



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

MARIA LETÍCIA BONFIM ANDRADE

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE:
ATORES E INTERESSES NO PROCESSO DE
QUALIFICAÇÃO NA BAHIA

Salvador
2008

MARIA LETÍCIA BONFIM ANDRADE

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE:
ATORES E INTERESSES NO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO NA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Maria do Carmo Lessa Guimarães

Salvador
2008

Escola de Administração - UFBA

A553 Andrade, Maria Leticia Bonfim
Organizações sociais na área de saúde: atores e interesses no processo
de qualificação na Bahia / Maria Leticia Bonfim Andrade. – 2008.
126 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lessa Guimarães.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de
Administração, 2008.

1. Saúde pública - Administração - Bahia. 2. Associações,
instituições, etc - Bahia. 3. Reforma dos serviços de saúde. 4. Sistema
Único de Saúde. 5. Hospitais públicos – Bahia – Administração.
I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II.
Guimarães, Maria do Carmo Lessa. III. Título.

362.1068

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIA LETÍCIA BONFIM ANDRADE

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE:
ATORES E INTERESSES NO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO NA BAHIA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Maria do Carmo Lessa Guimarães – Orientadora _____
Doutora em Administração
Universidade Federal da Bahia

Isabela Cardoso de Matos Pinto – _____
Doutora em Administração
Universidade Federal da Bahia

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa – _____
Doutora em Administração
Universidade Federal da Bahia

Salvador, 15 de agosto de 2008

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão de minha existência e a graça da conclusão do mestrado.

Aos meus pais Antonio Clodilson Andrade e Nanci Rita Bomfim Andrade pelo incentivo e exemplo de perseverança.

À minha querida irmã Lea Maria, pela atenção e inestimável ajuda durante todo o meu estudo.

A Roberto Macedo, por seu amor e incentivo.

À Sônia Magnólia Carvalho por permitir o meu ingresso no Mestrado.

À minha orientadora Professora Maria do Carmo Guimarães pela paciência e por suas preciosas recomendações.

Aos professores do NPGA por terem ampliado meus horizontes neste campo do conhecimento e aos colegas da turma pela convivência inesquecível.

À Professora Heloniza Costa, pela oportunidade de aprender mais.

Aos entrevistados, por sua disponibilidade, atenção e paciência.

Aos colegas da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em especial aos dirigentes do Fundo Estadual de Saúde, do Gabinete do Secretário e da Coordenação de Controle Interno, pelos momentos em que precisei me ausentar do trabalho.

Aos colegas Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Estado da Bahia, em especial a Egídio Borges, Jorge Henrique Mendonça e Marco Aurélio Neves, por todo o incentivo durante essa árdua e gratificante trajetória.

Ao colega Daniel Fernando, pela ajuda na “arte final” desta pesquisa.

Ao médico Dr. Anderson Almeida, por ajudar a restabelecer minha saúde durante os estudos.

EPÍGRAFE

“Não ande pelo caminho trilhado,
pois ele conduz apenas aonde outros já foram.”

Alexander Graham Bell

RESUMO

Esta pesquisa trata sobre os fatores que influenciaram as entidades sem fins lucrativos na área de saúde atuantes na Bahia a optarem pela qualificação como Organização Social no período 2005-2006. O propósito da pesquisa é o de agregar evidências empíricas que elucidem as razões que levaram Organizações Sociais a decidirem por gerir hospitais públicos, consideradas unidades de saúde de grande complexidade do ponto de vista organizacional e administrativo. O referencial teórico utilizado na pesquisa foi o neo-institucionalismo, na vertente da Escolha Racional trabalhada por Ostrom (1999), usando elementos da sua proposta da Estrutura para Análise Institucional, os quais permitem a identificação de fatores que influenciam as decisões dos atores em espaços sociais de interação para agir em função do bem comum. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como fontes de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas com os dirigentes das OS e com outros informantes-chave e análise documental. Os resultados do trabalho empírico sobre os fatores que levaram as entidades privadas e/ou filantrópicas sem fins lucrativos a pleitearem a qualificação como OS, analisados a partir das categorias analíticas da abordagem neo-institucionalista da escolha racional, confirmam que a adesão das entidades não surgiu por conta de variáveis isoladas, mas por uma série de fatores que resultam em incentivos, apesar de ter também “custos” nessa relação. Os achados apontaram que as entidades decidiram aderir a essa parceria e ainda permanecem no modelo porque têm experiência vocacional para a prestação de serviços de saúde hospitalares muito antes do surgimento do SUS, e entendeu que o modelo Organização Social na gestão de hospital público geram dividendos financeiros e não-financeiros, que, justificam a adesão.

Palavras-Chave: Reforma do Estado; Organização Social; Sistema Único de Saúde; Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

This research discusses the factors that influenced the non-profit entities engaged in the health area in Bahia to opt for the qualification as Social Organization in the period 2005-2006. The purpose of the research is to add empirical evidence that elucidate the reasons that let Social Organizations to decide for manage public hospitals, considered complexity health units by the organizational and administrative's point of view. The neo-institutionalism was the theoretical referential used in the research, as part of Rational Choice worked by Ostrom (1999), using elements of his proposal of Institutional Framework for Analysis, which allow the identification of factors that influence the decisions of the actors in interaction social space to act according to the common good. This is a qualitative research that had as sources for data collection semi-structured interviews with SO's leaders and others key informants and documentary analysis. The results of empirical work over the factors that led the private or philanthropic nonprofit entities request the qualification as SO, analyzed from the analytical categories of neo-institutionalism approach of rational choice, confirm that the adhesion of entities do not emerge because of isolated variables, but by a series of factors which result in incentives, although it also has costs in this relationship. The findings indicated that the entities decided to join this partnership and still remain in this model because they have vocational experience for the provision of hospital health services before SUS' emergence, and felt that the Social Organization model in the management of public hospital generate financial and non-financial dividends, that justify the accession.

Keywords: State Reform; Social Organization; Unified Health System; Hospital Management.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

- Figura 1 – Proposta de estrutura para análise institucional
- Figura 2 – Modelo de análise adotado
- Figura 3 – Etapas a serem seguidas pela Secretaria da área para realizar publicização de um serviço
-
- Quadro 1 – Unidades hospitalares atualmente geridas por Organizações Sociais na Bahia

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
BANEB	Banco do Estado da Bahia
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COELBA	Companhia de Energia Elétrica da Bahia
CONGEOS	Conselho de Gestão das Organizações Sociais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
NOB 96	Norma Operacional Básica 96
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
PAB	Piso Assistencial Básico
PFL	Partido da Frente Liberal
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PROGERIR	Programa de Gestão da Administração Pública
PROMIR	Instituto de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Microrregião de Irecê
PT	Partido dos Trabalhadores
SAC	Serviço de Atendimento ao Cidadão
SAEB	Secretaria de Administração do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	BASES TEÓRICAS DO ESTUDO	18
1.2	MODELO DE ANÁLISE	21
1.2.1	Categorias analíticas, variáveis e indicadores	23
1.2.2	Procedimentos metodológicos	25
1.2.3	Desenhos do Estudo	26
2	A REFORMA DO ESTADO NOS ANOS 90 E SUAS IMPLICAÇÕES NO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL	28
2.1	A REFORMA DO ESTADO NOS ANOS 90	28
2.2	A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL	30
2.3	A REFORMA NO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL: CONFLITOS ENTRE A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA DO ESTADO	37
2.4	TERCEIRO SETOR NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MARCO LEGAL	45
2.5	AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DA REFORMA DO ESTADO NO BRASIL	51
2.5.1	As Organizações Sociais no Brasil: discutindo a contratualização	57
2.6	AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO (OSCIPS)	62
2.6.1	Breve comparação entre as OSCIPs e as OSs	63
3	AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA BAHIA	66
3.1	AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E A REFORMA GERENCIAL NO ESTADO DA BAHIA	66
3.2	IMPLANTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE	68
3.3	A PROBLEMÁTICA DA GESTÃO HOSPITALAR	70
3.4	MARCO LEGAL DA OS BA: MUDANÇAS ENTRE A LEI ANTIGA E A ATUAL	73
4	A QUALIFICAÇÃO COMO OS PARA A GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS: A “VOZ” DOS ATORES	85

4.1	ANÁLISE DOS RESULTADOS	87
4.1.1	Dos atores	87
4.1.2	Das regras	90
4.1.3	Do contexto externo	92
4.1.4	Do contexto interno	97
4.2	PERSPECTIVAS SOBRE A GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO	103
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICES	121

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre a reforma do Estado e o aperfeiçoamento das formas de gestão pública tornou-se um tema importante na década de 90, uma vez que a crise fiscal dos anos 80 e o processo de globalização em curso trouxeram para a agenda política propostas de revisão do papel do Estado nas sociedades contemporâneas.

Com as novas exigências advindas do processo de expansão das atribuições do Estado e da globalização econômica, a eficiência da Administração Pública também passou a ser tema de debate. Assim, os projetos de reforma do aparelho do Estado passam a ser orientados predominantemente por valores como os da eficiência e da qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações, como resultado da influência do movimento gerencialista¹ ocorrido na Europa e nos Estados Unidos, atingindo também a América Latina.

Na Inglaterra, por exemplo, o movimento gerencialista tratava de responder ao avanço norte-americano, alemão e japonês no mercado internacional. Assim, o governo inglês procurou transformar a cultura de duas gerações a fim de aumentar os níveis de produtividade e realização no campo da economia, da política, do governo, das artes e das ciências, bem como na vida privada dos ingleses (HEELAS, 1991). Resgatou-se então os valores vitorianos, como o esforço e trabalho duro, cultivando-se também a motivação, a ambição criativa, a inovação, a excelência, a independência, a flexibilidade e a responsabilidade pessoal, valores estes que se tornaram a base do governo de Thatcher.

¹ O gerencialismo surgiu durante a década de 80 principalmente na Inglaterra, sob o governo de Margareth Thatcher e nos Estados Unidos, na era Reagan. Ele caracteriza tanto com a hegemonia do privado em detrimento do público, como com a ênfase no liberalismo econômico e político que caracterizaram as últimas duas décadas.

Paralelamente, nos Estados Unidos se desenvolveu o *culto à excelência* (GAY, 1991) que promove entre as pessoas uma imagem de auto-determinação no trabalho e as convida a se tornarem seus próprios chefes, além de empreendedoras de si mesmas. Este ideário se tornou um grande sucesso e alimentou o ufanismo da era Reagan, pois captou a essência do “sonho americano”, uma vez que fixa no imaginário social fantasias de oportunidade de progresso e crescimento baseados na iniciativa individual.

Cerca de uma década mais tarde, no campo da gestão pública norte-americana Osborne e Gaebler (1994) consideram que um novo tipo ideal substituiria o modelo burocrático sugerido por Weber².

Deste modo, o movimento gerencialista no setor público, tanto nos Estados Unidos como na Inglaterra, fundamenta-se na cultura do empreendedorismo, focalizando principalmente os esforços individuais no processo de transformação social. Esta cultura, reflexo do capitalismo flexível, se consolidou nas últimas décadas através da criação de um código de valores e condutas que orienta a organização das atividades de forma a garantir controle, eficiência e competitividade máximos (HARVEY, 1992).

Vale destacar que apesar de ter se desenvolvido no contexto cultural da Inglaterra e dos Estados Unidos, o gerencialismo, bem como seu modelo de gestão administrativa e reforma do Estado, se espalhou pela Europa e América Latina. Devido a uma estreita conexão entre os

² Para os autores, esse modelo pós-burocrático seria caracterizado por dez princípios: 1) competição entre os prestadores de serviços públicos; 2) catálise dos setores público, privado e não-governamental para uma ação conjunta; 3) transferência do controle das atividades burocráticas para a comunidade; 4) avaliação dos órgãos governamentais focalizando nos resultados; 5) orientação por objetivos; redefinição dos usuários como clientes, oferecendo-lhes opções; 6) atuação preventiva nos problemas; 7) preferência por mecanismo de mercado em vez de soluções burocráticas; 8) prioridade ao investimento na produção dos recursos e não nos insumos; 9) descentralização da autoridade, promovendo o gerenciamento com participação; e 10) avaliação dos órgãos governamentais focalizando nos seus resultados e não nos insumos (OSBORNE & GAEBLER, 1994 apud PENTEADO FILHO, 1998).

valores e ações de cunho gerencialista e as prerrogativas da reestruturação produtiva da economia mundializada (BAGGULLEY, 1991), esse movimento passou a representar as necessidades das mais diversas empresas e governos, transcendendo, portanto, as matrizes histórico-culturais locais.

Na constituição deste modelo de gestão pública, as experiências da Inglaterra e dos Estados Unidos serviram como referências para discussões e análises comparativas. De um modo geral, o uso de ferramentas gerenciais advindas do setor privado no setor público é considerado um componente indispensável e mesmo caracterizador do modelo.

No setor público brasileiro, o movimento ganhou força nos anos 90 com o debate da reforma gerencial do Estado brasileiro e o desenvolvimento da administração pública gerencial. Assim, a Reforma Gerencial foi um desdobramento do ajuste estrutural da economia brasileira, que teve início com a adesão do governo Collor às recomendações do Consenso de Washington para a crise latino-americana. Em um primeiro momento, o discurso reformista incorporou as recomendações neoliberais, propondo uma redução do tamanho do Estado brasileiro e outras medidas de restrição da atuação estatal.

No entanto, nos anos 90, após algumas experiências concretas de ajuste estrutural, cresceram críticas ao movimento neoliberal, que apontavam principalmente para sua tendência de realizar um desmonte indiscriminado do Estado, atingindo inclusive as políticas sociais. Em consequência, a partir do primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, no discurso político do governo abandonou-se as palavras “redução do Estado” e “transferência de suas funções” em favor da expressão “reforma dos institutos legais e estatais”, reforma esta

que teria como objetivo tornar o Estado mais “administrável” pelos burocratas³.

Assim, promoveu-se a transição da “cultura burocrática” para a “cultura gerencial”, utilizando-se as idéias e ferramentas de gestão mais recentes do setor privado (a exemplo dos programas de qualidade, do planejamento estratégico, da reengenharia organizacional, da terceirização, etc.) que teriam sido “adaptadas” ao setor público. Com a consolidação das dimensões institucional e cultural da reforma, passou-se a explorar a dimensão-gestão, que coloca em prática as novas idéias gerenciais, com o objetivo oferecer um serviço público de melhor qualidade e de menor custo ao “cidadão-cliente”.

Deste modo foram desenhados os contornos da administração pública gerencial brasileira, também denominada nova gestão pública. Segundo Bresser Pereira (1998b), a administração pública gerencial, derivada da reforma, é democrática porque rompeu com o modelo burocrático de organização e tornou a gestão do aparelho do Estado mais transparente, eficiente e controlável, além de criar novas oportunidades de participação social. Para ele, a administração pública gerencial está contribuindo para a construção da democracia brasileira devido principalmente a quatro razões: (1) a adaptação crítica da administração pública gerencial à necessidades nacionais; (2) a utilização de múltiplos controles sociais para gerenciar as ações dos burocratas públicos; (3) a opção pelo modelo pós-burocrático de gestão, que em tese é mais participativo e (4) a constituição de uma esfera pública não-estatal

³ Como observou Santos (1998), o recente movimento de reforma do Estado nos países semi-periféricos teve duas fases: um período de “terapia de choque”, quando ocorreu o auge do pensamento neoliberal e um período mais complexo do ponto de vista político e social, no qual as forças progressistas e conservadoras se reorganizaram e passaram a disputar suas visões da reforma. Nesse contexto, destacam-se a vertente ético-política, herdeira do campo movimentalista de 70 e 80 (que buscava alternativas de reforma e gestão pública) e a vertente gerencial, que alcançou o poder nos anos 90 implementando a reforma e administração pública gerencial.

que através de dispositivos constitucionais e das organizações sociais viabiliza a participação popular na gestão pública⁴.

Em que pese as afirmações acima, não se pode desconsiderar que diferentes formas de gestão podem conviver na mesma macro-estrutura burocrática, configurando um padrão heterogêneo de administração pública, onde em determinados setores pode-se encontrar práticas patrimonialistas, em outros a existência da burocracia “weberiana” e, em outros, tentativas de introdução de “administração pública gerencial”

Nesse contexto, o Terceiro Setor, que pode ser conceituado como um conjunto de entidades privadas de cooperação e colaboração que atuam sem fins lucrativos, visando objetivos sociais, públicos ou coletivos, ganha relevância, especialmente quando se reclama por eficiência na administração dos aparelhos estatais e por economicidade na gestão dos recursos públicos. No Brasil, as entidades declaradas de utilidade pública, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as entidades declaradas como organizações sociais, as organizações não-governamentais, fazem parte do chamado Terceiro Setor.

Na área da saúde, uma das questões centrais do debate sobre a reforma do Estado diz respeito à implantação de novas formas de gestão e provisão dos serviços públicos. Nesse contexto, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, defendia a substituição paulatina das funções de financiamento e provisão de serviços para a função de regulação da produção, especialmente nas organizações complexas, a exemplo de hospitais, que passariam a ser

⁴ O autor sustenta, apesar do modelo ter se originado em outros países como a Inglaterra e os Estados Unidos, ele teria sido criticamente adaptado ao Brasil, pois há três orientações possíveis para a administração pública gerencial - a técnica, a econômica e a política ou democrática – e a reforma foi realizada tendo em vista as necessidades de transformação cultural do setor público brasileiro no processo de construção democrática (BRESSER PEREIRA, 1998a).

operados por organismos privados, embora de natureza pública, as Organizações Sociais, limitando a produção estatal aos serviços básicos.

No Brasil, as Organizações Sociais surgiram com a Lei nº 9.638/98 que instituiu o Programa Nacional de Publicização. Algumas experiências do modelo foram observadas pioneiramente no Estado de São Paulo.

O Governo da Bahia, pretendendo colocar em prática essa proposta de OS, lança em 1997, o Programa de Incentivo às Organizações Sociais, com o objetivo de transferir progressivamente a responsabilidade de gestão serviços públicos, incluindo os hospitais para essas entidades. Contudo ocorreram inicialmente algumas resistências ao referido Programa levando a uma retração do processo de qualificação das entidades e, após longo período de terceirização da gestão dos hospitais (1998-2004), retoma-se em 2005 a política pública de implantação das OS na Bahia. Esta “ascensão” e “queda” das Organizações Sociais foi inclusive objeto de tese de doutorado de Isabela Pinto (2004).

Na sua tese, Pinto (2004) conclui que quatro aspectos foram decisivos nessa retração ao Programa das OS na área de saúde⁵: a) o núcleo da SESAB (em especial a área de planejamento) defendia a gestão pública dos serviços; b) a resistência advinda por parte dos grupos representativos de corporações (conselhos de saúde, associações médicas, sindicatos); c) os problemas político-partidários (nas regiões onde estavam alguns hospitais que poderiam ser publicizados não havia alinhamento político-partidário com o governo estadual, gerando a desconfiança de que o Governo do Estado só entregaria OS constituídas por aliados políticos); d) a resistência dos servidores lotados nos hospitais destinados à publicização.

⁵ Cujá consequência a publicização de um único hospital, o de Irecê, em 1999.

Ainda de acordo com a autora, o próprio governador do Estado admite que houve reação corporativa muito forte, problemas na formulação da lei e fragilidade na condução do processo de convencimento do projeto. Além disso, a posição de poder centrado no Secretário da Administração se constituiu em um dos motivos do fracasso do processo de construção de convencimento. Por esse motivo, durante o final da gestão Paulo Souto (1995-1998) e em todo o período da gestão de César Borges (1999-2002), mesmo com a manutenção do mesmo grupo político no governo do Estado, a gestão de hospitais públicos por OS, exceto o de Irecê, não ocorreu (PINTO, 2004).

Com o retorno de Paulo Souto, em 2003, o Governo do Estado retoma a proposta de implementação das OS e finalmente em 2005 e 2006, surgem mais OS da área de saúde. Passa-se a observar um aumento do número de entidades filantrópicas e privadas, sendo estimuladas a se qualificarem como OS, e passando a gerir hospitais públicos. Por ser um fenômeno recente, não se observou até o momento estudos que analisassem estas razões na medida em que seus estatutos e normas não apontam benefícios significativos para estas entidades assumirem tal gestão. Assim, este estudo tem a seguinte questão de pesquisa: **que fatores influenciaram a opção destas entidades privadas e/ou sem fins lucrativos na área de saúde a optarem pela modalidade de Organização Social para gerir hospitais públicos?**

Ao responder a esta questão esta pesquisa busca analisar os fatores condicionantes da opção destas entidades pelo modelo OS com vistas a agregar evidências empíricas que elucidem as razões que levaram as OS a decidirem por gerirem hospitais públicos, consideradas unidades de saúde de grande complexidade do ponto de vista organizacional e administrativo.

Assim, pretende-se analisar as razões que levam as OS, enquanto organizações de natureza privada, a assumirem a gestão dos hospitais públicos numa condição de restrição de lucros. Nessa perspectiva, o que está colocado no centro do debate são as razões que levam as organizações privadas ou sem fins lucrativos a decidirem pela gestão de serviços de natureza pública, ou seja, para provisão de um bem coletivo, sem coerção externa e sem fins lucrativos.

O pressuposto assumido é que embora os suportes financeiro, patrimonial e de recursos humanos por parte do Estado condicionem a decisão das entidades privadas e/ou sem fins lucrativos pela qualificação como OS, a possibilidade de maior autonomia decisória e a maior flexibilidade administrativa, próprias do modelo, são os incentivos mais fortes desta opção dos atores pelo fato de lhes possibilitar uma condição de gestão capaz gerar “dividendos” financeiros e não-financeiros.

1.1 BASES TEÓRICAS DO ESTUDO

Esta pesquisa se apóia na literatura sobre a decisão de indivíduos /organizações, no âmbito da ciência política, nas vertentes que assumem que os indivíduos agem de acordo com seus interesses e preferências. Contudo, a concepção de interesses e preferências, principalmente o entendimento do que molda tais interesses para agir em função da produção de um serviço público, diverge muito entre as diversas correntes de cientistas políticos, inclusive ao interior do neo-institucionalismo, por exemplo.⁶

Interesses que para os economistas neoclássicos são decorrentes da racionalidade egoísta dos indivíduos, e que tais interesses, quando comuns, levam a ação para a realização de um bem público, é uma suposição já contraposta pelos estudos de Olson (1998). Esses estudos

⁶ Para um estudo mais aprofundado destas correntes ver Hall e Taylor (2003).

demonstram que os indivíduos não se agrupam para prover um bem público sem coerção ou incentivos seletivos.

Já os estudos empíricos de Ostrom (1990; 1999) e de Levi (1991; 1997), a partir das contribuições de Olson, têm buscado identificar e analisar as variáveis que caracterizam os espaços sociais onde os indivíduos interagem afirmando que fatores internos e externos aos grupos podem levar à provisão de um bem público sem coerção externa.

Segundo Costa (2005, p.29),

Essas autoras deixam claro que a escolha racional não é a aplicação dos princípios da economia neoclássica à política, dando atenção especial: a) às **instituições e normas**, b) à riqueza do **contexto** (fatores internos e externos aos grupos), c) às questões de **conflito e poder**, d) à influência dos **resultados das ações** nas estratégias que os indivíduos adotam e, e) em algumas ocasiões, para as **motivações não egoístas**.

Apesar dos estudos de Ostrom e de Levi, acima referidos, serem voltados para ação coletiva de grupos em situação de uso de um bem comum ou um bem público, mais especificamente o uso de recursos naturais, eles trazem elementos que ajudam a compreender o comportamento dos indivíduos em situações de provisão de um bem público.

Com os achados empíricos de suas pesquisas, Ostrom (1999) além de assumir que os interesses dos indivíduos que levam à tomada de decisões não são apenas interesses utilitaristas, salienta a importância dos aspectos institucionais na modelagem do comportamento dos indivíduos, e aponta outros fatores tais como aqueles relacionados (i) às características dos atores sociais envolvidos na situação, (ii) às características do contexto externo e (iii) às características do contexto de interação desses atores que influenciam nas suas decisões para provisão de bens públicos.

Com referência aos estudos de Ostrom (1990), Costa (2005, p.30) coloca que:

A abordagem de Ostrom salienta a importância dos detalhes **institucionais**, pois a possibilidade de equilíbrio ou aperfeiçoamento do equilíbrio pelo envolvimento individual dependerá da **estrutura particular da instituição**. No sentido mais geral, todo arranjo institucional pode ser pensado como um jogo de forma extensiva. Assim, a opção particular, viável ou disponível, a seqüência das opções, a informação disponível, a relativa recompensa e punição, destinadas para diferentes seqüências de movimentos, podem mudar completamente o resultado. Entretanto, esta abordagem dá atenção à estrutura particular da situação por constatar que as particularidades da situação produzem impacto na estrutura do jogo e seus resultados. O lugar das regras numa determinada estrutura pode ter conseqüências diferentes se usadas em diferentes estruturas.

Assim, as evidências reveladas pelos estudos empíricos desenvolvidos dentro da matriz teórica do neo-institucionalismo, mais particularmente da teoria da escolha racional, na vertente trabalhada por Ostrom (1990, 1999) trazem elementos que permitem afirmar que os indivíduos/atores – seres racionais que têm interesses e preferências tomam decisões para realização de um bem público em função dos incentivos e ou sanções assegurados pelas regras e por influência dos contextos interno e externo.

Nesse sentido as regras oferecem elementos para a tomada de decisão dos atores, incluindo elementos para o cálculo do custo-benefício da ação. Nessa perspectiva, as regras estão aqui sendo compreendidas como componentes intrínsecos das Instituições, ou seja, as Instituições são as regras do jogo em uma sociedade; mais formalmente, representam os limites estabelecidos pelo homem para disciplinar as interações humanas. Em conseqüência, elas estruturam os incentivos que atuam nas trocas humanas, sejam elas políticas, sociais ou econômicas. As mudanças institucionais dão forma à maneira pela quais as sociedades evoluem através do tempo e, assim, constituem-se na chave para a compreensão da mudança histórica (NORTH, 1990).

Nos estudos empíricos que levaram Ostrom a propor a estrutura de análise institucional, ela diz que as regras contam, mas não apenas as regras modelam o comportamento, dada a existência de outros fatores, tais como o contexto externo e o contexto interno. Assim, a

autora afirma que atores agem racionalmente, pois levam em conta as regras (formais) bem como fazem uma avaliação custo-benefício, de modo que os seus ganhos sejam maiores que suas perdas (OSTROM, 1999).

