

Organizações sociais: (des)controle social e restrições ao direito à saúde

KAREN SANTANA DE ALMEIDA*

Resumo: As propostas de reforma do Estado-que fizeram parte da agenda governamental nacional e internacional dos anos 90-alteraram a perspectiva de consolidação de um padrão de proteção social (proposto pela Constituição Federal de 1988) das políticas sociais, em especial as de saúde. A criação de Organizações Sociais (publicização) visava à alteração do modelo de prestação de serviços estatais sob o argumento de proporcionar-lhe mais eficiência por meio de uma maior autonomia gerencial e financeira. Entretanto, essas propostas geraram questionamentos em relação ao exercício do controle social e à observância do princípio da equidade no acesso aos serviços disponibilizados. À luz dessa discussão teórica – apreendida durante a fase de pesquisa bibliográfica – analisamos a experiência de gestão do Hospital Sarah, enfatizando o acesso aos serviços e a prioridade de atendimento aos usuários. A metodologia da pesquisa de campo baseou-se na análise qualitativa dos dados obtidos em entrevistas com roteiro semi-estruturado e de documentos oficiais.

Palavras-chave: política de Saúde, publicização, controle social, equidade e organizações sociais.

* Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília.
E-mail: almeidakaren@yahoo.com.br

Social organizations: social control and the right to access the health services

Abstract: Proposals on the reform of the State was included in the national and international government agenda of the 90's. These proposals modified the consolidation perspective of the social policy model proposed by the Federal Constitution of 1988. The Social Organisations attempt to change the services previously administered by Sistema Único de Saúde. The objective was to improve management and increase financial autonomy. However, the proposal generates questions regarding social control and the equal distribution of access to the health organisations services. With reference to the proposal, this article provides an analysis of the experiences at Hospital Sarah. Based on theoretical material collected in bibliographical research, we focus the investigation on the access to services provided and priority to service users. The methodology uses instruments of qualitative research such as interviews based on semi-structured scripts and an analysis of official documents

Keywords: health politics, publicization, social control, social organizations.

Introdução

A concepção de seguridade social e, por sua vez, a de saúde, adotadas a partir da Constituição Federal de 1988 explicitam e propõem um projeto de direito à saúde a todos.¹

As propostas desse sistema de seguridade social (proteção social) concebido a partir da Carta Magna de 1988 determinaram uma lógica de forte intervenção do Estado na garantia de políticas sociais, especialmente aquelas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, a tendência observada na década seguinte foi de redefinição do papel das organizações e da prestação dos serviços públicos, sobretudo, a partir da reforma do aparelho

¹ É necessário explicitar que todos aqui se refere mesmo àquelas pessoas que não estão regularmente vinculadas ao mercado formal de trabalho, princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde.

do Estado,² por meio do advento das Organizações Sociais (OS).

De fato, as OS, tema deste trabalho, representaram nos anos de 1990 a alternativa à supressão da intervenção direta estatal de setores como: pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, conforme descrito pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.³

Na área da saúde, as OS representaram uma mudança em todo um sistema público e universal de acesso aos serviços, cuja concepção é de direito social universal, que havia sido edificado a partir da criação do SUS. Sistema que foi, aliás, uma conquista de um amplo movimento de luta, especialmente da reforma sanitária, que questionou a precariedade da atenção pública à saúde no Brasil. E, após a institucionalização desse sistema de saúde, o passo seguinte passou a ser a implementação dessas conquistas para além do plano formal.

Por outro lado, com o advento da mencionada reforma do aparelho do Estado, a defesa do modelo de gestão de políticas sociais baseado na criação das OS proporcionou a expansão de um setor público diferente do estatal, denominado setor público não-estatal. O surgimento dessa nova esfera de atuação pública provocou vários questionamentos. Primeiramente é preciso questionar a inexistência, no discurso governamental da época, sequer da cogitação de se buscar um aprimoramento

² A reforma do aparelho do Estado, foi implementada em nosso País durante o período de governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), trouxe profundas repercussões sobre as formas de organização administrativa adotada pelo Estado brasileiro, para atender aos seus fins constitucionais. Essa reforma, por sua vez, estava inserida num projeto mais amplo, de reforma do papel do Estado, da qual faziam parte mudanças de ordem econômica, nos direitos sociais, nas esferas política, judiciária e tributária.

³ A Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 dispõe sobre a qualificação de instituições como Organizações Sociais e sobre a criação do Programa Nacional de Publicização, entre outros.

da prestação de serviços sociais na forma como vinham sendo feita até então pelo aparato estatal (modelo do SUS).

Além disso, a partir da criação de OS, o Estado passou a se desresponsabilizar pelo desenvolvimento direto de produção de bens e serviços públicos, fortalecendo apenas as suas esferas de promoção e regulação desses bens e serviços. Em outras palavras, com as OS, o Estado passou a atuar simultaneamente, em parceria com outras organizações públicas não-estatais e privadas-que doravante passaram a prover serviços estatais (saúde, educação, etc.) à sociedade-mas sem intervenção direta estatal e sendo subsidiadas por recursos estatais, atendendo assim, aos interesses da ofensiva neoliberal (ideologia de Estado mínimo).⁴

É importante ressaltar que, por esta via, há transferência de recursos e do aparato material já existente do âmbito do Estatal para o das OS, com ênfase, também, na adoção de modelos gerenciais flexíveis, por meio dos quais garante-se autonomia administrativa e financeira a estas instituições públicas não-estatais.

