

## AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO SETOR SAÚDE: INOVANDO AS FORMAS DE GESTÃO?

**Cristina Melo<sup>1</sup>**  
**Oswaldo Tanaka<sup>2</sup>**

Resumo: este artigo levanta algumas reflexões quanto a nova medida introduzida pelo governo federal e estadual, a gestão de serviços de saúde antes públicas estatais por organizações sociais de saúde. Os instrumentos legais, vigentes desde 1997, já introduziram este modelo de gestão em vários estados brasileiros, constituindo-se numa iniciativa paralela à implantação do próprio Sistema Único de Saúde/SUS, definido na Constituição Federal de 1988. O objetivo principal dos autores é estimular uma discussão sobre o papel e a repercussão das organizações sociais na gestão da saúde, bem como ponderar a possível inovação em que tal “modelo” de gestão possa se constituir.

### 1. INTRODUÇÃO

As Organizações Sociais (OS) constituem-se na mais recente proposta governamental para a gestão do setor saúde no Brasil. Em 1997, o Governo Federal editou a Medida Provisória n.1.591/1997 (BRASIL, 1997), depois lei n. de 9.637 de 15/05/1998 (BRASIL, 1998) que institui as Organizações Sociais, abrangendo diversos setores de atuação: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, cultura, proteção e preservação do meio ambiente e saúde.

Neste artigo pretendemos discutir o possível caráter inovador das OS na gestão dos serviços de saúde no Brasil e sua relação com a política de saúde “em vigor”, cuja vertente operacional se expressa através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Através da contextualização da proposta de qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como OS, compreendida enquanto uma política de saúde e parte integrante da reforma do aparelho do estado, pretendemos também contribuir com a discussão sobre a repercussão de tais medidas, como parte da reforma do estado que está sendo implementada pelo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 1997).

Um dos componentes sempre presente nos discursos governamentais, inclusive destacado enquanto “mote” para a reforma do aparelho do estado, tem sido a ineficiência, ineficácia e rigidez dos serviços públicos, que está a exigir novas e alternativas formas de gestão.

As experiências internacionais, principalmente no que diz respeito às reformas sanitárias implementadas nos países europeus, estão centradas em medidas racionalizadoras dos

---

<sup>1</sup> Professora Assistente no Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da UFBA, Mestre em Saúde Comunitária e doutoranda em saúde pública na Faculdade de Saúde Pública/USP. e-mail: [cmelo@uol.com.br](mailto:cmelo@uol.com.br). Endereço: R. Guará 325/51, São Paulo/SP, CEP: 05025020.

<sup>2</sup> Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública /USP, consultor nas áreas de avaliação e gestão em saúde. E-mail: [oytanaka@usp.br](mailto:oytanaka@usp.br). Faculdade de Saúde Pública. Av.Dr. Arnaldo 7155/2º andar, sala 218. São Paulo/SP. CEP: 01246-904

custos da atenção à saúde, com ênfase crescente na maior flexibilização da gestão dos serviços (ALMEIDA, 1995).

Neste sentido, buscamos identificar se a figura das OS enquanto um meio legal e complementar ao modelo de gestão em vigor no setor público estatal, poderá constituir-se em uma inovação na gestão de serviços de saúde e mesmo numa nova forma de parceria entre o setor público estatal e o setor privado.

Sem nenhuma pretensão de esgotar esta discussão, vale a pena destacar que esta se processa muito mais em setores externos à academia. Muito pouco tem sido produzido como resultado da movimentação política em torno do debate sobre a OS e sua instituição como prestadora de serviços de saúde. Registra-se também que já existem instrumentos legais com esta finalidade como nos estados do Pará (Lei N. 5980/96); Bahia (Lei N.7027 de 27/1/97 – BAHIA,1997) e São Paulo (Lei N. 486 de 4/6/98), este aprovado na Assembléia Legislativa do Estado com 111 emendas aos seus originais 19 artigos.

A saúde, até agora, é a única área de prestação de serviços contemplada em todos os instrumentos legais promulgados.

## **2. A REFORMA DO ESTADO, A REFORMA DO APARELHO DO ESTADO E A SAÚDE NO BRASIL**

A partir dos anos 80 agudiza-se a crise do estado em toda a América Latina, e retoma-se a discussão sobre o papel que este deve desempenhar, principalmente quanto ao grau de intervenção na economia.