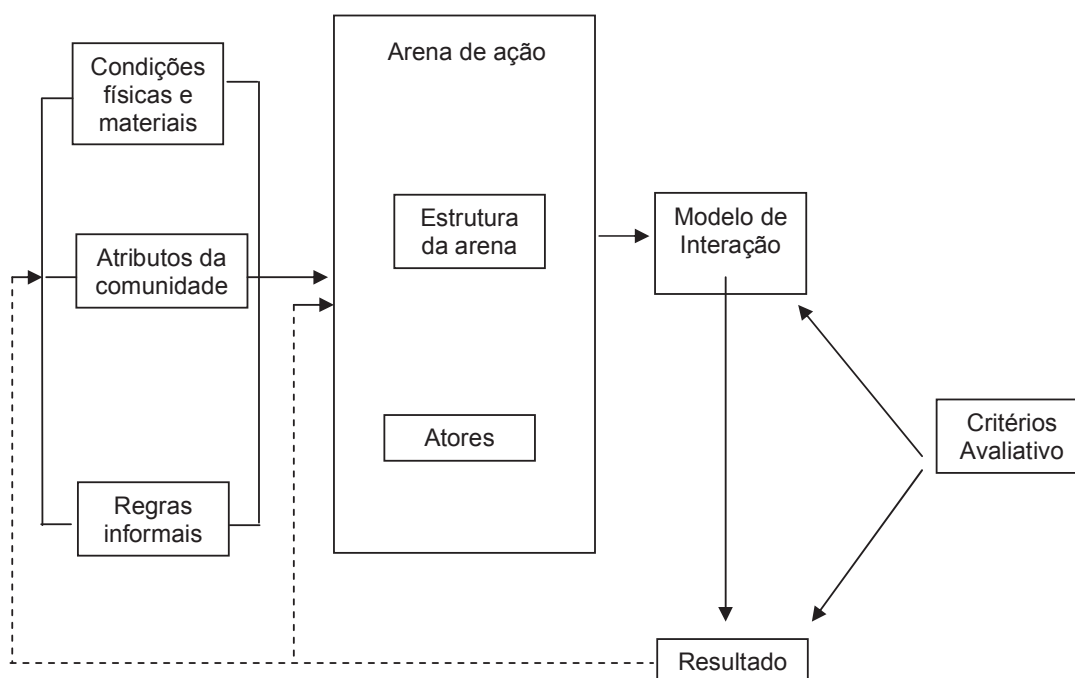
Para Ostrom, como referido por Costa (2005), as regras formais se originam das leis - são regras que definem as ações que são requeridas, permitidas ou proibidas aos indivíduos. As regras informais são aquelas que não estão escritas e estão introjetadas na forma de valores.

Assim, a ida ao empírico para identificação de fatores que influenciam a decisão de entidades privadas em assumir a gestão de hospitais públicos na condição de Organizações Sociais, foi orientada pelo aporte teórico do neo-institucionalismo, na vertente da Escolha Racional trabalhada por Ostrom (1999), usando elementos da sua proposta da Estrutura para Análise Institucional que será melhor detalhada a seguir.

1.2 MODELO DE ANÁLISE

Tomou-se de empréstimo a proposta da Estrutura de Análise Institucional de Ostrom (1999), como apresentada na figura abaixo, desenvolvida por Costa (2005) em sua tese de doutorado. Tal estrutura traz elementos que permitem a identificação de fatores que influenciam as decisões dos indivíduos para provisão de serviços públicos, ao apontar as variáveis que afetam as decisões dos atores em espaços sociais de interação para agir em função do bem comum.

Figura 1- Proposta de Estrutura para Análise Institucional



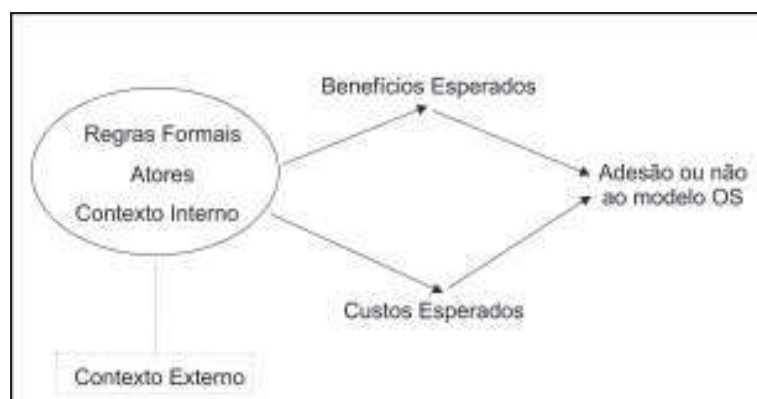
Fonte: Ostrom (1999, p.42)

Para Costa (2005), Ostrom, ao desenvolver esta proposta, a apresenta como um mapa multiconceitual, onde uma parte da estrutura é a identificação de uma “arena de ação”, que configura os modelos de interação entre os atores e os resultados das suas ações. A outra parte da estrutura para análise institucional é a consideração de outros fatores, internos e externos, que afetam a estrutura da arena de ação, tais como: as “regras em uso”, os “atributos da comunidade” e as “condições físicas e materiais” do bem comum⁷. Este conjunto de fatores que afeta a arena de ação conforma o bloco de variáveis independentes. Enquanto as variáveis que caracterizam a arena de ação, por serem afetadas por estas outras variáveis, são consideradas como dependentes. (OSTROM *apud* COSTA, 2005, p.39)

⁷ Tradução Costa (2005)

Ainda segundo Costa (2005) a proposta de Estrutura para Análise Institucional (fig. 1) desenvolvida e utilizada por Ostrom (1999, p. 42), embora aplicada para a análise de arranjos institucionais relacionados ao uso comum de recursos naturais, foi concebida como uma linguagem geral (ou uma meta-linguagem) para estudos de arenas de escolha coletiva, permite diagnosticar um fenômeno, explicar seu processo e prever resultados (COSTA, 2005, p.38). Nesta perspectiva, esta pesquisa, utiliza desta estrutura para a análise dos fatores que influenciam as decisões das OS de assumirem a gestão de hospitais públicos, ressaltando os aspectos relativos ao comportamento de atores, as regras, o contexto externo e contexto interno, conforme representado na Fig 2 abaixo:

Figura 2 – Modelo de análise adotado



Fonte: Adaptação da autora

1.2.1 Categorias analíticas e variáveis

Em relação à categoria analítica “atores”, foram consideradas seguintes as variáveis: a) experiência em gestão de hospitais; b) trajetória (perfil) da organização e c) valoração do empreendimento. O conceito de ator aqui assumido é o de indivíduo singular ou um grupo funcionando como ator coletivo que realiza ações. Para Ostrom (1999) o termo ação refere-se

ao comportamento humano para o qual a ação individual anexa um significado subjetivo e instrumental.

Para a categoria “**regras**” foram consideradas para o estudo as regras explícitas de trabalho relacionadas com o processo de tomada de decisão. As variáveis selecionadas foram: a) regras de informação que definem o conjunto de informações a ser disponibilizado para os participantes; b) regras que estabelecem as recompensas e as sanções para as ações; e c) regras para o desenvolvimento de confiança e segurança na relação Estado/OS⁸.

Para o “**contexto externo**” foram consideradas as variáveis que afetam diretamente as decisões dos atores. Deste modo, as variáveis elencadas foram: a) política de saúde; b) autonomia decisória (autonomia no processo de gestão da unidade); c) autonomia no manejo dos recursos necessários à realização das ações e d) incentivos para a estruturação das OS.

Para o “**contexto interno**” foi enfatizada a estrutura organizacional mínima que essas entidades possuem e as peculiaridades enfrentadas na implantação de algumas OS. Dessa forma, as variáveis desta categoria foram: a) estrutura organizacional mínima da entidade e b) situação política enfrentada pela OS.

⁸ Para Newell e Swan (2000), o termo “confiança” pode apresentar vários significados e compartilha três pressupostos: existência de um grau de interdependência entre o que confia e o que recebe a confiança; a confiança provê a forma de arcar com riscos ou incertezas nos relacionamentos de troca; e a crença ou a expectativa de que a vulnerabilidade resultante da aceitação do risco não irá tirar vantagem do relacionamento (LANE, 1998). A “segurança” é a principal consequência do respeito às regras formais em um Estado Democrático de Direito, gerando estabilidade das relações sociais. Sem um mínimo nível segurança jurídica advindo das regras formais e percebido pelas partes, não haveria como firmar-se um acordo.

1.2.2 Procedimentos Metodológicos

Esta pesquisa, de natureza exploratória e retrospectiva, utilizou-se do método do estudo de caso, sendo a situação das OS da área de saúde do Estado da Bahia o caso estudado. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, através de um roteiro prévio com questões abertas, com atores-chave previamente escolhidos pela sua relevância e posicionamento tanto na estrutura organizacional das entidades quanto nas Secretarias Estaduais envolvidas no processo.

Inicialmente, foram entrevistados 5 dirigentes máximos das entidades filantrópicas atuantes na área de saúde que pleitearam e foram qualificadas como Organização Social que assumiram, em 2005 e 2006, a gestão dos hospitais públicos na Bahia e que, durante a realização desta pesquisa, que ocorreu no biênio 2007/2008, continuaram gerenciando esses hospitais: Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Obras Sociais Irmã Dulce, Fundação José Silveira, Monte Tabor. Assim, foram excluídas deste estudo entidades que deixaram de ser OS durante a realização desta pesquisa⁹ pois elas praticamente se dissolveram.

Na seqüência, foi entrevistada a Coordenadora Executiva do Programa de OS da Secretaria da Administração, por ter sido a Secretaria responsável pelo Programa de Gestão das Organizações Sociais no Estado. Foi entrevistado também o Ex-Assessor especial do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Dr. Paulo Modesto, por ter participado do grupo de assessores do MARE, idealizador do modelo das Organizações Sociais no Brasil. Por fim, para comentar sobre as Organizações Sociais, bem como para fins de apresentar as novas perspectivas para a gestão pública na área de saúde, foi entrevistado o

⁹ As entidades foram a PROMIR, a Fundação Paramirim e o Instituto Sócrates Guanaes.

atual Secretário Estadual de Saúde, Dr. Jorge Solla, além de técnicos da Secretaria da Saúde e da Administração. No total foram realizadas 12 entrevistas.

Conforme recomenda Quivy e Campenhoudt (1998), as perguntas não foram realizadas em uma ordem única e pré-estabelecida, e tanto quanto possível deixou-se o entrevistado falar abertamente, tomando o cuidado de redirecionar a conversa quando se afastava por demais dos objetivos do estudo.

As entrevistas foram gravadas com a autorização dos depoentes. Os roteiros das entrevistas constam no apêndice (A, B, C e D). Além disso, foram realizadas entrevistas não-estruturadas com técnicos da Secretaria da Administração e da Secretaria da Saúde.

Foram também analisados cinco contratos de gestão atualmente vigentes, bem como matérias jornalísticas publicadas no período em periódicos do Estado da Bahia, conforme constam no apêndice F.

1.2.3 Desenho do Estudo

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos incluindo esta introdução, que traz os elementos de contexto sobre o tema estudado e as escolhas teóricas que sustentam as análises do estudo empírico realizado. O capítulo 2 discute a Reforma do Estado Brasileiro, em especial a Reforma Administrativa no primeiro mandato do governo FHC, trazendo à tona o fomento do Terceiro Setor, em especial suas implicações para o setor saúde.

O capítulo 3 discute, numa perspectiva histórica, a formação das OS na Bahia e as mudanças

na legislação estadual, enfatizando como essas mudanças nas regras impulsionaram a implantação de várias OS na área da saúde. Descreve-se também como ocorre o processo de qualificação em OS de entidades, analisando os contratos de gestão atualmente vigentes.

No capítulo 4 estão apresentados os resultados do trabalho empírico que ilustram os fatores que levaram as entidades privadas e/ou filantrópicas sem fins lucrativos a pleitearem a qualificação como OS, analisados, a partir das categorias analíticas da abordagem neo-institucionalista da escolha racional, a qual orienta este trabalho.

Por fim, no capítulo 5 são feitas as considerações finais desta pesquisa.

2 A REFORMA DO ESTADO NOS ANOS 90 E SUAS IMPLICAÇÕES SETOR SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo aborda, na primeira parte, os contornos da discussão brasileira em torno da Reforma do Estado proposta a partir da década de 90, trazendo seus pressupostos básicos e as políticas formuladas em torno da proposta de mudança na organização e gestão das unidades prestadoras de serviços públicos, nos quais estão inseridas as Organizações Sociais. Na segunda parte, são apresentadas as implicações do processo de publicização no âmbito do setor saúde, comparando as propostas do movimento da Reforma Sanitária, desenvolvido na década de 80, com as propostas advindas do Projeto da Reforma do Estado elaborado no MARE.

2.1 A REFORMA DO ESTADO NOS ANOS 90

Segundo Pinto (2004), o tema reforma do Estado pode ser melhor compreendido quando se reporta à chamada reforma gerencialista¹⁰ ocorrida tanto em países desenvolvidos (Grã-Bretanha, EUA, Canadá, Nova Zelândia, Suécia, etc.) quanto em desenvolvimento, especialmente na América Latina (Chile, Argentina, etc.).

De fato, a partir da década de 80 diversos países envolveram-se em profundo processo de reformas pautadas pela perspectiva neoliberal naquele período (SOUZA; CARVALHO, 1999).

¹⁰ Segundo Almeida (1999), essas reformas tendem a centrar sua crítica sobre os serviços vinculados à proteção social, ou seja, no questionamento do Estado provedor ou do Estado de bem-estar keynesiano.

Os modelos reformadores que surgem nos anos 90 suavizam o discurso ideológico mais enfático dos anos 80, partindo das críticas das propostas neoliberais, sem porém significar um retorno às premissas do Estado de providência anterior. As reformas visavam lidar com os “novos” problemas que as políticas restritivas da década anterior maximizaram, recuperando, sob novos pilares, a perspectiva do Estado minimalista (ALMEIDA, 1999).

Na América Latina, os ajustes macroeconômicos dos anos 80 induziram sérios e desconcertantes efeitos de longo prazo na estrutura e financiamento do setor público, além de que os reformadores deram pouca atenção à reestruturação administrativa sem combater a deterioração dos recursos do setor público (FANELLI, 1992 et al apud ALMEIDA, 1999). Assim, a questão central na agenda pública dos anos 90 para a região é como reconstruir a capacidade do Estado ao tempo em que o reestrutura a fim de implementar as políticas de reformas necessárias ao enfrentamento dos problemas exacerbados na década anterior (FIORI, 1993 apud ALMEIDA, 1999).

A agenda de reformas institucionais na América Latina tem sido influenciada por ao menos cinco grandes temas-macro que percorrem o mundo e vêm sendo desenvolvidas pelo Banco Mundial e outras organizações internacionais que participam desse processo: a) o insulamento político do controle da política macroeconômica, particularmente no que tange às decisões sobre os gastos públicos e sobre a política monetária, subordinando as políticas sociais a esses ditames; b) a descentralização e privatização das burocracias responsáveis pela provisão dos serviços sociais; c) a delegação de funções regulatórias a agências independentes encarregadas de monitorar os prestadores de serviços e lidar com os problemas associados à flexibilização, privatização, desregulação e outras formas orientadas ao mercado; d) o incentivo à competição entre os provedores de bens e serviços (públicos e privados) como

forma de aumentar a eficiência e supostamente, a qualidade; e) a criação de um restrito quadro de funcionários públicos “essenciais”, mais preparados, com relativo poder operacional, recrutados por critérios meritocráticos e avaliados por padrões de desempenho específicos (KAUFMAN, 1999).

Assim, o argumento central para explicar a existência e a necessidade das reformas parte da idéia de que a redução e o controle dos gastos públicos por um lado promoveria o equilíbrio orçamentário e reduziria problemas de crise fiscal e, por outro, que a redefinição do papel do Estado, em termos de redesenho de suas instituições e alteração nas suas funções, tenderia a fazer com que este passasse a desempenhar funções com maior *performance*, *accountability* e efetividade.

2.2 A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL

No Brasil, a primeira onda de reforma gerencialista ocorreu no Governo Fernando Collor de Melo, e manteve-se com Fernando Henrique Cardoso nos seus dois mandatos. Os temas da agenda política da Reforma incluíam: a) ajuste fiscal, com redução do gasto público; b) reformas econômicas orientadas para o mercado, com ênfase na privatização de empresas estatais; c) reforma da previdência social; d) reforma do aparelho do Estado, com maior capacidade de governo ou governança¹¹ (BRESSER PEREIRA, 1998a).

¹¹ O termo governança, de acordo com Evans (1989) pode ser definido como a capacidade do Governo em tomar decisões pertinentes e com presteza bem como possuir habilidades na sustentação de políticas, sendo um agregador de práticas cooperativas, quebrando a rigidez da gestão pública dominante. Para Melo (1995), refere-se ao *modus operandi* das políticas governamentais que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional dos processos decisórios, à definição do *mix* apropriado do público/privado nas políticas, à participação e descentralização, aos mecanismos de financiamento das políticas e ao alcance global dos programas.

Nessa perspectiva, em 1995, foi criado o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), responsável pela elaboração da proposta de Reforma, cujo titular era Luiz Carlos Bresser Pereira. O Plano Diretor da Reforma do Estado tinha as seguintes diretrizes (BRASIL, 1998a apud CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003):

- Descentralização e desconcentração – implica a destinação de órgãos estatais para o setor público não-estatal e/ou para outras instâncias governamentais;
- Distinção dos órgãos estatais e não-estatais para formulação e/ou execução de políticas públicas;
- Desregulamentação das normas, procedimentos e rotinas da burocracia estatal vigente, especialmente dos vinculados à contratação de pessoal e à compra de materiais;
- Adoção de nova política de recursos humanos que permita avaliação de produtividade e de prestação de serviços voltados para a satisfação dos usuários;
- Implantação de mecanismos voltados para a avaliação e controle de resultados, através de “contrato de gestão” a ser firmado entre o aparelho estatal e uma instituição responsável pela função pública.

De acordo com esse plano diretor, duas estratégias serviram de suporte às diretrizes acima citadas: o *fortalecimento da burocracia no núcleo estratégico* do Estado, possibilitando-o maior capacidade de formular políticas e de controlar e avaliar sua implementação e a *reforma gerencial*, direcionada para a descentralização da prestação de serviços por parte do Estado e para a aplicação de novas formas de gestão que possibilitem maior eficiência e qualidade no atendimento ao cidadão (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003).

A concepção das funções do setor público desenhadas nessas estratégias, e por consequência, em todo o plano diretor, consubstancia-se na seguinte divisão:

- a) Núcleo Estratégico: formado pelo Poder Legislativo, Poder Judiciário e a alta cúpula do Poder Executivo (Chefe do Executivo, Ministros, Secretários, etc.), no qual ainda existiria espaço para “algumas características burocráticas devidamente atualizadas” como, por exemplo, a estabilidade dos agentes públicos;
- b) Setor de Atividades Exclusivas: envolvem o poder de Estado, como a Forças Armadas, polícia, fisco, agência reguladoras e agências executivas;
- c) Setor de Serviços Não-Exclusivos: serviços de educação, saúde, cultura e de pesquisa científica, as quais o Estado provê mas também podem ser executados pelo setor privado e pelo denominado “setor público não-estatal” ou “não-governamental”; e
- d) Setor de Produção de bens e serviços para o mercado, formado pelas empresas estatais, as empresas públicas e as sociedades de economia mista (BRASIL, 1998a).

Bresser Pereira (1998a) afirma que para as atividades do Núcleo Estratégico e das Atividades Exclusivas, a propriedade deve ser estatal. Para a produção de bens e serviços para o mercado, como todo o seu viés privatista, entende que deve ser cada vez mais exercidos por privados. Contudo, para os Serviços Não-Exclusivos, o autor defende que nesse âmbito a propriedade seja “pública não-estatal”: ‘Pública’, no sentido de que se deve dedicar-se ao interesse público sem visar ao lucro e ‘Não-Estatal’ porque não faz parte do aparelho do Estado¹².

Ainda de acordo com o autor, o Estado continuaria financiando ou subsidiando os serviços não-exclusivos, mediante dotação orçamentária ou, em alguns casos, o subsídio seria dado diretamente ao cidadão através de “vouchers”, que faria o pagamento à organização

¹² Segundo critica Simionatto (1999) é no núcleo “serviços não-exclusivo”, que o governo estabelece as premissas de reforma do Estado na sua relação com a sociedade e o mercado, a partir dos seguintes objetivos: 1) transferir os serviços não-exclusivos para as organizações sociais; 2) buscar autonomia e flexibilidade; 3) buscar a participação da sociedade mediante o controle desses serviços através dos conselhos de administração, como foco na figura do cidadão-cliente e 4) fortalecer a parceria entre o Estado e a Sociedade através do contrato de gestão (BRASIL, 1998a).

prestadora dos serviços. Esse repasse de atribuições do Estado para as entidades privadas sem fins lucrativos, denominado por Bresser Pereira de “publicização” (BRESSER PEREIRA, 1998a).

A redefinição da gestão administrativa na esfera pública brasileira implica, conforme explica (KETTLE, 1998) uma série de incorporação de métodos e técnicas originalmente criados e vivenciados nas empresas, absorvendo-se princípios e procedimentos voltados à busca de eficiência (racionalização dos custos e aumento da produtividade), e ainda trazendo a preocupação com a qualidade, expressa na busca da satisfação cliente-usuário.

A reforma administrativa do Estado brasileiro foi definida pela Emenda Constitucional nº19/98, após longo processo de disputa política no Congresso Nacional. A reforma brasileira foi influenciada pela crise no ajuste fiscal do Estado e pela necessidade de reduzir ao mínimo os órgãos estatais, repassando para o mercado ou para a iniciativa não-lucrativa, via contratualismo, funções antes desempenhadas por eles, tornando-se modelo para essa inovação de gestão (COSTA; MELO, 1998 apud CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003).

Como destaca Paulo Penteado Filho (1998), diante de uma redução dos recursos do Estado e de demandas sociais crescentes ou de grandes necessidades básicas insatisfeitas a única saída parece ser, de um lado, aumentar a eficiência do Estado e, de outro, retirar o Estado de atividades que possam ser desenvolvidas pelo setor privado ou por organizações não governamentais (reduzindo assim, a necessidade de investimentos públicos). Tal situação faz com que diferentes governantes de ideologias diversas cheguem a soluções práticas muito semelhantes (OSBORNE; PLASTRIK, 1997 apud PENTAEDO FILHO, 1998).

Assim, a proposta da reforma do Estado parte do pressuposto de que as principais causas da baixa eficiência e eficácia das políticas sociais são o excesso de controle de processo, a ausência de controle de resultados e a falta de participação da sociedade civil na administração. Supõe também que esses problemas decorrem da forma de organização burocrática e entende que a questão do patrimonialismo está superada no país. Isto posto, propõe-se basicamente introduzir na gestão pública três elementos: 1) a avaliação de resultados; 2) a redução dos entraves causados por controle dos processos e 3) a proximidade e a participação dos clientes na gestão (PENTEADO FILHO, 1998).

Nesse contexto, conforme lembra o autor, as ações das políticas de ciência e tecnologia, educação e saúde ficariam a cargo das organizações sociais, as quais por meio de contrato de gestão, receberiam recursos públicos e se comprometeriam a cumprir determinadas metas (PENTEADO FILHO, 1998).

Como visto, no que se refere à redefinição das políticas sociais, as propostas de Reforma do Estado, de um modo geral, articulam-se às que vêm sendo elaboradas por organismos internacionais de financiamento e de cooperação técnica e surgem a partir da crise do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais (FIORI, 1997). Estudos sobre a Reforma do Estado têm apontado que a influência dos países hegemônicos da Europa e dos Estados Unidos se expressa através de relações de poder coercitivas, que vão desde à ameaça de retaliação e embargos em várias áreas, a incentivos financeiros e econômicos e financeiros. A hegemonia dessas nações tem provocado novas “orientações” sobre as funções do Estado ou sobre meios e fins da economia (SIMIONATTO, 1999).

Assim, as principais diretrizes dos organismos internacionais exigem o abandono de

instrumentos de controle político e a restrição da alocação de recursos públicos, principalmente na área social. Os investimentos na área social são entendidos pelo Banco Mundial mais como gastos quantitativos que qualitativos não atendendo as necessidades dos mais pobres.

Na concepção do Banco Mundial, as políticas públicas são entendidas como forma de assegurar que o crescimento seja compartilhado por todos e contribua para a redução da pobreza e a desigualdade, devendo os governos priorizar os setores sociais fundamentais (BANCO MUNDIAL, 1997, apud SIMIONATTO, 1999)¹³.

A incorporação dessas propostas de reforma à administração pública, inscreve-se no processo histórico de redefinição das relações entre elites dirigentes e burocracias públicas no Brasil (em um primeiro momento foi e continua sendo o controle patrimonialista de acesso a cargos públicos, substituído em certo grau, pela profissionalização burocrática weberiana, a partir do pós guerra; e em um segundo momento, a partir da década de 90 foi a tentativa de substituir o modelo weberiano pelo paradigma “pós-burocrático”, voltado para a criação dos padrões empresariais, no modelo então chamado de gerencial (MELO, 1996 apud PINTO, 2004).

Celina Souza (1999) revisando o processo da reforma do Estado, identifica que ela se deu em dois estágios. O primeiro estágio das reformas, também chamado de primeira geração, voltado para a abertura dos mercados, desregulamentação e privatização, vem sendo realizado principalmente pelo governo federal, e, nos países federativos, também pelos governos estaduais. Cumprido o primeiro estágio de reformas, os países em desenvolvimento iniciaram

¹³ Na mesma linha crítica, Sader (1997) e Telles (1997), afirmam que a proposta da Reforma do Estado apontam para a mercantilização dos direitos sociais e não na sua defesa; a instrumentalização de direitos pela racionalidade econômica e um retrocesso na construção democrática e no exercício da cidadania.

o segundo estágio (ou segunda geração), pautado, segundo Heredia e Schneider (1998), pela tentativa de construção e reconstrução de suas capacidades administrativas e institucionais.