Neste sentido, a condição de público não-estatal demandou o surgimento de novos formatos institucionais e arranjos jurídicos, para dar conta do deslocamento de fronteiras entre o público e o privado, mas trouxe em seu bojo o risco de uma privatização dissimulada. Um exemplo dessa indefinição de fronteiras de atuação é que as OS, de acordo com a sua própria conveniência, podem assumir ora uma face pública, ora uma face privada. Pois, em essência são estatais pelos recursos públicos que recebem, mas são privadas pela autonomia na gerência desses recursos e na definição de suas normas de funcionamento. Logo, essa nova forma híbrida, que se desloca constantemente da gestão estatal à privada, demanda uma ampla participação e atenta fiscalização da sociedade no

⁴ Para um aprofundamento melhor dessa discussão têm-se os estudos realizados por Behring (2003); Silva (2003); Montañó (2002) e Santos (2000) em oposição a Bresser Pereira (1998).

intuito de assim evitar a apropriação e uso indevido de seus recursos para fins particulares ou em benefício de interesses de grupos.

Acreditamos que as OS, à medida que foram cometidas para exercerem um papel coadjuvante e complementar em relação ao Estado na provisão de bens e serviços públicos, com um financiamento Estatal, deveriam se submeter ao controle social e observar fielmente o princípio da equidade no acesso aos seus serviços.

A partir da tentativa de verificar a validade dessa assertiva na prática institucional das OS, desenvolvemos, a partir de 2003, a dissertação de mestrado intitulada *Setor público não-estatal: (des)caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde*, trabalho concluído em março de 2005, no Programa de Pós-Graduação de Políticas Sociais da Universidade de Brasília. Este artigo baseia-se nos dados obtidos e examinados na referida dissertação, cujo objetivo foi analisar o controle social e a equidade no acesso aos serviços nas Organizações Sociais de Saúde (OSS), especialmente as existentes no âmbito do Distrito Federal, caso da Associação das Pioneiras Sociais (APS), que é a instituição gestora da Rede Sarah de Hospitais.

Sobre a APS, objeto de pesquisa da mencionada dissertação, vale ressaltar que, por meio da Lei nº 8.246,⁵ de 22 de outubro de 1991, foi extinta a Fundação das Pioneiras Sociais, entidade de direito público, e criada em seu lugar o Serviço Social Autônomo da Associação das Pioneiras Sociais⁶, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse e de utilidade pública. Assim a APS constituiu-se em instituição gestora de programas de assistência médica

⁵ A Lei nº 8.246 de 22 de outubro de 1991 autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências.

⁶ Sobre a classificação da APS no modelo das Organizações Sociais e não no do Serviço Social Autônomo existe uma discussão sobre o assunto a exemplo de Di Pietro (1999) e Almeida (2005). Para fins de análise teórica, continuamos considera-se a APS como uma Organização Social, apesar de discordâncias na definição legal.

qualificada e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde. Também é relevante destacar o fato de que a APS é considerada pelos usuários atendidos⁷ como uma instituição com desempenho positivo na área de fornecimento de bens e serviços na área de saúde, sendo também reconhecida internacionalmente (*Correio Braziliense*, 10 jun. 2003, cidades p. 22, “Rede Sarah é referência Mundial”) como um centro de excelência em suas áreas de atuação. Por fim, o Hospital Sarah de Brasília também recebeu a maior pontuação entre todas as unidades de saúde do País, na avaliação dos seus serviços hospitalares, com outorga do Diploma “Prêmio de Qualidade Hospitalar 2001” na categoria “Destaque Nacional”.

Explicitadas algumas das características daquela instituição pesquisada ressaltamos que, para o desenvolvimento da dissertação mencionada, privilegiamos a análise qualitativa e, num primeiro momento, utilizamos a técnica de investigação documental.

No caso desta última, foi realizada uma análise dos dados de diferentes fontes, tais como: legislação relativa às OS, relatórios de atendimento da APS, processos do Tribunal de Contas da União sobre avaliações do contrato de gestão da APS, e artigos de diferentes revistas e jornais que tratavam sobre a APS (com recorte no período de 1990 a 2004). E, em um segundo momento, realizamos entrevistas com ex-empregados da APS – em função de um impedimento injustificado daquela instituição hospitalar para a realização de pesquisas em suas instalações.

A seguir, apresentaremos algumas das análises e resultados da referida pesquisa, realizada com o objetivo de

⁷ No relatório de Síntese das Principais Atividades realizadas pela APS, consta um item “satisfação do paciente”. Para mensurá-lo o setor de controle de qualidade da instituição realiza pesquisas para apurar a opinião dos pacientes sobre sua satisfação com o atendimento recebido. Os resultados de 2002: 96% no 1º semestre e 97% no 2º semestre classificaram o atendimento como “bom” ou “ótimo”.

iniciar o debate sobre o controle social e a equidade no acesso aos serviços nas OS, com ênfase na área de saúde.

Organizações sociais: publicização ou privatização dos serviços sociais estatais?

Defende-se aqui que o modelo de OS trata-se de um processo de substituição de entidades públicas (regidas pelo direito público) por entidades privadas criadas por indução do Poder Público. Cremos que tal política foi na verdade uma manobra adotada por setores políticos neoliberais para permitir que a atuação administrativa do Estado antes rigidamente fiscalizada por procedimentos públicos fosse “flexibilizada” em seu regime jurídico.

