

Uma Análise sobre os Modelos de Gestão Terceirizados: a desconstrução de discursos

Bruno Mariani de Souza Azevedo

PARTE 1 – OS MODOS DE FAZER A GESTÃO PÚBLICA E SUAS APLICAÇÕES NA SAÚDE

A proposta de gestão pública que ganha espaço

2010 é ano de acirrada eleição presidencial. Nesses momentos as políticas públicas de saúde são tema recorrente. Na pauta da saúde, este ano, questões controversas devem ser debatidas. Um de grande importância refere-se às proposições de modelo de gestão alternativas à gestão pública direta.

Por gestão pública clássica, entendem os críticos, denominar como modelo burocrático weberiano. Contemporaneamente este modelo tem sido considerado incapaz de responder a algumas mudanças da sociedade como: a *“crise fiscal do Estado, a crescente competição territorial pelos investimentos privados e mão de obra qualificada, a disponibilidade de novos conhecimentos organizacionais e tecnologia, a ascensão de valores pluralistas e neoliberais, e a crescente complexidade, dinâmica e diversidade das nossas sociedades”* (Secchi, 2009). As críticas a esse modelo são contundentes: *“presumida ineficiência, morosidade, estilo auto-referencial, e descolamento das necessidades dos cidadãos”* (Secchi, 2009).

Alternativamente, Sacchi discute dois modelos organizacionais, a Administração Pública Gerencial e o Governo Empreendedor e uma linha teórica, a do movimento de Governança Pública. Melhor do que detalhar as propostas destes modelos é colocar um exemplo. Traz-se as proposições de Bresser-Pereira para o “Modelo Estrutural de Gerência Pública” (Bresser-Pereira, 2008). Neste documento o ex-ministro da Administração Federal e de Reforma do Estado, do governo Fernando Henrique Cardoso, propõe-se a mudanças no processo de gestão de pessoal, uma direcionalidade da gestão pelos objetivos e uma reforma da própria estrutura organizacional do Estado.

Transcrevendo um quadro de seu texto, dividem-se as propriedades em estatal, pública não-estatal, corporativa e privada. No âmbito das propriedades estatais estariam apenas as atividades exclusivas do Estado para a formulação e viabilização de implantação de políticas, então organizadas em secretarias e agências. O funcionalismo público (servidor público estatutário) seria composto apenas por “*servidores públicos graduados de alto nível, recrutados entre os melhores jovens talentos à disposição da sociedade, bem treinados, bem pagos, e de quem se exigirá não somente um ethos republicano apropriado, mas elevados padrões de competência*” (Bresser-Pereira, 2008).

Na esfera das propriedades públicas não-estatais estariam as atividades de controle social, de serviços sociais e científicos, compostas então por “organizações de defesa de interesses públicos” e organizações sociais. Para a atividade de defesa de interesses corporativos se destinam os sindicatos e associações, classificados como propriedades corporativas. Por fim, as instituições filantrópicas e empresas privadas comporiam a propriedade privada podendo ofertar serviços sociais e científicos e a produção de bens e serviços para o mercado e para compra pelos governos (Bresser-Pereira, 2008).

Em conformidade com o princípio da Governança Pública em que se enfatiza o papel estatal de controle e coordenação (Secchi, 2009) estabelecem-se indicadores de resultados para as diversas atividades conveniadas. Cabendo à auditoria o controle sobre o cumprimento dessas metas e menos enfaticamente sobre o processo.

Dentre as justificativas para essa formulação coloca-se o aumento da autonomia de gestores, o aumento de sua satisfação com o trabalho (inclusive igualando os rendimentos dos servidores estatais aos da iniciativa privada) e melhora da prestação de serviços através da responsabilização dos gestores e das entidades que executam os serviços, particularmente através das metas pactuadas (Bresser-Pereira, 2008).

Consoante a essa proposta, ideologia, de Estado vem-se promulgando, a nível federal, estaduais e municipais, leis que a viabilizem. No bojo da Reforma de Estado tocada pelo ministério supracitado, foi promulgada a lei 9637/98, cujo artigo 1º define:

“O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.” (Brasil, 1998)

Entre os requisitos especificados na lei, estão: a comprovação da natureza social e finalidade não-lucrativa da entidade; a previsão estatutária da existência, composição e atribuições de um conselho de administração (com participação do poder público e da sociedade) e de uma diretoria; publicação anual de relatórios financeiros e de execução do contrato de gestão. Além da aprovação “quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social” pelo poder executivo da esfera de governo em que a entidade atuará (Brasil, 1998).

A legislação também fornece algum balizamento para a composição desse conselho de administração, ainda que sem deixar claro como os membros devam ser escolhidos. Assim, ao menos representantes do poder público, de entidades da sociedade civil e membros de “notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral” eleitos pelo conselho, compõem esta instância (Brasil, 1998).