Uma das conseqüências principais desta crise foi o descrédito quanto a capacidade de governo dos estados nacionais, frente aos graves problemas econômicos e sociais existentes, 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, considerado um tema não completamente novo, dado que o reconhecimento da crise do modelo de estado está presente na discussão nacional desde os anos 30.

No âmbito internacional, as medidas de enfrentamento da crise do estado, principalmente do modelo do estado de bem-estar social adotado nos países ditos desenvolvidos, 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 principal referência para estas reformas.

No Brasil, a crise do estado caracteriza-se por uma crise fiscal crescente, exaustão de formas protecionistas de intervenção na economia e pela constatação de um aparelho de estado arcaico e ineficiente.

Ainda que não se identifique propostas claras quanto a uma verdadeira reforma do estado por parte do atual governo, destacam-se políticas direcionadas para a reforma do aparelho do estado, em particular a formulada pelo Ministério da Administração, dirigido pelo ministro Bresser-Pereira (1995-1999). Tal proposta está expressa no documento da Presidência da República do Brasil de 1995, intitulado “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”.

A proposta governamental direciona-se para uma opção pelo mercado como modelo de excelência na prestação de bens e serviços, e para o “ (...) fortalecimento do Estado para que sejam eficazes sua ação reguladora, no quadro de uma economia de mercado (...)” (BRASIL, 1995: 9). No entanto, não fica claro como o estado vai garantir direitos constitucionais a todos os cidadãos.

Quanto à reforma do aparelho do estado, destaca-se um modelo de administração pública gerencial (BRASIL, 1995), baseado em conceitos “modernos” de administração ou seja, centrado no controle dos resultados e originado das ações tipicamente de mercado. Este modelo gerencial permitiria a liberdade e agilidade necessárias para quem deve competir no mercado por resultados definidos previamente. No entanto, o modelo proposto é o mesmo que existe no país desde os anos 50, em relação a empresas estatais e fundações da área econômica (FLEURY, 1997; FUNDAP, 1997). A novidade da proposta recente é constituírem-se entidades prestadoras de serviços sociais no Brasil.

O reconhecimento da necessidade de ajuste fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado, reforma da previdência social e inovação nos instrumentos de política social está também explícito na proposta do governo.

A reforma do aparelho de estado não esgotaria, portanto, a reforma do estado que o governo alardeia. Fleury ressalta *“o caráter insular desse projeto de reforma, que não se insere em uma proposta mais orgânica de mudança nas principais áreas críticas, ao contrário do que se deveria esperar de um projeto de redesenho do aparelho estatal”* (FLEURY, 1997:195).

O documento governamental enfatiza a reforma do seu aparelho como fundamental para o alcance da capacidade de governo (ou governança), visando a implementação eficiente de políticas públicas. Podem ser destacadas duas vertentes básicas na proposta: 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, publicização, como é o caso da prestação de serviços de saúde.

Tais medidas revelam muito mais uma mudança da estrutura da administração pública, com um claro enfoque na desresponsabilização do estado frente às políticas públicas, como as políticas de saúde. Neste sentido, o SUS teria reforçado seu aspecto de política pública apenas para os pobres, ainda que exista constitucionalmente desde 1988 e sua organização e implementação tenha sido regulada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990.

O modelo híbrido de saúde proposto pelo SUS, permite, inclusive, que o setor público compre serviços de saúde da iniciativa privada, de modo complementar. Também propõe dentre seus princípios estratégicos a descentralização e o controle social de todo o sistema, incluindo os prestadores privados e filantrópicos.

No entanto, a precária implantação do SUS e a crise permanente do financiamento do setor saúde, mesmo após a formalização de uma contribuição financeira provisória (CPMF), ameaçada de transformar-se em imposto permanente, possibilitou apenas uma universalização excludente e já esgotada em seus propósitos, se mantida a atual engenharia do sistema de saúde. Tais aspectos, e outros que caracterizam a implementação das políticas públicas no Brasil, transformaram a complementariedade do setor privado ao SUS como uma atividade hegemônica e cristalizada, com atuais 74% dos leitos hospitalares do país geridos pelo setor privado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997; MENDES, 1996).

Deste modo, o SUS tem sido responsabilizado pelo aumento da segmentação e da iniquidade da saúde no Brasil, destacando-se nas críticas feitas ao setor público estatal da saúde a ineficiência da sua gestão. No entanto, a crise brasileira da saúde não parece prescindir do desenho de modelos para funcionar, estes já reconhecidamente existentes, mas de decisão política para sua implementação.