Por meio das OS, instituiu-se a promoção do processo de publicização⁸ de serviços sociais estatais, tais como: saúde e educação, dentre outros. Embora o discurso governamental de então (governo de Fernando Henrique Cardoso) entendesse o processo de publicização apenas como uma redefinição do estilo de atuação do Estado no desempenho de suas funções sociais; aqui, conforme Santos (2000), enumeraremos alguns dos aspectos desse processo que, acreditamos culminou, na prática, em verdadeira privatização de serviços públicos estatais.

Inicialmente, para que uma instituição se transforme em OS, é necessário uma autorização do Poder Público que, nesse sentido, assume o papel de diretor do processo de criação de instituições que passam a ser qualificadas como

⁸ O processo de publicização tem outras denominações diferentes da explicitada nesse artigo, como a utilizada por Raichelis (1998) em que esse processo é visto como um movimento direcionado pela correlação de forças políticas que se estabelece entre os atores sociais e que permite tornar visíveis os conflitos e viabilizar os consensos. É um processo que assume o caráter de estratégia política de sujeitos sociais que passam a disputar lugares de reconhecimento social e político. Dessa forma, a construção da esfera pública transcende a forma estatal ou privada e remete a novas formas de articulação entre Estado e sociedade civil, formas em que interesses coletivos passam a ser confrontados e negociados.

tal. Portanto, não há espontaneidade no processo de criação das OS. Segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – documento que balizou as reformas no governo de Fernando Henrique Cardoso – tem-se: “serão transformadas as atuais instituições públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado” (Brasil, 1995, p.58). Em outras palavras, esse modelo promove a extinção de determinadas entidades públicas substituindo-as por entidades privadas que irão valer-se de bens e recursos públicos gerido-as, porém, de forma privada.

Neste sentido, é importante ressaltar que as OS não dispõem de patrimônios próprios na medida em que assumem a gestão do patrimônio público que lhes é cedido, portanto, elas não ampliam, necessariamente, a oferta dos serviços públicos, pois se os prestam é simplesmente a substituir um ente público preexistente.

Assim, embora a criação das OS pareça ser ato autônomo de particulares (conforme a Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998), ela nada tem de autonomia, constituindo, antes em mera transformação, induzida e orientada pelo Poder Público, de entidade estatal preexistente em entidade privada. Daí o caráter privatista deste modelo de gestão, pois ele, em última instância, não se destinava a aumentar a oferta de serviços e a produção de bens públicos na área de saúde e outras, via incentivo à participação privada na esfera estatal, Mas, tão-somente pautou-se pela “alienação” do patrimônio público pré-existente sob os argumentos de desoneração do Estado e aumento da eficiência administrativa.

Mas, se o discurso em prol da maior autonomia e flexibilidade concedidas por lei às OS, na gestão de bens, recursos e serviços públicos era justificada pela necessidade de aumentar a eficiência e a agilidade das antigas organizações estatais, tem-se por outro lado que essas OS não operavam por sua conta e risco, e, ao sabor das leis de mercado, ao contrário, são totalmente mantidas por recursos públicos.

E, as mesmas competências que deveriam ser exercidas sob as “amarras” do Direito Público passam a ser exercidas sob o “manto” do Direito Privado, pois, as organizações sociais foram afastadas da esfera estatal e do regime jurídico administrativo (RJU, concurso público, SIAPE, Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, SIASG etc.) que balizavam a fiscalização dos serviços públicos à sociedade. Esta nova conjuntura que ensejou o questionamento a respeito de qual mecanismo as induziria a um aumento constante de eficiência e ampliação da oferta de bens e serviços públicos, bem como garantias da observância dos princípios da participação e da equidade presentes no modelo de gestão anterior (estatal).

Dessa forma, a política de publicização de serviços estatais, sob a denominação de organizações sociais, se constituiu basicamente em um processo induzido de substituição de instituições públicas por instituições privadas, em funções anteriormente a cargo do Estado. Portanto, tratou-se mais de *substituição* da ação estatal e não de *complementação* privada da mesma. Por tudo isso, e para ir além do discurso dos benefícios da autonomia do modelo de gestão das OS, é necessário questionar quais foram os espaços ou instâncias que essa mesma autonomia privada criou (ou preservou), capazes de viabilizar o exercício do controle social sobre essas instituições e a observância da equidade, além de evitar que as mesmas, ao disporem da gestão quase livre de bens e recursos públicos caíssem na tentação de apropriá-los de forma privada.

Controle social: conceituação e espaços de exercício

A definição de controle social, embora essencial neste trabalho, e a exemplo de outros conceitos utilizados pelas ciências sociais, ainda não se cristalizou, havendo várias vertentes de conceituação (Sociologia, Ciência Política, Saúde,

Administração). Adotaremos aqui uma definição própria que segue a linha teórica de duas autoras do Serviço Social, Raichelis (1998) e Simionatto (2005), que consiste em:

O controle social, ou democracia direta, refere-se ao acesso à informação e à participação da sociedade civil, organizada ou não, na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas. Bem como, na formulação e revisão de diretrizes, normas e contratos das mesmas. Sendo que ele pode ser exercido pela via formal – mediante previsão legal ou estatutária desta participação – ou informalmente, por meio de espaços de exercício do controle social, institucionalizados ou não.