A forma de relação com o poder público é estabelecida como sendo através de contrato de gestão, submetido à aprovação da “autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada”. Neste documento deverá conter o plano de trabalho proposto pela entidade, com o compromisso de metas, “com critérios objetivos de avaliação de desempenho”, mediante o uso de indicadores de qualidade e produtividade. Também devem ser estipulados os “*limites e critérios para a despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados da organização social.*” (Brasil, 1998).

Ao término de cada exercício, a entidade deverá apresentar um relatório da execução do plano de trabalho, com a comparação das metas propostas e dos resultados alcançados, bem como com a prestação de contas do exercício financeiro. Esses documentos devem ser avaliados por comissão constituída para tal (Brasil, 1998).

Essa lei é promulgada em maio. Já em junho o Estado de São Paulo aprova legislação semelhante. A lei complementar nº 846/98 pouco tem de diferente de sua contraparte federal. Estabelece mais um requisito, a entidade, para ser habilitada, deve ter serviços próprios de assistência à saúde há pelo menos cinco anos. No artigo 6º, reforça-se um entendimento de que a licitação para o estabelecimento dos contratos de gestão é dispensável. No artigo 8º, inciso IV, especifica-se que, para a saúde, todo o atendimento deve ser exclusivamente destinado ao SUS. Nessa também se coloca que apenas serviços recém-inaugurados poderão ser destinados à gestão por OSS (São Paulo, 1998). Posteriormente, em 2008, o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 62 permite o contrato de gestão para qualquer tipo de serviço de saúde, mesmo para

aqueles já em funcionamento pela gestão estatal. Além disso, esse PLC autorizava que 25% da capacidade instalada dos serviços de saúde pudesse ser destinada ao atendimento de convênios, trecho vetado pelo governador, e passou a permitir a requisição da habilitação por parte das fundações de apoio a hospitais universitários.

Na mesma linha das Organizações Sociais (OS), em 1999 é promulgada a lei que regulamenta a existência e habilitação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). A primeira diferença essencial é a forma de habilitação da entidade, que cumpridos os requisitos (semelhantes, acrescentadas restrições quanto aos tipos de entidades podem requerer a habilitação), solicitam-na ao Ministério da Justiça, sendo que todas que cumprirem integralmente os requisitos serão habilitadas. A relação com o poder público se dá mediante Termo de Parceria (Brasil, Lei 9.790, 1999), que pouco difere do contrato de gestão. Para efeitos deste trabalho consideraremos ambas as formas de qualificação de entidades para parceria com o setor público como idênticas por enquadrarem-se da mesma forma em um modelo de gestão para a gestão pública.

Atualmente, no Estado de São Paulo, unidade da federação precursora e usada como modelo desta modalidade de gestão, 34 hospitais, 38 ambulatórios, um centro de referência, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas são administrados por esta forma de gerenciamento. Contabilizam-se 4300 leitos nestes serviços de saúde (Secretaria Estadual de Saúde, 2010).

Já existem alguns artigos e mesmo trabalhos de mestrado e doutorado versando sobre a questão das OSS. Em um recente, Barradas, o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, traz dados que atestariam a superioridade deste modelo sobre o de administração direta. Para ele a baixa relação de funcionário/leito e a alta rotatividade de RH estão relacionadas com a agilidade gerencial do modelo e a possibilidade de contratação pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho. O regime estatutário e a falta de autonomia levariam a um excesso de contratação e dificuldade para demissão, aumentando muito a relação funcionário/leito. Reconhece a terceirização de vários setores dos hospitais em todos os modelos de gestão, particularmente segurança, limpeza, lavanderia, recepção, informática, manutenção e nutrição/dietética. Para atestar a maior eficácia do modelo que propõe também lança mão de dados como taxa de cesárea, de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, número de internações por ano, número de paciente-dia por ano, cirurgia por sala por ano, taxa de cirurgia, total de parto, total de exames e exames por internação. Atribui a melhor expressão

nestes dados aos contratos de gestão (Barradas, Bittar, Magalhães, Alves, & Carvalho, 2009).

Sobre os contratos de gestão, é difícil ter-se acesso a eles. Tem-se visto uma produção de indicadores predominantemente avaliadores de acesso, quantidade e resultado e raramente de processo. No V Seminário de Atenção Primária à Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, no fim de março de 2010, a Diretora Técnica do Hospital Santa Marcelina (qualificado como OSS para o Estado e para o Município de São Paulo) fez uma exposição apresentando a experiência da entidade na gestão da Atenção Primária. Questionada sobre o contrato de gestão confirma que as metas propostas no contrato de metas são eminentemente quantitativas, medindo mais acesso e resultado final (quantidade de consultas, de primeiras consultas, de visitas domiciliares, quantidade de reclamações e respostas dadas, cobertura vacinal) (Bourget, 2010).