Quanto a isto, não se pode deixar de concordar com os que defendem a necessidade de uma reforma da administração pública, que ultrapasse a lógica da mera racionalidade quanto ao controle dos custos na prestação de serviços.

Em sua coluna no jornal Folha de São Paulo, Luis Nassif afirma que na América Latina 40% dos mais pobres gastam cerca de 6% da sua renda com saúde, com a contrapartida de que os gastos dos mais ricos não chegam sequer a 1% da renda (NASSIF,1998).

Numa análise da proposta de implementação das OS devemos ir além do mero aspecto dicotômico do discurso do público *versus* privado. A proposta governamental de transferência da execução de serviços de saúde para o setor privado não lucrativo ou setor público não estatal, deve ser considerada como uma política concreta. Ela causará impacto não só sobre o modelo de saúde do país, e também sobre a direção assumida pelo governo federal e seus aliados quanto a aderência do país a um modelo global da economia.

As conseqüências de tais opções repercutirão sobre o cotidiano da população que busca serviços públicos, estatais ou não, e sobre a Reforma do Estado brasileiro. Esta reforma, parecer desconhecer os atuais governantes do país, deve contemplar o controle público, fundamental para o avanço da democratização não só do Estado, mas da sua relação com a sociedade brasileira (ARRETCHE, 1997).

### **3. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: A PROPOSTA GOVERNAMENTAL**

Dentre os argumentos apresentados pelo ministro BRESSER PEREIRA (1996) para justificar as propostas de mudança que estão sendo introduzidas na administração pública brasileira, estão a crise da administração burocrática e a própria Constituição Federal de 1988. Estas são igualmente responsabilizadas pela volta do patrimonialismo e ineficiência na implementação das políticas públicas.

O modelo centralizado de decisões numa estrutura hierárquica piramidal, característica da organização burocrática capitalista, bem como o controle de cada passo do processo administrativo, seriam as amarras que impedem a implementação, pelo Estado brasileiro, das medidas necessárias à sua modernização.

A introdução da administração gerencial no setor público tem sido a opção de vários países para realizar uma mudança considerada “estrutural”, buscando adaptar-se a novos padrões de trabalho e visando competir no livre mercado.

A administração gerencial, tem sido também assumida pelo governo brasileiro como a chave para o sucesso da administração pública, por permitir o funcionamento de serviços públicos de qualidade (BRASIL, 1995).

A proposta governamental para a implantação de novas práticas de gerenciamento, se dará através da descentralização política, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais (como no processo de municipalização da saúde); descentralização administrativa por delegação de autoridade para os administradores públicos e a instituição de organizações flexíveis como as Organizações Sociais.

As OS se constituiriam enquanto pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, dirigidas à prestação de serviços sociais e qualificadas por ato do poder executivo. A relação das OS com o estado se dará conforme o estabelecido nos respectivos instrumentos legais, utilizando-se como instrumento gerencial o contrato de gestão. As OS, portanto, se distinguem das empresas públicas, autarquias, fundações públicas ou sociedades de economia mista (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Numa discussão jurídica sobre a questão, DI PIETRO (1996) afirma que a criação de figuras contratuais novas, como as OS, deve ser feita com base no direito administrativo brasileiro, e não como mera cópia do direito estrangeiro, sem considerar o contexto da realidade nacional.

Enquanto uma modalidade de parceria entre o Estado e o setor privado, as OS são instituições do denominado terceiro setor da economia, onde pessoas privadas com fins públicos e sem finalidade lucrativa, constituídas voluntariamente, desenvolvem atividades de relevante interesse coletivo (MODESTO, 1997). Este aspecto jurídico, no entanto, não é respeitado pela proposta governamental, que atribui ao poder executivo a qualificação de entes privados como OS.

Outro aspecto jurídico polêmico é o impedimento legal da utilização do contrato de gestão como instrumento entre o Estado e entes privados como as OS, regidas pelo direito privado, desde que não são enquadradas como entes da Administração Indireta (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

A proposta da reforma do aparelho de estado (BRASIL, 1995), reconhece que a prestação de serviços de saúde (são explicitados apenas hospitais) tem uma forma de propriedade que não é exclusiva do Estado. Deste modo, estaria no bojo das atividades que poderiam ser transferidas para o setor privado, na forma de propriedade pública não-estatal, através de um programa de “publicização”, garantido o direito de recebimento de recursos orçamentários públicos.