No âmbito da saúde, o controle social é encarado como um direito conquistado que advém do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988.⁹ Entretanto, no plano jurídico, ele foi regulamentado apenas em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.142/90 em conjunto com a Lei nº 8.080/90, que conforma a Lei Orgânica da Saúde.

Nesse sentido, a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre o detalhamento de como se efetiva o exercício do controle social na saúde destacando a criação de instâncias formais de exercício desse controle, como, por exemplo: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Nas OS, o exercício do controle social pela via formal dá-se unicamente por meio da participação da sociedade civil no conselho de administração que é órgão máximo de deliberação institucional das mesmas. Isto é, o exercício do controle social pela via formal se materializa somente por meio da participação normatizada da sociedade civil no espaço institucional da OS.

⁹ É importante ressaltar que o controle social inscrito na Constituição Federal de 1988 é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Contudo, embora a legislação¹⁰ das OS preveja esse mecanismo formal para o exercício do controle social, verificam-se contradições na sua materialização posto que essa previsão formal do controle social não parece ser suficiente para assegurar o controle dos usuários sobre a gestão e os serviços prestados por estas instituições a partir das demandas da sociedade conforme detalharemos mais adiante.

Convém destacar ainda que, em nossa análise teórica, consideramos que as formas e os instrumentos do exercício do controle social não se restringem somente àqueles previstos no arcabouço legal de criação das OS. Ao contrário, pela via informal, por exemplo, o controle social pode ser exercido em outros espaços institucionalizados ou não – através de demandas do TCU, veículos de comunicação, participação acadêmica em instituições de ensino e pesquisa ou mesmo organização de manifestações e protestos por exemplo. Essencialmente, o que caracteriza o exercício do controle social pela via informal é a utilização de instrumentos não regimentais e a ação de cidadão e/ou usuários fora do ambiente institucional das OS, mas com o intuito de fazer valer seus interesses e demandas como usuários dos serviços das mesmas. Entretanto, essa outra dimensão do exercício do controle social, não a detalharemos nesse artigo.

Acreditamos que é fundamental ultrapassar a esfera meramente formal da previsão estatutária do controle social nas OS para assegurar o exercício por parte dos usuários dos serviços. Somente assim, seria possível evitar a apropriação privada de bens e recursos públicos e garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde.

¹⁰ Dentre os princípios balizadores inscritos na mencionada legislação das OS, Lei nº 9.637 de 18 de maio de 1998 e citados na Carta Magna de 1988, chamamos especial atenção para: “[...] a organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do SUS, expressos no art. 198 da CF e no art. 7º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.” (Lei nº 9.637 de 18 de maio de 1998 em seu art. 18).

Eqüidade no acesso aos serviços de saúde

O preceito constitucional da eqüidade no acesso aos serviços de saúde nas OS pode se contrapor à política institucional de acesso aos serviços, definida a partir de critérios de ordem apenas técnica e administrativa. E que, no geral, são traçados mais em função dos objetivos contratuais estabelecidos no contrato de gestão da instituição, os quais não garantem necessariamente o atendimento das reais demandas da comunidade em geral e das classes de baixa renda em especial.

De fato, a perspectiva da real observância da eqüidade no acesso aos serviços não pode ficar restrita ao uso de parâmetros puramente quantitativos, como os atualmente utilizados para mensurar o desempenho institucional das OS. Mas devem ser considerados indicadores qualitativos também, como as noções de necessidades diferenciadas dos usuários, suas relações com as doenças, além de suas condições psicológicas e socioeconômicas.

Neste sentido, a eficiência (administração da escassez) e a eficácia (obtenção dos resultados traçados como objetivos da instituição) como medidas de qualidade no âmbito da produção de bens e prestação de serviços de saúde, não garantem por si só a eqüidade que é a contabilidade ética da justiça (Santos, W, 1987, p. 33-51). Pois, estes conceitos refletem apenas um princípio economicista de custo/atendimento com serviços burocratizados, com peculiar autoritarismo, impessoalidade e incapacidade de lidar com as diferenças.

Para abarcar corretamente a dimensão da eqüidade na prática das políticas sociais é necessário considerar sempre a possibilidade de trabalhar diferentemente problemas tidos como semelhantes, mas que se expressam de forma diversa conforme a história de cada cidadão.

Segundo Pereira (2002, p. 41), esta foi a razão porque o preceito da eqüidade – segundo o qual: “as ações

públicas devem privilegiar as classes menos aquinhoadas economicamente – ganhou destaque nas alas progressistas da saúde, muitas vezes, sob a discutível denominação de discriminação positiva”.

Assim, o acesso aos serviços de saúde das OS deve delinear parâmetros de atendimento às demandas da população necessitada a partir de critérios que superem uma racionalidade de fatores de custo/atendimento, privilegiando a equidade no acesso aos serviços.

(Des)controle social nas organizações sociais: o conselho de administração e o contrato de gestão

Como mencionamos anteriormente, o Conselho de Administração é o espaço legalmente previsto para o exercício do controle social nas OS.

Entretanto, antes é necessário esclarecer que as OS são fiscalizadas (controladas) pelo Poder Público que as supervisiona por meio do respectivo Ministério da sua área de atuação, e pelo Tribunal de Contas do Estado ou da União, de acordo com os contratos de gestão. Essa fiscalização se dá a partir do instrumento formal que estabelece a parceria entre o governo e a instituição que foi transformada em OS, que é o contrato de gestão.