Além disso, do ponto de vista dos objetivos da reforma, Souza (1999) destaca dois momentos. O primeiro enfatiza a racionalização dos recursos fiscais, enquanto que o segundo persegue outros objetivos adicionais: a) eficiência dos serviços públicos, a ser alcançada pela otimização dos recursos humanos e financeiros via o estímulo à competição administrada pelo governo e do que as Organizações Sociais são exemplo; b) efetividade; c) democratização, com o envolvimento da comunidade nas decisões relativas às ações públicas; e d) descentralização para as esferas subnacionais das responsabilidades de provisão de infraestrutura e dos serviços sociais (SOUZA, 1999).

No contexto de inovação institucional e de gestão, as agências executivas e reguladoras e as organizações sociais aparecem como veículos estratégicos para implementação dessa reforma e são consideradas os órgãos adequados para exercerem as novas funções do ideário do movimento reformista. Porém, conforme alerta Carneiro Júnior e Elias (2003, p. 205): “Numa estrutura social como a brasileira, dominada por interesses patrimonialistas, corporativistas e discriminatórios, notam-se graus de desagregação e desarticulação dos movimentos sociais e da sociedade civil em geral”. Tal fato, por si só impõe limites e define o alcance das práticas dessas novas organizações.

Alguns aspectos diferenciam o processo brasileiro das reformas ocorridas em outros países. Ele explica que compreender o processo brasileiro é levar em conta, em primeiro lugar, os efeitos adversos do Plano Real, bem como os impactos produzidos na folha de pagamento e no sistema previdenciário. Outro ponto apontado pelo autor foi o tímido envolvimento do

Ministério da Fazenda que não investiu na criação de condições para efetiva implementação da proposta, bem como a falta de uma comunidade de especialistas em administração pública que emprestassem sustentação ao processo, como ocorreu em outros países (GAETANI, 2000 apud PINTO, 2004).

Para Santos (1999) essas redefinições do papel do Estado e da sociedade constituem-se em aproximações relativamente frágeis, vez que na gênese do Estado moderno não há funções que lhe sejam necessariamente exclusivas, ou seja, definir o que lhe é ou não função própria e exclusiva resulta da luta política que desencadeia novas concepções de Estado, de acordo com o momento histórico.

No segundo mandato do Governo Fernando Henrique, o MARE foi extinto e o projeto da Reforma do Estado foi colocado sob a responsabilidade do Ministério do Planejamento e Gestão e o então ministro Bresser foi transferido para o Ministério da Ciência e Tecnologia¹⁴.

2.3 A REFORMA NO SETOR SAÚDE NO BRASIL: CONFLITOS ENTRE A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA DO ESTADO

Na América Latina, as reformas na área da saúde têm-se traduzido na formulação de uma agenda pós-*welfare*, bastante sintonizadas com o amplo movimento de reforma do Estado, provocando uma mudança significativa na arena política setorial e questionando

¹⁴ Gaetani (2000) atribui alguns fatores a esse fato: 1) Bresser não conseguiu a adesão dos ministros atores-chave, como os da saúde e educação, em princípio os mais interessados na reforma; 2) a equipe econômica não impediu e nem se esforçou para sua implementação, e os Ministérios da Fazenda e do Planejamento só manifestaram interesse na economia de recursos que a reforma poderia conseguir; 3) as tensões na Casa Civil refletiram-se na autoridade do MARE com relação à burocracia federal, demonstrando uma falta de comprometimento do presidente; 4) a equipe da reforma estava circunscrita no MARE, inexistindo adesão por parte de outros ministérios.

enfaticamente a forma como os sistemas de saúde até então vinham sendo organizados e desempenhavam suas funções (ALMEIDA, 1995).

Segundo Almeida (1999) dois eixos centrais têm orientado as perspectivas reformistas do setor saúde: a contenção de custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do mix público/privado, a partir da descentralização¹⁵ de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis subnacionais de governo tanto para o setor privado, e do incremento da participação do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam eles públicos ou privados).

Na América Latina, estudos apontam pontos comuns na reforma da saúde¹⁶: a) foco no consumidor individual e não mais na necessidade da população; b) qualidade da atenção avaliada pelo grau de satisfação do cliente; c) introdução de parâmetros gerenciais na organização e no planejamento nos serviços públicos; d) aumento da cobertura de atenção primária à saúde; e) separação das funções de regulação, formulação e coordenação do setor público; f) estímulo à produção privada de serviços de saúde com ênfase para o terceiro setor e g) introdução do contrato de gestão entre os prestadores de serviços de saúde (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003).

Assim, na área da saúde, pode-se observar que essas reformas prevêm a restrição do Estado como prestador de serviços, voltando-se à função de regulador e provedor de serviços básicos à população, deixando para o mercado a responsabilidade dos serviços mais especializados de alta complexidade.

¹⁵ Sobre descentralização na área de saúde ver Guimarães (2000), Arretche (1996, 1999) e Gerschman (1990).

¹⁶ Ver Almeida (1996); Infante et al (2000); Iriart et al (2000)

O processo de formulação de política de saúde no Brasil tem sido marcado desde 1970 por um movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira. Ele surgiu do debate sobre a crise do estado (marcado pela ditadura militar) e tomava como eixo a discussão sobre a democracia.

Segundo Guimarães (2000), o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil¹⁷ fora concebido como movimento social organicamente reconhecido que tinha por objetivo construir novas propostas de atenção à saúde tendo a descentralização, a universalização e a unificação como componentes essenciais de uma reforma democrática do setor saúde (GUIMARÃES, 2000, p.118).

Em 1986, os princípios e diretrizes deste movimento tais como: saúde como direito de todos e dever do estado, constituição e ampliação do orçamento social, controle social e construção de um sistema único de saúde, entre outros, foram sistematizados na VIII Conferência Nacional de Saúde e com a inclusão de muitas destas postulações na Constituição Federal de 1988. Naquela oportunidade, cerca de 5000 participantes reconheceram “a saúde como direito de todos e dever do Estado” e defendiam a organização de um Sistema Único de Saúde marcado pela descentralização e pela democracia (PAIM, 1987; FLEURY, 1989).

O discurso do movimento contemplava, desde sua origem, proposições que tinham por objetivo modificações radicais no sistema de saúde do país, as quais deveriam transcender os limites de uma reforma administrativa e financeira, promovendo mudanças mais profundas na organização e no modelo de assistência, ampliando o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde.

17 Muitos trabalhos críticos existem sobre o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ver a este respeito Cohn (1997).

No período pré-Assembléia Nacional Constituinte, o movimento teve também grande atuação, e formou-se até uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária composta por representantes governamentais e de profissionais de saúde, sindicatos (PAIM, 1987) que trabalhou na sistematização das proposições, encaminhou a Assembléia Nacional Constituinte e, através da sub-Comissão de Saúde, Seguridade Social e Meio Ambiente integrante da Comissão da Ordem Social e da Comissão da Sistematização, incorporou o conjunto diretrizes para a política de saúde (PINTO, 2004).

No Brasil, a reforma sanitária tem sido analisada por vários estudiosos nestes últimos anos, sob diferentes perspectivas críticas e teóricas, existindo a predominância daqueles que vêem o Estado como principal agente transformador da sociedade, atribuindo ao setor de saúde a defesa do setor estatal na produção destes serviços (ELIAS, 1993; COHN, 1999).

Os pressupostos defendidos pelo movimento da reforma sanitária estão aparados nas seguintes questões: a) visão desenvolvimentista do Estado; b) público entendido como estatal; c) exercício do controle social no sistema de saúde mediante conselhos de saúde, instância que definiria as políticas do setor; d) estratégia de descentralização, municipalização dos serviços de saúde entendida como democratização do setor de saúde; e e) entendimento da relação Estado e sociedade como entes separados e antagônicos (COHN, 2001).

Conforme analisa Teixeira e Pinto (2000), o projeto da Reforma Sanitária aparecia de um lado com um conjunto de proposições políticas que coincidiam com a experiência do “Estado de Bem-estar” dos países europeus (especialmente a Dinamarca, Noruega e Suécia) e, de outro, a proposta de “democratização” das relações sociais em uma perspectiva socialista. A vertente socialista expressava-se na proposta brasileira defendida pela Reforma Sanitária na

“democratização da saúde” e não se esgotava na reforma do sistema de saúde, apontando para objetivos maiores que incluíam a formação de uma “consciência sanitária”¹⁸.

Ocorre que, na segunda metade dos anos 80, o discurso predominante passa a privilegiar aspectos jurídicos, políticos e institucionais da proposta da Reforma Sanitária Brasileira, com ênfase na conquista do direito à saúde e da formulação e da previsão legal dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Assim, da proposta inicial de “democratização da saúde” como estratégia para a construção da hegemonia de um “movimento democrático-popular”, a proposta da Reforma Sanitária no Brasil restringe-se à construção de um sistema de saúde universal, igualitário e equitativo, nos moldes do parâmetro italiano, ou seja, com financiamento e gestão estatal e prestação de serviços constituída de um mix público-privado (PINTO, 2004). Houve, dessa forma, um enxugamento da proposta original, mesmo quanto à configuração dos sistemas de saúde, pois o modelo mais difundido em termos de sistema de saúde inspirador era o inglês, no qual o financiamento, a gestão e produção dos serviços (ambulatorial e hospitalar) cabiam ao Estado¹⁹.

Acadêmicos, e profissionais da área de saúde, estudantes, sindicalistas e movimentos populares, além de outros setores da sociedade civil organizada fizeram parte desse movimento que foi baseado na experiência italiana²⁰, sob a liderança do Partido Comunista Brasileiro, congregando setores de esquerda e progressistas da área de saúde na formulação de

¹⁸ Sobre a temática da “consciência sanitária” ver Berlinguer (1978).

¹⁹ Com a aprovação da lei da Reforma Sanitária da Itália em 1978, a esquerda italiana passou a exercer grande influência ideológica na esquerda brasileira, e o contorno do sistema de saúde brasileiro a ser configurado pela Reforma Sanitária Brasileira aproximou-se do modelo italiano devido a fatores similares como a forte participação do setor privado e a distribuição desigual entre as regiões do país.

²⁰ Há aqui uma contradição, pois a proposta da reforma administrativa na área da saúde mencionava textualmente que se baseava na reforma inglesa de 1989 (BRESSER PEREIRA, 1998b).

propostas para reorganização institucional do sistema de saúde do país e na produção do conhecimento que desse suporte a elas (COHN, 1997 apud GUIMARÃES, 2000).

A mudança no cenário político e ideológico ocorrido a partir das eleições de 1989 no Brasil veio provocar grandes implicações no debate sobre a crise do Estado e a direcionalidade dos processos de reforma, incluindo a área da saúde. Os partidos derrotados nas eleições de 1989 foram os que incorporavam em maior ou menor grau propostas oriundas do movimento da reforma sanitária brasileira; em lugar do discurso sobre *democratização e participação* surge a preocupação com *eficiência e racionalização*. O discurso político passou a ser substituído por tecnocratas; a preocupação da gestão participativa foi sendo substituída por conteúdos da economia sanitária e a administração gerencial (PINTO, 2004).

Nesse contexto, o Plano Diretor da Reforma do Estado, o MARE propõe para o setor de saúde uma reorganização do sistema, dividindo-o em dois subsistemas autônomos e gerencialmente articulados: o “subsistema de entrada e controle”, caracterizado pelos serviços de atenção básica, e o “subsistema de referencia ambulatorial e hospitalar”, constituído das unidades de saúde com complexidade tecnológica (BRASIL, 1998a).

De fato, um aspecto inerente a essa reforma e um dos elementos-chave da “nova administração pública” ou da reforma administrativa gerencial, é a competitividade dos serviços de acordo com uma lógica de mercado (BRESSER PEREIRA, 1998a), principalmente quando está em jogo a produção de bens públicos, dentre eles os de saúde.

Em 1990 (Governo Fernando Collor) inicia-se a implantação do SUS²¹, contemplando a formulação de normas e estratégias de mudanças em dois grandes eixos: a mudança de gestão do sistema e a mudança do modelo de atenção à saúde. No que se refere à gestão incluiu-se a unificação da condução política do sistema, através da incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, a descentralização através da municipalização preconizada pelas Normas Operacionais Básicas 001/93 e 001/96 e a busca pela democratização das decisões através da criação dos Conselhos de Saúde. Já a mudança do modelo de atenção à saúde (que tem como princípios a integralidade, universalidade e a equidade) desencadeou-se a partir da implantação do programa Saúde da Família e do programa de agentes Comunitários de Saúde, ambos implantados a partir de 1994 (PINTO, 2004).

No Governo FHC implanta-se a NOB 96, momento em que a Reforma do Estado entra na agenda política brasileira. Os aspectos ligados à descentralização (municipalização) e reorientação do financiamento vão sendo amplamente implementados no país e o Programa Saúde na Família vai tornando-se a principal estratégia de mudança na organização das ações e serviços básicos (PINTO, 2004).

A Norma Operacional Básica/96²² reverte o direcionamento municipalista anterior com a retomada do fortalecimento do papel dos estados na coordenação e condução dos sistemas estaduais de saúde, que incluem os sistemas municipais, e privilegia uma reorganização do sistema pautada na atenção básica e em programas seletivos que tendem a fortalecer a

²¹ Elias (1997) pondera que a inclusão de algumas postulações da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 88 se deu em um contexto de esgotamento do modelo de Estado desenvolvimentista, no qual se apoiaram as propostas propagadas pelo movimento sanitário.

²² A NOB/96 flexibiliza os critérios de habilitação dos estados e municípios, institucionaliza o PAB (Piso Assistencial Básico) para a atenção básica e de incentivos financeiros específicos para os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

focalização preconizada pelos organismos financeiros internacionais (ALMEIDA et al, 1998 apud ALMEIDA, 1999).

Assim, pode-se afirmar que as formas de gestão estabelecidas pela NOB/96 e a criação das Organizações Sociais operam no mercado de produção de serviços de saúde com ênfase no gerenciamento médico-hospitalares, demonstrando, nesse particular, um “alinhamento” entre as estratégias da reforma do Estado no que se refere à reforma do setor saúde.

Como destaca Fleury (2000), enquanto a reforma sanitária se refere a processos que tem por objetivo transformar a legislação e os arranjos institucionais de modo a proteger a saúde dos cidadãos e promover um deslocamento efetivo das relações de poder na sociedade, a reforma do setor saúde enfatiza aspectos de organização do sistema de saúde para a racionalização dos recursos financeiros.

Na última década, o setor saúde no Brasil se caracteriza pela descentralização administrativa (quanto ao repasse de recurso financeiro), e pela manutenção da centralização das diretrizes e da formulação da política de saúde definida pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a atuação federal no financiamento e negociação das ações de saúde junto aos municípios (como, por ex, o Programa Saúde da Família) descaracteriza o ideário da reforma sanitária (GERSCHMAN, 2000; COHN, 2001 apud CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003) vez que implementa-se a desconcentração de funções.

Assim, as estratégias que surgem nas Normas Operacionais do Ministério da Saúde de fato articulam-se com um movimento mais geral de reforma do Estado, cuja concepção economicista e tecnocrata tem sido apontada com a solução da crise do Estado e a

reconstrução de um novo modelo de Estado pela administração pública. Nesse sentido, as novas modalidades de gestão em especial as parcerias com o terceiro setor, passam a ser utilizadas como alternativas gerenciais na gestão dos sistemas de saúde, tema que passaremos a expor a seguir.

2.4 TERCEIRO SETOR NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MARCO LEGAL

Como exposto, o terceiro setor passou a ser uma alternativa importante na implantação do SUS, independente dos interesses exclusivos dos partidos políticos e das imposições da ideologia de mercado. Sem pautar-se pelo paradigma mercantilista que persegue fundamentalmente o lucro, mas pela idéia de satisfazer as necessidades sociais da população (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2003).

Ainda de acordo com Oliveira e Junqueira (2003), o fortalecimento do terceiro setor passava a ser visto como uma necessidade estratégica para o desenvolvimento do próprio movimento sanitário e também para o desenvolvimento social do país no contexto da construção de um sistema democrático que privilegia a participação, a cidadania e a equidade.

Especialmente na área da saúde, o terceiro setor vem funcionando com uma possibilidade de aliança entre o Estado e os movimentos sociais na busca de soluções para os problemas sociais existentes atribuídos, dentre outros fatores à crise do setor público e à visão excludente do mercado. Inegavelmente, o setor saúde necessita dessa parceria para tornar eficaz sua prática e propiciar melhor qualidade de vida à população.

Segundo Oliveira e Junqueira (2003), apesar de o Estado ser o responsável pela formulação e condução de política de saúde, sua parceria com organizações do terceiro setor é estratégica para, como defendido pelo movimento sanitário, afirmar a saúde como empreendimento fundamental para o progresso humano e social.

A discussão sobre novos títulos jurídicos para as entidades da sociedade civil de fins públicos torna-se incompreensível se não analisarmos, por um lado, a percepção da crise do título de utilidade pública²³, e por outro, da crise do modo de atuação do Estado nos serviços sociais, dentre os quais, a saúde.

Sob o argumento de que o Estado não têm condições de monopolizar a prestação direta, executiva, de todos os serviços sociais de interesse coletivo, estes passam a ser executados por outros atores, como associações, fundações ou organizações não governamentais sem fins lucrativos, sob acompanhamento e financiamento do Estado. Não prover diretamente o serviço não significa dizer que o Estado torna-se irresponsável pelas necessidades sociais básicas, nem se trata de reduzir o Estado a um mero ente regulador (MODESTO, 2006).

Este argumento é possível também se constatar em outra afirmação de Paulo Modesto (2006), quando destaca que o Estado apenas regulador é o Estado Mínimo, utopia insustentável perante as atuais desigualdades sociais. Ainda de acordo com autor, o Estado deve ser regulador e promotor dos serviços sociais básicos e econômicos estratégicos. Ele precisa garantir a prestação dos serviços de saúde de forma universal, mas não o domínio de todos os hospitais necessários. Os serviços sociais devem ser fortemente financiados pelo Estado,

²³ Instituído fundamentalmente pela Lei federal nº 91 de 28 de agosto de 1935.

assegurados de forma imparcial, mas não necessariamente realizado pelo aparato do Estado (MODESTO, 2006).

Neste contexto, dentro do desenho da Reforma do Estado, começa a se reconhecer ainda mais a importância do terceiro setor na prestação destes serviços voltados para a coletividade, chamados de entes “públicos não-estatais”.

Do ponto de vista constitucional não há impedimento para as parcerias Estado e Terceiro Setor, entretanto, como em toda parceria, é indispensável que haja um grau de confiança e lealdade recíproca, bem como a mútua concordância em torno de propósitos comuns. Essas qualidades de relação devem encontrar amparo na legislação, mas não é bem o que ocorre: a legislação básica sobre utilidade pública no âmbito da União tem sido um dos principais problemas para o fortalecimento institucional do terceiro setor no Brasil. Não por ser pormenorizada ou limitadora, mas ao contrário, por ser deficiente, lacônica, deixando uma infinidade de temas sem cobertura legal e sob o comando da discricionariedade²⁴ da autoridade administrativa. Essa lacuna na legislação teve como consequência tanto a proliferação de entidades inautênticas, quando não “de fachada” (vinculadas a interesses políticos menores, econômicos ou de grupos restritos), como também o estímulo aos processos de corrupção no setor público na obtenção deste título.

Não havia uma legislação clara que diferenciasse as **entidades de favorecimento mútuo ou de fins mútuos** – dirigidas a proporcionar benefícios aos seus sócios ou a um grupo limitado, mediante a cobrança de contribuições em dinheiro, facultativas ou compulsórias – e as

²⁴ A Administração Pública no desempenho de suas funções pratica atos administrativos. Será vinculado quando a lei já regulou antecipadamente todos os aspectos a ser adotado; será *discricionário* quando a adoção de uma ou outra solução dar-se segundo o critério de conveniência, oportunidade ou justiça. (DI PIETRO, 2001).

entidades de fins comunitários, de fins públicos, ou de solidariedade social – dirigidas a oferecer benefícios concretos quase sempre de forma gratuita à comunidade de um modo geral, sem considerar vínculos especiais. A esses dois tipos de entidade a legislação vigente atribuía o mesmo título: o de utilidade pública²⁵, oferecendo um tratamento legal mais benéfico (isenção fiscal²⁶, previsão de subvenções sociais, etc.) deixando a lei de prever qualquer forma mais efetiva de controle de resultados, satisfazendo-se apenas com a exigência periódica de documentos.

Este caráter indiferenciado da referência às entidades do terceiro setor (clubes, creches, escolas comunitárias e privadas tinham o mesmo tratamento legal) aliado à debilidade do sistema de controle facilitou a ocorrência de abusos importantes e propiciou a desconfiança em atividades e relações de parceria em que confiança e probidades são valores essenciais.

Fato até comentado pelo representante da Santa Casa de Misericórdia da Bahia:

Eu não sei se em um determinado momento, as Santas Casas tiveram um descaminho, não é? Então o governo resolveu criar algo mais novo, mais criterioso, mais purificado, sem criar nenhum tipo de contencioso [...]

(Álvaro Conde Lemos Filho, Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, entrevista realizada em 19/12/2007)

Neste cenário, com tantos casos de malversação dos recursos públicos, correu uma situação de suspeição generalizada, de indefinição e perplexidade, indiscutivelmente negativa para o desenvolvimento de um voluntariado²⁷ mais efetivo no país, e conseqüentemente, do fortalecimento do próprio do terceiro setor no Brasil.

²⁵ A declaração de utilidade pública federal e o certificado de entidades beneficentes de assistência social possibilitam a isenção do Imposto de Renda e da contribuição da patronal para a seguridade social.

²⁶ Isenção fiscal é a “dispensa legal do pagamento de determinado tributo, via de regra concedida em face de relevante interesse social” (CASSONE, 2003, p. 135)

²⁷ Por voluntariado (ou serviço voluntário, conforme a legislação brasileira recente), entende-se como a “atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada sem fins lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social” (Lei 9. 608 de 18.02.98)

Como uma das respostas à crise do título de utilidade pública, outras qualificações jurídicas foram criadas para entidades do Terceiro Setor, a exemplo da qualificação de organização social.

A denominação organização social, conforme nos ensina Modesto (2006) é um enunciado elíptico que se refere às entidades privadas, fundações ou associações sem fins lucrativos, que usufruem do título de organização social. Essa qualidade jurídica conferida pelo Poder Público faz incidir sobre as instituições uma série de vantagens e sujeições incomuns para as tradicionais pessoas jurídicas qualificadas pelo título de utilidade pública.

Em qualquer dos dois títulos referidos, porém, dá-se um *plus* à personalidade jurídica das entidades privadas, que passam a gozar de benefícios especiais não extensíveis às demais pessoas jurídicas privadas (benefícios tributários e vantagens administrativas diversas). Portanto, a rigor, nenhuma entidade é constituída como organização social. Ser organização social não significa possuir uma qualidade inata, mas sim uma qualidade adquirida, resultado de um ato formal de reconhecimento do Poder Público semelhante em muitos aspectos à qualificação deferida às instituições privadas sem fins lucrativos quando recebem o título de utilidade pública²⁸.

Porém, as Organizações Sociais apresentam também características especiais que as

²⁸ De fato, são traços comuns entre as entidades de utilidade pública e as entidades qualificadas como OS: a) a iniciativa privada voluntária na sua criação e na sua constituição; b) a existência de limites gerais à livre constituição e funcionamento dos órgãos de direção ou gerência como requisito para o exercício de ato posterior de reconhecimento ou qualificação; c) a afetação a uma finalidade de interesse público ou socialmente relevante; d) o recebimento de favores especiais, subsídios, isenções e contribuições do Estado; e) a submissão ao regime jurídico das pessoas de direito privado, com derrogações de direito público; f) a destinação legal do patrimônio social a outra entidade de mesma natureza, em caso de extinção da entidade, não sendo permitido seja o patrimônio repartido entre os membros da instituição; g) a necessidade de reconhecimento formal por parte do Estado, segundo um procedimento especial regulado em lei; h) sujeição ao controle do Tribunal de Contas e à supervisão do Ministério Público; i) a submissão a uma vigilância especial e a limitações de ordem administrativa que vão além do simples poder de polícia exercido sobre as demais pessoas privadas, j) poder de polícia exercido sobre as demais pessoas privadas (MODESTO, 2006).

distinguem de modo parcial das tradicionais entidades privadas declaradas de utilidade pública. Ainda de acordo com o autor, os traços diferenciais básicos são os seguintes:

- 1) Os seus estatutos devem prever e adotar determinado modelo de composição para os seus órgãos de deliberação superior, inclusive prevendo a participação necessária de representantes do Estado, como requisito para permitir o ato posterior de qualificação pelo Poder Público;
- 2) O repasse de bens e recursos públicos nelas está condicionado à assinatura de contratos de gestão com os órgãos competentes da administração pública federal;
- 3) O estatuto deve prever, também como um requisito da qualificação, sujeição da entidade à publicação anual no Diário Oficial da União do relatório de execução do acordo ou contrato de gestão (relatório gerencial das atividades desenvolvidas, apoiadas pelo Poder Público, e não apenas do relatório formal da contabilidade da entidade);
- 4) O estatuto ainda deve prever que a entidade estará sujeita a controle externo de resultados, periódico, realizado por comissão de avaliação composta por especialistas de notória qualificação, especialmente destinado à verificação do cumprimento do contrato ou acordo de gestão firmado com o Poder Público;
- 5) As entidades poderão também absorver atividades e contratos de entidade extintas, também quando autorizados por lei, bem como poderão utilizar bens materiais e recursos humanos dessas entidades, desde que a extinção tenha sido realizada por lei específica (MODESTO, 2006).

Conforme exposto anteriormente, pode-se afirmar que, ao possuir o título de Organizações Sociais, as entidades sem fins lucrativos (que anteriormente eram apenas “de utilidade

pública”) passam a ter maiores restrições e maior vigilância do Estado, ao passo que podem receber destes maiores benefícios.

O item seguinte analisa as Organizações Sociais sob a ótica da legislação federal para em seguida analisar as OS na Bahia.