O pressuposto básico é que tais serviços, não incluindo o exercício de poder, serão mais eficientes se operacionalizados pelo setor público não-estatal. As OS teriam, assim, maior autonomia administrativa e financeira, respeitados os instrumentos legais em que devem se basear.

A transferência de serviços públicos/estatal para as OS seria um processo voluntário, por iniciativa dos respectivos ministros e secretários de estado das áreas envolvidas. Destacam-se como serviços prioritários neste processo de transferência os hospitais, universidades, escolas técnicas, centros de pesquisa, bibliotecas e museus.

Os principais objetivos, no caso da transferência de serviços para o setor público não-estatal seriam (BRASIL, 1995: 58-59):

- possibilitar uma maior autonomia e responsabilidade dos dirigentes dos serviços;
- permitir o controle social direto através de conselhos de administração (afirmação esta que limita e desconhece a existência, na saúde, dos conselhos municipais, estaduais e nacional como modalidade de controle social do SUS);
- ampliar a parceria do setor privado com o Estado, que será responsável pelo financiamento da instituição através da compra de serviços;
- aumentar a eficiência e qualidade dos serviços com um menor custo.

Destaca-se, na dimensão gestão da proposta do governo, a implantação de dois outros projetos considerados básicos ao lado das OS: o projeto de Avaliação Estrutural (para examinar globalmente a estrutura do Estado) e o projeto de instituição de Agências Autônomas, visando transformar as autarquias e fundações que exerçam atividades exclusivas do estado em entes autônomos e com gestão modernizada.

Quanto a constituição da OS, a Lei Federal e a Lei da Bahia são os instrumentos mais abrangentes, ao dispor sobre um programa que institui OS para vários setores. A Lei

Federal incluí os setores da saúde, educação, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente e cultura. A Lei aprovada pelo Estado de São Paulo previa inicialmente a qualificação de OS apenas para a prestação de serviços de saúde, sofrendo o acréscimo da área da cultura no momento da sua aprovação.

Nestes instrumentos, atribui-se todo poder em relação a qualificação das OS aos respectivos ministros ou secretários de estado, e no caso particular da Bahia a qualificação deve ser referendada por ato do Governador. Este é um dos aspectos polêmicos da proposta, ao atribuir excessivo poder ao executivo, que conseqüentemente poderá manipular a distribuição de atos de qualificação, atingindo mais uma vez o ainda frágil princípio de participação e controle social do sistema de saúde em vigor.

Neste sentido, vale alertar que, enquanto princípio constitucional e assegurado na Lei Orgânica da Saúde, os Conselhos de Saúde deverão se capacitar (técnica e politicamente) para influir no controle social das OS. Nenhum dos instrumentos legais em vigor faz qualquer referência a existência e ao papel dos conselhos de saúde. A Lei baiana, institui inclusive um Conselho Fiscal na estrutura da OS, que deve contar com a participação de representantes das secretarias e Procuradoria do Estado e da sociedade civil em geral.

Em alguns casos, há exigência de processo liquidatário para a qualificação das OS, mas também estão contemplados sua dispensa permanente, como na Lei paulista ou excepcionalmente, como na Lei baiana.

Conseqüentemente, as leis em vigor inspiram-se nos pressupostos da lei federal e, pela análise da conjuntura, a expansão da proposta de instituição das OS se dará pelo setor saúde. Paradoxal, desde que a saúde é um dos setores sociais com uma política formulada e em andamento em todo o país.

#### **4. QUAL INOVAÇÃO?**

No documento “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (BRASIL, 1995), a administração pública é considerada como ineficiente, burocrática e rígida. É reforçada a necessidade da sua modernização, com destaque para a adoção de um modelo gerencial de gestão com controle de resultados, flexível e eficiente, reconhecendo que nada disto existe, hoje, na gestão dos serviços públicos estatais.

A adoção de um modelo gerencial cujas origens encontra-se na lógica do mercado, poderá se constituir em solução para os graves problemas da administração pública brasileira? É a OS uma iniciativa inovadora na gestão em saúde?

Inicialmente podemos admitir que a OS, como modelo de parceria entre o estado e a sociedade, constitui uma novidade institucional, mas não uma nova figura jurídica.