Por meio do contrato de gestão, são definidas, *a priori*, as metas e os objetivos que deverão ser alcançados pela instituição contratada. Em seguida, e no prazo estabelecido no contrato, a instituição presta contas ao órgão supervisor (Ministério) que, por sua vez, transfere ao Tribunal de Contas um relatório com os correspondentes resultados alcançados, acompanhado das contas correspondentes ao exercício financeiro.

Desta maneira, o Poder Público fiscaliza o cumprimento dos objetivos e metas anteriormente acordados pela instituição, o que é denominado de “controle por resultados”. Em outras palavras, nessa perspectiva, o controle se faz pelos resultados e não pelos processos, o que envolve: a) definição precisa dos objetivos a serem atingidos; b) a autonomia na gestão dos recursos materiais, financeiros e humanos; c) controle e cobrança *a posteriori* dos resultados. E a fixação de metas decorre das reais condições de cada instituição contratada para atingi-las, com os meios disponíveis e no horizonte de tempo considerado no contrato.

Teoricamente, o controle por resultados seria mais ágil e eficiente do que o controle por processos vigente na administração estatal; porém, do primeiro é essencial a garantia de que ao fixar os objetivos e metas a serem atingidos pelas organizações sociais esses sejam baseados em compromissos políticos efetivos por parte daquelas instituições e dos órgãos supervisores e, por extensão, do próprio Poder Público, com o atendimento efetivo das demandas reais da sociedade, o que, na prática, revela-se muito mais complicado, pois, segundo Santos (2000, p. 152): “uma das mais freqüentes críticas à utilização dos contratos de gestão tem sido a tendência que as entidades contratantes subavaliem as suas potencialidades, de modo a tornarem as metas mais fáceis de serem atingidas”.

De fato, a análise do contrato de gestão da APS trouxe indícios de que ele estaria pautado em critérios balizadores de facilitação do atingimento de suas metas, pois, o próprio acórdão nº 375/2003 do TCU determinou ao Ministério da Saúde e à APS o aperfeiçoamento do mecanismo de fixação das metas de acordo com as reais possibilidades de atendimento, levando em conta também o desempenho da entidade no período anterior. Além de considerar, também, o impacto de fatores que afetem positivamente a capacidade de atendimento da instituição.

Constata-se aqui a necessidade de medidas de aperfeiçoamento do contrato de gestão de modo que se possa evitar que as OS subavaliem as suas potencialidades, elegendo metas mais fáceis de serem atingidas. Uma das formas de implementar essas medidas seria por meio do exercício do controle social nos conselhos de administração das OS, visto que uma das atribuições-chave desse órgão administrativo é a aprovação do contrato de gestão da organização.

Contudo, embora o exercício do controle social formal garanta um grau considerável de fiscalização do contrato de gestão, tecemos algumas críticas sobre a validade prática deste instrumento quando exercido a partir do conselho de administração, uma vez que sempre existe a possibilidade de manipulação de sua composição em benefício de interesses particulares ou corporativos. E ainda que estejam previstos mecanismos de participação em instâncias colegiadas internas às OS, esses mesmos mecanismos não oferecem garantias de que essa participação seja, de fato, efetiva e não meramente formal.

Além disso, o fato de o conselho de administração das OS ser composto por integrantes de instâncias do Poder Público pode acarretar uma sobreposição de papéis (e mesmo de interesses políticos) de alguns membros do conselho tais como: função legislativa e orçamentária, função fiscalizadora e função de elaboração da proposta do contrato de gestão, e, função de planejamento e de supervisão do cumprimento do mesmo.

Um exemplo dessa situação pode ser visto na constituição do conselho de administração da APS. Analisando a composição no período de 2000 a 2003, constatamos um número significativo de representantes do Poder Público, como pode ser observado no Tabela 1.

Tabela 1 – Composição Conselho de Administração da Associação das Pioneiras Sociais por Representantes do Poder Público

	2000	2001	2002	2003
Presidente da República	01	01	01	00
Ministro TCU	02	02	02	01
Senador	02	02	02	01
Embaixador	02	02	02	01
Governador de Estado	02	00	00	00
Deputado Federal	01	01	01	03
Total	08	07	07	07
Total de membros do Conselho de Administração	21	20	21	21

Fonte: processos do Tribunal de Contas da União números: tc 012.743/2003-3, tc 008.940 2004-4, tc 010.272/2002-0 e tc 008.589/2001-9.

Esses mesmos integrantes do conselho eram, à época (como representantes do Tribunal de Contas da União e do Congresso Nacional), co-responsáveis pela destinação de parte dos recursos públicos federais obtidos pela APS, além de participes da fiscalização do uso dos mesmos e da própria fiscalização do cumprimento do contrato de gestão da APS. Mesmo em relação ao cargo honorífico ocupado pelo então Presidente da República à época, Fernando Henrique Cardoso, ressaltamos que embora se tratasse de cargo de Presidente de Honra do Conselho, sem direito a voto, portanto não podemos deixar de indagar que a presença do chefe do Executivo aumentava substancialmente o nível de expressão política daquele conselho de administração.

Portanto, é relevante questionar se essa sobreposição de papéis de alguns membros do conselho de administração das OS não poderia tornar essas instituições vulneráveis a interesses político-partidários ou ao clientelismo político – vícios comuns do sistema político administrativo estatal brasileiro.