2.5 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DA REFORMA DO ESTADO NO BRASIL

As organizações sociais – OS – são consideradas como a estratégia central da reforma uma vez que é esse o modelo que assume a redefinição do tamanho do Estado e a possibilidade de participação de outros setores da sociedade civil na prestação de serviços sociais e científicos (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003). Isso corresponde a um conjunto de instruções de desconcentração e descentralização recomendadas no Plano Diretor da Reforma do Estado e atende a concepção de orientar novas funções do aparelho estatal – setor de serviços não-exclusivos do Estado – ou seja, correspondem ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações não estatais e privadas. Embora não envolva o poder do Estado, ele os realiza e/ ou subsidia porque os considera de alta relevância para os direitos humanos (BRASIL, 1998c).

Nessa situação, há ainda forte presença do Estado, seja na organização, seja na implementação e no financiamento de tais organizações. O modelo de organização social atua baseado na lógica de um “sistema de competição administrada”, que privilegia as organizações públicas não-estatais, que ao prestar serviços e obter financiamento do Estado, podem atuar competitivamente entre si (BRESSER PEREIRA, 1997).

O que se torna diferente para a gestão pública é a decisão que institui o reconhecimento, pelo Estado, dessa condição de organização social, uma vez que tais entidades já existem juridicamente. De acordo com o Plano Diretor, as Organizações Sociais preenchem lacunas existentes entre o mercado e o Estado, que comumente tem sido ocupado por organizações não-governamentais e por outras instituições filantrópicas, que fazem parte do grupo de entidades e serviços chamados de Terceiro Setor (BRASIL, 1998b).

A idéia central da reforma se baseia na “publicização” dos serviços não exclusivos, no qual há uma transferência de responsabilidades na prestação desses serviços para um setor público não estatal, onde, uma vez fomentados pelo Estado, assumirão a forma de organizações sociais. Essa forma de parceria entre a sociedade e o Estado torna mais fácil e direto o controle social além de viabilizar a ação pública com mais agilidade e maior alcance, mediante a participação, nos conselhos de Administração, dos diversos segmentos beneficiários envolvidos (BRASIL, 1998c).

A estratégia de “publicização”, segundo o Plano Diretor da Reforma do Estado, tem por objetivo aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, bem como atender melhor o cidadão-cliente a um custo menor. Dessa forma, pode-se dizer que as organizações nesse setor têm uma autonomia administrativa muito maior do que aquelas que atuam diretamente dentro do aparelho do Estado. Por outro lado, seus administradores são chamados a assumir uma responsabilidade maior, por meio da integração participativa com a sociedade, na gestão da instituição (BRASIL, 1998c).

Vale destacar, entretanto que a idéia inicial do ministro Bresser era outra, conforme depoimento a seguir:

A idéia inicial era completamente outra: se criar um novo tipo de entidade e dar a ela uma nova conformação jurídico-legal com maior flexibilidade dentro da Administração Pública. [...]Expliquei a ele que isso não daria certo, porque uma das características da Constituição do 88 foi exatamente um enrijecimento do funcionamento da Administração Indireta. E isto seria rapidamente considerado não só inconstitucional, mas muito frágil de ser atacado. Os órgãos de controle pediriam rapidamente que o órgão não tivesse nenhum tipo de flexibilidade, etc. Então minha sugestão foi a de não se ter mais uma entidade nova, uma unidade organizacional da Administração Pública nova, mas sim uma entidade privada, com a flexibilidade típica da entidade privada que fosse credenciada, que fosse certificada, que fosse qualificada pela Administração Pública, desde que preenchesse não só aqueles requisitos de utilidade pública, mas que houvesse também um conselho administrativo, etc...

(Paulo Modesto, Ex-Assessor Espacial do MARE, entrevista concedida em 20/02/2008)

Ressalte-se também que, dentro do próprio governo, houve oposição ao projeto das OS, conforme depoimento a seguir:

A área econômica achava que essas tentativas de ampliação do leque destas entidades sem fins lucrativos que eram motivo de várias isenções tributárias era algo preocupante principalmente porque o País queria fazer *superavit* fiscal. Entendiam que isto iria produzir sonegação fiscal abalando todo programa fiscal. E fizeram todo tipo de oposição... A coisa não andava. A única solução para o Ministro foi convencer certos Ministérios que estavam com problemas sérios de gestão foi incluir na própria lei geral dois casos concretos: Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, ligado ao CNPQ e a Fundação Roquete Pinto, ligada à Presidência da República. Com o apoio de outros Ministros, conseguiu-se expedir Medida Provisória para resolver problemas concretos. Por contas das pressões políticas, criou-se na opinião pública e entre os juristas a imagem de que era um projeto criaria uma desestatização da área social. Não era verdade. A idéia do projeto e a parte geral da lei parece deixar claro isso, embora no contexto político em que surgiu isso não ficou claro, não se permite a qualificação de OS apenas em caso de extinção de entidades públicas. Pode-se qualificar as entidades como OS para situações novas.

(Paulo Modesto, Ex-Assessor Espacial do MARE, entrevista concedida em 20/02/2008)

Ainda segundo o jurista Paulo Modesto (2006), as Organizações Sociais não se configuram em forma de privatização de entes públicos, vez que a privatização pressupõe uma transferência de domínio, isto é, o trespasse de um domínio estatal para o domínio privado empresarial, o que não ocorre no modelo das organizações sociais pelas seguintes razões: a) porque o ato de qualificação de uma entidade como organização social independe de qualquer

extinção prévia ou posterior de ente público; b) porque quando as entidades qualificadas recebem prédios ou bens públicos como forma de apoio ou fomento por parte do Estado não há transferência de domínio, mas simples permissão de uso, continuando os bens a integrar o patrimônio da União; c), porque os contratos ou acordos de gestão que o Estado firmar com as entidades qualificadas não terão nem poderão ter finalidade ou natureza econômica, convergindo para uma finalidade de natureza social e de interesse público, cuja realização obrigatoriamente não pode objetivar o lucro ou qualquer outro proveito de natureza empresarial (vez que a relação entre as organizações sociais e o Poder Público deve ter fundamento numa ética da solidariedade e numa ética do serviço); d) porque o Estado não apresentará qualquer retração financeira, patrimonial ou de pessoal quando vier a qualificar ou permitir o uso de bem públicos por organização sociais. A instituição qualificada, pelo contrário, demandará do Poder Público apoios e subvenções, tendo em vista o objetivo comum de persecução do interesse público (MODESTO, 2006).

A partir da qualificação como Organização Social, a entidade sem fins lucrativos poderá celebrar, contrato de gestão com o Poder Público, surgindo como ferramenta fundamental para esse modelo, posto que ele instrumenta a ação social estatal nesse rearranjo das funções do Estado, cujos mecanismos de controle são essenciais para o sucesso da administração pública (HORTALE; DUPRAT, 1999).

A qualificação das instituições como OS se dá por lei, possibilitando o repasse de equipamentos estatais, de recursos humanos e de financiamento necessários para a manutenção dos serviços que são regidos por contrato de gestão.

As organizações sociais, no interior da proposta da reforma, são consideradas um instrumento

de gestão estratégica na mudança necessária do padrão de gestão pública com a possibilidade de se firmar um contrato de gestão entre as partes, permitindo avaliação e controle dos resultados previamente acordados, requisitos fundamentais na lógica da proposta da reforma gerencial (MARTINS, 1998).

É no núcleo “serviço não-exclusivo” mais precisamente que o Plano Diretor da Reforma do Estado estabelece as premissas da Reforma do Estado na sua relação com a sociedade e o mercado, a partir dos seguintes objetivos: (i) transpor os serviços não exclusivos para as entidades denominadas de organizações sociais; (ii) buscar autonomia e flexibilidade na prestação desses serviços; (iii) buscar a participação da sociedade mediante o controle desses serviços através dos conselhos de Administração, com centralidade na figura do cidadão-cliente; e (iv) fortalecer a parceria entre Estado e sociedade através do contrato de gestão (BRASIL, 1998c).

Cabe destacar que “organização social” é um título concedido à pessoa jurídica de direito privado, constituídas sob a forma de associações ou fundações, sem fins lucrativos.

No âmbito federal, a Lei n^o 9.637/98²⁹ dispõe que o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, ao desenvolvimento tecnológico, à pesquisa científica, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, quando preenchidos requisitos desta Lei.

A Lei define como requisito para a qualificação como OS que a entidade de administração tenha um conselho de administração como órgão de deliberação superior e de direção,

29 A Lei que também criou o Programa Nacional de Publicização, sucedeu a Medida Provisória n^o 1.591/97.

composto por representante do Poder Público entre 20e 40% da sua composição. Vale ressaltar que os conselheiros não devem receber remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à Organização Social, a não ser ajuda de custo por reunião que participem. Caso estes conselheiros assumam função executiva na entidade, deverão renunciar ao cargo de conselheiro.

No que se refere à qualificação, a doutrina majoritária entende que primeiro ocorre a qualificação e, após, como efeito mediato, é a possibilidade de celebração de contrato de gestão³⁰.

O contrato de gestão³¹ é, de acordo com a citada Lei, “o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vista à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades” (BRASIL, 1998c). Para o cumprimento do contrato de gestão, poderão ser repassados à OS recursos orçamentários e bens públicos. Estes bens, de acordo com o artigo 11, parágrafo 3º, da citada Lei, serão repassados à OS por dispensa de licitação, mediante permissão de uso, conforme cláusula do contrato de gestão (BRASIL, 1998c).

Como reafirma Modesto (2001), organização social é, em resumo, uma organização pública não estatal, com a finalidade de executar atividade de relevância pública, para o que recebe apoio do governo, na forma de recursos humanos, materiais e financeiros.

³⁰ Bandeira de Mello (2003) discorda desse posicionamento e entende que como requisito da qualificação de uma entidade como OS é que essa firme contrato de gestão com o Poder Público.

³¹ O Contrato de Gestão é um instrumento da administração por objetivos, criado no final dos anos 60, na França. Tinha como objetivo melhorar a situação das empresas estatais daquele país, que apresentavam sintomas de deterioração provocada pelo excesso de formalidades e controles por parte do poder central. Inicialmente, estes contratos foram denominados “contratos de programa”, passando depois para “contratos de empresa”. A partir de 1982, os contratos tiveram uma formalização genérica e passaram a ser denominados “contratos de plano”. Tal instrumento chegou ao Brasil, na década de 90, com o nome de Contrato de Gestão (IGARASI et al 1998).

Por outro lado, Penteado Filho (1998) destaca que maior liberdade de ação e participação de representantes da sociedade civil em contexto de alta desigualdade econômica, social e política podem facilmente conduzir ao aumento de influências particularistas, o que não contribui para a melhoria do desempenho.

A redução de controle de processos, a avaliação de resultados e uma orientação para os cidadãos-clientes de fato tende a contribuir para as organizações burocráticas de ponta, que chegaram a um patamar diferenciado dentro do modelo até então existente. Porém, como destaca Penteado Filho (1998), é difícil imaginar como organizações poderiam aumentar a eficiência e eficácia se elas, carentes de pessoal capacitado e com uma clientela desorganizada, nem conseguiram implantar padrões burocráticos de funcionamento.

2.5.1 As Organizações Sociais no Brasil: discutindo a contratualização

Para entender o conceito de Organizações Sociais é fundamental discutir o tema da contratualização de desempenho institucional na administração pública, mecanismo impulsionado pela Reforma do Estado, já mencionada neste capítulo.

Contratualização é um procedimento de ajuste de condições específicas no relacionamento entre o Poder Público e órgãos e entidades de direito público e privado. Seu principal objetivo é ampliar a capacidade do governo de implantar políticas públicas setoriais ou de executar atividades que, por sua relevância ou essencialidade, foram assumidas pelo Estado, de forma compartilhada com a iniciativa privada e com o terceiro setor, observadas a eficácia, a eficiência e a efetividade da ação pública (SALGADO, 2006).

No Brasil, existem situações diferenciadas de contratualização de desempenho, formalizadas por meio de acordos de desempenho, termos de compromisso, termos de parceria, contratos de gestão e outros.

No Governo Federal, a contratualização de desempenho institucional entre o Poder Público e entidades civis sem fins lucrativos é utilizada para estabelecer o vínculo formal de cooperação entre o Governo e a Sociedade Civil Organizada, para o desenvolvimento de atividades de interesse público³².

Na contratualização de desempenho entre Poder Público e entidades civis sem fins lucrativos, o Contrato de Gestão (ou similares) pode ser considerado como “peça-chave”, que estabelece as relações entre o Estado e a entidade contratada.

A montagem da contratualização, segundo Fernando Abrucio (2006) depende de um forte aparato regulatório, com instituições e pessoal adequados, tarefa que exige um Estado mais forte, inteligente, eficiente e ágil. Se a contratualização favorece a produção de melhores resultados, por um lado, ela exige uma ampla mudança institucional e de cultura política, por outro – nada fácil, ressalte-se. Para que a contratualização seja bem realizada, há algumas condições básicas.

A primeira delas diz respeito à necessidade de forte regulação estatal. A segunda condição para o sucesso da contratualização é adotar uma gestão por resultados. A lógica desse modelo

³² A assinatura de contrato de gestão está prevista na qualificação de organizações sociais, das agências de águas, na instituição do Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e da Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial– ABDI. Além disso, a Lei nº 9.790, de 23.03.99, vincula a qualificação como OSCIP à assinatura de termo de parceria, cuja natureza e objetivo são semelhantes aos do contrato de gestão. O termo de parceria, disciplinado pela mencionada legislação, estabelece o vínculo de cooperação entre o Poder Público e essas entidades, *destinado ao fomento e à execução das atividades de interesse público*.

exige um alto grau de flexibilidade da Administração Pública. Isso não significa a equiparação com a administração privada, sem perder de vista que o Estado tem de dar conta de múltiplos objetivos, alguns deles conflitantes entre si. Por esta razão, a contratualização orientada por resultados supõe cuidado maior na confecção e controle dos contratos (ABRUCIO, 2006).

A segunda condição se refere à qualidade dos contratos. Isto é, a segurança jurídica do país, a forma de escolha dos prestadores de serviços, o modelo de avaliação, a definição e a qualificação dos avaliadores e, com destaque, a existência de mais de órgão com capacidade de controlar ou fiscalizar a contratualização.

Uma terceira condição, segundo Abrucio (2006) refere-se ao bom entrosamento entre as instituições responsáveis pelo monitoramento dos contratos. Não se pode ter um modelo de contratualização em que os Poderes e órgãos de controle tenham concepção contrária a este processo. No caso brasileiro, os Tribunais de Contas frequentemente questionam a adoção de instrumentos da Nova Gestão Pública, fruto da visão retrógrada e burocrática que ainda predomina na maioria deles.

A pluralidade institucional e de provedores é uma outra condição êxito da contratualização. Ou seja, ela terá mais sucesso quanto mais formas e agentes contratuais houver. Tal multiplicidade favorece o controle e fornece um maior leque de possibilidades de provisão de serviços públicos (ABRUCIO, 2006).

E a última condição relaciona-se ao sistema institucional. Se a contratualização não estiver vinculada a um arcabouço institucional correto, os contratos isolados não vão resolver o

problema, sobretudo em áreas amplas, como educação e saúde (ABRUCIO, 2006).

Todo esse debate relaciona-se com as propostas de reforma administrativa do ministro Bresser. Entretanto, Penteadó Filho (1998) destaca que, embora as propostas da reforma possam levar, pelo menos em certos casos, a um aumento da eficácia e da eficiência na prestação de serviços, há evidências fartas de que outros fatores - seja na estrutura de gastos, seja no desempenho dos órgãos governamentais- têm um peso significativo no alcance desses objetivos, pois há problemas significativos na administração pública brasileira, que ultrapassam a discussão da eficiência e eficácia (ABRUCIO, 1997; DINIZ, 1997 apud Penteadó Filho, 1998).

Lembra o autor que a regressividade das políticas sociais no Brasil estão mais voltadas ao resultado históricos das relações de poder, da estrutura social e dos valores políticos e ideológicos, do que a forma de organização burocrática ou com métodos de gestão³³. O próprio jogo de interesses políticos no Brasil, com estruturas clientelistas, corporativistas e populistas, além de um sistema partidário particularmente frágil – leva muitas vezes a soluções ineficazes.

Nesse sentido, há alguns desafios para a contratualização no Brasil:

- a) É preciso fortalecer a regulação estatal. Para melhor repassar a provisão a outros entes, paradoxalmente, o Estado tem de ser mais forte e efetivo;

³³ Cabe destacar a ressalva de Penteadó Filho (1998, p. 161): “A questão crucial, do ponto de vista da melhoria do quadro social, está na própria definição de objetivos. Ora, a definição desses objetivos depende de um intrincado jogo político, onde a correlação de forças dos diferentes grupos sociais tem um papel crucial e cuja modificação depende de transformações muito mais profundas do que a simples alteração de formatos organizacionais ou métodos de gestão”.

- b) A cultura administrativa é extremamente burocratizante, prejudicando a elaboração de contratos mais flexíveis e capazes de serem modificados após a avaliação do desempenho; ademais, o formalismo excessivo vinculado à proliferação de leis, afasta o Estado dos cidadãos. A contratualização terá de ser montada para reaproximá-los.
- c) Os governos brasileiros funcionam como “caixinhas”, estabelecendo um modelo uniformizador e compartimentalizado. Soma-se a isso a sobreposição e a descoordenação que marcam nossas políticas públicas, particularmente do ponto de vista das relações intergovernamentais. É fundamental mudar estas lógicas para criar as condições institucionais que favorecem a contratualização.
- d) O Brasil precisa fazer a contratualização juntamente com o reforço dos mecanismos de *accountability*, para que não se torne um mero instrumento de redução de despesas, e sirva a mais gente, e não aos que têm mais condições de receber boas políticas públicas (ABRUCIO, 2006).

Por outro lado, no que se refere à avaliação de resultados, típica do modelo gerencial proposto, vale destacar o comentário de Pentead Filho (1998, p. 164): “se a burocracia pública brasileira nunca chegou a conseguir um efetivo controle de processos, cabe indagar como ela conseguirá um controle de resultados, muito mais difícil”, pois esse controle de resultados é problemático no setor público, o qual possui programas múltiplos, inter-relacionados com ações de outras áreas.

Em que pese as ponderações acima, pode-se afirmar que a contratualização configura-se em uma forma interessante na busca de melhor sustentabilidade fiscal, no combate às formas centralizadoras e uniformizadoras de provisão de serviços públicos e no estímulo à sociedade para controlar mais os serviços públicos, quiçá participar mais ativamente de sua gestão.

Nesse contexto, as organizações sociais são uma das diversas formas que a contratualização se manifesta na busca do Estado em ampliar sua parceria com outros entes, sejam eles entes públicos ou privados.

2.6 AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO (OSCIPs)

No bojo deste processo de maturação, teve lugar o advento das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas a partir da Lei 9.790/99, e posteriormente regulamentadas pelo decreto 3.100/99. Interessante notar que no Projeto de Lei Original, seu nome era sutilmente diverso, a saber, Organizações da Sociedade Civil de Caráter Público. O referido Projeto foi fruto de um debate amplo entre a Comunidade Solidária e entidades do terceiro setor, que veio incorporar boa parte das inovações trazidas pela Lei das Organizações Sociais, naquilo que elas tinham de avanço.

Conforme afirma Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2001), OSCIPs são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, para desempenhar serviços sociais não-exclusivos do Estado com incentivo e fiscalização do Poder Público, mediante vínculo jurídico instituído por meio de termo de parceria.

De fato, a idéia inspiradora é a mesma que já norteava o anterior título de Utilidade Pública, conforme anteriormente explicitado, isto é, uma vez qualificada pelo Estado, a entidade percebe algum tipo de incentivo, dentro da atividade de fomento.

2.6.1 Breve comparação entre as OSCIPs e as OSs

Muitas são as semelhanças entre as OSCIPs e as OSs. Analisando a legislação, pode-se observar nitidamente semelhanças entre os dois títulos jurídicos: a idéia de uma nova qualificação a pessoas jurídicas privadas sem fins lucrativos; a expressa restrição à distribuição ostensiva ou indireta pela entidade de lucros ou resultados (é vedado, por exemplo, pagamentos de salários acima do mercado); a exigência de atuação das entidades nas áreas sociais como requisito para qualificação; a exigência de existência de um conselho fiscalizador sobre o desempenho financeiro e patrimonial da entidade; detalhamento de exigências estatutárias para que a entidade possa ser qualificada; exigência de publicidade de vários documentos da entidade e a previsão de realização de auditorias externas independentes; criação de um instrumento específico destinado a formação de um vínculo de parceria e cooperação das entidades qualificadas com o Poder Público (contrato de gestão, nas Organizações Sociais; termo de parceria, nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público); possibilidade de remuneração dos diretores da entidade que respondam pela gestão executiva, observado valores praticados pelo mercado (remuneração vedada pela legislação de utilidade pública); e previsão expressa de um processo de desqualificação e de sanções e responsabilidades sobre os dirigentes da entidade em caso de fraude ou atuação ilícita.

Porém a Lei das OSCIPs traz inovação porque enumera e detalha as atividades a que se devem dedicar as instituições a fim de que possam se credenciar como OSCIP, demonstrando uma preocupação e uma rigidez muito maior na qualificação, que se justifica pelo fato de ter a certificação de OSCIP um caráter vinculado, não afeito ao mero juízo de conveniência e oportunidade do administrador, o que vem a superar uma velha reivindicação do terceiro

setor. Essa medida, sem dúvida, proporciona maior transparência e celeridade no processo de qualificação.

Algumas considerações sobre o regime jurídico das entidades: ambas são pessoas jurídicas de direito privado, e isso não será problematizado neste trabalho. Entretanto, um ponto que merece destaque a questão do corpo diretor das entidades: nas OS, o Conselho de Administração deve contar, obrigatoriamente, com representantes do Poder Público e da sociedade civil, em uma proporção bastante elevada em relação ao número dos demais membros, que, ao fim, são minoria no processo decisório da entidade. Já nas OSCIPs, o corpo decisório é normalmente formado pelos sócios, segundo determina o Estatuto.

A questão da composição do Conselho de Administração da OS de membros do poder público (20% a 40% de toda a composição) reforça o argumento de que as OS foram criadas para ser um "braço" do Estado, imune à rigidez do regime jurídico de Direito Público, já que o modelo OS prevê maior autonomia e flexibilidade³⁴.

Todavia, não há de se negar que a legislação sobre Organizações Sociais trouxe alguns avanços, como, por exemplo, a delineação de **mecanismos de controle** muito mais acurados que os existentes para as organizações de utilidade pública.

Assim, uma das soluções trazidas pelo MARE baseia-se na proposta de uma gestão pública orientada por resultados. Sua operacionalização dar-se-ia pela produção de metas e indicadores que possam ser técnica e politicamente construídos e avaliados. Suas

³⁴ A previsão legal de uma OS absorver um órgão estatal extinto, a série de flexibilidades permitidas a uma entidade privada em lidar com bens, receita, servidores e serviços públicos levam a uma queda na credibilidade do modelo, o qual esbarra, segundo muitos, em óbices constitucionais pela ausência de licitação para compras e de concurso público na seleção dos recursos humanos.

características principais seriam a flexibilização da gestão, uma organização menos hierarquizada e compartimentalizada, o aumento da transparência das atividades governamentais, e a criação de um novo modelo de relacionamento entre o Estado, o mercado e a sociedade, vinculado às parcerias e à ação em rede, e não mais ao monopólio estatal da provisão. Ressalte-se que o Estado permanece o responsável último pelas políticas públicas, cabendo-lhe o papel de dar as condições de financiamento, indução e regulação para que os serviços sejam adequadamente prestados.

Dessa nova forma de gestão que nasce o tema da contratualização. A Administração Pública firma uma série de instrumentos (contratos de gestão, termos de parceria, etc.), voltados para construir o chamado espaço público não-estatal. Ou seja, compartilhar ou repassar a provisão direta dos serviços a entes privados, sejam eles com ou sem fins lucrativos.

Conclui-se que a discussão da Reforma do Estado trouxe uma discussão sobre o terceiro setor no Brasil, com destaque para um grupo de entidades que compõem esse setor: as OS. Nesse contexto, amparada na contratualização como uma ferramenta utilizada para estabelecer o vínculo formal de cooperação entre o Estado e a sociedade civil (OS e OSCIPs) no desenvolvimento de atividades de interesse público, com o surgimento de novos instrumentos a exemplo dos termo de parceria e contrato de gestão, etc.

Feitas essas considerações, será apresentado no capítulo seguinte a contextualização sobre o surgimento das Organizações Sociais na Bahia.

3 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA BAHIA

Este capítulo apresenta uma breve reconstrução histórica da agenda da reforma gerencial no Estado da Bahia, destacando a instituição das organizações sociais. Para isso, foi utilizada a tese de doutoramento de Pinto (2004) que descreve a reforma gerencial realizada na Bahia, enfatizando as dificuldades de implantação das organizações sociais na área de saúde.

3.1 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E A REFORMA GERENCIAL NO ESTADO DA BAHIA

Como visto no capítulo anterior, o Governo da Bahia partilhava com o Governo Federal, a questão da agenda de reforma do Estado. Um dos principais pontos defendidos para se alcançar a chamada modernização administrativa era realizar mudanças no processo de gestão dos serviços públicos (PINTO, 2004).

O investimento feito pelo Governador Paulo Souto, cuja ideologia “reformista” alinhava-se com o Governo Federal, caracterizava-se pela busca da qualidade nos serviços públicos, funcionamento eficiente da máquina pública e capacitação do servidor público para atuar no Estado, objeto de uma reforma (BAHIA, 2002 apud Pinto, 2004).

Na primeira gestão de Paulo Souto³⁵ (1995-1998), sucessor e aliado político do governador Antonio Carlos Magalhães (1990-1994), foi lançado, em setembro de 1995, o Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC), que foi o “ponto de partida” para a modernização administrativa no Estado. Outro aspecto relevante na reestruturação da máquina

³⁵ Aqui é chamada primeira gestão, porque, após o mandato de César Borges (1999-2002) e Oto Alencar (2002), Paulo Souto reelege-se governador (2003-2006)

administrativa foi a criação, em 1996, do Programa Estadual de Desestatização³⁶, cujo objetivo era reduzir a participação do Estado em atividades empresariais, melhorar a qualidade dos serviços prestados, através de controle e fiscalização que exerce enquanto concedente, estimular a competitividade e, a médio prazo, reduzir os custos dos serviços prestados em áreas consolidadas (BAHIA, 1997 apud Pinto, 2004)³⁷.