Para MODESTO (1997) as atividades de uma OS são de relevante valor social e independem de concessão ou permissão do Poder Público. Este não é o caso da proposta governamental, que estabelece uma completa ingerência na instituição e funcionamento das OS.

Estas devem ser criadas por iniciativa de particulares segundo um modelo previsto em lei. Depois de constituídas, devem ser reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo estado. Portanto, ser organização social não significa apresentar uma estrutura jurídica inovadora, mas possuir um título jurídico especial, conferido pelo Poder Público.

O que distinguiria a OS de outras entidades privadas sem fins lucrativos e reconhecidas como de utilidade pública seria a composição especial dos seus estatutos, com os órgãos de

deliberação superior incluindo a participação de representantes do estado e com o repasse de bens e recursos públicos condicionado à assinatura de contratos de gestão.

No entanto, parecer do Conselho Federal de Medicina afirma que os contratos de gestão, por se constituírem em instrumentos de direito privado, não poderiam ser utilizados pela administração pública. No caso da OS, os instrumentos que deveriam ser utilizados seriam o contrato de direito público e os convênios, como os já realizados pelo SUS (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Deste modo, ao cercear a “livre” constituição da OS, dado que está sendo imposto pelo estado um modelo a seguir, esta, no setor saúde, tenderia a repetir o padrão vigente nas “parcerias” já existentes entre o estado e o setor privado não-lucrativo e lucrativo, que vendem seus serviços ao SUS. A excessiva normatização explicitada nos instrumentos legais para qualificar as entidades privadas postulantes ao título de OS, é, em si mesma, um dado limitante a possibilidade de uma gestão eficiente por parte destas entidades.

As reações contrárias à constituição da OS variam desde argumentos políticos até razões jurídicas. Os argumentos apresentados consideram a constituição da OS desnecessária, desde quando as atuais figuras jurídicas poderiam assumir o mesmo papel.

Dentre os argumentos jurídicos explicitados destacamos (DI PIETRO, 1996; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997)

- a inconstitucionalidade de transferência, pelo estado, de serviços próprios, significando serviços próprios os que afetam substancialmente as necessidades da população;
- o impedimento legal de se usar contratos de gestão entre a iniciativa privada e a administração pública;
- o fato de que não se poderia ceder servidores públicos para entes privados, com proposto para a OS.

Dos argumentos políticos explicitados destacamos (MURAD, 1998; FLEURY,1997; MELO *et al.* 1998):

- os que afirmam que esta seria a alternativa de expansão do PAS (modelo paulista de cooperativas na saúde) para todo o Brasil, cujos resultados são polêmicos e cujas denúncias de fraude pululam o noticiário nacional;
- a explicitação, com tal iniciativa, da desresponsabilização do Estado quanto a assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros;
- a assunção, pelo Estado, da proposta política da Reforma Sanitária, e do SUS em particular, como um sistema apenas para os muito pobres. Tal argumento se justificaria pelo fato de não se identificar iniciativas efetivas para a efetiva implantação do SUS conforme previsto em lei;
- o fato óbvio de que visando a sua competitividade no mercado, a OS deverá buscar formas próprias de aumentar seus recursos e não se limitar ao financiamento via Estado. Naturalmente uma das formas seria a venda de seus serviços no mercado;
- a não identificação de sinais de que os investimentos necessários estão sendo feitos no sentido de transformar e modernizar a administração pública estatal. Questiona-se inclusive a capacidade do governo em exercer seu papel de formulador de metas e contratador de serviços de saúde que pretende transferir ao setor privado.

Outros argumentos considerados destacam que a OS reproduzirá o que já acontece no setor privado complementar ao SUS, tais como:

- constituição de dupla clientela, com prioridade para outros segurados ou pagantes privados;
- opção por clientes com patologias cujo atendimento custe o menor preço, dados os valores pagos pelo governo;
- ampliação da segmentação e da iniquidade;
- exclusão, no processo de constituição da OS, das instâncias municipais, o que atrasa ainda mais o avanço da municipalização da saúde em curso;
- ampliação da transferência de recursos públicos para prestadores de serviços privados, em detrimento de maior repasse para os serviços públicos estatais;
- inexistência de critérios explícitos para a escolha das entidades que serão qualificadas como OS.

Voltando a discussão específica do caráter inovador da OS para a gestão na saúde, precisamos definir o que consideramos como inovação, que não se limita a mera novidade da figura jurídica da OS.