Neste sentido, como menciona Santos (2005, p.2) também é necessário atentar para uma possível tendência de feudalização das OS:

o baixo grau de cidadania em nosso País e a previsão de 40% dos membros destes conselhos que poderão ser nomeados pelo Poder Público, somado aos até 30% de membros

*eleitos, dentre pessoas de **notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral** nos deixam preocupados quanto aos critérios que orientam tais escolhas, especialmente no caso de instituições cuja relevância para setores menos favorecidos da sociedade as tornem um “butim” cobiçado pela base de sustentação do governo sempre ávida por cargos públicos e favores.¹¹*

Além disso, a mencionada sobreposição de papéis também pode produzir um efeito inverso, isto é, de interferência da administração das OS, caso estudado no conselho de administração da APS no processo de destinação de recursos públicos pelo Congresso Nacional ou de fiscalização do contrato de gestão por parte do Tribunal de Contas da União, por exemplo, pois, vários dos membros do conselho (ministros do TCU e parlamentares) tem direito a voto e participação nas discussões dos processos de destinação de verbas públicas ou de julgamento do cumprimento das metas do contrato de gestão da APS.

Voltando à análise realizada sobre a composição do conselho de administração da APS, nos exercícios (2000 a 2003) constatou-se uma significativa presença de jornalistas na composição daquele órgão de administração do Sarah, variando esse número entre três e quatro membros, dependendo do ano pesquisado. Ou seja, de 13 a 17% dos assentos daquele órgão colegiado foram ocupados por jornalistas no período em questão, o que é relevante porque ao analisar as reportagens de teor claramente favorável à instituição em foco, nos anos de 1991 a 2004 um número significativo das mesmas (12% do total da amostra de 68 matérias-foi assinado por membros da própria diretoria e do conselho de administração da APS.

Embora esse fato, por si só, não seja, de modo algum, indício suficiente para se inferir que tal porcentagem de jornalistas no conselho de administração da APS tenha contribuído para a projeção de uma imagem majoritariamente

¹¹ Grifos nossos.

positiva do Sarah na mídia nacional (constatada dentro da amostragem considerada), ele deve ser sublinhado, uma vez que a mídia é um dos principais mecanismos de exercício do controle social pela via informal.

Por fim, é importante evidenciar que ao comparar apenas no aspecto formal a Lei nº 8.246/91, que dispõem sobre a composição do conselho de administração da APS, com a Lei nº 9.637/98 das OS, a composição do conselho de administração dessas últimas apresenta aspectos mais eficientes para incentivar o exercício do controle social. A legislação das OS autoriza uma maior participação da sociedade civil e dos associados – até 40% dos assentos do conselho – do que a Lei nº 8.246/91 que fixa esta participação em menos de 13% (apenas 3 conselheiros) dos assentos do conselho da APS.

Deve-se ressaltar também que há restrições impostas pela mencionada legislação à participação de representantes da sociedade civil nos conselho de administração das OS, pois, a Lei nº 9.637/98 prevê apenas a participação de “representantes natos da sociedade civil” e que devem ser “definidos pelo estatuto”. Convém explicitar que, a partir da proposta governamental, membro nato é aquele que representa determinada entidade que faz parte do conselho desde a criação da OS. (Bresser Pereira, 1998, p. 250)

Acreditamos que estas limitações – devido ao alto grau de restrição à participação de outras entidades da sociedade civil, que não as fundadoras – tendem mais a contribuir para a formação de um conselho de administração voltado para interesses específicos (corporativos e/ou políticos) do que propriamente para os interesses de usuários dos serviços das OS.

Por fim, concluímos que a composição em percentuais dos conselhos de administração, por si só, não é suficiente para permitir um maior controle social das OS, como defende

o principal teórico da reforma administrativa, Bresser Pereira (1998, p. 248).

Restrição à oferta de serviços e privilégio no atendimento de personalidades da sociedade, o caso da APS

Além da questão do controle social nas OS é necessário correlacioná-lo com a premissa da equidade no acesso aos serviços das OS. No caso específico da APS, há indícios de que essa premissa não esteja sendo respeitada. Tal fato fica evidente a partir da análise das entrevistas realizadas com ex-empregados da APS que resumiremos a seguir.

A mencionada análise qualitativa, baseada em entrevistas realizadas com três ex-funcionários da APS, basicamente nos proporcionou esclarecimentos sobre questões decorrentes da pesquisa e análise documental, quais sejam:

- Quais os critérios utilizados pela administração da APS para disponibilizar o acesso aos seus serviços?
- Como é determinada a prioridade de acesso para os usuários dos serviços da APS?

As respostas dos entrevistados apontaram indícios de que existe uma certa restrição de acesso aos serviços da APS. Além disso, alguns usuários teriam facilidades de acesso aos serviços da APS em função de seu prestígio e/ou influência política ou pessoal.

Essa restrição de acesso aos serviços dar-se-ia, sobretudo, pela falta de transparência da instituição em foco, pois a mesma não estaria informando adequadamente os usuários e os próprios empregados sobre os critérios de acesso aos serviços disponibilizados pela APS.

