas que são historicamente realizadas pelos Centros, Postos e até mesmo Hospitais, destacando-se as ações de vigilância epidemiológica e mais especificamente as ações de vigilância em saúde do trabalhador. Além disto, a integração dos serviços de caráter coletivo entre si (considerados preferencialmente como "atividades exclusivas") e com as intervenções de atenção curativa individual (consideradas preferencialmente como "atividades não-exclusivas") teriam que se processar pelo menos a partir de uma mesma coordenação sistêmica.

Questiona-se como evitar um retrocesso ao se estimular, as ainda presentes, dicotomias entre coletivo/individual e preventivo/curativo e as dificuldades de se atuar inter-institucionalmente, inter-disciplinamente e inter-setorialmente. Pode-se questionar também até que ponto os serviços de saúde de qualquer nível de complexidade não afetam as necessidades de saúde da população, considerando o estado de saúde da mesma.

Outro aspecto que chama atenção na proposta governamental de Reforma do Aparelho do Estado é a não inclusão da saúde dentro das carreiras típicas do Estado. Segundo NOGUEIRA (1997), as carreiras de pessoal na administração pública têm sido justificadas através de variados argumentos que se referem tanto à valorização do mérito individual, dedicação e lealdade do funcionário, como também em relação à necessidade de continuidade, a médio e longo prazos, de iniciativas e diretrizes adotadas pelas sucessivas gestões públicas. Com efeito, sem a possibilidade de contar com um pessoal permanente, as organizações públicas correm o risco de perder não só a chamada memória institucional, mas também o sentido de certos projetos que exigem longo prazo de execução. São antídotos aos efeitos provocados pelo clientelismo e pela instabilidade na sucessão dos altos dirigentes dos órgãos públicos.

Dito de outro modo, a carreira serve diretamente à conservação das diretrizes políticas e à persistência de propósitos do serviço público estatal ou não, que, por sua vez, esperadamente, devem inspirar-se na missão institucional.

Por isso, as organizações de saúde ainda precisarão contar com algum mecanismo permanente de vínculo e ascensão de seu pessoal, especialmente para os escalões que exercem função de gestão, mas também para variados tipos de pessoal técnico e auxiliar. Nesta perspectiva as funções de definições das leis, planejamento e formulação de políticas de saúde e cobrança judicial de seu cumprimento parecem ter carreiras asseguradas por se inserirem no núcleo estratégico (gestão burocrática e propriedade estatal e conseqüente carreira de estado). Situação semelhante estaria as funções de regulamentação, fiscalização e fomento (compra de

serviços de saúde pelo Estado; controle do meio ambiente; vigilância sanitária, epidemiológica e à saúde do trabalhador; e programas de prevenção e controle) por serem consideradas atividades exclusivas do Estado. Seria, portanto, este corpo de profissionais com carreiras próprias que dariam continuidade e organicidade ao sistema de saúde.

Contudo, parece que estariam fora das carreiras típicas do estado as funções do denominado serviços não-exclusivos (gestão com modelo gerencial e propriedade pública não-estatal - Organizações Sociais), como os hospitais; centros e postos de saúde; laboratórios de saúde pública; produção de medicamentos; e institutos de pesquisa em saúde. Na realidade atual, as iniciativas do estado têm sido, no entanto, de desarticular os órgãos públicos existentes, a exemplo dos institutos de pesquisas e produção de insumos básicos. E mesmo não se identificam sinais de investimento na formação de uma futura geração de pesquisadores e de funcionários públicos com competência na gestão de um novo aparelho de estado.

Novamente cabe questionar quem garantirá a continuidade das políticas de saúde e até mesmo sua implementação, no interior das Organizações Sociais? O contrato de gestão e o conselho administrativo terão força suficiente para fazê-lo? Pela experiência prévia de compra de serviços de saúde do setor privado (lucrativo ou não) esta respostas traz muitas dúvidas.

Outros aspectos a destacar são os pontos polêmicos levantados pelo CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (1996) em relação as OS, especialmente no tocante: a desconsideração do significado da profunda reforma do aparelho de Estado em andamento no setor saúde desde 1987; que é o processo de implantação do SUS. Segundo o CNS, a proposta de criação das OS desconsidera no processo de "qualificação" e pactuação do contrato de gestão a existência das autoridades sanitárias estaduais e municipais e seus respectivos planos e autonomia para gerir, nos limites legalmente estabelecidos, a saúde em seus territórios. Do mesmo modo as dotações orçamentárias serão destinadas às OS sem qualquer consideração sobre o processo de descentralização (municipalização) em curso.