Fugindo ao senso comum, em que a inovação seria a “mera introdução de novidades”, o que até poderia ser atribuído à OS na saúde, passemos a entender a inovação como a “*introdução intencional, dentro de um grupo ou organização, de idéias, processos, produtos ou procedimentos novos para a unidade, relevante de adoção e que visa gerar benefícios para o indivíduo, grupo, organização ou sociedade maior*” (ALENCAR, 1995: 103).

Enquanto uma proposta intencional do governo visando modificar a administração pública brasileira, a OS, com base nesta última definição, não se constitui em uma inovação se a consideramos como um procedimento ou processo no setor saúde.

Um dos problemas identificados quanto a gestão do SUS no Brasil é a relação já existente entre este e o setor privado, filantrópico ou lucrativo, que tem, historicamente contribuído na direção da cristalização das iniquidades do setor.

Nenhuma possibilidade de gestão nova ou moderna foi estimulada ou exigida pelo Estado frente aos seus “parceiros” históricos na prestação de serviços de saúde. Sequer o seu papel fiscalizador, necessário para o cumprimento dos princípios e diretrizes do próprio SUS, é exercido a contento.

Não pode ser considerada como inovadora uma proposta que não foi discutida pela sociedade brasileira ou por seus representantes, incluindo os Conselhos de Saúde em funcionamento. Prova disto é que o ato legal para formalização das OS foi inicialmente uma Medida Provisória, forma excepcional de legislar atribuída ao Poder executivo e amplamente utilizada pelo governo FHC.

Tal maneira de introduzir reformas é claramente uma opção por um modelo de decisão imposto do alto para baixo (*top-down*).

É claro que se pode discutir que os Estados são autônomos para aceitar ou não a instituição, nos seus âmbitos, da proposta governamental. Mas os exemplos até agora, tomando-se a Lei da Bahia a título de ilustração, demonstra uma clara opção política de, não só atender a direção formulada pelo governo central, como de legitimá-la.

O mais grave, no entanto, parece ser a adoção deste modelo como a panacéia para os males da administração pública brasileira.

Neste sentido, vale registrar as considerações de KLIKSBURG (1996: 81), quando afirma que “*na gerência moderna, foi claramente demonstrado que as organizações privadas e públicas que alcançam a excelência não a atingem por meio de minuciosas reordenações*



*formais, e sim, entre outros aspectos, pela capacidade de identificar a agenda de decisões-chave, pelo desenvolvimento da rede de contatos, pelo envolvimento do pessoal, pelas inovações, pela flexibilidade, pelas políticas de imagem eficientes, pelas relações com o meio e pelo desenvolvimento de aptidões para lidar com a complexidade”.*

Deste modo, como considerar inovadora a proposta do governo? Por outro lado, quais os benefícios que porventura possa trazer para a população a gestão de serviços de saúde por uma OS?

Podemos antecipar que, para sua própria sobrevivência, as organizações sociais deverão disputar clientela no mercado, que poderá pagar mais do que os valores pagos de forma indireta pela clientela “SUS”. A consequência mais imediata disto é a manutenção do SUS como um sistema público para os pobres, e o estabelecimento de formas complementares de ressarcimento financeiro pela clientela pública que utilizar dos serviços prestados pela OS.

A inovação possível em relação à gestão da saúde por OS estaria na característica do seu mercado. Este, deverá incorporar setores das classes médias e médias alta do país e, em parte, ser disputado com os seguros e cooperativas de saúde. Esta competição poderá exigir mudanças na organização das empresas que já atuam no setor.

Para a obtenção deste novo mercado a OS não poderá depender de uma estrutura fixa para sua expansão. Este aspecto já compromete o projeto governamental, como “criador” de uma figura jurídica que para ser capaz de gerir modernamente serviços de saúde deveria ser ágil, flexível e independente.

Estes fatores não se constituiriam em benefícios para os dirigentes executivos da OS, que se veriam limitados em sua ação competitiva no livre mercado. Tampouco para a população brasileira em geral, pobre, cujos interesses e necessidades não se constituem em prioridades para quem deve atuar sob a lógica do mercado.

Para a gestão de setores sociais como a saúde, seria necessário não a mera adoção de modelos com base nos pressupostos do mercado, mas, em particular, ao que KLIKSBURG (1996) chama de desenvolvimento da capacidade de gerência social. Esta teria como base de sua eficiência a participação da comunidade, o que o modelo da OS em nada favorece, e até ignora. Outro aspecto a ressaltar, nesta mesma linha de argumentação, seria quanto a necessidade de desenvolver um programa gerencial e de capacitação de gestores sociais. Sem desconhecer que esta função, deve se constituir em uma nova profissão.