De toda forma identifica-se que os contratos de gestão seriam um dos avanços que esse modelo traz. O fato de o contrato trazer, de forma integrada, questões da administração da unidade, da compra de serviços e mecanismos voltados à melhora da qualidade (metas) é de bom potencial para se pensar os instrumentos de monitoramento e controle da unidade com relação aos tradicionalmente empregados (Pahim, 2009).

Outros avanços, identificados por esta autora, que o modelo traz, referem-se à obrigatoriedade e necessidade de se adquirir e a manter atualizado um sistema de custos (que, diga-se de passagem, gera uma grande quantidade de dados de análise complexa) e à permissão de acumulação dos excedentes com a obrigatoriedade de reinvestimento nas atividades da própria unidade. Em uma coerente análise da introdução destes mecanismos de gestão, a autora também os retira do escopo de avanços relacionados exclusivamente ao modelo de terceirização por OSS:

“Entende-se que a possibilidade do emprego desse formato exibido pelo contrato de gestão está fortemente associada à relativa autonomia com que as unidades de saúde são gerenciadas no modelo OSS, uma vez que apenas certa liberdade no processo de tomada de decisão é compatível com a cobrança pelo eventual não alcance das metas acordadas. (...) A questão fundamental parece ser não a origem estatal ou privada das gerenciadoras, mas o seu grau autonomia e flexibilidade em tomar decisões.” (Pahim, 2009, p. 96)

Questionando os dados

De outro lado Pahim alerta sobre os riscos de se efetuarem comparações entre grupos hospitalares geridos por OSS e aqueles sob administração direta pelo Estado. Isso porque ao se analisar os dados orçamentários de São Paulo claramente percebe-se a preferência de investimentos do poder público nesse tipo de modelo de gestão e *“é preciso questionar até que ponto faz sentido a comparação entre dois modelos de gestão atualmente vigentes na esfera estadual dado que um deles foi eleito pelo governo como a forma preferencial de expansão do sistema de saúde”* (Pahim, 2009, p. 141). No mesmo período em que a receita da saúde estadual avançou cerca de 70%, os gastos com OSS tiveram uma elevação da ordem de 114% (2002 a 2007).

A dificuldade na comparação entre hospitais também fica evidente no estudo da economista. A heterogeneidade do perfil de atendimento, população adscrita, complexidade dos procedimentos etc., torna a comparação algo bastante complexo, mesmo entre hospitais de um mesmo tipo de modelo de gestão. A grande variação de preços verificada entre um hospital e outro não só reforça essa dificuldade de comparação, como também evidencia a fragilidade do modelo no que tange ao controle financeiro destes contratos de gestão (Pahim, 2009).

Cabe aqui, então, fazer uma crítica aos números, ou às interpretações apresentadas no artigo de Barradas supracitado. Sobre a relação dos hospitais com seu corpo de pessoal, parece-me estranho que se considere uma vantagem que os hospitais com OSS tenham uma proporção funcionário por leito ainda menor mesmo que as instituições totalmente privadas. Parece que essa proporção de trabalhadores inferior não representa grande vantagem e sim uma excessiva sobrecarga sobre os funcionários. Talvez até mesmo a qualidade do atendimento esteja comprometida por essa relação, o que é admitido no próprio artigo ao se colocar que essa relação funcionário/leito é maior no privado pela exigência dos próprios usuários.

Raciocínio semelhante pode ser aplicado à taxa de rotatividade de pessoal, colocada como vantagem dos hospitais que adotam o modelo de OSS (a maior dentre todos os grupos comparados). Ao se fazer essa análise está se desconsiderando os custos adicionais de seleção, treinamento e adaptação destes novos profissionais constantemente reinsertos?

A discussão sobre pessoal torna-se ainda mais preocupante ao analisar o dado das terceirizações (ou quarteirizações se já considerarmos a OSS uma terceirização) de

setores hospitalares e que ocorrem com bastante freqüência em todas as modalidades de gestão. No caso dos hospitais que possuem contrato de gestão isso tem alguns tons a mais a serem discutidos, como o fato de não precisarem fazer licitação para contratar essas prestadoras de serviço. Além disso, essa prática torna difícil o controle dos salários e vantagens praticados, como previsto em lei. Uma incorporação de trabalhadores que varia de 33% a 69% pode mesmo colocar em cheque o significado de um plano de cargos e salários para a unidade (Pahim, 2009).