Reconhece também que no âmbito federal há dificuldades para a implementação da concepção original do SUS, desde que as OS podem passar a celebrar convênios para a absorção da demanda privada dos planos e seguros de saúde, o que poderia criar a categorização da clientela e redundar em privilegiamento dos "clientes particulares" em detrimento do "paciente SUS".

Chama atenção o destaque dado pelo CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (1997), quanto à transferência de execução de serviços de saúde pelo Estado. Esta transferência só pode ser efetivada em relação aos serviços de saúde impróprios, isto é, *que "não afetam substancialmente as necessidades da comunidade"* (CFM, 1997:10). Alega este, em parecer jurídico, que a Administração Pública pode transferir a execução de serviços impróprios ao setor privado desde que permaneça titular do serviço transferido, via a concessão, permissão ou simples autorização, o que poria por terra a necessidade de autorização pelo poder executivo da constituição de OS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir destas reflexões, pode-se questionar se a proposta do governo visa efetivamente uma Reforma do Aparelho do Estado. Tal questão se estabelece a partir da constatação de que a efetiva implantação do SUS exigiria esta reforma, o que não foi considerado até agora. Por que então esta estratégia de política de saúde é negada? Sabe-se que as OS não são uma panacéia para os graves problemas existentes na gestão pública, inclusive na saúde.

As iniciativas governamentais até agora põem em dúvida se o que se busca é uma reforma do estado ou muito mais uma mudança da estrutura da administração pública, com um claro enfoque na desresponsabilização do estado frente as políticas públicas.

Neste sentido, o Sistema Único de Saúde tem sido completamente ignorado enquanto política pública formulada e respaldada pela Constituição Federal de 1988. Enquanto um modelo híbrido de saúde executado pelo setor público e aberto a iniciativa privada, o SUS, em princípio, permitiria na sua implementação a assunção de serviços de modo complementar pelo setor privado. Mas o que se pode concluir ao analisar a realidade é que a universalização proposta pelo SUS não se processou, e o que deveria ser suplementar ao setor público (serviços prestados pelo privado), passou a ser hegemônico e a contribuir mais ainda com a segmentação e iniquidade da saúde no Brasil. A possibilidade de parcerias entre o setor público e privado expressada através das OS tem como objetivo principal enxugar a máquina estatal, diminuindo custos e agilizando, quiza, a tomada de decisões.

Ainda que os porta-vozes do atual governo não assumam a opção do estado mínimo, isto é, uma opção neoliberal para a reforma do estado brasileiro, esta parece ser a alternativa adotada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. Isto porque as medidas para a reconstrução deste estado são substituídas por reformas parciais, visando o ajuste do mercado nacional às exigências do mercado internacional. Também os ajustes propostos e implementados, como às OS, não enfrentam as questões essenciais da crise brasileira quanto ao modelo de Estado necessário e a conseqüente reforma do seu aparelho.

Quanto a perspectiva de maior controle através do contrato de gestão, cabe indagar qual tem sido a competência atual do Governo em fiscalizar e controlar o próprio sistema público e os serviços credenciados/conveniados ao SUS. Será diferente com as OS? E quanto ao papel dos Conselhos de Saúde? Terá a sociedade civil capacidade organizativa suficiente para participar no controle da gestão da OS? Aceitará um ente privado a participação destas instâncias de gestão ?

Não existe, nem se pode assegurar *a priori* nenhuma garantia quanto a critérios objetivos para a qualificação de uma entidade em OS. As vantagens de financiamento que serão oferecidas a uma OS nem sequer são hoje possibilitadas às entidades filantrópicas que fazem parte do SUS. Por outro lado, cresce o poder político dos secretários estaduais da saúde, ao lhes ser atribuído a qualificação ou não das OS.