Como parte das estratégias de modernização administrativa desenvolvidas no Governo Paulo Souto, destaca-se o PROGERIR – Programa de Gestão da Administração Pública, instituído pelo Decreto nº 5.491/96. O Programa tinha por objetivo “promover maiores níveis de eficiência, eficácia e efetividade dos órgãos e entidades do Estado”³⁸ diante de uma política econômica altamente restritiva (PINTO, 2004).

O Governo da Bahia, pautado na Lei Federal nº 2.271/97, adotou também a estratégia de terceirização³⁹. A partir daí, o Estado passa a adotar a terceirização para serviços na área de limpeza, conservação, segurança, vigilância, com a perspectiva de ampliar para outros serviços também em atividades acessórias. Ainda no ano de 1996, inicia-se a terceirização de alguns hospitais públicos justificada pela “necessidade de ampliar a oferta de serviços, buscar maior flexibilidade na gestão, reduzir as dificuldades relacionadas à contratação de profissionais” (BAHIA, SESAB, 1997 apud PINTO, 2004). Vale destacar que não houve

³⁶ Instituído pelo Decreto Estadual nº 5.441/96.

³⁷ Nesse âmbito inclui-se a concessão de serviços e uso do Sistema *Ferry-Boat*; a privatização da COELBA, primeira concessionária estadual de energia elétrica do Norte-Nordeste e uma das maiores empresas públicas do estado da Bahia, e do Banco do Estado da Bahia (BANEH). Além da privatização, houve terceirização e publicização, esta última será discutida mais adiante.

³⁸ De acordo com o art. 1º do citado Decreto estadual.

³⁹ Terceirização aqui é conceituada como a execução indireta de atividades materiais, acessórias, complementares ou instrumentais aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade (BAHIA, SAEB, 2002).

maiores conflitos em relação à adoção desse modelo⁴⁰ até porque não foi colocado em discussão nas arenas coletivas de decisão.

No âmbito da gestão dos serviços, foi criado, em 1997, o Programa de Incentivo às Organizações Sociais, com o objetivo de transferir progressivamente a responsabilidade de gestão de serviços para essas entidades.

O Programa de Incentivo às Organizações Sociais teve por objetivo habilitar entidades sem fins lucrativos, qualificando-a como OS e, posteriormente, mediante a assinatura de um contrato de gestão, fazê-las absorver atividade pública, administrando serviços, instalações e equipamentos pertencentes ao Poder Público, e recebendo recursos orçamentários necessários ao seu funcionamento. No entanto, diante das dificuldades e resistências de implantação das OS, ocorreu uma ampliação de terceirizações na área de saúde (11 terceirizações em hospitais) e apenas uma Organização Social foi viabilizada.⁴¹

O Programa teve, de um lado, os defensores da reforma “gerencialista” e, de outro, os adeptos do modelo da gestão direta do Estado, cujos enfrentamentos ficaram evidentes no momento de sua incorporação à agenda da política de saúde no Estado.

3.2 IMPLANTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE

A implantação das Organizações Sociais produziu, no âmbito do setor saúde, um intenso debate acerca dos rumos da gestão pública das unidades do SUS no Estado da Bahia, tanto

⁴⁰ Segundo Pinto (2004), não houve tramitação sobre as terceirizações de hospitais nem na Assembléia Legislativa, nem discussão formal no Conselho Estadual de Saúde.

⁴¹ A OS foi o Instituto de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Micro Região de Irecê - PROMIR que em 1997 celebrou contrato de gestão para gerir o Hospital Mário Dourado Sobrinho no município de Irecê. O contrato foi extinto em março de 2007.

entre grupos do próprio governo quanto fora dele como as associações profissionais, sindicatos, entidades religiosas e comunitárias, partidos políticos, etc, ultrapassando o âmbito administrativo e de negociação entre grupos do governo (SESAB e Conselho Estadual de Saúde).

A necessidade de submeter o projeto das Organizações Sociais à aprovação do CES e do Poder Legislativo ampliou o número de atores envolvidos, a exemplo das diversas associações profissionais, sindicatos, entidades religiosas e comunitárias e partidos políticos (PINTO, 2004).

O enfrentamento entre as posições corporativas dos sindicatos dos profissionais de saúde que defendiam os interesses dos servidores dos hospitais e o projeto modernizador dos dirigentes governamentais especialmente o *staff* das chamadas “Secretarias Sistêmicas” (Planejamento, Governo, Administração e Fazenda) causou, no momento da implementação da proposta, uma paralisia no âmbito burocrático da SESAB⁴². Tal paralisia contribuiu para a abertura de uma “janela de oportunidade” a qual consolidou a opção privatizante: a terceirização da gestão dos hospitais públicos. Essa opção, defendida por um grupo da SESAB e vinculada aos interesses privados no âmbito da administração pública, embora não tivesse sido incluída na agenda de debates, foi implementada em face da lacuna gerada pelo embate entre os atores que se posicionaram em torno do projeto das OS no setor saúde (PINTO, 2004).

⁴² Diferentemente do Governo da Bahia, em São Paulo, houve forte pressão por parte dos movimentos sociais organizados na área de saúde para que os hospitais fossem concluídos e postos para funcionar. Conforme ensina Ferreira Júnior (2003, p. 248), isto se deu porque o Governador Mário Covas, encontrou obras de hospitais iniciadas na gestão Franco Montoro, porém paralisadas durante a gestão dos dois governos posteriores (gestão dos governadores Orestes Quércia e Antonio Fleury Filho, ambos do PMDB). O governador Covas então, ao tomar posse, em 1995, estabeleceu como diretriz o término dessas obras antes de iniciar qualquer outra. Em 1997, para resolver a questão da contratação de mais de 15 mil novos funcionários (o que aumentaria o gasto da folha de pessoal além do permitido pela Lei Camata), o Governo de São Paulo, então, resolveu este impasse, passando a gerência desses novos hospitais para as Organizações Sociais.

Diante das dificuldades de implantação desde a criação do referido Programa, apenas uma OS foi implantada na Bahia no fim da década de 90, e após longo período de terceirização da gestão dos hospitais, retoma-se em 2005 a política pública de implantação das OS na Bahia na área de saúde.

3.3 A PROBLEMÁTICA DA GESTÃO HOSPITALAR

A questão gerencial dos hospitais públicos vem sendo alvo de debates que antecedem à inclusão do tema na pauta das propostas de Reforma do Estado do Governo FHC. Como destaca Paim (1992), a questão hospitalar tem sido objeto de preocupação dos gestores públicos desde a eclosão da crise do sistema de assistência médica previdenciária, no início dos anos 80.

De distintas formas podemos fazer a análise desta problemática, enfatizando-se aspectos econômicos financeiros, políticos-gerenciais, assistenciais ou organizacionais que compõem, em sua totalidade, as diversas dimensões da chamada “crise hospitalar”.

No âmbito do Governo Estadual, o discurso visando à adoção da proposta de criação das Organizações Sociais como alternativa de gestão pública incorpora várias proposições coerentes com a filosofia gerencialista de obtenção de resultados. Nessa perspectiva, a análise da problemática da gestão pública feita pelos atores envolvidos no processo de reforma gerencial representa uma crítica ao modelo então existente e enfatiza os aspectos técnicos e administrativos relacionados com o uso dos recursos e a efetividade das ações, apontando o baixo desempenho do funcionalismo público como um dos “nós críticos” (PINTO, 2004).

De fato, a persistência de uma cultura organizacional burocrática, a tendência à elevação de gastos elevados e a questão do desempenho do servidor público, além da questão da legislação vigente, refletiam o pensamento do núcleo central do Gabinete do Governador Paulo Souto e das Secretarias Sistêmicas (Planejamento, Fazenda, Administração e de Governo) sobre as dificuldades de gestão (PINTO, 2004).

Especificamente com relação à área da saúde, o Governo Estadual enfrentava uma crise na atenção hospitalar, evidenciada nas constantes denúncias dos usuários pela falta de acesso aos serviços, na existência de grandes filas para marcação do atendimento consulta ou internação. A insuficiência de recursos humanos e a falta de controle do cumprimento da carga horária contratada, particularmente entre os profissionais de nível superior (em especial os médicos), além das denúncias acerca da falta de materiais permanente e de consumo, necessários ao processo de prestação de serviços, falta de medicamentos e insumos, etc. Problemas que repercutiam na taxa de ocupação dos leitos existentes, gerando ineficiência no uso dos recursos e onerando o Estado (PINTO, 2004).

No âmbito do governo, entretanto, a adoção do modelo organizacional que estava sendo implementado através do Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC), inspirado na filosofia gerencialista, produziu maior agilidade dos atendimentos, desburocratização dos procedimentos e novas relações com os clientes, levando à adoção da terceirização dos contratos de pessoal. Destacou-se, portanto, como um modelo a ser estendido para outros setores da administração pública estadual, inclusive o de saúde, sem se observar a especificidade dos respectivos processos de trabalho (PINTO, 2004).

Assim, os Secretários das Secretarias Sistêmicas e o próprio Governador enfatizavam os

aspectos econômico-financeiros da crise, como foco no referencial gerencialista. A visão destes dirigentes era a de levar para os hospitais públicos o mesmo padrão de eficiência do SAC, mantendo assim a grande aprovação do governo por parte da população (PINTO, 2004)..

Por outro lado, a Secretaria Estadual da Saúde fazia um diagnóstico da problemática hospitalar enfatizando problemas relacionados mais diretamente à gestão e organização do processo de trabalho assistencial, isto é, o desperdício de recursos, o não cumprimento da carga horária médica, o despreparo dos gestores e a conseqüente desorganização no cuidado aos usuários. A rede hospitalar funcionava com baixa taxa de ocupação de leitos e alto tempo de permanência do paciente no hospital. Além desses pontos, técnicos da Secretaria da Saúde apontavam outros problemas, como as limitações derivadas da legislação, problemas com o gerenciamento dos recursos humanos e aquisição de materiais. Tudo isso levou à adoção de propostas alternativas, como a terceirização de serviços (PINTO, 2004).

Além disso, a rede hospitalar SUS no Estado da Bahia exibia uma preponderância do setor privado e filantrópico contratados, cujos hospitais assumiam grande parte da prestação dos serviços de saúde para a população, situação que ilustrava a opção política adotada historicamente por diversos governos anteriores, tanto na esfera federal quanto estadual, em transferir a prestação de serviços de saúde para outros entes (MENDES, 1996).

Outra questão, apontada pelo Secretário de Saúde (1995-2002) era a dificuldade na administração dos recursos humanos. Uma das maiores dificuldades dos gestores responsáveis pelas unidades de saúde era exatamente administrar os horários dos profissionais, especialmente a ausência aos plantões, o que gerava, dentre outras conseqüências negativas, a

necessidade de ampliação de contratações e realocação de pessoal das unidades básicas, resultando excesso de funcionários lotados nos hospitais, para garantir a continuidade dos atendimentos (PINTO, 2004).

Assim, a questão do gerenciamento de pessoal era um ponto crítico no processo de implantação de propostas de melhoria do desempenho das unidades hospitalares. Tal ponto fora apontado tanto pela Secretaria da Administração, quanto pela Secretaria da Saúde. As principais conseqüências foram, de um lado, o enfrentamento por parte dos diretores dos hospitais exigindo o cumprimento das normas e rotinas de trabalho dos profissionais de saúde e, de outro, o receio demonstrado por esses profissionais sobre o futuro de seus empregos (PINTO, 2004).

Outro eixo da crise hospitalar é o político, que significa a ausência de diálogo e debates de alternativas propostas por outros atores, no caso, o Conselho Estadual de Saúde (PINTO, 2004).

Assim, a discussão de uma alternativa política pautou-se ao redor da ineficiência, inadequação e falta de agilidade no modelo vigente no setor público. Objetivando responder a demandas decorrentes de mau funcionamento das organizações públicas, o governador Paulo Souto investiu suas ações para alcançar os padrões de modernização desejados.

3.4 MARCO LEGAL DA OS BA: MUDANÇAS ENTRE A LEI ANTIGA E A ATUAL

Como visto, à semelhança do Governo Federal, o Governo do Estado da Bahia instituiu o Programa de Organizações Sociais. O Programa surgiu inicialmente através da Lei Estadual

7.027, de 29 de janeiro de 1997 e, posteriormente, os Decretos nº 7.007/97 e 7.008/97, que a regulamentam. Decorridos seis anos da instituição do Programa, o Governo do Estado sancionou, em 29 de julho de 2003, a Lei nº 8.647 que atualizava o Programa Estadual de Organizações Sociais e, em 22 de janeiro de 2004, o Decreto 8.890, dando-lhe nova regulamentação.

A atual legislação decorreu da necessidade de se adequar o marco jurídico às demandas inspiradas na prática do modelo das Organizações Sociais. As alterações à lei tiveram como objetivo dar mais celeridade ao processo decisório e, sobretudo, dar maior transparência e efetividade das ações (BAHIA, 2005).

Com efeito, podemos destacar as seguintes mudanças na legislação estadual:

- a) Instituição do Conselho de Gestão das Organizações Sociais (art. 2º da Lei 8647/03)

Trata-se de órgão consultivo, deliberativo e de supervisão pertencente à Secretaria de Administração, encarregado de executar o planejamento estratégico e o plano de ação referentes ao Programa Estadual de Organizações Sociais, bem como prestar assistência às Secretarias Estaduais na identificação de novas áreas e serviços de interesse público passíveis de publicização. O Conselho é presidido pelo Secretário da Administração (Presidente), por Representantes das Secretarias de Estados engajadas das áreas correspondentes às atividades a serem transferidas, e, no máximo, 06 (seis) representantes da sociedade civil.

- b) O servidor público estadual titular de cargo efetivo que estiver lotado no local do serviço a ser publicizado poderá ser colocado à disposição de uma Organização Social

(art. 12 da Lei 8647/03). Caso o servidor público não seja colocado à disposição, ele poderá ser relatado ou posto em disponibilidade.⁴³

A lei anterior vedava a cessão de servidores públicos para servir nas organizações sociais (art. 3º, Parágrafo 3º da Lei nº 7.027/97). Estabelecia ainda que os servidores públicos só seriam admitidos nos quadros de pessoal da Organização Social se estivessem afastados de suas atividades em Licença para Tratar de Interesse Particular.

- c) Exigência de estrutura mínima como requisito para qualificação como Organização Social: um órgão deliberativo, um órgão de fiscalização e um órgão executivo⁴⁴, sem estabelecer, porém, um quorum mínimo de participantes (art. 12, inciso III da Lei 8.647/03).

Vale destacar que a lei atual estabelece as atribuições do órgão deliberativo (art. 15) e do órgão de fiscalização (art. 16), e diz que órgão executivo terá composição e competências previstas em estatuto (art.19). A OS tem autonomia plena para definir em estatuto quorum mínimo de participantes, bem como a duração do mandato.

A lei anterior previa na composição do órgão de deliberação (Conselho de Administração ou Conselho Curador) e na composição do órgão de fiscalização (Conselho Fiscal) a participação do poder público e de membros da sociedade civil (art. 8º e 10 da Lei), porém, em Decreto específico para OS da área da saúde, determinava que os representantes do poder público

⁴³ O servidor será relatado, com o respectivo cargo, com ou sem mudança de sede, para outro órgão ou entidade do mesmo poder e natureza jurídica, cujos planos de cargos e vencimentos sejam idênticos, de acordo com o interesse da administração, ou será posto em disponibilidade com remuneração proporcional ao respectivo tempo de serviço, até seu regular e obrigatório aproveitamento, na impossibilidade de relocação ou na hipótese de extinção do cargo ou declaração de sua desnecessidade.

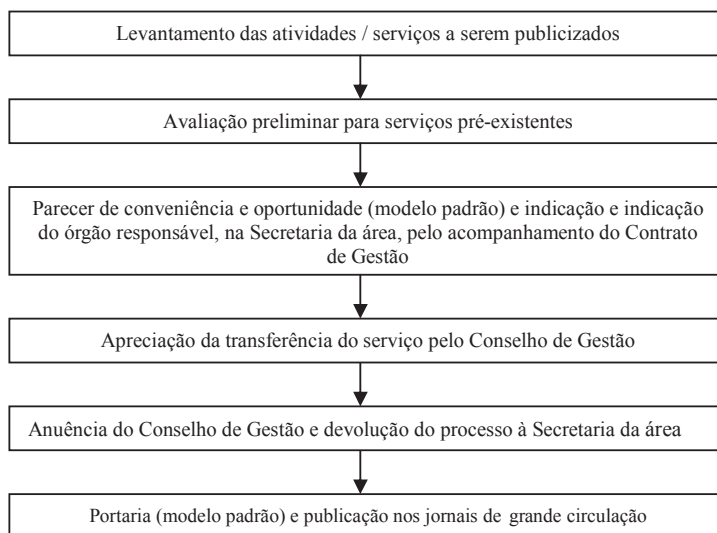
⁴⁴ Antes denominado de Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Diretoria, respectivamente (art. 5ª, II da Lei 7.027/97)

seriam da Secretaria da Saúde e os representantes da sociedade civil – escolhidos entre cidadãos residentes da comunidade onde está localizada a Unidade, teriam que ter seus nomes aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde (art. 1º, inciso IV, b, do Decreto 7008/97). Por uma opção metodológica, a mudança na lei sobre a composição dos Conselhos das OS será objeto de discurso no capítulo seguinte, ao tratar das regras formais.

Outra questão diz respeito à destinação do parecer conclusivo do Secretário da pasta. A atual lei prevê que ao final de cada exercício, o Secretário de Estado da área encaminhará juntamente com relatório consolidado elaborado pelo setor responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato de gestão, seu parecer conclusivo ao Tribunal de Contas do Estado (art. 27, parágrafo 1º, da Lei 8647/03). Antes, a lei exigia que o relatório anual com o respectivo parecer fosse encaminhado ao Governador do Estado, para apreciação e sendo omissa quanto à destinação ao Tribunal de Contas.

A lei prevê ainda que quando uma Secretaria resolve “publicizar” suas atividades, esta deverá proceder de forma ordenada, conforme figura a seguir:

Figura 3 – Etapas a serem seguidas pela Secretaria da área para realizar publicação de um serviço



Fonte: SAEB

Ainda de acordo com a lei, o processo seletivo para seleção da entidade assumir atividades e serviços de natureza social é composto das seguintes etapas: a) publicação do edital, que conterá a descrição detalhada da atividade/serviço a ser transferida, critérios objetivo para julgamento das propostas e prazo para apresentação da proposta de trabalho; b) recebimento e julgamento das propostas; c) homologação do resultado; d) solicitação de qualificação da entidade vencedora, caso ela ainda não esteja qualificada como Organização Social.

Conforme explica a Coordenadora Executiva do Programa das Organizações Sociais da SAEB, qualquer entidade pode pleitear sua qualificação como OS, a qualquer tempo, independente de existir alguma licitação para gestão de hospital, entretanto algumas têm seus pedidos negados em função de enquadrar-se nos impedimentos da lei, ou já serem qualificadas como OSCIP's. Também a entidade qualificada poderá vir a ser desqualificada a qualquer tempo pelo Estado caso descumpra normas previstas na lei ou no contrato de gestão:

Qualquer entidade que manifestar o interesse próprio de obter essa titularidade - ser Organização Social é obter titularidade, que não significa que é "ad eternum"- a

qualquer momento, se a entidade pública manifestar interesse em desqualificar a instituição por algum problema, ela poderá perder essa titularidade, mas ela pode, independente de estarmos lançando qualquer edital de seleção, pedir a qualificação aqui. A gente dá todo o suporte de orientação e como proceder, além do nosso site tem o manual, a gente orienta, dá modelo...

(Sandra Guimarães, Coordenadora de Programa de Parceria de Gestão da SAEB, entrevista concedida em 06/03/08).

Assim, de acordo com a legislação, os atos referentes à qualificação como OS, obedecem à seguinte seqüência: a) requerimento ao Secretário da área solicitando a qualificação; b) análise pela Secretaria da área; c) encaminhamento do processo pela Secretaria à Secretaria Executiva do Conselho de Gestão para apreciação; d) análise positiva do requerimento e devolução do processo à Secretaria da área; e) encaminhamento do processo à Casa Civil para publicação do Decreto de Qualificação.

Porém, ressalvados os impedimentos elencados na lei, a própria SAEB reconhece que existem algumas dificuldades no pleito de qualificação como OS, pois, após obter parecer favorável da Secretaria Executiva, submete-se o parecer ao Conselho de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS), que às vezes ainda formula algumas questões ou solicita a apresentação de novos documentos. Após a juntada do documento pela entidade, o Conselho aprova o pleito e esse processo vai para a Casa Civil, de lá, os processos via de regra vão para a Procuradoria Geral do Estado (PGE), que analisa e se estiver de acordo, procede-se à publicação do Decreto.

Por outro lado, a entrevistada afirma que, caso da entidade tenha comprovadamente urgência no pleito (por exemplo, por ter vencido processo seletivo e ainda não esteja qualificada) faz-se um ato *ad referendum*, que é basicamente um parecer técnico da SAEB baseado nas justificativas feitas pela Secretaria da área, publica-se esse ato no Diário Oficial, e na próxima reunião do Conselho, esse ato tem que ser submetido ao CONGEOS, para homologação.

Solicitados os pleitos de qualificação, e vencidos os processos seletivos, conforme procedimentos acima expostos, as entidades sem fins lucrativos atuantes na área de saúde, celebraram contrato de gestão com a SESAB, para a gestão de hospitais novos e/ou reformados, conforme relação a seguir:

Quadro 1 - Unidades hospitalares atualmente geridas por Organizações Sociais na Bahia

Hospital	Hospital Maternidade Santa Tereza/OS (Ribeira do Pombal)
Endereço	Rua Dr. Salustiano Guerra, s/n, Ribeira do Pombal, Bahia.
Entidade gestora	Fundação José Silveira
Perfil da Unidade	<p>O Hospital Geral Santa Tereza situado no município de Ribeira do Pombal está inserido na Macrorregião Nordeste, programado para atender às demandas da Microrregião de Ribeira do Pombal (283.793 hab.). Está estruturado com perfil de hospital geral de médio porte, para atendimento médico hospitalar e dispõe de atendimentos de urgência e emergência em regime de 24 horas/dia; internação para as especialidades básicas: clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica; ambulatório de especialidades.</p> <p>Conta com 89 leitos distribuídos da seguinte forma: 22 leitos em clínica médica, 30 leitos em clínica cirúrgica, 12 leitos em clínica pediátrica, 18 leitos em clínica obstétrica e 07 leitos de UTI Geral. Dispõem ainda de 10 leitos de berçário de cuidados intermediários.</p> <p>Os serviços de diagnóstico e terapia oferecem: eletrocardiografia, patologia clínica, radiologia convencional, ultra-sonografia e tomografia computadorizada. Além desses serviços, a unidade dispõe ainda de centro cirúrgico, centro obstétrico, unidade de recuperação pós-anestésica, central de material esterilizado, serviços de almoxarifado, serviços de farmácia, lavanderia, nutrição, manutenção geral e arquivo de prontuários.</p>
Contrato de Gestão	<p>Contrato nº 005/05</p> <p>Vigência: 01 ano (de 01/02/05 a 31/01/06)</p>
Valor original	R\$ 8.323.000,00 (anual) sendo R\$ 624.224,99 pago no 1º repasse.
Termos Aditivos	<p>1º T. Aditivo nº 001/07 prorroga a vigência de 01/02/07 a 31/01/08</p> <p>2º T. Aditivo nº 128/07 prorroga a vigência por 12 meses (de 01/02/08 a 31/01/09) e altera o valor global anual do contrato para R\$ 12.686.827,20 e parcela mensal estimada em R\$ 1.057.235,60</p>

Hospital	Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto/ OS
Endereço	Praça Conselheiro João Alfredo, s/n, Pau Miúdo, Salvador-Ba
Entidade gestora	Santa Casa de Misericórdia da Bahia
Perfil da Unidade	<p>A Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, localizada no Complexo Hospitalar Cezar de Araújo, está estruturada para funcionar como Unidade de Referência Terciária, compondo o Sistema Estadual de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco. Programada para atender preferencialmente as demandas da Macrorregião Nordeste, constitui-se, dada a escassez de leitos credenciados e elevada demanda, em referência para todo o Estado.</p> <p>Serviços disponibilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgência e Emergência • Ambulatório Geral • Apoio Diagnóstico e Terapêutico • Internação (180 leitos em obstetrícia, sendo referência para gestante de alto risco; 30 leitos de UTI – sendo: 10 UTI adulto e 20 UTI neonatal; e ainda atenção semi-intensiva: 28 leitos de cuidados intermediários neonatal).
Contrato de Gestão	Contrato nº 034/06 Vigência: 01 ano (de 13/06/06 a 12/06/07)
Valor original	R\$ 32.525.092,00 (valor global anual) R\$ 2.710.424,30 (valor global mensal)
Termos Aditivos	<p>1º T. Aditivo nº 055/07 prorroga a vigência do contrato de gestão por noventa dias meses (de 13/06/07 a 10/09/07)</p> <p>2º Termo Aditivo nº 097/07 prorroga a vigência por nove meses (de 11/09/07 a 11/06/08) e altera o valor mensal para R\$ 3.350.682,60</p> <p>3º Termo Aditivo nº 099/07 – reti-ratificação: a vigência do Termo Aditivo nº 055/07 é de 11/09/07 (e não 10/09/07)</p> <p>4º Termo Aditivo – reti-ratificação: fixa a retroatividade de acréscimo de 23,42% decorrente da repactuação de metas concedida no 2º Termo Aditivo nº 097/07 (R\$ 10.052.047,80 - dividido em 03 parcelas)</p>

Hospital	Hospital Luiz Eduardo Magalhães/OS
Endereço	Rodovia 367, Km 54, loteamento Quinta do Descobrimento, lote 1, Combolo, Porto Seguro-Ba.
Entidade gestora	Monte Tabor – Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária
Perfil da Unidade	O Hospital Deputado Luiz Eduardo Magalhães, localizado no município de Porto Seguro (114.809 hab – IBGE 2003), Macrorregião Extremo Sul, Microrregião de Eunápolis, sede do módulo, está estruturado com perfil de hospital de porte II, para a população residente e flutuante. Na condição de hospital público, estará vinculado tecnicamente à SESAB. O modelo gerencial com forma flexível e autônoma de

	<p>administração por Organização Social obedecerá aos princípios e diretrizes do SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, atendendo os pacientes oriundos da demanda espontânea (população residente, flutuante e referenciada pactuada com outros municípios) preservando a missão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e as diretrizes da Lei 8647/03.</p> <p>Serviços disponibilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgência e Emergência • Ambulatório Geral • Apoio Diagnóstico e Terapêutico • Internação (110 leitos nas especialidades: pediatria, obstetria, cirurgia geral, clínica médica, cardiologia clínica, gastroenterologia, pneumologia, traumatologia e neurologia; ofertando também leitos para queimados, 05 leitos UTI adulto e atenção semi-intensiva 07 leitos de berçário de cuidados intermediários). O Hospital conta com unidades de Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, Central de Material Esterilizado, Serviços.
Contrato de Gestão	<p>Contrato de Gestão nº 045/06 Vigência: 01 ano (01/09/06 a 31/08/07) Obs: Desde o fim da vigência, a OS continua administrando o Hospital, recebendo pagamento por indenização.</p>
Valor original	R\$ 13.511.964,00
Termos Aditivos	Não houve.