A comparação dos dados de indicadores de desempenho hospitalar, produção e produtividade incorre na questão do nivelamento de hospitais de características bastante diferentes. Se a comparação interna a cada grupo de hospitais já seria bastante complicada que dizer da comparação entre os grupos.

Por fim, as comparações da faixa etária dos usuários destes hospitais e, conseqüentemente, do tipo de patologias atendidas nestes agrupamentos tomam outras cores ao levarmos em consideração alguns dados levantados por Pahim. Entre os anos de 2003 e 2007 os faturamentos das internações de caráter obstétrico foram relativamente menores, em compensação as cirúrgicas e pediátricas foram os maiores. Neste período é possível notar uma redução das internações em obstetrícia em favor das cirúrgicas (Pahim, 2009). Estaria isso relacionado a uma questão epidemiológica e de necessidade de saúde da população ou à saúde financeira das entidades gestoras das unidades de saúde?

Longe de querer apresentar supostas verdades para contrapor o referido artigo, espera-se apenas que o efeito exemplificador dessa comparação e análise possa tirar o modelo de gestão por Organizações Sociais do status de proposta inquestionável em termos técnico-administrativos. É importante tornar o mais claro possível que, a despeito dos avanços que possa apresentar, a adoção deste modelo é de opção política.

Contraposição jurídica

Saindo dos questionamentos mais técnicos e voltando a abordar a discussão mais jurídica, vemos que esta legislação e sua prática não estão totalmente aceitas ou em conformidade com a Constituição Federal brasileira. A promulgação desta lei gerou imediata reação na forma de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN 1923/98), um processo com cerca de 70 páginas, ainda aguardando julgamento do Supremo Tribunal Federal. Em linhas gerais esse processo questiona o método de

qualificação de OSS, a cessão de servidores públicos com ônus para a origem, a aplicação do modelo para as áreas de saúde e educação e o programa de publicização.

Para que a discussão a esse respeito não fique demasiada extensa, no momento discutir-se-á apenas a questão específica da saúde. A esse respeito, coloca-se que a lei das OSS fere diretamente os artigos 196, 197 e 199 da Constituição Federal, neles coloca-se, expressamente que: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado”*; *“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”*; *“A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”* e *“As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”* (Brasil, 1988). A questão que se debate é até onde se pode atestar a necessidade ou não de complementaridade do Estado pela iniciativa privada. A quem cabe essa definição? De toda forma, em havendo necessidade de complementação, a Constituição prevê a compra de serviços e não a passagem de serviços publicamente constituídos à gerência pela iniciativa privada.

Pelo menos esse tem sido o entendimento de diversos promotores públicos nos últimos anos ao julgarem questões locais. Em 2006, o Ministério Público do Estado de Minas Gerais ajuizou Ação Civil Pública, a partir do inquérito civil nº 036/2006, em face ao município de Betim estabelecer concorrência para contratar empresa especializada em prestação de serviço de gestão de estoque de medicamentos, materiais médico-hospitalares e materiais odontológicos, mão-de-obra, software e veículos para distribuição de produtos. Lançando mão dos artigos sobre Saúde da Constituição Federal e da lei 8080/90 e apoiando-se em jurisprudências e bibliografia pertinente à Administração Pública, assim consideram os promotores:

“Vale dizer, o SUS consiste na política pública a ser implementada para o cumprimento do dever estatal de promoção do direito à saúde. (...) A Constituição da República, assim, não só reconheceu a saúde como direito fundamental, como desde logo definiu que a prestação dos serviços públicos pertinentes ocorreria dentro de uma política pública única, que seguiria regras constitucionais e normas legais (genéricas) estipuladas em lei federal. (...) Nesse particular, o próprio texto

constitucional é muito claro ao definir que o serviço público de saúde deve ser prestado diretamente pelo Poder Público. (...) Ou seja, instituições particulares podem participar do SUS quando indispensável para satisfazer as necessidades sociais. Essa participação será em caráter complementar, pois a prestação do serviço público de saúde é responsabilidade direta do Estado. (...) É evidente, pois, que o papel da iniciativa privada na prestação de serviços do SUS é acessório, coadjuvante. Logo, toda e qualquer tentativa ou medida de investir a iniciativa privada no papel de protagonista ou gestora, no sistema único de saúde brasileiro, confronta o texto constitucional e a legislação derivada.”

Semelhantes entendimentos, por exemplo, foram adotados pelo Ministério Público do Trabalho a respeito de convênios de gestão do município de Jaú/SP com OSCIPs em 2009/2010, pelo Ministério Público Regional Federal da 1ª Região em face de convênio do Estado do Maranhão com empresa privada, pelo Tribunal de Justiça de São Paulo ao julgar procedente Ação Direta de Inconstitucionalidade (em 2007) contra lei municipal de São Sebastião/SP (de 2005) que autorizava o poder público municipal a celebrar convênios de gestão com entidades filantrópicas, ONGs e OSCIPs etc. A Promotoria Pública da Saúde de São Paulo também impetrou Ação Civil Pública em face de convênio entre o Estado de São Paulo e a OSS Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) para o gerenciamento de um laboratório público, mas cuja gestão foi imediatamente quarteirizada pela OSS a uma entidade privada de fins lucrativos.