Como é sabido, no Brasil, os gestores do setor saúde, sejam eles do serviço público ou privado, filantrópico ou lucrativo, caracterizam-se por uma formação setorial. No caso da saúde, destaca-se o profissional médico, que detém a hegemonia na gestão de serviços. Estes gestores sociais, segundo KLIKSBURG (1996: 82), “ *independente de sua qualificação, não possuem a formação especializada necessária para se encarregarem das atividades gerenciais no quadro característico dos programas sociais (incerteza, conflito, escassez de recursos, pressões múltiplas e negociações permanentes)* ”.

A possível inovação na gestão do setor saúde trazida pela OS estará, portanto, diretamente dependente da sua capacidade de ampliar novos mercados em saúde ao mesmo tempo em que mantenha um patamar mínimo de equidade social. Considerando que a OS é uma proposta em expansão, o desafio central que se coloca para seus futuros gerentes é de como gerir necessidades sociais em saúde.

Estudo de caso realizado por TANAKA e MELO (2000) em uma organização social de saúde no município de São Paulo aponta a total dependência dos resultados até então obtidos pela OS pelo repasse regular e suficiente de recursos para seu funcionamento pelo

estado. Os aspectos que se destacam na gestão da OS são os atributos da própria equipe gerencial, cujas características de seriedade e dedicação têm-se destacado entre outras na condução das OS no município. Também a característica, assegurada até a época da pesquisa, de exclusivo atendimento a clientela pública, bem como de inexistência de outras fontes de receitas financeiras que não a pública fazem dessa experiência um caso singular.

No entanto, para o governo brasileiro, preocupado em ampliar a sua governança e relegando sempre mais e mais sua responsabilidade social pergunta-se: um mercado com equidade social pode ser possível?

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O que mais chama a atenção na iniciativa governamental de começar nos setores sociais a sua proposta de “modernização” da administração pública? Sem dúvida é o fato de que parece ignorar a profunda relação existente entre o efetivo funcionamento das instituições e o contexto histórico e social que a condiciona (ARRETCHE, 1997).

Em particular, o governo ignora que dentre as políticas públicas, as políticas de saúde, a partir do final dos anos 80, implementaram e ampliaram medidas efetivas de reforma no setor. Tais medidas, como a redistribuição de funções e competências, a organização de um sistema de saúde hierarquizado e descentralizado e um ainda incipiente processo de controle social institucional, estão em curso, apesar das profundas dificuldades estruturais e conjunturais enfrentadas (ARRETCHE, 1997; COHN, 1997).

Inovar a gestão da saúde, implica em recompor a centralização estratégica pelo estado, o que vai permitir a redefinição e expansão do mercado em saúde, ampliando-se a equidade exigida pela realidade brasileira.

Por outro lado, a constituição da nova profissão de gerentes sociais, destacada anteriormente, vai depender de iniciativa e apoio do estado. A capacitação e desenvolvimento destes agentes sociais, é uma tarefa que a universidade brasileira, em particular a universidade pública, ainda não dimensionou.

Inovar a gestão em saúde exige por em prática o que o governo explicita na proposta de reforma do seu aparelho, isto é, a constituição de um “núcleo estratégico” do estado. Este deverá decidir, de modo centralizado e, espera-se, respeitando os princípios de um “governo democrático”.

Mas como isto é possível quando o desmonte do aparelho do estado em curso no Brasil, parece ser a chave das reformas governamentais? Quem serão os servidores públicos que estão sendo formados para compor o núcleo estratégico do estado?

Tais questões, consideradas relevantes, não encontram eco nas medidas governamentais em prática, nem nos documentos que as embasam.

Todo o esforço do governo tem girado em torno de medidas paliativas, que caracterizam não a reconstrução do estado brasileiro, mas o seu completo desmonte.

A OS, portanto, permite apenas uma flexibilização da administração da saúde, possível de ser experimentada com os contratos e convênios existentes entre o estado e o setor privado e filantrópico.