Também a partir da fala das entrevistadas, inferiu-se que existem dificuldades no procedimento de marcação de consultas naquela rede hospitalar; que a previsão de tempo de

espera pela confirmação da marcação de consulta médica não é divulgada; que os próprios empregados não possuem informações precisas sobre quais os critérios estabelecidos pela administração do Hospital Sarah (APS) para o acesso dos usuários aos seus serviços; que a APS proporciona atendimento à determinadas patologias para alguns poucos usuários mas não para o público em geral; que parlamentares utilizariam sua influência junto à administração da APS para fins clientelísticos; e que existem privilégios de atendimento e prioridade de acesso para pessoas influentes e/ou personalidades públicas.

A título de exemplo, dentre as respostas fornecidas ao questionamento sobre o que era preciso fazer para marcar uma consulta no Hospital Sarah, as transcrições a seguir das respostas de uma das entrevistadas demonstra alguns dos aspectos mencionados acima:

“Não, eu estou rindo porque existe aquela forma... formal e existe aquela forma que a gente sabe que a pessoa marca consulta.”

“Mas, bem, é... a pessoa tem que ter alguma patologia na área locomotora. Ela tem que ligar e aí uma equipe multidisciplinar vai avaliar, ela relata sobre o que está acontecendo com ela e aí esta equipe vai avaliar e a telefonista vai explicar que agora não poderá ser atendido e que vai ter que aguardar um outro momento quando será marcada a consulta. O ruim é que nem todo mundo que tem doenças patológicas é atendido lá. Porque dizem que não tem vaga, que não tem como atender. As pessoas reclamam de ligar e não conseguir marcar consulta, reclamam demais pelo telefone estar ocupado (grifo nosso). Mas a gente sabe que existem outras prioridades e aí pessoas que não tem nada patológico, mas que têm influência no poder, que conhecem o Diretor do Hospital e/ ou a Diretora, têm acesso ao Sarah.”

“Quando eu trabalhei na internação, vários deputados passavam mal e eram internados no Sarah, entende? Coisas assim que, paciente mesmo demora anos, que não é frescura, fica esperando e, muitas vezes, não conseguem (grifo nosso).”

É isso que é um pouco intrigante. Apesar de que nos últimos meses que eu fiquei lá, não estava acontecendo mais isso, eles estavam parando com isso”.

Os dados colhidos nas entrevistas levantam dúvidas quanto à observância do princípio da equidade no acesso aos serviços na APS, pois, se o sistema de atendimento não é transparente para os usuários e nem para uma parcela dos próprios funcionários como garantir a correta observância daquele princípio? Estes fatos também seriam indícios de que o controle social não estaria se efetivando e que o processo participativo estaria prejudicado naquela rede hospitalar.

As mencionadas enquetes, também fornecem indícios de que o modelo de gestão das OS – que em grande parte foi baseado na experiência de gestão da Rede Sarah – não possuiria vantagens decisivas, ao contrário do que pregam seus defensores, sobre os outros modelos de gestão participantes do SUS, quando se trata de proporcionar instrumentos formais e mecanismos administrativos para evitar práticas predatórias como o clientelismo, a privatização e a feudalização.

Por fim, dos dados coletados até o momento (incluindo os depoimentos), não é possível concluir se haveria restrição excessiva da oferta de serviços e se o fato teria um papel relevante no “sucesso” do modelo de gestão da APS em termos de qualidade de atendimento. Isto é, se existe uma relação de causalidade entre o modelo de gestão implantado na rede Sarah e o grau de excelência em atendimento e pesquisa atingido por aquela instituição, ou se este último possui alguma vinculação mais estreita com a restrição da oferta de serviços apontada pelas entrevistadas.

Também não foi possível – devido ao recorte da pesquisa executada (que não estava direcionada para uma análise específica do modelo de gestão implantado na APS, mas nas OS como um todo) – correlacionar o mencionado nível de eficiência do Sarah com o volume de recursos orçamentários recebidos por aquela instituição hospitalar, em comparação com

montante recebido por unidades hospitalares semelhantes do SUS e seus desempenhos no atendimento e disponibilização de serviços aos usuários. Embora, os dados coletados durante a fase de pesquisa documental (tais como matérias de jornais e propostas de emendas orçamentárias de parlamentares) pareçam indicar uma destinação de recursos mais generosa para a APS.

Considerações finais

O discurso institucional das OS propõe o controle social por duas vias: os conselhos de administração e o contrato de gestão. Entretanto na prática institucional, como visto no estudo sobre a APS, estes instrumentos não seriam suficientes para garantir o controle social.

Por esse motivo, sintetizando e recuperando alguns dos aspectos centrais da crítica desenvolvida no mencionado trabalho de mestrado sobre o controle social e a equidade no acesso aos serviços nessas instituições, ressaltamos as considerações a seguir.

- A proposta da publicização, implementada na década de 90, ou seja, a transformação dos serviços não-exclusivos do Estado em propriedade pública não-estatal que viabilizou a criação de Organizações Sociais (OS) durante o período de governo de Fernando Henrique Cardoso ainda hoje apresenta riscos de apropriação privada de bens e recursos públicos sob uma orientação de maior autonomia e flexibilização da gestão dos serviços estatais. Sendo que, essa maior autonomia administrativa e financeira implicou em mudanças no padrão anterior de prestação de serviços sociais que parecem não ter alterado o padrão de controle social e o nível de equidade no acesso aos serviços dessas instituições.