Hospital	Hospital Dantas Bião/OS
Endereço	Rua Dantas Bião, nº 49, Centro, Alagoinhas-Ba
Entidade gestora	Monte Tabor – Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária
Perfil da Unidade	<p>O Hospital Dantas Bião, localizado no município de Alagoinhas, inserido na Macrorregião Nordeste, programado para atender as características da Microrregião de Alagoinhas (432.074 hab – IBGE/2003), sede do módulo, está estruturado com perfil de hospital geral. O atendimento médico hospitalar é de média e alta complexidade, direcionado para as especialidades básicas: clínicas médicas, cirúrgicas e pediátricas, em regime ambulatorial, emergência, internação e especialidades.</p> <p>Serviços disponibilizados :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgência e Emergência • Ambulatório Geral • Apoio Diagnóstico e Terapêutico • Internação (110 leitos nas especialidades: pediatria, cirurgia geral, clínica médica, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, traumatologia e neurologia; ofertando também Unidade de Terapia Intensiva: 10 leitos adultos)
Contrato nº	Contrato de Gestão nº 036/06 Vigência: 01 ano (de 20/06/06 a 19/06/07)

Valor original	R\$ 14.229.207,61 (valor global anual) R\$ 1.185.767,30 (valor mensal)
Termos Aditivos	1º T. Aditivo nº 062/07 prorroga por 90 dias a vigência do contrato de gestão nº 036/06 (de 20/06/07 a 19/09/07). Seria repassada à gestão do Hospital para o município, porém isso não ocorreu. 2º T. Aditivo nº 120/07 prorroga por 09 meses a vigência do contrato e altera o valor global R\$ 10.671.905,70 e mensal de R\$ 1.185.767,30

Hospital	Hospital do Oeste/OS
Endereço	Rua do Antigo Aeroporto, nº 500, Vila Amorim, Barreiras- Bahia.
Entidade gestora	Associação Obras Sociais Irmã Dulce
Perfil da Unidade	O Hospital do Oeste, localizado no município de Barreiras, inserido na Macrorregião Oeste, programado para atender as características desta Macrorregião (798.578 hab-IBGE/2003), sede do módulo, está estruturado com perfil de hospital geral. O atendimento médico-hospitalar é de média e alta complexidade, direcionado para as especialidades básicas: clínicas médicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas, em regime ambulatorial, emergência, internação e especialidades. Serviços disponibilizados : <ul style="list-style-type: none"> • Urgência e Emergência • Ambulatório Geral • Apoio Diagnóstico e Terapêutico • Internação (175 leitos nas especialidades: pediatria, obstetrícia, cirurgia geral, clínica médica, cardiologia, pneumologia, traumatologia e neurologia; oferta também Unidade de Terapia Intensiva)
Contrato de Gestão	Contrato nº 037/06 Vigência: 01 ano (21/06/06 a 20/06/07)
Valor original	R\$ 23.189.421,38 (valor global anual) R\$ 1.932.451,78 (valor global mensal)
Termos Aditivos	1º T. Aditivo nº 051/07 de 05/07/07 prorroga a vigência do contrato de gestão por seis meses (de 21/06/06 a 20/12/07) 2º Termo Aditivo nº 124/07 prorroga a vigência por seis meses (de 21/12/07 a 20/06/08) e o valor mensal global estipulado passa para R\$ 2.506.500,00, a partir de 01/01/07

Fonte: SESAB /Coordenação de Parceria

Nesse sentido, podemos observar que, mesmo diante das dificuldades iniciais de implantação

das OS na área hospitalar (enfrentando em um primeiro momento resistência intra governamental), o Governo no Estado da Bahia (gestão Paulo Souto 2002-2006) consegue, finalmente, a partir de uma estratégia de reformulação da legislação e adequação às necessidades das entidades filantrópicas tradicionais, implantar uma parceria com essas entidades, devidamente qualificadas como Organizações Sociais, como uma solução diante dos hospitais novos ou recém-reformados que precisavam começar a funcionar.

Ocorre que, em 2007, houve uma mudança de gestão bastante relevante no Estado, quebrando-se vinte anos de hegemonia de um partido político (PFL) assumindo o Governo do PT (Governador Jaques Wagner), que defende, inclusive, a gestão direta do Estado. Entretanto, na área da saúde, conforme observamos anteriormente, muitos contratos de gestão foram prorrogados pelo atual governo exatamente aqueles firmados com as entidades filantrópicas tradicionais, enquanto justamente aquelas entidades menos tradicionais tiveram seus contratos rescindidos, seja por conta da gestão ter passado para o município, seja por ter passado para unidade federalizada, por exemplo.

Há que se observar também, que em termos de equipamentos, esses hospitais oferecem serviços de alta complexidade, e, por conta disso, possui nos seus quadros profissionais de alta especialidade médica (anestesistas, neurologistas, neurocirurgiões), profissionais difíceis de serem contratados com a realidade dos salários pagos pela administração pública do Estado, entre outros fatores alegados.

Por outro lado, verificamos que das cinco unidades hospitalares atualmente geridas por OS apenas uma fica em Salvador, o que demonstra que a política de saúde está descentralizando os serviços de alta especialização para o interior do Estado numa tentativa de reduzir a

demanda de pacientes para o dois maiores hospitais públicos de Salvador: o Hospital Geral do Estado e o Hospital Roberto Santos. Pelas prorrogações sucessivas que vêm ocorrendo dos contratos de gestão acima apresentados e melhor analisados no capítulo de resultados a seguir, é possível inferir que esses contratos vêm obtendo relevância na gestão desses hospitais.

Reconhece-se, portanto o impacto dessas Organizações Sociais na gestão dos hospitais novos no Estado. As sucessivas prorrogações de vigência ao contrato de gestão parecem indicar o interesse do Governo do Estado de permanecer em parceria com essas entidades⁴⁵.

⁴⁵ Em maio/2006 o Instituto Sócrates Guanaes assumiu a gestão de unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular – Instituto do Coração (INCOBA), no Hospital Ana Néri, em Salvador, e após 12 meses de contrato, devido à “federalização” do Hospital (agora sob a gestão do Hospital das Clínicas/UFBA), não houve prorrogação do contrato. Do mesmo modo, em dezembro/2006, a Fundação de Saúde Paramirim assumiu a gestão do Hospital Antenor Alves da Silveira, em Macaúbas e após 12 meses de contrato, devido à municipalização do Hospital, o contrato não foi prorrogado.

4 A QUALIFICAÇÃO COMO OS PARA A GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS: A “VOZ” DOS ATORES

No capítulo anterior, foram apresentadas as dificuldades encontradas pelo Governo do Estado na primeira tentativa de implantação do Programa das Organizações Sociais, em 1997, cujo resultado foi a implantação de uma única OS na Bahia. Após um longo período de terceirizações dos hospitais, o Governo do Estado retomou a política de criação das Organizações Sociais e conseguiu, no período 2005-2006, ampliar o número de OS na área de saúde no Estado⁴⁶.

Neste capítulo, serão apresentados os resultados desta pesquisa obtidos junto aos atores envolvidos. Para tanto, conforme discutido no item sobre os procedimentos metodológicos adotados, foram entrevistados os dirigentes das entidades e da SAEB e SESAB com vistas a identificar os fatores que levaram as entidades a pleitearem a qualificação como OS e poderem, assim, vir a assumir a gestão de uma unidade de saúde de natureza pública: os hospitais.

Vale destacar, também, que além das entrevistas, foram analisados os contratos de gestão e toda legislação sobre Organização Social.

Ressalta-se também que não foi propósito desta pesquisa avaliar o modelo OS mediante indicadores de desempenho ou análise de metas, e sim o de analisar a resposta das entidades privadas e/ou sem fins lucrativos à proposta do governo do Estado sobre a gestão de seus

⁴⁶ Na área da saúde, a primeira OS implantada na Bahia foi o Instituto de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Microrregião de Irecê - PROMIR - OS, em setembro de 1999, cujo objeto era a prestação de serviços de organização, administração, assistência e gerenciamento do Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho, localizado no município de Irecê. Por questões metodológicas (delimitação do período desta pesquisa) não será abordado o contexto sobre a implantação desta OS. Após sete anos de parceria, o Governo do Estado rescinde o contrato e passa a gestão para o município de Irecê.

hospitais, com foco nos fatores que as levaram a aceitar e a permanecerem nesta condição, até o final desta pesquisa, mesmo com a mudança de gestão do governo estadual com a eleição do candidato Jaques Wagner, do PT, oposição ao governo anterior, que defende outros modelos para a gestão dos hospitais públicos⁴⁷.

Por esta razão, as quatro entidades da área de saúde atuantes na Bahia que participaram desta pesquisa foram a Associação Obras Sociais Irmã Dulce, o Monte Tabor, a Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a Fundação José Silveira. Cabe esclarecer que o critério de escolha ocorreu porque todas elas aderiram ao modelo OS e assumiram a gestão de hospitais públicos do Estado e seus respectivos contratos de gestão, até o final desta pesquisa, encontravam-se em vigência.

Para possibilitar a análise dos fatores que influenciam as entidades a assumirem hospitais na qualidade de OS, esta pesquisa inspirou-se na proposta de Ostrom (1999), a qual apresenta um mapa multiconceitual, onde uma parte da estrutura corresponde à identificação de uma “arena de ação”, e a outra parte considera outros fatores, internos e externos, que afetam a estrutura da arena de ação, tais como: as “regras em uso”, os “atributos da comunidade” e as “condições físicas e materiais” do bem comum. Segundo Costa (2005), a proposta de Estrutura para Análise Institucional desenvolvida e utilizada por Ostrom (1999, p. 42), embora aplicada para a análise de arranjos institucionais relacionados ao uso comum de recursos naturais, foi concebida como uma linguagem geral (ou uma meta-linguagem) para estudos de arenas de escolha coletiva, permitindo diagnosticar um fenômeno, explicar seu processo e prever resultados (Costa 2005, p.38).

⁴⁷ Os modelos seriam a própria gestão direta dos hospitais públicos pelo Estado e as fundações estatais.

Assim, retomando o que foi colocado na introdução, no item que analisa a base teórica desta pesquisa, as categorias analíticas definidas foram: a) atores; b) regras; c) contexto externo e d) contexto interno. São a partir destas categorias analíticas que são analisados os resultados do estudo empírico.

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS:

4.1.1 Dos atores

O conceito de ator aqui assumido é o de indivíduo singular ou um grupo funcionando como ator coletivo que realiza ações. Para Ostrom (1999), o termo ação refere-se ao comportamento humano para o qual a ação individual agrega um significado subjetivo e instrumental.

Em relação à categoria **atores** (aqui entendido como as entidades), foram elencadas as seguintes variáveis: a) experiência em gestão de hospitais; b) trajetória (perfil) da organização; e c) valoração do empreendimento.

No que se refere à experiência em gestão de hospitais, vale registrar que, das entidades entrevistadas, todas possuem mais de trinta anos de experiência em gestão hospitalar. O Monte Tabor, por exemplo, atua na Bahia há mais de trinta anos, e desde 1990, possui seu próprio hospital (Hospital São Rafael). Para ilustrar, segue depoimento que ilustra a história desta entidade:

Nós estamos aqui [...] desde 1976. Acompanhei o crescimento de todas estas favelas ao redor, as melhorias, etc. Em 83 eu estava participando da cooperação internacional e montamos em março de 1983 o primeiro laboratório do Brasil em toxicologia ocupacional. Por causa dos acidentes que ocorriam no Pólo Petroquímico, área de segurança nacional – estávamos na época militar- e não havia

dados oficiais do governo e sim informações internacionais. Tentamos convencer junto com a Faculdade de Farmácia da UFBA aquelas empresas que faltava fazer exames específicos e não os que se faziam na época, sem efeito nenhum. Foi um trabalho grande que fizemos, participamos na elaboração da legislação que não existia.

(Laura Ziller, Vice-Presidente Executiva do Monte Tabor, entrevista realizada em 01/02/2008)

Outra instituição que merece destaque é a Fundação José Silveira - que inicialmente chamava-se Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose – IBIT, fundado em 1937 e tinha como missão investigar e desenvolver tratamentos para a doença que alarmava a população da época: a tuberculose. Com o passar do tempo, os métodos de controle da tuberculose foram evoluindo, reduzindo, conseqüentemente, a taxa de mortalidade decorrente desta doença.

Com o passar dos anos, o IBIT redefiniu suas ações para o tratamento de doenças do tórax e implantou novas especialidades, inaugurando o Hospital do Tórax, posteriormente denominado Hospital Santo Amaro.

Em 1988, a Fundação José Silveira redefiniu o objetivo da Instituição, passando a concentrar sua experiência e capacitação técnica na promoção de ações de ensino, pesquisa e assistência-médico sociais.

Quanto à área de atuação, pôde-se verificar que todas entidades possuem programas e ações sociais. No Monte Tabor, por exemplo, destacam-se cinco projetos/missões⁴⁸. A Fundação José Silveira possui como unidades operacionais o Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (IBIT); o Instituto Bahiano de Reabilitação (IBR); o Hospital Santo Amaro (HSA); o Laboratório José Silveira (LJS) e Unidade de Saúde e Meio Ambiente (USMA).

⁴⁸ Missão Barra, Projeto Nova Esperança, Projeto O Samaritano, a Missão Vermelho e o Projeto O Pelicano.

Além disso, administra algumas unidades de saúde pública como o 5º Centro Municipal de Saúde (em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador), dentre outros. As Obras Sociais Irmã Dulce administram o Hospital Santo Antônio e a Santa Casa de Misericórdia administra o Hospital Santa Izabel.

No que se refere à avaliação do empreendimento, isto é, a avaliação que os atores (entidades) fazem do modelo OS, cabe registrar que a grande maioria das entidades entrevistadas, reconhecendo a complexidade da gestão de um hospital, destacam a importância do modelo, conforme depoimento a seguir:

Se você me perguntar se eu sou favorável ao modelo OS te digo que sim, sou sim, e não é por questão partidária porque não sou filiado a nenhum partido político, mas porque entendo que o modelo OS é muito mais célere do que qualquer hospital público. Optamos por aderir ao modelo OS pelo desafio, não por uma estratégia empresarial, nada disso, somos filantrópicas, somos fiscalizadas pelo Ministério Público e essa Fundação atua há mais de 70 anos!

(Antonio Brito, Superintendente da Fundação José Silveira, entrevista realizada em 15/01/2008)

Por outro lado, apenas uma entidade assume que prefere o modelo da terceirização do serviço, segundo depoimento a seguir:

Acho que a OS é uma forma interessante que o Estado encontrou para superar as dificuldades de gerir uma organização tão complexa quanto o hospital. [...] Agora para nós, filantrópicas, não é o ideal, o ideal é ele [o Estado] comprar os nossos serviços, como filantrópica, pagar para efetuar, entendeu?

(Álvaro Conde Lemos Filho, Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, entrevista realizada em 19/12/2007)

Esta situação parece revelar que este empreendimento não é valorizado consensualmente, vez que tem entidade que, apesar de ser OS, prefere a opção da terceirização.

4.1.2 Das regras

Como vimos anteriormente, as regras afetam a estrutura da arena de ação na medida em que modelam o comportamento dos atores e os resultados. O conceito de regras adotado neste trabalho refere-se às regras explícitas de trabalho relacionadas com o processo de tomada de decisão.

Para análise da categoria **regras**, foram selecionadas as seguintes variáveis: a) regras de informação que definem o conjunto de informações a ser disponibilizado para os participantes; b) regras que estabelecem as recompensas e as sanções para as ações; e c) regras para o desenvolvimento de confiança e segurança na relação Estado/OS.

No que refere às regras de informação, pode-se verificar que foi possível observar que a própria lei instituidora do Programa de Organização Social já define o conteúdo do edital de seleção, os pré-requisitos para qualificação, e até mesmo apresenta a minuta do contrato de gestão. Além disso, esse edital é disponibilizado amplamente, publicado em Diário Oficial e em jornais de grande publicação, possibilitando qualificações às entidades de outros Estados.

Hoje nós temos 30 instituições qualificadas como OS, em diversas áreas. Se amanhã a gente tiver alguma coisa na área da saúde todas aquelas que estiverem qualificadas [inclusive tem até instituição do Maranhão - Fundação José Montelo].[...] A entidade tem que ser uma OS qualificada no âmbito do Governo do Estado da Bahia, mas ela pode ser de qualquer Estado.

(Sandra Guimarães, Coordenadora do Programa de Parceria de Gestão da SAEB, entrevista concedida em 06/03/08)

No que tange às regras que estabelecem as recompensas e as sanções para as ações, pode-se verificar que tanto na lei quanto no próprio contrato de gestão estão previstos alguns “benefícios” às OS, tais como: imunidade tributária e compras e seleção de recursos humanos

via regulamento próprio, além de maior notoriedade e respaldo social para essas instituições junto aos órgãos governamentais.

Como “sanções”, podemos destacar a previsão de desqualificação da entidade enquanto OS, de rescisão do contrato de gestão por parte do Estado, etc. Além disso, existe possibilidade de glosa de valores (a entidade deixa de receber a parte variável do contrato caso o Estado entenda que aquela não se encontra em conformidade com o pactuado no contrato).

As instituições para terem o recurso liberado têm que mandar os relatórios de acompanhamento das metas de produção. A depender do alcance [baixo] sofrem glosa.

(Sandra Guimarães, Coordenadora do Programa de Parceria de Gestão da SAEB, entrevista concedida em 06/03/08)

Quanto às regras para desenvolvimento de confiança e segurança na relação Estado/OS, pode-se destacar que as entidades, ao assinarem contrato de gestão com o Estado, depositam nele uma expectativa de cumprimento de obrigações fundamentais como, por exemplo, o repasse regular de recursos conforme cronograma previamente pactuado no contrato de gestão. Ou seja, a relação de confiança e segurança ocorre porque essas entidades vêem o Estado como um parceiro idôneo, que cumpre com suas obrigações.

De fato, o contrato de gestão traz elementos e responsabilidades entre as partes interessadas (Governo do Estado e as entidades), cujas cláusulas geram segurança jurídica e confiança mútua. Entretanto, vale destacar a questão da impontualidade no repasse por parte do Estado, segundo trechos a seguir:

O Governo é um péssimo pagador, mesmo que tenha dinheiro ele atrasa por conta da burocracia.

(Álvaro Conde Lemos Filho, Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, entrevista realizada em 19/12/2007)

Um problema sério foi no ano passado. É impossível uma instituição assumir um hospital [de Alagoinhas] de 130 leitos por três meses. Não existe isso.

(Laura Ziller, Vice-Presidente Executiva do Monte Tabor, entrevista realizada em 01/02/2008)

Ora, mesmo as entidades sabendo que nem sempre é possível o Estado adimplir com suas obrigações financeiras de forma ágil, ainda assim, existe a relação de confiança e continuidade do compromisso por parte desses atores. Aliás, é importante destacar que a missão institucional dessas entidades é atender à população, e o Estado as auxilia a cumpri-la, conforme depoimento a seguir:

O resultado [financeiro] da OS não nos traz nenhum benefício. Se a Santa Casa tiver um resultado operacional, não transfere o saldo para a Santa Casa, fica para aquela Organização Social [Estado]. Só nos dá mais trabalho, nossa finalidade é essa, então a gente atende. Também não dão prejuízo, nem preocupação. Fazemos mais por um compromisso e missão [...]

(Álvaro Conde Lemos Filho, Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, entrevista realizada em 19/12/2007)

Por outro lado, de acordo com a atual gestão da SESAB, existiriam fragilidades ao modelo, como a segmentação de clientela com cobrança de serviços (BAHIA, 2007, p.57), trazendo uma certa “ressalva” à gestão por ente da esfera privada.

Assim, pode-se afirmar que o Programa de Organizações Sociais foi implementado por conta da existência de regras formais pactuadas e contexto político oportuno levando as entidades a pleitearem qualificação para posteriormente poderem gerir hospitais públicos.

4.1.3 Do contexto externo

Para o contexto externo são consideradas as variáveis que afetam diretamente as entidades (atores). Essas variáveis situam-se do ponto de vista da decisão desses atores. Deste modo, as variáveis elencadas foram: a) política de saúde; b) autonomia decisória (autonomia no

processo de gestão da unidade); c) autonomia no manejo dos recursos necessários à realização das ações e d) incentivos para a estruturação das OS.

Como explicitado no capítulo anterior, pode-se afirmar que a política de saúde estadual defendeu e incorporou as reformas gerencialistas propostas pelo governo federal e que mesmo na área da saúde essas reformas previam a restrição do Estado como prestador de serviços, voltando-se à função de regulador e provedor de serviços básicos à população, deixando para o mercado a responsabilidade dos serviços mais especializados de alta complexidade. Neste cenário, foi desenhado o modelo de Organizações Sociais que o Governo da Bahia, especialmente a partir do ano de 2005, adotou a política pública de implantação das Organizações Sociais, focando, em especial a área da saúde.

No que se refere ao conhecimento do modelo, as entidades de saúde entrevistadas afirmaram que já conheciam tanto a proposta do governo federal, quanto o modelo implementado na prática, conforme trecho a seguir:

Nós conhecemos o modelo OS a partir da experiência de S Paulo, tomamos conhecimento e fomos lá, em 2000, salvo engano. Visitamos na época foram uns 14 hospitais que o governo Mario Covas herdou e tinha hospitais inacabados [...]

(Paulo Bittencourt, Gestor Operacional das Obras Sociais Irmã Dulce, entrevista concedida em 23/01/2008)

Destaque-se também que, além de já conhecerem o modelo OS, houve entidade que auxiliou a alta cúpula do governo da Bahia a conhecer e implantar o modelo, de acordo com a fala a seguir:

Nós participamos daquele primeiro movimento de 1997. Isto porque a nossa Instituição sempre deu uma prioridade a esta relação público-privado, achando que este era um foco de melhoria mesmo na área de saúde. Em 97, fomos convidados a participar de todo esse movimento pelo próprio governo do Estado. Fomos a São Paulo para verificar como estava se desenvolvendo [...] trouxemos também por solicitação do Governador Paulo Souto na época, um amigo nosso, italiano, um Senador da República da Itália, e que ele participava em Bruxelas na época, exatamente de todo esse movimento que tinha também na Europa.

(Laura Ziller, Vice-Presidente Executiva do Monte Tabor, entrevista realizada em 01/02/2008)

Assim, pode-se observar claramente a forte ligação entre o gestor máximo do governo do Estado e a entidade, em torno da busca por maiores informações sobre o modelo OS, uma das estratégias para sua implementação.

No que se refere à autonomia decisória, ou seja, à autonomia e flexibilidade no processo de gestão da entidade, verificou-se tanto na legislação quanto nos contratos de gestão, que ela é bastante significativa no tocante à seleção e manutenção de recursos humanos, já que não realizam concurso público para preenchimento de vagas. Além disso, essa autonomia e flexibilidade estende-se à área de compras de medicamentos e material de consumo, possibilitando a realização de compras muito mais célere que na área pública, sem realização do processo licitatório, como ocorre via de regra, na administração pública, onde a maioria dos hospitais públicos não fogem a essa regra, ou seja, nesses itens as entidades atuam na OS exatamente como elas trabalham fora desse modelo.

Para ilustrar a questão da autonomia decisória, note-se o depoimento a seguir:

Podemos contratar e demitir a qualquer momento, nós podemos comprar com celeridade (os hospitais privados hoje compram de uma forma bastante ágil numa espécie de tomada de preço eletrônica em que se economiza bastante) e não tem aqueles prazos para recurso etc. [...] Nós podemos rapidamente tomar uma decisão quando um equipamento apresenta defeito [...] então esse dinamismo aliado à toda nossa experiência [...] facilita a nossa gestão.

(Antonio Brito, Superintendente da Fundação José Silveira, entrevista realizada em 15/01/2008)

Fica assim, uma realidade que não se pode deixar de observar: como transformar a administração pública mais ágil e eficiente se a regra da licitação é de controle e prazos

intermináveis? Esta situação é sempre recorrente para justificar a busca de novos modelos de gestão fora do Estado e da Administração Pública.

Outra variável importante se refere ao manejo dos recursos necessários à realização das ações. Observa-se que quem decide sobre as metas estabelecidas no contrato de gestão na área da saúde é a Coordenação de Avaliação da Secretaria da Saúde. Essas metas uma vez pactuadas devem ser cumpridas e só podem ser repactuadas, mediante apresentação de justificativa por parte de entidade e posterior autorização do Estado. Caso a entidade não siga o que estava previsto nas metas, isto é caso o Estado entenda que a despesa feita pela entidade não é aceitável, esta deixa de receber parte do repasse previsto na cota variável.

Embora esta pesquisa não tenha analisado a existência efetiva destes controles, é possível que em face das crônicas deficiências do setor público este controle não seja tão forte.

Um dos incentivos mais apontados pelas entidades para participar do modelo OS foi o fato dos hospitais serem novos ou terem sido completamente reformados. Nesse sentido, pode-se inferir que começar as atividades com um hospital “novinho em folha” facilitou a gestão do hospital, não tendo que arcar com despesas relativas à construção e/ou reforma das unidades hospitalares, tão dispendiosa e demorada para qualquer entidade.