Ao se argumentar em torno do caráter não-lucrativo das entidades, também reconhece o Ministério Público que as entidades percebem outras vantagens. Respondendo a procedimento preparatório a respeito de denúncias do convênio entre a prefeitura de Campinas/SP e a SPDM o procurador da república considera, em sua recomendação à prefeitura, que os valores gerados pelo convênio geram sim benefícios à entidade que os recebe, mesmo em a mesma sendo classificada como não-lucrativa.

Ocasionalmente essas relações entre as entidades e o poder público tornam-se caso de polícia. Recentemente foi noticiada operação da Polícia Federal em Londrina/PR que solicitou a prisão de 21 pessoas envolvidas com esquemas de desvios de recursos públicos através de contratos de gestão com uma OSCIP que gerenciava diversos setores da saúde deste município e de outros.

Outra questão legal litigiosa é na relação com o controle social. O Conselho Nacional de Saúde e diversos conselhos estaduais e municipais de saúde têm parecer contrário a essa forma de gestão, entretanto, os governos que assumem essa política de gestão peremptoriamente ignoram as deliberações destas instâncias. A lei 8142/90 é clara ao definir os conselhos de saúde como órgãos permanentes, deliberativos e que devem atuar na formulação de estratégias e controle de execução das políticas de saúde (Brasil, 1990). E o que é a definição por esse modelo de gestão senão a adoção de uma estratégia de política de saúde?

Retornando ao debate teórico

Reforçando-se a questão das escolhas políticas traz-se a discussão realizada por Paula (2005). Em seu livro a autora faz considerações sobre o modelo de administração pública gerencial (APG) e compara-o com a proposta da administração pública societal (APS).

Sobre o primeiro, considera que, a despeito dos discursos, a proposta gerencial, da qual Bresser-Pereira foi uma das vozes articuladoras e os modelos de gestão por OSS são sua concretização, pouco avança no sentido da democratização do país e de suas instituições, na transformação do Estado patrimonialista e clientelista e na ampliação da participação social. Desfazendo esses discursos mostram-se como os processos decisórios tornam-se ainda mais concentrados no aparelho burocrático estatal do alto escalão. Essa prática aprofunda-se ainda mais ao se desvalorizar e terceirizar o aparato burocrático periférico, tão taxado como ineficiente. E mais, vestindo uma roupagem tecnocrata (já foi citado acima que esses servidores seriam “os melhores talentos, bem pagos e bem treinados”) impermeabiliza-se o Estado frente às pressões políticas e sociais. Reforça-se o autoritarismo e o patrimonialismo (Paula, 2005).

Sob o discurso de aumento da participação da sociedade civil na política pública passa-se a execução e a gestão de serviços públicos para organizações públicas não-estatais, entretanto, essas organizações têm pouca participação da sociedade e muitas vezes são concentradoras de poder, trazendo à gestão os mesmos “funcionários” da elite econômica. Nas palavras da autora:

“A formulação das políticas públicas continua como monopólio de uma elite burocrática que centraliza o poder, se apropriando da essência do Estado, e os serviços públicos são relegados para executores cujo

comprometimento com a qualidade e o interesse público varia de acordo com uma série de fatores.” (p. 147)

E nos traz outra definição de esfera pública não-estatal: *“envolve a elaboração de novos formatos institucionais que possibilitem a co-gestão e a participação dos cidadãos nas decisões públicas. Nesse processo, as políticas e ações governamentais conferem identidade aos envolvidos, alteram o cotidiano da cidade e interferem na compreensão política de sua cidadania.” (p. 156)*

Propõe-se, então, em termos gerais, uma forma de gestão pública que não centraliza o processo decisório no aparelho de Estado, leva as complexas relações políticas em consideração, trabalhando através de diversos canais de participação popular, fomentando experiências locais (Paula, 2005).

Diante desse tipo de debate, em que o já citado Bresser-Pereira assume atacar (usando a mídia) frontalmente a gestão pública burocrática e no qual a gestão pública “tradicional” é denominada burocrática weberiana, é inevitável trazer alguns pontos de Weber a respeito deste assunto.

Ao caracterizar burocracia, Weber apresenta um tipo ideal de organização que, hierárquica, baseia-se na ascensão pelo saber profissional especializado. O tipo de ação realizado por esse funcionário burocrático é o racional orientado a fins (ao que se assemelha com a gestão por resultados), cabendo-lhe pouco indagar, questionar ou interferir para além da relação técnico-científica que lhe permite ocupar o cargo em questão (Saint-Pierre, 2004).