Ao final, podemos concluir com uma consideração elementar em relação à ênfase governamental quanto a governança: hoje, os hospitais privados já gerenciam 74% dos leitos hospitalares que prestam serviços ao SUS. Qual têm sido a diferença na competência gerencial demonstrada por estes, em relação aos serviços públicos estatais?.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S. E VIANNA, M.L.W. *A Miragem da Pós-Modernidade. democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.127-152.
2. **BAHIA** (Estado). Lei n.º 7.027, de 29 de janeiro de 1997: Institui o Programa estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, 30 jan. 1997, p.9-11.
3. BARBOSA, P.R. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. *Rev. Serv. Públ.* (120):2, mai./ago., 1996.
4. BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciê. Saú. Colet.* (1) 1: 5-17, 1996.
5. **BRASIL**. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988, Brasília, 1988.
6. **BRASIL**. Lei Orgânica da Saúde 8080, 1990, Brasília, 1990.
7. **BRASIL**. Medida Provisória n.º 1.591, de 9 de outubro de 1997: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do laboratório Nacional de Luiz Sincrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 10 out. 1997.
8. **BRASIL**. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações Sociais. Cadernos do MARE de Reforma do Estado. Brasília: MARE, Caderno 2, 1997.
9. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação Educação e Comunicação. Informação, Educação e Comunicação: Uma estratégia para o SUS. Brasília, DF 1997. 6 p.
10. **BRASIL**. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995, 86p.
11. BRESSER PEREIRA, L.C. *Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil. para uma nova interpretação da América Latina*. São Paulo: Ed. 34, 1996, 360p.
12. BRESSER PEREIRA, L.C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. *Rev. Serv. Públ.* (120): 1, , Brasília: ENAP, jan/abr. 1996.
13. BRESSER PEREIRA, L.C. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires, out. 1995. [Mimeografado].

14. CHON, A. Notas sobre o estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMAN, S. E VIANNA, M.L.W. *A Miragem da Pós-Modernidade. democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.101-113.
15. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**. Aspectos jurídicos da proposta das Organizações Sociais Autônomas. Parecer Jurídico nº 031/97. Brasília, 1997, 16 p.[Mimeografado].
16. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**. A posição do CNS a respeito da proposta de criação das Organizações Sociais. Parecer aprovado na Plenária de 7/8 de maio, Brasília, 1997. [Mimeografado].
17. DI PIETRO, M. S. Z. *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*. São Paulo: Atlas, 1996.
18. **FACULDADE DE SAUDE PUBLICA**. A proposta da reforma do Estado e suas possíveis implicações no S.U.S. Série Monográfica N.5. Departamento de Pratica de Saude Publica FSP/USP. Sao Paulo-SP, 1996; pp 25.
19. **FACULDADE DE SAUDE PUBLICA**. A reforma do aparelho de estado e sua interface com a saúde. Serie Monografica N.7. Departamento de Pratica de Saude Publica FSP/USP. Sao Paulo-SP, 1997; pp 25.
20. **FUNDAP**. “Novas Formas de Gestão dos Serviços Públicos. A Relação Público-Privado”. São Paulo: Fundap, 1997, 68 p.
21. GRAHAM, C.B. *Para administrar a Organização Pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.
22. MODESTO, P. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: As dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações Sociais. texto apresentado ao II Congresso Interamericano sobra a Reforma do Estado e da Administração Pública, Centro Latino Americano para el Desarrollo: Ilha Margarita, out. 1996. [Mimeografado]
23. MURAD, J. Sistema Público de Saúde x Organizações Sociais. Qual o futuro do SUS se instituições privadas administrarem hospitais públicos? São Paulo, 1998, 42 p. [Mimeografado]
24. NOGUEIRA, R.P. A Reforma do Estado e os Recursos Humanos de Saúde: flexibilidade de ação e continuidade de direção. Breve ensaio, Brasília, s/d, 1997. 6p. [Mimeografado]
25. NOGUEIRA, R.P & GIRARDI, S.N. Reforma Político-Administrativa e Função Recursos Humanos de Saúde. Brasília, s/d,1997. 9p. [Mimeografado]
26. **SÃO PAULO** (Estado). Projeto de Lei Complementar n.º 3 de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 19 de fev. 1998, p. 4-5.
27. THOMPSON, P. *Health policy and the burocracy: politics and implementation*. Cambridge and London, The MIT Press, 1981