De acordo com os entrevistados, fatores de incentivo para as entidades são a valorização bem como a divulgação do nome da instituição que eles dirigem, de acordo com o depoimento a seguir:

Aceitamos assumir o Hospital [do Oeste] em primeiro lugar por causa do grande desafio que tínhamos, o Hospital foi construído para ser de grande porte lá na região de Barreiras. É um hospital que atende os casos mais graves. No início foi difícil contratar profissionais médicos [anestesista, etc] hoje está tudo funcionando bem. Outra razão, é que, nós temos pouca ou quase nenhuma divulgação/investimento em

mídia (todas são doações) e Barreiras é uma área mais distante e podemos divulgar mais a nossa Instituição por lá. Ampliando, assim nossa abrangência física mesmo naquela região. Faz parte da missão da Instituição divulgar os valores que Irmã Dulce tanto defendeu. Outra razão que considero muito importante é que a gestão do Hospital, abriu uma oportunidade aos nossos funcionários, colaboradores e esse clima de oportunidade gerou uma série de promoções internas dentro da nossa instituição[...] Esse clima de perspectiva de crescimento pessoal ao funcionário e promoções internas dos funcionários, não somente da Instituição também é muito importante.

(Paulo Bittencourt, Gestor Operacional das Obras Sociais de Irmã Dulce, entrevistado em 23/01/2008)

Outro incentivo apontado por todas as entidades entrevistadas, diz respeito às “regras formais” existentes, em especial o próprio contrato de gestão (com previsão de parcelas fixas mensais, metas quantitativas e qualitativas, etc.), os quais permitem um planejamento e melhor gerenciamento na unidade hospitalar, conforme depoimento a seguir:

A remuneração pelos serviços prestados através da Tabela SUS não comportam todos os custos necessários para a realização dos procedimentos (valores defasados). Já no Contrato de Gestão são estipuladas metas qualitativas e quantitativas (editais de seleção) e o valor do contrato deverá contemplar os custos para a realização da quantidade estipulada de procedimentos. Observamos também maior agilidade para a resolução de alguns problemas enfrentados pela Gestão Pública, tais como: contratação de prestadores de serviços e materiais.

(Maria Rita Lopes Pontes, Superintendente das Obras Sociais Irmã Dulce, por email, em 27/01/2008)

Na visão dos representantes das entidades filantrópicas a legislação estadual avançou em 2003 por ter possibilitado às filantrópicas a participarem do Programa OS, conforme depoimento a seguir:

Antes a legislação foi criada para as entidades participarem [Fundação Paramirim e a PROMIR]. Como estava lá, só aquelas entidades poderiam participar e nós ficamos de fora. Depois, isso foi corrigido pela lei posterior em 2003 e aí sim as filantrópicas puderam participar, o que foi um grande avanço. [...] Então a OS na realidade é uma qualificação a uma entidade filantrópica, é mais um título que ela ganha, com o compromisso de gerir um hospital. Mas ainda têm pontos obscuros a sociedade/comunidade ainda não sabe das responsabilidades...acham que a responsabilidade maior é das OS e não é. Nós inclusive, somos fiscalizados pelo Ministério Público [Promotoria de Justiça Cíveis e Fundações]. Somos uma fundação, nossa natureza jurídica é privada, mas nossa finalidade é pública.

(Antonio Brito, Superintendente da Fundação José Silveira, entrevista realizada em 15/01/2008)

Chama a atenção o fato de que os conflitos intragoverno (SAEB *versus* SESAB) antes bloqueadores da implantação das OS foram bastante reduzidos diante das mudanças na legislação que contemplaram algumas reivindicações dos profissionais de saúde, a exemplo da opção de trabalhar na OS ou ser relotado para outro órgão público.

Nesse sentido, a alteração na legislação na questão do servidor público, por exemplo, tranqüilizou aqueles trabalhadores quanto à manutenção dos seus postos de trabalho, pois passou a permitir a relotação/disponibilidade ou, caso desejassem, havia a possibilidade de trabalhar na OS. Além disso, o cenário advindo com a mudança na legislação de modo que não restringia a participação das entidades filantrópicas tradicionais, a criação de Conselho de Gestão das Organizações Sociais na SAEB foi decisivo para que o contexto externo tornasse completamente favorável ao modelo OS.

4.1.4 Do contexto interno

Neste item discute-se o funcionamento dessas entidades, sua estrutura organizacional mínima que essas entidades possuem e as peculiaridades enfrentadas na implantação de algumas OS no Estado da Bahia. As variáveis desta categoria foram: a) estrutura organizacional mínima da entidade e b) processo de implantação do modelo OS.

Segundo o estatuto social e também a própria atual legislação sobre OS, as entidades possuem na sua estrutura básica o Conselho de Administração (ou Conselho Curador), o Conselho Fiscal e a Diretoria. Entretanto, o dirigente máximo de cada entidade (que faz parte do Conselho de Administração, mas não tem direito a voto) exerce grande influência no processo

relativo às parcerias com o Estado. O depoimento de um dos dirigentes das entidades revela esta situação:

Eu participava do Conselho de Gestão das Organizações Sociais, então por conta disso, soube que haveria processo licitatório para ver a quem o Estado passaria a gestão. O que eu fiz? Saí do CONGEOS e decidimos participar (apesar dos conflitos do conselho Curador que achava que era pouco dinheiro, e que não daria para trabalhar direito com o orçamento tão apertado). Mas eu aí argumentei que seria Apenas por 1 ano [esse foi o meu acerto] [...] Já estamos há três anos e o valor do repasse será majorado.

(Antonio Brito, Superintendente da Fundação José Silveira, entrevista realizada em 15/01/2008)

Outra importante questão é que as entidades, mesmo antes de pleitearem a qualificação como OS já tinham ciência da crise que passavam os hospitais públicos no Estado e perceberam que havia um “espaço vazio” a ser preenchido por elas. Ou seja, o próprio Estado, sem alternativas próprias e sem recursos humanos, e simpatizante do modelo OS naquele momento da gestão do então governador Paulo Souto, “convoca” ou “solicita” entidades privadas e/ou sem fins lucrativos, para assumirem a gestão de hospitais no interior do Estado, conforme depoimento abaixo:

[...] Nós entramos na verdade num momento um pouco particular, que o Governo do Estado tinha um Hospital Luiz Eduardo Magalhães na cidade de Porto Seguro, numa situação muito complicada...existia uma empresa terceirizada que administrava o Hospital...de repente, nunca soubemos a razão e nem entramos nesta questão, essa empresa foi retirada de imediato de dentro do Hospital e nós fomos solicitados, realmente solicitados em emergência absoluta, - nós nem conhecíamos o Hospital, não conhecíamos a Região nem nada- que nós pudéssemos entrar provisoriamente para não deixarmos um hospital com todos os funcionários dentro, pacientes dentro, e um hospital sem direção. Então entramos em emergência mesmo, absoluta. Nós continuamos com tudo (funcionários, etc). [...] Continuamos como estava praticamente, mas nós fizemos logo um plano de trabalho, modificando o esquema de trabalho que estava lá dentro. Não só para organizar como também para dar resultado, resultado no sentido técnico. Porque tinha tudo para dar resultado esse Hospital, mas não dava!

(Laura Ziller, Vice-Presidente Executiva do Monte Tabor, entrevista realizada em 01/02/2008)

Neste contexto, a entidade Monte Tabor assume, através de um contrato emergencial, a gestão do Hospital Luiz Eduardo Magalhães em Porto Seguro, para em seguida, se qualificar como OS conforme ilustra o depoimento abaixo:

Nós passamos por todos os percursos: entramos por um contrato de emergência, depois por um contrato de licitação e depois contrato de gestão como Organização Social. [...] Quando se entrou como Organização Social o contrato mudou. Mudou por quê? Porque como você deve conhecer contrato de gestão tem metas precisas, tem avaliação, tem uma série de regras claras no contrato. Coisas que não são tão claras assim, nem em contrato de emergência nem no contrato de licitação. [...] Nós entramos nessa experiência público-privado desta outra forma por Organização Social. Hoje nós temos Porto Seguro e Alagoinhas.

(Laura Ziller, Vice-Presidente Executiva do Monte Tabor, entrevista realizada em 01/02/2008, Monte Tabor)

A visão de que o Estado não é capaz de gerir suas unidades hospitalares em face da morosidade do modelo “burocrático” da Administração Pública, é, segundo representante da Santa Casa de Misericórdia, o que leva a ineficiência do serviço público nessa área:

O Estado não pode gerir um hospital com eficiência, e a questão não é por nada não, é que o hospital é uma coisa tão dinâmica, tão complexa. Hospital é de uma complexidade que eu não vejo em nenhuma outra organização, é muito difícil. Hospital envolve uma série de coisas de alta tecnologia, de recursos humanos muito bem preparados, de política precisa, a saúde é uma coisa fantástica, que demanda da uma renovação tecnológica maior do que qualquer outra indústria. O Estado gerir isso, com a morosidade que o Estado tem [...] a Organização Social acho que visou isso.

(Álvaro Conde Lemos Filho, Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, entrevista ocorrida no dia 19/12/2007)

Embora exista a previsão legal de avaliação das metas no contrato de gestão das OS, existindo inclusive a Coordenação de Gestão de Parceria na SESAB, é importante também destacar que esse sistema de avaliação de desempenho é composto por muitos critérios, parâmetros e indicadores que exigem uma equipe multidisciplinar maior e mais especializada para poder realizar maior controle desses contratos.

Do ponto de vista das entidades, e como comentado anteriormente, a antiga legislação estadual previa que as OS tivessem um conselho deliberativo composto obrigatoriamente, por membros do poder público e membros da sociedade civil, e que, no caso área de saúde, estes membros da sociedade civil deveriam ter homologação do Conselho Estadual de Saúde. Tal

exigência era incompatível com a realidade das filantrópicas tradicionais (devido a impedimentos legais e proibições nos seus estatutos) os quais as impossibilitavam de pleitear qualificação como OS.

Como consequência, somente as entidades sem fins lucrativos mais novas, que praticamente já nasceram com aquela conformação, (PROMIR, Fundação Paramirim, por exemplo) puderam participar. Posteriormente essas regras foram modificadas (no caso, a legislação das OS, não detalhou sobre a composição dos conselhos deliberativo, fiscal e executivo nas OS), e assim, as entidades filantrópicas tradicionais puderam pleitear a sua qualificação como Organização Social.

Por outro lado, existem custos (que aqui serão denominados dificuldades) para as entidades nessa parceria com o Estado. Nesse sentido, ainda no âmbito de cada entidade, as dificuldades comuns apontadas por aquelas que gerenciam os hospitais localizados no interior do Estado foram: a captação e contratação de profissionais médicos, enfermeiras e nutricionistas; logística dos serviços de apoio em decorrência da distância dos grandes centros (fornecedores de produtos e serviços). Cabe destacar que a Fundação José Silveira diariamente transporta uma equipe de profissionais de Salvador para o Hospital sob a sua gestão, localizado em Ribeira do Pombal, cuja distância da capital é de 285 Km.

Outra dificuldade apontada tanto pela Fundação José Silveira quanto pelo Monte Tabor, foi a questão de não assumir hospital novo, mas sim reformado, com servidores públicos trabalhando (ou pelo menos lotados⁴⁹), conforme a declaração a seguir:

Em Alagoinhas, o hospital tinha servidores públicos que tinham 30 anos naquele Hospital [...] aquele que ninguém faz nada a tempo porque não tem condições por

⁴⁹ Essa observação foi utilizada porque durante a reforma o Hospital ficou praticamente sem atividades.

isso por aquilo, mas no final do mês o salário deles está garantido e não se faz nada muito diferente de antes]. E nós entramos fazendo uma seleção desses funcionários públicos, muitos já tinham mais de 30 anos (tempo para se aposentar), então o Estado incentivou os que estavam próximos de sua aposentadoria. Inclusive porque tinham ex-funcionários públicos federais, servidores do Estado, do município... confusão inclusive de remuneração, de definição de cargos, uma coisa muito complicada. Nós levamos 2 meses só cuidando disso”. Foi feito um levantamento, caso por caso... porque eram mais de 300 servidores pagos pelo Estado [...]. Destes nós selecionamos mais ou menos 140, que iríamos fazer reciclagem para entrar no Hospital, uma boa parte que foi aposentada, e um número razoável de pessoas que não tinha nenhum interesse em continuar lá porque eles tinham outros interesses [...]Então isso foi uma primeira grande dificuldade porque é muito difícil uma integração total porque é uma forma de trabalhar diferente, pela visão de metas diferente. A Secretaria [da Saúde] deixou em aberto- e a atual também- devolve quando o servidor não se enquadra porque nós não queremos prejudicar ninguém. Hoje estamos com 90 e poucos servidores públicos.

(Laura Ziller, Vice-Presidente Executiva do Monte Tabor, entrevista realizada em 01/02/2008, Monte Tabor)

Essa convivência entre os servidores públicos com os empregados das entidades trabalhando em uma unidade hospitalar OS foi apontada como conflituosa, tensa, o que pode vir a explicar a ausência de servidores públicos trabalhando nas unidades hospitalares novas (isto é, inaugurando as atividades já geridas por OS). Cabe ressaltar que houve inclusive dirigente de entidade que afirmou que não aceitaria receber servidores públicos para trabalhar na OS.

A problemática dos recursos humanos foi, desde sempre, o grande foco de conflito, responsável inclusive pela forte resistência das entidades representantes dos profissionais de saúde ao modelo OS.

De fato, esta condição de flexibilidade e autonomia das OS colocaram um novo cenário para os servidores públicos, principalmente no que diz respeito ao quesito “estabilidade”. E, de outro modo, é também um fator de incentivo para as entidades optarem por este modelo, conforme depoimento abaixo:

Nós tivemos que fazer uma mudança radical, demitimos gente e profissionalizamos aquele hospital. Contratamos uma empresa de recrutamento e seleção que já atuava

conosco aqui em Salvador e contratamos gente [...] Hoje trabalham lá, com carteira assinada, 250 funcionários.

(Antonio Brito, Superintendente da Fundação José Silveira, entrevista realizada em 15/01/2008)

Ainda do ponto de vista das entidades, foram mencionados por elas outros “custos” nessa parceria com o Estado. Por exemplo, quando metas não são atingidas, elas apresentam justificativas, que caso não sejam aceitas efetua-se um desconto sobre o valor a ser repassado⁵⁰. Assim, as OS de saúde apresentam **mensalmente** (e não trimestralmente como ocorre com as demais áreas e que consta na lei da OS) relatório de atividades e, essas entidades para terem o recurso da parte variável liberado têm que enviar os relatórios de acompanhamento das metas de produção. A depender do alcance da meta pactuada, elas sofrem redução do recurso que compõe a chamada parte variável⁵¹.

Por outro lado, apesar desses custos mencionados por estas entidades, ou seja, apesar das dificuldades operacionais em unidades hospitalares geograficamente distantes, ou do rígido controle por parte do Estado, ou mesmo glosas por não atingimento de metas, todas estas entidades apontaram como principal “mola propulsora” - tanto por terem pleiteado qualificação, quanto por assumir a gestão do hospital público - o cumprimento da missão da sua instituição, a tradição e a reputação na sociedade que elas possuem. Todas elas afirmaram

⁵⁰ Analisando alguns relatórios das entidades encaminhados a SESAB, algumas **justificativas** apresentadas para o não alcance de metas **quantitativas** foram: redução da demanda proveniente da central de marcação municipal, falta de equipamento, ausência de demanda pelo serviço e oferta suficiente na região, e até a rede elétrica da região onde se localiza o hospital não comporta o funcionamento simultâneo do Eletrocardiograma e da Unidade de Terapia Intensiva. As justificativas para o não alcance das metas **qualitativas** (relacionadas à permanência média, taxa de ocupação de leito, de taxa de mortalidade, taxa de cesariana) foram: grande demanda reprimida pela falta de resolutividade anterior, falta de equipamento para exames para pleno atendimento, a unidade recebe gestantes que apresentam situação de risco e muitas vezes já vêm com indicação precisa de parto cesariano e pacientes já chegam no Hospital referenciados e em estado grave, doenças de base, etc).

⁵¹ O contrato de gestão (cláusula padrão) prevê que 90% do valor do contrato corresponde à parte fixa, distribuídas em 12 parcelas mensais e 10% restante do valor, correspondente à parte variável, será repassado trimestralmente juntamente com as parcelas fixas, em função da avaliação de indicadores da entidade e conforme sua valoração, de acordo com o que foi estabelecido no contrato. O contrato prevê ainda que a avaliação da parte variável poderá gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do alcance dos indicadores pela Unidade.

também que são parceiras históricas do Estado - sejam como filantrópicas, como OS, ou qualquer outra forma de atuação - e vêm contribuindo com o poder público e com o SUS.

Não se pode esquecer, porém, conforme lembra Ostrom (1990), que embora a afirmação acima seja relevante, neste cálculo custo/benefício que é feito, um ator (entidade) só interage como outro (governo estadual), em parceria, se ao fazer este cálculo, ele entender que é positivo (positivo do ponto de vista financeiro, e não-financeiro). Inegavelmente o SUS ainda carece do suporte destas instituições sem fins lucrativos, e estas, ao perceberem que havia uma oportunidade de ganharem ainda mais destaque na sociedade baiana aderiram ao modelo proposto, pois vislumbraram que teriam ali um poderoso e importante instrumento para divulgar ainda mais sua instituição.

Assim, podemos verificar que existiram dificuldades na implantação do modelo de hospitais que já existiam, causadas, sobretudo pelo “choque” entre a cultura dos servidores públicos e o modelo mais dinâmico e flexível da entidade privada.

4.2 PERSPECTIVAS SOBRE A GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO

Afinal, o que leva entidades a aderirem ao modelo OS? Segundo Keinert (2006), é a possibilidade de ampliar suas atividades, aliada ao momento propício da intervenção não-estatal na administração pública. No caso deste estudo, as entidades afirmaram que levaram em conta sua trajetória e experiência, a crença de que o modelo atenuaria a crise hospitalar, a segurança advinda das regras existentes (leis e contratos de gestão), bem como observaram influência exercida pelo Governo Federal sobre o Governo Paulo Souto, notadamente na gestão 2003-2006.

Ocorre que, desde a eleição do Presidente Lula, o tema Organizações Sociais não foi mais tratado, tanto que a legislação federal (que é de 1998) não sofreu qualquer atualização. Entretanto, em 2007, surge no âmbito do Ministério do Planejamento, o debate sobre uma novidade jurídica para a Administração Pública: as fundações estatais de direito privado.

Paulo Modesto afirma, em entrevista, que boa parte da confusão jurídica existente deriva do já “desfasado” Decreto-lei nº 200/67 e da ausência de um referencial para poder criticar ou avaliar projetos novos, criando-se um verdadeiro “casuímo organizacional”, pela falta de um quadro geral, um projeto de lei que tratasse *da organização administrativa da União e das entidades de cooperação*, a fim de minimizar tantas discussões na questão das entidades filantrópicas, fundações, etc. Nas palavras do entrevistado:

Na verdade, esse projeto [de lei] vai passar tanto na parte de autarquias, fundações, sociedades de economia mista, empresa pública, administração direta, como também entidade de cooperação, consolidando de certa forma, uma parte geral sobre o Terceiro Setor e sua relação com a administração pública [agências de fomento, a questão tipológica dessas entidades] trazendo tudo para uma norma só, onde as coisas fiquem claras e distintas, cada qual no seu canto, para não haver essa confusão eterna do que é público e o que é privado.

(Paulo Modesto, ex- Assessor Especial do MARE, entrevista realizada em 20/02/2008)

Naturalmente, o Governo da Bahia (gestão 2007-), alinhado ao Governo Federal, ambos do PT, vem realizando debates sobre a fundação estatal hospitalar⁵². A fundação estatal é um novo ente público, pertencente ao Estado, que integra a administração pública indireta, mas com personalidade jurídica de direito público. A Fundação Estatal possui maior autonomia jurídico-administrativa, pois é regida pelo Direito Privado. Esta condição permite que a Fundação Estatal realize diversas ações administrativas sem ter que submeter-se aos inúmeros

⁵² Segundo informações da SESAB, em 2007, foram realizados três Seminários para Apresentação da Proposta de Fundação Estatal Hospitalar conjuntos entre as Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia, do Rio de Janeiro e de Sergipe, um em cada capital. Além disso, o tema esteve presente no 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), nas 392 Conferências Municipais de Saúde na Bahia, nas 6 audiências públicas regionais no Estado; em uma reunião na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e em duas reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES).

trâmites burocráticos do Direito Público que, a despeito de serem necessários em alguns âmbitos da gestão do Estado, tornam-se deletérios para ações que necessitam de maior agilidade na prestação de serviços à população. Por ser parte integrante do Estado sua Diretoria Executiva é nomeada pelo Chefe do Poder Executivo (Governador). Como os demais órgãos da administração pública, a Fundação Estatal submete-se ao controle externo do Tribunal de Contas. Como toda Fundação, é regida por um Conselho Curador. Assim, enquanto no modelo OS o Poder Público contrata um grupo privado para fazer a administração dos serviços de saúde, a fundação estatal é instituída pelo Poder Público e sobre a gestão do Poder Público; a direção da OS é privada (negociada pelo poder público através de contrato de gestão) e a da fundação estatal é pública; a gestão e tomada de decisão da OS é feita pelo setor privado (entidade) prestando contas ao setor público mediante contrato de gestão; já na fundação estatal a gestão é pública estatal. Foge ao escopo deste trabalho abordar em profundidade este assunto.

Por outro lado, o atual Secretário Estadual de Saúde, não descarta a possibilidade de continuidade de parceria via contrato de gestão com as entidades filantrópicas, porém deixa claro que a fundação estatal pode vir a ser o modelo adotado.

Não negamos o Terceiro Setor como um espaço de interesse público fora do Estado, complementar ao Estado, mas em nenhuma hipótese substitutivo dele. [...] Existe hoje uma grande possibilidade de promover uma reforma da gestão pública, com sua modernização, sem que se tenha o olhar apenas voltado para o Terceiro Setor. [...] Entre os modelos que possibilitam modernizar o Estado estão as fundações estatais e o contrato de gestão [...]. A gestão da rede hospitalar não precisa ter um único modelo, podendo conviver com as diversas alternativas: em situações onde o parceiro do terceiro setor (filantrópico), demonstrar comprometimento com o projeto político, eficiência de gestão e adequado custo/benefício no contrato, esta opção pode prevalecer; nos casos em que tais requisitos não se apresentarem (como se deu no Hospital de Irecê que teve o contrato rescindido), a gestão pública deve ser retomada e realizada diretamente pelo Estado, através de cessão para administrações municipais ou em parcerias entre Estado e Município. [...] o emprego de fundações estatais pode vir a representar um salto de qualidade, permitindo maior autonomia, plano de cargos e salários mais adequados, e mantendo a transparência, a responsabilidade e o controle públicos.

(Jorge Solla, Secretário Estadual de Saúde em artigo SUS e a defesa da gestão pública, publicada no Jornal A Tarde, Salvador, p. 3-3, 05 fev 2007.)

Ao ser questionado sobre a avaliação que ele faz sobre o modelo OS, o Secretário da Saúde esclarece:

O modelo de OS não pode ser visto como um modelo que se permita solucionar todas as necessidades de saúde, não pode ser visto como um modelo hegemônico, agora eu acho que têm situações em que ele pode ser plenamente aplicado principalmente quando as instituições que se qualifiquem como Organizações Sociais sejam instituições que tenham uma tradição na prestação dos serviços de saúde, já sejam partícipes do SUS, já sejam instituições filantrópicas com atuação destacada [...] Então eu acho que em algumas situações peculiares, particulares, os resultados podem ser positivos, dependendo muito, de um lado, de quem é o parceiro, a OS - a trajetória, a experiência, o acúmulo que ela tenha - e de outro lado também, o processo de acompanhamento de contratação que seja feito pela gestão pública.

(Jorge Solla, Secretário da Saúde, em entrevista no dia 10/03/08)

Nesse sentido, observa-se na fala do Secretário, a importância dada a trajetória e a experiência do ator, uma das variáveis relevantes que, segundo Ostrom (1999), pode influenciar o processo de tomada de decisão.

De outra forma, o gestor estadual da saúde pondera que a legislação baiana das OS, aprovada em 2003, é “muito aberta” o que, segundo ele, facilita a adesão dessas entidades na participação do processo de qualificação e por outro lado não faz muitas exigências ao processo de qualificação de OS. Na opinião do Secretário, teria que ter um rigor maior para evitar qualificar instituições que não tenham experiência na gestão hospitalar.

Em outro artigo, o atual Secretário de Saúde reforça outras formas parceria com entidades filantrópicas, (por exemplo, o contrato de metas⁵³) apontando mais uma vez, para a

⁵³ Na entrevista, o Secretário da Saúde explica que a diferença para o contrato de gestão das OS para o contrato de metas é que no primeiro você estabelece com a OS para fazer a gestão de unidade pública e no segundo se realiza a prestação de serviços (as ações) no próprio hospital filantrópico da entidade: “Então são duas coisas diferentes: uma é a prestação de serviços através de unidade filantrópica, que é propriedade daquela instituição, a outra é um processo de terceirização da gestão de unidade pública”.

perspectiva de parceria com o terceiro setor, que não é somente via modelo Organização

Social:

Aguardem que outras novidades serão vistas em breve no SUS em nosso Estado, especialmente na rede hospitalar: reengenharia de alguns hospitais, que se tornarão referência em áreas especializadas, formação de contratos com hospitais filantrópicos [...]

(Jorge Solla, Secretário Estadual de Saúde em artigo Mudanças no Sistema de Saúde. Jornal A Tarde, Salvador, p. 3 - 3, 10 abr. 2007)

Assim, a alternativa da fundação estatal vem sendo defendida pelo atual governo estadual como uma solução estrutural para superar as dificuldades da administração direta⁵⁴. Ou seja, há uma nítida defesa do atual Governo do Estado para implantar a fundação estatal. Nas palavras do próprio Secretário Estadual de Saúde:

A gente pretende com a fundação estatal ter uma administração mais ágil, mais eficiente, mais efetiva e como isso, estabelecer plano de cargos e carreiras mais adequados, ter mecanismo de compra mais ágil de eficiência, ou seja, qualificar a gestão pública para que ela possa ter a mesma agilidade, porque, voltando ao debate da OS, qual uma das grandes vantagens que você tem? É a flexibilidade que você tem de resolver os impasses da contratação de recursos humanos.