Vemos então um quadro burocrático, de alto escalão, altamente qualificado, exercendo uma dominação de tipo legal-racional mediado pelo saber. Com a tecnicidade desta dominação, os dominadores têm a esse quadro administrativo como ferramentas de legitimação desta dominação. Por sua vez os dominados se comportam segundo as normas imperativas da autoridade, perdendo a capacidade de ação social. Como meios de ação social por parte do dominador, os dominados também perdem a categoria de sujeitos. Ou seja, concentra-se poder, a democracia e a participação popular tornam-se pouco tangíveis (Saint-Pierre, 2004).

PARTE 2 – DESENVOLVENDO AS IMPLICAÇÕES PARA A CONSECUÇÃO DO SUS

Montamos, no começo deste trabalho, o discurso hegemônico da corrente gerencialista liberal brasileira, particularmente hegemônica no Estado de São Paulo. Essa proposta capitaneia alterações na relação do Estado com a sociedade e na forma de se fazer gestão pública. Tem ganhado bastante espaço, tanto por representar uma linha ideológica hegemônica, como por apoiar-se e apresentar-se como alternativa a limites legais para contratação de servidores públicos (a Lei de Responsabilidade Fiscal¹, que veio a “fechar” a Reforma de Estado comandada por Bresser-Pereira nos fins dos anos 90).

Diante deste arcabouço discursivo, desmontamos a pretensão da proposta a única e melhor alternativa a um Estado brasileiro dito como moroso, lento e corrupto. Avaliando-o como patrimonialista, clientelista e pouco permeável ao controle social e à participação popular percebemos como essa proposta pouco avança em contornar essas questões, muitas vezes aprofundando-as.

Tendo como pano de fundo a análise da burocracia feita por Weber, vemos como o discurso do modelo de gestão por OSS não apenas não desmonta a burocracia, como anunciado, mas a reforça e a instrumentaliza como ferramenta de dominação.

Ainda nos falta avançar, nesta análise, sobre quais os efeitos dessa proposta gerencialista sobre os princípios e diretrizes do SUS. Para isso vamos analisar seis conceitos essenciais ao sistema: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Hierarquização e Participação Popular ou Controle Social. Dentre as definições jurídicas e as várias definições teóricas existentes optamos por usar as de Vasconcelos & Pasche (2006) por sua clareza e concisão.

A Universalidade é trazida como uma das grandes conquistas do Sistema Único de Saúde. Fala-nos do direito à saúde a todos os cidadãos. “*Trata do acesso ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema*” (p. 535). Temos sim, aqui,

¹ A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000) “*estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, mediante ações em que se previnam riscos e corrijam desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, destacando-se o planejamento, o controle, a transparência e a responsabilização como premissas básicas*”. (site do Tesouro Nacional: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/hp/lei_responsabilidade_fiscal.asp) O art. 19 estabelece o limite porcentual de gasto com pessoal com relação à receita corrente líquida, excluindo-se o já estabelecido para as esferas legislativa, judiciária e ministérios públicos dos entes federados, restam 40,9% na esfera federal, 49% na estadual e 54% na municipal para o gasto pelo Executivo.

grandes avanços no SUS, antes deste, apenas os trabalhadores com carteira assinada tinham acesso ao sistema de saúde. Ao longo desses vinte anos a rede de saúde tem-se ampliado substantivamente tornando-se acessível a um número cada vez maior de brasileiros. A expansão dos serviços, que ainda é insuficiente, esbarra em várias questões, duas talvez sejam deveras emblemáticas: o flagrante subfinanciamento e os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Neste quesito o modelo de administração pública por contrato de gestão com entes privados tem dado sua parcela de contribuição. Diz-se que sua maior eficiência administrativa (e não é caso, neste momento, de entrar no mérito da adequação desta afirmação) tem possibilitado ao Estado gastar menos com um maior número de procedimentos, possibilitando redirecionar esses recursos “economizados” para novos equipamentos de assistência. É fato, também, que a prioridade política e o interesse em provar a superioridade deste modelo têm colocado aos governos a necessidade de investir um montante de recursos maior do que é/era investido nos serviços próprios (retomemos o dado de Pahim sobre a evolução das despesas da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, por exemplo).

Burilando um pouco mais a questão do acesso teremos que nos haver com os limites colocados pelos contratos de metas. Ainda que se diga que o modelo tenha permitido abrir serviços, ao que se escuta em reuniões de conselhos de saúde vemos que usuários cujo perfil escapa do proposto pelo contrato de metas podem acabar sem atendimento ou com o atendimento deficitário. Então, há um aumento de acesso, mas de qual acesso?