Além disso, a funcionalidade gestonária da OS na saúde depende, também, de sua articulação em uma rede regionalizada e hierarquizada. Isto para que exista uma eficiência que não passa, no caso da saúde, apenas pela administração de unidades de serviços isoladas. Mecanismos adotados nessa direção são parciais. No estudo de caso referido no município de São Paulo (TANAKA e MELO, 2000), a mesma organização social que está

gerindo o hospital estudado está assumindo outros serviços públicos estatais, entre eles um hospital especializado e um centro de saúde.

Mesmo os planos de saúde privados já começam a reconhecer que para uma gerência eficiente de uma unidade de serviço de saúde tem que existir articulação para uma ação estratégica mais geral, que reduza os custos globais da atenção médica. Isto tem significado, inclusive, agir na prevenção de riscos.

Nenhum modelo de gestão e atenção à saúde até agora vigentes garante a equidade mínima exigida, requisito indispensável para que o Brasil passe a ser inovador na gestão e na prestação de serviços e ações de saúde.

Apenas uma estratégia governamental que considere a equidade, mesmo num patamar mínimo necessário, poderá se constituir em uma inovação. Não só para a gestão da saúde no Brasil, mas também para a reforma do estado considerada necessária.

Esta reforma não deve ter como base apenas a recuperação da governança, mas sim a capacidade de construir um regime democrático no Brasil. O que, mesmo nos tempos da modernidade, exigirá a busca permanente e intransigente da equidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALENCAR, E. M. L. S. de., 1995. *Criatividade*. 2ª ed. Brasília, Editora Universidade de Brasília.
2. ALMEIDA, C. M., 1995. *As reformas Sanitárias dos anos 80: crise ou transição?* Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Tese de Doutorado, julho de 1995. [Mimeografado].
3. ARRETCHE, M., 1997 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, p.127-152.
4. BAHIA (Estado). Lei n. 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.
5. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8080, 1990, Brasília, 1990.
6. BRASIL.,1997 Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações Sociais. Cadernos do MARE de Reforma do Estado. Brasília: MARE, Caderno 2.
7. BRASIL., 1995. 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, 86p.
8. BRASIL., 1997. Medida provisória n. 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.
9. BRASIL., 1998. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998: 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, 25 maio.

10. BRESSER PEREIRA, L. C., 1996. *Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil. Para uma nova interpretação da América Latina*. São Paulo: Ed. 34, 360p.
11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.,1997. Aspectos jurídicos da proposta das Organizações Sociais Autônomas. Parecer Jurídico nº 031/97. Brasília, 16 p.[Mimeografado].
12. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE., 1997. A posição do CNS a respeito da proposta de criação das Organizações Sociais. Parecer aprovado na Plenária de 7/8 de maio, Brasília. [Mimeografado].
13. COHN, A., 1997. 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. p.101-113.
14. DI PIETRO, M. S. Z., 1996. *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*. São Paulo: Atlas.
15. FLEURY, S., 1997. Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e Governança. *RAP*, 31 (5): 195-204, Set./Out.
16. FUNDAP.,1997. “ Novas Formas de Gestão dos Serviços Públicos. A Relação Público - Privado ”. São Paulo: Fundap, 68 p.
17. KLIKSBURG, B., 1996. A modernização do estado para o desenvolvimento social - algumas questões - chave. *Rev. Adm. púb.*, 30(1): 78-90, Jan/Fev.
18. MELO, C.; CABRERA, G.; CARNEIRO, M. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; DOMINGUES, M. A. ; MAEDA, S., 1998. As Organizações Sociais como executoras de ações públicas não estatais de saúde. São Paulo, 32 p. [Mimeografado].
19. MENDES, E. V., 1996. *Uma Agenda Para a Saúde*. São Paulo, HUCITEC.
20. MODESTO, P., 1997. 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 sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública, Centro Latino Americano para el Desarrollo: Ilha Margarita, out. [Mimeografado]
21. MURAD, J.,1998. Sistema Público de Saúde x Organizações Sociais. Qual o futuro do SUS se instituições privadas administrarem hospitais públicos? São Paulo, 42 p. [Mimeografado]
22. NASSIF, L, 1998. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 27 abril. Caderno Negócios, p. 1.
23. SÃO PAULO (Estado), 1998. Projeto de Lei Complementar nº 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 fevereiro, p.45.
24. TANAKA, O.Y. e MELO C., 2000. **Inovação e Gestão: análise da gestão cotidiana de uma organização social de saúde**. São Paulo [Relatório Final de Pesquisa apresentado à FAPESP].