- As OS afastaram-se da esfera estatal (e, na área de saúde, da gestão preconizada pelo SUS sob o regime jurídico administrativo) e pautaram-se pelas “vantagens da flexibilização”, à época, bastante em voga no discurso governamental da reforma administrativa, não se sujeitando às normas que regulam a gestão de recursos humanos, orçamento, finanças, compras e contratos na Administração Pública (RJU, concursos públicos, SIAPE e a tabela salarial do setor público).
- A implementação do modelo de gestão das OS trouxe consigo alguns desafios, sobretudo em relação à submissão das mesmas a um controle social eficaz por parte da sociedade. Esse controle é necessário tanto para garantir a real condição de espaço público (ainda que não-estatal), quanto para evitar o excesso de poder discricionário dos administradores de tais instituições, e, assim poder bloquear uma possível tendência à privatização dos serviços sociais “camuflada” em campanha de “publicização”.
- Nesse sentido, e para aumentar a eficácia do controle social sobre as OS, é necessário buscar o aperfeiçoamento da previsão legal relativa à participação de representantes da sociedade civil nos conselhos de administração, para que haja mecanismos formais para fomentar a participação e a prevalência dos interesses dos usuários desses serviços, evitando assim a apropriação das OS por possíveis interesses incompatíveis ao atendimento das demandas da sociedade. Até porque – e em virtude mesmo das contradições expostas anteriormente neste trabalho (sobreposição de papéis de agentes públicos e conselheiros) – os mecanismos de controle dessas organizações por parte do Poder Público, também não garantem, por si só, a efetividade da prestação destes serviços na direção dos interesses dos usuários.

- Quanto ao contrato de gestão das OS – que prevê o permanente controle por resultados e que deveria também assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde disponibilizados por estas instituições – relembramos que o próprio TCU recomendou, ao avaliar o caso específico da APS, a revisão de algumas das cláusulas destes contratos. Pois, concluiu que o simples parecer favorável ao cumprimento das metas do contrato (ou seja, o atingimento dos resultados acordados) não garante, efetivamente, que as mesmas espelhem as reais capacidades de atendimento das instituições contratadas (OS).
- Uma alternativa possível para fortalecer o controle social sobre as OS, e evitar a tendência à subavaliação de metas, seria a divulgação das atas das reuniões de negociação que antecedem à pactuação desses objetivos e à fixação das ditas metas no contrato de gestão.
- Quanto à APS, e em virtude mesmo do próprio impedimento à pesquisa em suas instalações, restaram mais perguntas do que respostas no que concerne à análise da questão da equidade no acesso aos serviços prestados por aquela instituição.

Por fim, diante da possibilidade de o modelo de gestão das OS transformá-las em mais uma alternativa para a precarização da prestação de serviços sociais (sobretudo a saúde, que é um dever do Estado), ou em mais um rumo no processo de privatização e de exclusão de camadas menos favorecidas da população, defendemos a via oposta, a da perspectiva de poder torná-las um espaço mais aberto e equânime, via incentivo a um controle social mais efetivo por parte da sociedade.

Por último, ressaltamos que este estudo teve por objetivo simplesmente apresentar alguns argumentos e reflexões para subsidiar uma discussão mais ampla da questão central do

controle social e da equidade no acesso aos serviços nas OS. O modelo de gestão particular da Associação das Pioneiras Sociais (APS); tendo esta serviu apenas como objeto de pesquisa em virtude de fatores conjunturais (proximidade geográfica, projeção na mídia etc.) e por se encaixar no recorte teórico de nossa pesquisa.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Karen Santana de. *Setor público não-estatal: (des)caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde*. 2005. 160f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL. *Constituição Federal: promulgada em 5 de outubro de 1988*. 8. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2004.
- BRASIL. Lei 8.080 de 19/09/1990. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 22 mar. 2005.
- BRASIL. Lei 8.246 22/10/1991. Disponível em: < http://pgpe.planejamento.gov.br/Docs/LEI_N_8246.pdf> . Acesso em: 22 mar. 2005.
- BRASIL. Lei 9.637 15/05/1998. Disponível em: < http://www.saude.sc.gov.br/legislacao_sus/leis/lei9637.htm>. Acesso em: 22 mar. 2005.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações Sociais*. 5 ed. Brasília: MARE, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, nº. 2).
- BRASIL. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Imprensa Nacional, 1995.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.
- DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na Administração Pública*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

- FALEIROS, Vicente de Paula. *A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula*. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/conteudo/publicacoes/livros/4GW7inLLkRaDio1vtL3RpN44o0Jj5lxZ/Reforma%20do%20Estado.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2005.
- MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.
- PEREIRA, Potyara A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. *Ser Social*, Brasília, v.10, n.10, jan./jun. 2002.
- RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e Conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.
- SANTOS, Luiz Alberto. *Agencificação, publicização, contratualização e controle social: possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do estado*. Brasília: DIAP, 2000.
- SANTOS, Luiz Alberto. *O programa de publicização e as organizações sociais*. Disponível em: <<http://www.pt.org.br/assessor/oston.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2005.
- SANTOS, W. G. A trágica condição da Política Social. In: ABRANCHES, S. H. et al. *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987 p. 33-64,
- SILVA, Ilse Gomes. *Democracia e participação na Reforma do Estado*. São Paulo: Cortez, 2003.
- SIMIONATTO, Ivete. *Crise, reforma do Estado e políticas públicas: implicações para a sociedade civil e a profissão*. Disponível em: <<http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv87.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2005.

Artigo recebido em 30 julho de 2005 e aprovado em 20 de outubro de 2005.