Essa discussão faz ligação direta com a da Integralidade. Esta pode ser entendida como a interferência das ações de saúde sobre as diversas dimensões do processo saúde-doença, promovendo, protegendo, curando ou reabilitando. Então, para que este conceito seja exequível, é necessário que o usuário possa acessar diversos serviços de saúde, na diversidade de atividades que eles podem ser capazes de oferecer de forma que respondam às suas necessidades de saúde. Ou seja, além da ampliação da oferta estrutural dos equipamentos de saúde, implica em pensar, estruturar, uma micropolítica do trabalho que as atenda (Cecílio, 2001).

Se pensarmos saúde em seu conceito ampliado, ou seja, determinada por condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos e se adotarmos a taxonomia proposta por Cecílio (2001) em que as necessidades de saúde são social e

historicamente determinadas e construídas² teremos a questão da micropolítica do trabalho revestida de importância essencial para o alcance da integralidade. Para além disso, a partir dessa compreensão também se torna imprescindível captar a dimensão individual, subjetiva e singular, na realidade de cada encontro entre trabalhadores e usuários. Ora, se isso é ponto essencial também o é a escuta do usuário e do trabalhador e também o é organizar o trabalho entorno disso. Vimos que essa corrente teórica pouco valoriza o aspecto da co-gestão do processo de trabalho, visto que cria uma burocracia altamente qualificada que determina as formas de fazer. Temos então um limite bastante palpável para essa produção de saúde neste modelo de gestão.

A discussão da Eqüidade passa pelo mesmo ponto. Se a temos como uma discriminação positiva para com os grupos sociais mais vulneráveis buscando assegurar sua prioridade no acesso às ações e serviços de saúde, mas como trazer à tona quais são essas vulnerabilidades, ou essas necessidades de saúde de um indivíduo ou de grupos populacionais. E como isso poderá entrar para a política de saúde se esses atores interessados não têm espaço para colocar e defender seus interesses? Essa limitação fica evidente quando uma pesquisa aponta que essa temática não está na pauta da gestão das Organizações Sociais de Saúde, nem a garantia ao acesso, tão pouco a efetivação do controle público (Carneiro Junior & Elias, 2006).

O Sistema Único de Saúde prevê, legalmente, esse tipo de espaço. O Controle Social está dentro de suas diretrizes e, como já colocado neste texto, assume caráter deliberativo na constituição das políticas de saúde do município (Brasil, 1990). O limite da proposta, aqui, é crítico. Ao retomarmos as citações de Paula (2005) já feitas vemos como o controle social assume caráter meramente consultivo e não está incluso na formulação já que há uma concentração de poder na nova elite burocrática.

A pressão social é tanto maior quanto mais local é a esfera de governo de que se trata. Assim, a diretriz da Descentralização permitiria uma discussão mais ampla, local e coerente com a realidade das necessidades de saúde da população e de como os serviços precisam se organizar para atendê-la. Sua constituição normativa tem levado à municipalização e com esta, diversas questões operacionais. Sobre os municípios tem pesado uma proporção de gastos em geral muito maior do que as dos Estados e da União, sobre os mesmos também tem caído a maior parte da folha de pessoal. A aposta

² E as necessidades de saúde podem ser agrupadas em quatro grandes conjuntos: necessidades de boas condições de vida, de ter acesso e se poder consumir a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, a criação de vínculos entre usuários e trabalhadores/equipes e a necessidade de ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

na autonomia dos entes federados, ainda que tenha trazido a formulação de política mais para perto da população também proporcionou que estes entes tenham a liberdade de adoção ou não das mesmas (Campos, 2006). Assim, com os limites da LRF colocados, as formas de administração pública por contrato de gestão têm ganhado cada vez mais espaço dentre os municípios, além de sua popularidade enquanto formulação política hegemônica. Há que se refletir que a autonomia gerencial que este modelo proporciona aos serviços de saúde, potencialmente, permite que os serviços de saúde adequem-se mais rapidamente às mudanças percebidas das necessidades de saúde da população da região (lembrando que há uma dificuldade na percepção dessas necessidades pela ausência da co-gestão). Em termos de gestão local do sistema de saúde isso também permitiria reavaliações e readequações mais fáceis da entrada destes equipamentos de saúde em uma rede hierarquizada de serviços, facilitando o ordenamento do sistema em níveis de atenção como pretende a diretriz da Hierarquização.