(Jorge Solla, Secretário Estadual de Saúde, em entrevista realizada no dia 10/03/08)

No que se refere à atuação das OS, o Secretário destaca a atuação da Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) e da Santa Casa de Misericórdia, e sinaliza que a OSID poderá ter seu contrato de gestão aditado, englobando não só Hospital do Oeste como também o Hospital Estadual Santa Rita de Cássia (localizado no município homônimo)⁵⁵, onde o mesmo contrato passará a

⁵⁴ As principais vantagens do modelo seriam: a) a utilização do regime contábil adotado pelas empresas estatais; b) não-incidência das restrições administrativas referentes ao teto salarial do chefe do executivo; c) orçamento flexível, não vinculado ao orçamento público, a partir do estabelecimento do contrato de gestão; d) não incidência da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a contratação de pessoal; e) participação dos municípios na gestão da fundação estatal e permanente possibilidade de novas adesões via pacto de gestão entre entes públicos; f) financiamento de suas atividades mediante contrato de gestão com a SESAB e um programa de adesão e contratualização entre entes públicos com estabelecimento de custos (precificação), definição de objetivos e metas a serem alcançadas e responsabilidades a serem assumidas por cada contratante; g) Transparência social e gestão compartilhada entre os entes municipal e estadual com a participação de representantes dos usuários, trabalhadores e outros segmentos da sociedade civil; h) deve necessariamente contratar pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) mediante a realização de concurso público; i) possibilita uma melhor gestão de seu pessoal com maior agilidade e flexibilidade na adequação de estrutura de empregos e atualização de salários de acordo com os dissídios coletivos; j) maior liberdade na articulação de ações relacionadas à educação permanente e agilidade administrativa e de aquisições realizadas pela fundação estatal (BAHIA, 2007, p. 27-28).

⁵⁵ Até o final desta pesquisa (junho/08) ainda não houve o aditamento do contrato.

ter as duas unidades hospitalares. Assim, pode-se deduzir que, em certa medida, o modelo OS vem alcançando resultados positivos ao novo governo estadual, pelo menos na área de saúde, principalmente quando se trata de entidades com experiências e histórias de atuação respeitável em gestão de hospitais. Esta situação reforça a importância da categoria ator no processo de tomada de decisão para a gestão de serviço de natureza pública.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste estudo foi o de analisar as razões que levam entidades sem fins lucrativos da área de saúde a pleitearem sua qualificação como Organização Social e posteriormente assinarem contrato de gestão para administrar hospitais públicos estaduais.

O enfoque teórico que orientou a pesquisa foi a vertente da escolha racional representada principalmente por Ostrom (1990, 1999) que admite a possibilidade da escolha humana por motivos que superam razões egoístas. Seu ponto de partida é a constatação de que a “racionalidade completa”- entendido como o modelo do *Homo economicus* fornece apenas uma explicação parcial do comportamento verificado em situações de dilemas sociais (OSTROM, 1998).

Nesse contexto, os indivíduos são seres racionais que têm interesses, preferências e expectativas em relação às ações dos outros para atingir um bem comum. Essas ações, conforme explica Costa (2005), são pautadas por fatores do contexto externo, pelas preferências dos atores e pelas instituições (regras). Atores agem racionalmente, pois levam em conta as regras (formais) bem como fazem uma avaliação custo-benefício, de modo que os seus ganhos sejam maiores que suas perdas.

Tomando tal enfoque teórico, este estudo explorou o caso das entidades privadas e/ou sem fins lucrativos atuantes na área de saúde que decidiram pleitear a qualificação como Organização Social, fazendo essa opção a partir de uma política de saúde defensora do modelo OS, da verificação das regras formais e informais norteadoras do processo e das suas experiências em gestão hospitalar.

Os dados coletados confirmam que as instituições (regras formais) existentes no que se refere à qualificação de entidades como OS, impediam a participação das instituições filantrópicas tradicionais, o que, na primeira tentativa de implantação do modelo na Bahia, em 1998, foi decisivo para o insucesso do Programa. Após a mudança na legislação em 2003, essas entidades tradicionais, essas instituições aderiram ao modelo, pleiteando a sua qualificação como Organização Social.

O estudo levou em consideração quatro categorias analíticas que influenciaram essa decisão: os atores, as regras, o contexto externo e o contexto interno. A partir das entrevistas e leitura de documentos, pôde-se identificar os principais fatores que desencadearam na adesão das entidades ao modelo OS, a partir do ano de 2005.

As evidências trazidas pelo estudo confirmam que essa adesão das entidades não surgiu por conta de variáveis isoladas, mas por uma série de fatores que resultam em incentivos, apesar de ter também “custos” (dificuldades) nessa relação, mas que o cálculo racional aponta para o predomínio de benefícios ainda que de natureza mais simbólica e contextual.

Pôde-se verificar que, se por um lado as entidades optaram pelo modelo por conta das garantias advindas do contrato de gestão (repasso mensal, orçamento prévio, etc.), tendo suas atividades ampliadas por conta da gestão de unidade hospitalar pertencente ao Estado, bem como a maior divulgação do nome da instituição (o que gera maior prestígio na sociedade e dividendo para a entidade), por outro, enfrentaram dificuldades (custos) de atingir por exemplo, certas metas previstas no contrato, muitas vezes em função de fatores alheios a sua responsabilidade, levando a sofrerem descontos nos repasses.

Mesmo nesse cenário, as entidades decidiram aderir a essa parceria (e ainda permanecem no modelo) alegando a importância de continuarem contribuindo na prestação de serviços de saúde à população em geral, muito antes do surgimento do SUS (motivações não egoístas), e que, após terem sido contempladas nas regras formais para participarem do modelo Organização Social, utilizam toda sua experiência acumulada ao longo de muitos anos de atividade, agora na gestão de hospital público, gerando dividendos a partir desse *know how*. Tais dividendos poderiam ser tanto financeiro (potencializando subsídios e doações), como não-financeiro (como prestígio, reconhecimento social e missão institucional).

Analisando os resultados de acordo com as categorias escolhidas, percebeu-se que, de fato, os atores (entidades) que vem atuando e se mantendo como OS, são aqueles que possuem experiência em gestão hospitalar, desenvolvem outros programas e ações sociais. Estas entidades também reconhecem a importância do modelo, principalmente em função de sua flexibilidade, agilidade e autonomia, confirmando o pressuposto desta pesquisa.

Pode-se verificar que as regras (de informação, de recompensas e sanções e de confiança) foram fundamentais para o estabelecimento da relação contratual com o Estado, mesmo existindo pontos de discordância entre as entidades e o Estado no que se refere ao atingimento de algumas metas.

Observa-se que o contexto externo, ou seja, aspectos relacionados à política de saúde, autonomia decisória e de manejo de recursos, além dos incentivos como recebimento de hospitais novos ou (reformados), devidamente equipados, serviram de “mola propulsora” para a adesão ao modelo.

Observou-se ainda que no âmbito do contexto interno, a relação estreita dessas entidades com o Governo Estadual, bem como a experiência de algumas na gestão de hospitais antes mesmo do modelo OS contribuíram para a implantação dessa nova forma de parceria com o Estado.

A partir da mudança de gestão política do Estado, nas eleições de 2006, a área de saúde assume o desafio de adotar o modelo das fundações estatais embora reconheça a contribuição do modelo OS para o complexo problema da gestão de hospitais estaduais, prorrogando inclusive os contratos de gestão existentes.

A própria SESAB reconhece que alguns hospitais públicos chegam a gastar 70% a mais que hospitais de mesmo porte sob a gestão de entidades filantrópicas, o que demonstra que o Estado não somente apresenta deficiência na manutenção dos seus hospitais, quanto na captação de mais recursos (BAHIA, 2007).

Vale destacar que esta pesquisa aponta para a necessidade de estudos contínuos no que se refere à avaliação de desempenho dessas unidades hospitalares geridas por OS para analisar com mais profundidade a viabilidade do modelo, o qual não se constituiu em objeto desta pesquisa.

Diante disso, os debates sobre as alternativas para a gestão dos hospitais públicos promovidos pelo Governo do Estado, vêm servindo de estímulo para que outras contribuições acadêmicas surjam, trazendo mais elementos para subsidiar o tema da gestão hospitalar.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. **Contratualização e Organizações Sociais:** Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. In: Debates GV Saúde Volume 1 - 1o semestre de 2006. Disponível em: <http://www.saude.org/artigos/11.pdf> Acesso em: 20 jan. 2008.

_____. F. L. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente.** Cadernos ENAP, n. 10, 1997.

ALMEIDA, C.M. **As Reformas Sanitárias nos Anos 80:** crise ou transição? Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, mimeo, 1995.

_____. **Os modelos de reforma sanitária dos anos 80:** uma análise crítica. Saúde e Sociedade, v.5, n.1, p.3-57, 1996.

_____. **Reforma do Estado e reforma de sistema de saúde:** experiências internacionais e tendências de mudança. Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2), 1999.

ALMEIDA, C.M; TRAVASSOS C.; PORTO, S., FARIAS, TW de B. **A Reforma sanitária brasileira:em busca da equidade.** Relatório Final de Pesquisa. ENPS/OPAS, mimeo, 1998.

ANDREWS, C. W. **Implicações teóricas do Novo Institucionalismo:** Uma abordagem Habermasiana, Dados, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582005000200002 &lng = en&nrm=iso. Acesso em: 04 jun. 2007.

ARRETCHE, M. Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas Políticas Públicas. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** AMPOCS, n. 31, ano 11. Jun. 1996. p. 44-66.

_____. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** vol 14, n. 40. São Paulo, Jun. 1999.p.111-141.

BAGGULEY, P. **Post-fordism and Enterprise Culture.** Flexibility, autonomy and changes in economic organization. In: KEAT, R. & ABERCROMBIE, N. (eds) Enterprise Culture. Routledge: London, p.151-167, 1991.

BAHIA, **Manual de Orientação para Organizações Sociais.** Secretaria da Administração, Salvador, 1997.

_____. Secretaria de Administração. **O processo de modernização do Estado da Bahia:** os avanços de uma década 1991-2001. Salvador: Secretaria de Administração: Escola de Administração da UFBA, 2002.

_____. **Manual de Constituição de Organizações Sociais.** Secretaria da Administração, Salvador, 2005.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. **Cartilha Fundação Estatal Saúde da Família:** Proposta para Debate, 3ª versão, Salvador, 2007.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Planejamento (ASPLAN). **Relatório Anual de Gestão**, 1997.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial**, 1997.

BANDEIRA DE MELO, C. A. **Curso de Direito Administrativo**, 15ª ed. São Paulo: 2003.

BATES, R.H. et al. **Analytic narratives**. Unidet Kingdom: Princeton University Press, 1998.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**, São Paulo, Cebes/Hucitec, 1978.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Os avanços da reforma na administração pública: 1995-1998**. Brasília, Mare, 1998a.

_____. **A reforma do Estado no Brasil**. Brasília: Mare: 1998b.

_____. **Organizações Sociais**. Brasília. Mare:1998c.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A Reforma do Estado dos anos 90: a lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo, Ed. 34/Brasília, ENAP, 1998a.

_____. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, vol. 41, n.1, jan-mar, 1998b.

BUCHANAN, J. M. **Politics, Policies, and the Pigovian Margin**. In: J.M. Buchanan e R.Tolisson (orgs). *The Theories of Public Choice*. Ann Arbor, University of Michigan Press, p.169-182, 1972.

CASSONE, V. **Direito Tributário**. São Paulo: Atlas, 2003.

CARNEIRO JÚNIOR, N; ELIAS, P. E. **A reforma do estado no Brasil: as organizações sociais de saúde**. *Revista de Administração Pública*; 37(2):201-226, mar.-abr. 2003.

COHN, A. Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMANN, S & VIANNA, M.L.W. **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.

_____. **As organizações sociais e o Estado na saúde**. In: Associação paulista de Saúde Pública. *Organizações sociais: público e privado na saúde*. São Paulo, APSP, p 3-9,1999.

_____. **Por onde anda a reforma sanitária?** *Revista Teoria e Debate*, n.48, São Paulo, p. 10-14, 2001.

COLEMAN, J. **Foundations of Social Theory**. Cambridge: Tehe Bellknap Press of Harvard University Press, 1990.

COSTA, N.R.; MELO, M.A.C. **Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n.1, p.52-67, 1998.

COSTA, H. **Incentivos e Constrangimento à Cooperação em Arranjos Organizacionais de Combate à Violência em Salvador**. 230 fls, (Tese de Doutorado), Escola de Administração da UFBA, Salvador, 2005.

DINIZ, E. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. In: DINIZ, E. e AZEVEDO, S. (orgs). **Reforma do Estado e democracia no Brasil: dilemas e perspectivas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997, p. 19-53.

DI PIETRO, M.S.Z. **Direito Administrativo**. 13ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ELIAS, P.E.M. **Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista**. Saúde e Sociedade, v.2, n. 1, pp. 59-73, 1993.

_____. **Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde**. Lua Nova, n.40/41, p.193-215, 1997.

ELSTER, J. **Nuts & Bolts for the Social Sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

EVANS, P. Predatory, developmental and other aooaratuses: a comparative political economy perspective on the third world state. **Sociological Forum**, v. 4, n. 4, 1989.

FANELLI, J. M., FRENKEL R, ROZENWURCEL, G. **Crecimiento y reforma estructural em América Latina**, CEDES, Buenos Aires, 1992.

FEREJOHN, J.; PASQUINO, P. **A teoria da escolha racional na Ciência Política: Conceitos de racionalidade em teoria política**, Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 16 n. 45, fevereiro/2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v16n45/4328.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2007.

FERREIRA JÚNIOR, W. C. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio de organizações sociais de saúde**. Revista de Administração Pública; 37(2):243-264, mar.-abr. 2003.

FLEURY, S. Saúde e Democracia. IN: FLEURY, S.(Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora /ABRASCO, 1989.

_____. Reforming health care in Latin América: challenges and options: In: FLEURY, S; BELMARTINO, S; BARIS, E (Orgs). **Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico**.Ottawa: International Development Research Centre, p.3-24, 2000.

FIORI, J.L. Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In: MC Tavares & JL FIORI – **(Des) ajuste Global e Modernização Conservadora**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1993.

_____. **O Estado de Bem-Estar social: padrões e crises**. PHYSYS. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7 (2), 1997.

GAETANI, F. **La intrigante reforma administrativa brasileira.** Revista Del CLAD Reforma y Democracia, Caracas, n. 16, 2000.

GAY, P. **Enterprise Culture and Ideology of Excellence.** New formations, 13, p.45-61, 1991.

GERSCHMAN, S. **A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990.** Revista de Administração Pública, v.34, n.4, p.147-170, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

GUIMARÃES, M. C.L. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia- 1993-1998.** 416 f. Tese (Doutorado em Administração). Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

HALL, P. A. & TAYLOR, R. C. **As três versões do Neo-Institucionalismo,** In: Lua Nova, nº 58, 2003 (p. 193-224). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a10n58.pdf>. Acesso em: 03 set. 2007.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna.** 6a edição. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HEELAS, P. Reforming the self. Enterprise and the characters of Thatcherism. In: KEAT, R. & ABERCROMBIE, N. (eds) **Enterprise Culture.** Routledge: London, p.72-89, 1991.

HEREDIA, B & SCHNEIDER, B.R. **Reinventing Leviathan: the political economy of administrative reform.** University of Miami, Iberian Studies Institute, 2000.

HORTALE, V.A; DUPRAT, P. **O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil.** RAP, v.33, n.2, pp 7-22, 1999.

IGARASI, L. Y; LIMA, S. A. e VENTURA, E. C. F **Organização Social e Contrato de Gestão no contexto da Reforma do Estado Brasileiro,** Enanpad, Foz do Iguaçu, 1998.

INFANTE, A; MATA, I; LÓPEZ-ACUÑA, O. **Reforma de los sistemas de salud em América Latina y el Caribe: situación y endencia.** Rev. Panam. Salud Publica, v. 8, n ½, p.13-20, 2000.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. **La atención gerenciada en América Latina.** Transnacionalización Del sector salud em el contexto de la reforma. Cadernos de Saúde Pública, v.6, n.1. p. 95-105, 2000.

KAUFMAN, R. **Approaches to the Politics of State Reform,** Comparative Politics,1999, Disponível em: <http://fas-polisci.rutgers.edu/kaufman/RK%20Comparative%20Politics%201999.pdf> Acesso em: 12 dez. 2007.

KEINERT, T. M. M. et al. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde.** 1ª edição, São Paulo: Annalume, 2006.

KETTL, D. F. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: BRESSER PEREIRA, L.C & SPINK, P.(orgs) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

KISER, L; OSTROM, E. The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Syntesis of Institutional Approaches. In: OSTROM, E (edit.). **Strategies of Political Inquiry**. Beverly Hills: Sage Publications, 1982.

LANE, C. **Introduction:** theories and issues in the study of trust. In: LANE, C.; BACHMANN, R (ed.). **Trust within and between organizations:** conceptual issues and empirical applications, Oxford, Oxford University Press, 1998.

LEVI, M. **Uma Lógica da Mudança Institucional**. In Dados - Revista de Ciências Sociais.Vol. 34. n.1. Instituto de pesquisas Universitárias do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.1991

LEVI, M. A model, a method, and a map: rational choice in comparative and historical analysis. In: LICHBACH, M.I.; ZUCKERMAN, A.S. **Comparative politics, rationality, culture, and structure**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

MARTINS, H.F. **Rumo a uma nova gestão pública**. Reforma Gerencial, n. 1, pp 22-25, 1998.

MELO, Marcus André B. C. de. Ingovernabilidade: Desagregando o Argumento. In L. Valladares (org.). **Governabilidade e Pobreza**. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1995.

_____. Governança e Reforma do Estado: o paradigma agente X principal. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 47, v. 120, n.1, 1996.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E.E. Organizações Sociais. Para quê? In: Associação paulista de Saúde Pública. **Organizações sociais:** público e privado na saúde, 1998. São Paulo, APSP, p. 19-48, 1999.

MODESTO, P. **Reforma Administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil:** a dúvida dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. Jus Navigandi, Teresina, ano 3, n. 30, abr. 1999. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=473>. Acesso em: 19 dez. 2007.

_____. **A publicização e o tratamento da problemática dela decorrente**. In: Congresso o Modelo OS- Lições e Oportunidades de Melhoria.Brasília: SEGES/ENAP, 2001.

_____. **Reforma e Marco Legal do Terceiro Setor no Brasil**. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado, Salvador, nº 5, março/abril/maio 2006. Disponível em: <http://www.direitopublico.com.br>. Acesso em: 14 nov. 2007.

NEWELL, S. SWAN, J. **Trust and inter-organizational networking**. Human Relations, v. 53, n. 10, p. 1287-1328, 2000.

NORTH, D., **Institutions, Institutional Change and Economic Performance**. Cambridge University Press. 1990.

OLIVEIRA, W. F. de & JUNQUEIRA, L. A. P. de. **Questões Estratégicas na Reforma Sanitária**: o desenvolvimento do terceiro setor. Revista de Administração Pública; 37(2):227-241, mar.-abr. 2003.

OLSON, M. A **Teoria da ação coletiva: bens públicos e teoria dos grupos**. Portugal: Celta Editorial, 1998.

OSBORNE, D. & GAEBLER, T. **Reinventando o governo**. Brasília: MH Comunicação, 1994.

OSBORNE D. & PLASTRIK, P. **Banishing bureaucracy**: the five strategies for reinventing government: Reading Addison Wesley, 1997

OSTROM, E. **Governing the Commons**: the Evolution of Institutions for Collective Action. United Kingdom: Cambridge University Press, 1990. 280 p.

_____. Institutional rational choice. An assessment of the institutions analysis and development framework. In: SABATIER, P. A. (Edit.) Theories of the policy process. Colorado: Westview press, 1999, p. 35-72

_____. **A Behavioral Approach to The Rational Choice Theory of Collective Action**. American Political Science Review, vol 92, n.1.pp-1-22. 1998.

_____. **Institutional rational choice**: an assessment of the institucional analysis and development framework. In: SABATIER, P.A. (Edit). Theories of the policy process. Colorado: Westview Press, 1999, p.35-72.

PAIM, J. S. **O que é Reforma Sanitária**. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, 12 (2/4), p. 232-243, 1987.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária e Municipalização**. Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, v.1, n.2, 1992.

PENTEADO FILHO, P. de A. **Desafios e Oportunidades da Reforma do Estado no Brasil**: a questão das Organizações Sociais. Organização e Sociedade, Salvador, EAUFBA, v. 5, nº 11, janeiro/abril, 1998.

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental**: o Caso das Organizações Sociais da saúde na Bahia. 253 f.Tese (Doutorado em Administração). Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PIRES, R. **Orçamento participativo e planejamento municipal**: uma análise neoinstitucional a partir da prefeitura municipal de Belo Horizonte. Disponível em: http://www.eg.fjp.mg.gov.br/publicacoes/material/textos/p_01.pdf. Acesso em: 10 fev. 2008
QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª edição, Lisboa. Gradiva Publicações, 1998.

SADER, E. **Direitos e cidadania na era da “globalização”**. In: BÓGUS, L. e PAULINO, A. Y (orgs). Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais. São Paulo, Educ, 1997.

SALGADO, V. A.B. **Contratualização e modelos institucionais da administração pública**. XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7 - 10 Nov. 2006

SANTOS, B. S. **A reinvenção solidária e participativa do Estado**. Apresentado no Seminário Internacional Sociedade e Reforma do Estado organizado pelo MARE em São Paulo, 1998.

SANTOS, B. S. **Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado**. IN: BRESSER-PEREIRA, L. C. WILHEIM, J.; SOLA, L. (Eds.) **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: Editora Unesp/Brasília, Enap, p.243-271, 1999.

SIMIONATTO, I . **Reforma do Estado Abre Caminho para Mercado**. Revista Inscrita, Brasília, n. IV, p. 13-18, 1999.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**. 2ª edição, ver, Rio de Janeiro: FGV, 1971.

SOUZA, C. e CARVALHO, I. **Reforma do Estado, descentralização e desigualdades**, Lua Nova, 48, 1999.

TEIXEIRA, c. & PINTO, I.C.M. **Reforma do estado e Reforma Sanitária no Brasil**. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Anais, Salvador, 2000.

TELLES , V. **Direitos sociais e direitos dos trabalhadores: por uma ética da cidadania**.In: BÓGUS, L. e PAULINO, A. Y (orgs), op.cit, 1997.

THÉRET, B. **As Instituições entre as estruturas e as ações**. In: Lua Nova, n.º58. 2003.

VERGARA, S. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista I: Aplicado às entidades que hoje atuam como Organização Social na saúde

- 1) Quando e como o Sr. tomou conhecimento do Programa Estadual de Incentivo às OS voltada para a saúde?
- 2) Na sua opinião, por que esta instituição pleiteou a qualificação como OS? Como se deu esse processo com o governo estadual?
- 3) Na sua opinião, qual o principal diferencial do contrato de gestão para outras formas de parceria com o Estado?
- 4) Houve dificuldades para se conseguir o pleito de qualificação como OS? Quais?
- 5) Existem opositores ao modelo OS, o que o senhor diria a respeito? (em caso afirmativo, quais as razões apontadas?)
- 6) O modelo de OS foi implantado pela gestão anterior. No atual governo, o sr. considera que o modelo tem sido também aceito?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista II: Aplicado ao idealizador do modelo OS no Brasil

- 1) Como surgiu o modelo OS no Brasil? E na Bahia?
- 2) Na sua opinião, a titulação OS agrega o quê à entidade em relação à simples “entidade filantrópica”?
- 3) A lei federal das OS é de 1998, ela vai sofrer alguma reformulação?
- 4) Existe atualmente a proposta de fundação estatal. Na sua opinião, esse modelo pode vir a ser o sucessor das OS?
- 5) O que há atualmente na Bahia assemelha-se ao propósito inicial do Governo Federal?
- 6) O modelo OS traz algum benefício para entidade que gerencia hospital?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista III: Aplicado à informante da Secretaria de Administração do Estado da Bahia

- 1) Como ocorre o processo de publicização de uma atividade?
- 2) Na sua opinião, o que leva as entidades filantrópica a pleitearem qualificação como OS?
Como ocorre essa qualificação?
- 3) Há diferenças de atuação entre essas entidades enquanto OS?
- 4) Como ocorre o repasse de recursos para essas entidades?
- 5) Como ocorre o processo seletivo para uma entidade assumir a gestão de um Hospital?
- 6) Como funciona o repasse dos recursos financeiros no contrato de gestão na área de saúde?

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista IV: Aplicado ao Secretário de Saúde do Estado da Bahia

- 1) Que avaliação o senhor faz sobre o modelo OS na área de saúde?

- 2) Comente sobre a proposta da fundação estatal...

- 3) Qual a diferença entre o contrato de gestão e contrato de metas, ambos celebrados com entidades filantrópicas?

APÊNDICE E - Quadro-Síntese das categorias analíticas e variáveis

CATEGORIA ANALÍTICA	VARIÁVEIS
Atores	a) experiência em gestão de hospitais; b) trajetória (perfil) da organização c) valoração do empreendimento
Regras	a) regras de informação que definem o conjunto de informações a ser disponibilizado para os participantes. b) regras que estabelecem as recompensas e as sanções para as ações c) regras para o desenvolvimento de confiança e segurança na relação Estado/OS
Contexto externo	a) política de saúde; b) autonomia decisória (autonomia no processo de gestão); c) autonomia no manejo dos recursos necessários à realização das ações d) incentivos para a estruturação das OS.
Contexto interno	a) estrutura organizacional mínima das entidades para serem qualificadas como OS b) processo de implantação do modelo OS

APÊNDICE F – Lista de Documentos Consultados

Contrato de Gestão nº 005/05 – firmado entre o Estado da Bahia e a Fundação José Silveira
Contrato de Gestão nº 034/06 – firmado entre o Estado da Bahia e a Santa Casa de Misericórdia da Bahia
Contrato de Gestão nº 036/06 – firmado entre o Estado da Bahia e o Monte Tabor – Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária
Contrato de Gestão nº 037/06 – firmado entre o Estado da Bahia e a Associação Obras Sociais Irmã Dulce
Contrato de Gestão nº 045/06 – firmado entre o Estado da Bahia e o Monte Tabor – Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária
SUS e a defesa da gestão pública, publicada no Jornal A Tarde, Salvador, p. 3-3, 05 fev 2007.
Mudanças no Sistema de Saúde. Jornal A Tarde, Salvador , p. 3 - 3, 10 abr. 2007