A articulação dessa rede de serviços é um tema importante e que tem sido alvo de muitas discussões e de políticas específicas do Ministério da Saúde. Pressupõe-se que além do ordenamento dos fluxos dos usuários entre os estabelecimentos de saúde, os próprios estabelecimentos possam conversar entre si, debater processos de trabalho e clínica. Isso tem sido de grande complexidade em muitos lugares, mas reveste-se de um grau maior de dificuldade quando tratamos de redes fragmentadas entre diversas instituições privadas. A comunicação deve ser estreita entre entidade e secretaria de saúde e entre as entidades por si. Isso envolve uma negociação de interesses, forças, poderes difíceis de serem articuladas. As práticas desenvolvidas por uma instituição muitas vezes são bastante diferentes das praticadas por outra. Os gerentes de OSS por vezes também fazem essa avaliação (Bourget, 2010). E o resultado é que o processo de co-gestão da rede e do cuidado saem bastante prejudicados.

Considerações temporariamente finais

Parece-nos que o que se pretendia neste texto foi alcançado, a desconstrução de discursos pretensamente verdadeiros e melhores. Na apresentação dos contrapontos pudemos perceber que a Administração Pública Gerencial (Política Pública de Gestão através de contratos de gestão com entidades não estatais) pouco avança no SUS, não traz a radicalidade que é necessária para sua abrangência e efetivação. Do contrário, por

vezes significa um retrocesso ou um significativo impasse na consecução de seus princípios e diretrizes.

Há uma discussão, pouco abordada aqui, mas já indicada, que nos remete às relações de eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Os contratos de gestão e a administração direito privado são trazidas como grandes avanços para a eficiência administrativa de custos, insumos e “recursos humanos”, entretanto, parece pouco avançar na construção de serviços eficazes, ou na mensuração dessa eficácia. Do contrário, uma lógica eficientista e com vistas cegas ao cumprimento das metas estabelecidas pode jogar contra a eficácia na produção de saúde. Cabe debruçar-se sobre isso com mais detalhes.

Longe de colocar o modelo de administração pública estatal, nos moldes constitucionais que temos hoje, como padrão de idealidade ou como capaz de atender a todas essas questões. De toda forma, vemos que o modelo proposto não dá conta destas questões e retrocede em várias outras que são essenciais a essa política pública, como a co-gestão e a formação de redes de saúde. Só com o exemplo desses dois aspectos vimos como eles têm importância central na constituição do sistema de saúde e nos processos de trabalho, de assistência e de produção de vida.

Discursos desconstruídos. Falácias derrubadas. Podemos agora avançar na construção de uma proposta radical de modelo de gestão que dê asas a uma reforma de estado pública e democrática e que realmente permita a efetivação de políticas sociais cidadãs, já constitucionalmente determinadas e tão revolucionárias.

Bibliografia

- Barradas, L., Bittar, O., Magalhães, A., Alves, S., & Carvalho, E. (Jan-Mar. de 2009). Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*, 42 (11), pp. 8-15.
- Bourget, M. (Mar. de 2010). Formas de Financiamento Público x Privado, Gestão de serviços, caso da Casa de Saúde Santa Marcelina - SP. *V Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família: Agora mais que nunca*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Brasil. (1988). Artigos 196 a 200. *Constituição Federal do Brasil*. Brasília.
- Brasil. (1990). Lei 8142. Brasília.

- Brasil. (1998). Lei 9.637. *Constituição Federal do Brasil*. Brasília.
- Brasil. (1999). Lei 9.790. *Constituição Federal do Brasil*. Brasília.
- Bresser-Pereira, L. (2008). O Modelo Estrutural de Gerência Pública. *Revista de Administração Pública*, 42 (2), 391-410.
- Campos, G.W.S. (2006). Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde. In: Fleury, S.M.T. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. pp. 417-442. 1ª Ed. São Paulo: FGV.
- Carneiro Junior, N., & Elias, P. (2006). Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Revista de Saúde Pública*, 40 (5), pp. 914-20.
- Cecílio, L. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: R. Pinheiro, & R. Mattos, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.
- Estado de São Paulo (1998). Lei 846. São Paulo.
- Pahim, M. (2009). Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo : inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.
- Paula, A. (2005). *Por Uma Nova Gestão Pública: Limites e Potencialidades da Experiência Contemporânea*. Rio de Janeiro: FGV.
- Saint-Pierre, H. L. (2004). *Max Weber: entre a paixão e a razão* (3ª Edição ed.). Campinas: Editora da Unicamp.
- Secchi, L. (2009). Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, 43 (2), 347-69.
- Secretaria Estadual de Saúde. (2010). *Ações da Secretaria de Estado da Saúde > Organizações Sociais de Saúde (OSS)*. Acesso em 26 de Junho de 2010, disponível em Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo:
http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_oss.mmp
- Vasconcelos, C., & Pasche, D. (2006). O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G.W.S. Tratado de Saúde Coletiva (pp. 531-562). São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz.