

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Henrique Contreiras

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E A GESTÃO PRIVADA NA REDE MUNICIPAL DE
SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO

Rio de Janeiro

2011

Henrique Contreiras

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E A GESTÃO PRIVADA NA REDE MUNICIPAL DE
SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Dr. Gustavo Corrêa Matta.

Rio de Janeiro

2011

C764a

Contreiras, Henrique

Organizações Sociais e a gestão privada na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo. / Henrique Contreiras. - 2011.

129 f.; il.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

1. Organização Social. 2. Administração Pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Gestão em Saúde. I. Matta, Gustavo Corrêa. II. Título

CDD 303.484

Henrique Contreiras

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E A GESTÃO PRIVADA NA REDE MUNICIPAL DE
SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 18/11/2011

BANCA EXAMINADORA

Dr. Gustavo Corrêa Matta (FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

Dra. Mônica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

Dr. Ruben Araujo de Mattos (IMS / UERJ)

À memória do meu primo Ricardinho.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que me levava para conhecer as maternidades onde trabalhava; que comprava fascículos de Grandes Temas da Medicina; que me deu um globo terrestre.

Ao meu pai, que me contava histórias; que me deu Vito Grandam e Asterix; que, no leito do hospital, entusiasmou-se folheando meu Tratado de Saúde Coletiva, e que sorriu orgulhoso ao me ouvir dizer – sem desconfiar que era para consolá-lo – que havia decidido meu caminho.

À Poli (EPSJV), que me atraiu pelas ideias e pela resistência intelectual; cuja contribuição para a minha formação vai muito além do mestrado; e que sempre me inspirou uma vontade de retribuir, de fazer a minha parte.

Em especial, aos da Coordenação de Pós-graduação, que me apoiaram no cotidiano de estudante; aos da disciplina Políticas I, que me abriram horizontes; e aos da disciplina Seminários, que me inculcaram questões sobre o processo de pesquisa (que foram fazendo mais sentido na reta final) e que deram colo e mamadeira aos nossos projetos tão imaturinhos.

A Gustavo, por mais uma orientação e pelo carinho. A Rubem e Mônica, pela qualificação atenciosa. Aos professores da Especialização em Saúde Pública da Ensp, por me lançarem nesse redemoinho. A Lígia e Tatiana, pela banca estimulante na monografia. Ao Programa Médico de Família de Niterói, pelo meu mais feliz emprego e pelas inquietações que gerou em mim. A Madel e Martha, pelos tempos de bagrinho no IMS/Uerj.

À Abrasco, pelos congressos tão excitantes. À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pelas informações.

Aos amigos de turma na Ensp, que me permitiram redescobrir a alegria de ser estudante, e cujas trajetórias acompanho com orgulho.

A Vinicius, que foi meu companheiro neste e em outros caminhos prazerosos e pedregosos que me fizeram crescer muito.

Aos amigos de turma na Poli, que tornaram o processo divertido e acolhedor, e a quem eu desejo toda a sorte nesse futuro pós-mestrado!

Às minhas irmãs Ignes e Irene, que são a minha vida.

RESUMO

Este trabalho caracteriza e discute a transferência da gestão de estabelecimentos municipais de saúde da cidade de São Paulo para o setor privado. A metodologia baseou-se em levantamento bibliográfico, de legislação e de documentos públicos. Verificou-se que tal transferência inicialmente era operacionalizada por meio de convênio, instrumento que por definição não se aplica a este tipo de parceria. A lei de Organizações Sociais (O.S.), de 2006, pretendeu reformular as parcerias, conferindo-lhes legalidade e criando mecanismos específicos de controle. Desde então, observa-se crescimento importante da participação das O.S.; o mesmo se verifica, porém, com as parcerias por convênio, embora em menor ritmo. As 21 entidades atualmente parceiras – seja na posição de O.S., de conveniada ou em ambas - constituem um grupo heterogêneo, tanto em sua natureza quanto na finalidade original. Este grupo inclui cinco dos dez maiores grupos privados de serviços médicos do país. Em 2010, O.S. e entidades conveniadas controlavam 61% (25% e 36%, respectivamente) dos estabelecimentos municipais e receberam 34% (18% e 16%, respectivamente) do orçamento da saúde. Órgãos fiscalizadores da prefeitura evidenciam graves falhas de controle e transparência nas O.S. As entidades conveniadas apresentam controle e transparência ainda mais precários; no entanto, padecem de invisibilidade junto aos órgãos de controle e no debate público, o que contribui para a subestimação do problema. A partir da experiência paulistana, discutem-se: o caráter político vs. técnico da regulação do setor privado no SUS; o papel e os interesses do terceiro setor junto ao Estado; a reconfiguração do conceito de fomento à atividade privada como novo objeto central para o debate jurídico no tema; e as possíveis consequências sobre o direito a uma administração realmente pública e o direito à saúde.

Palavras-chave: Organizações Sociais. Administração Pública. Sistema Único de Saúde. São Paulo. Gestão em Saúde.

LISTA DE SIGLAS

ACSC	Associação Congregação de Santa Catarina
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ASF	Associação Saúde da Família
Bompar	Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
CAB	Coordenação de Atenção Básica, da SMS/SP
CAF	Comissão de Acompanhamento e Fiscalização
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
Ceinfo	Centro de Epidemiologia e Informação, da SMS/SP
Cejam	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
Cempre	Cadastro Nacional de Empresas
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fasfil	Fundações privadas e associações sem fins lucrativos
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
Fidi	Fundação Instituto de Pesquisa e Diagnóstico por Imagem
Iabas	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
NAP	Nova Administração Pública
NTCSS	Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde
ONG	Organização Não-governamental
O.S.	Organização Social
Oscip	Organização da sociedade civil de interesse público
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo

PNP	Programa Nacional de Publicização
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Seges	Secretaria de Gestão, do MPOG
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/SP	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SP	São Paulo
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas do Município
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Número de estabelecimentos de saúde, segundo tipos selecionados	53
Tabela 2 - Relação das entidades que atuam como O.S. e/ou O.S. símiles junto à SMS/SP	78
Tabela 3 - Classificação das entidades que atuam como O.S. e/ou símiles junto à SMS/SP segundo natureza do instituidor e finalidade	79
Tabela 4 - Entidades que atuam como O.S. ou O.S. símiles junto à SMS/SP. Características e número de unidades sob sua gestão	80
Gráfico 1 - Orçamento total da saúde da PMSP (em milhões de reais)	56
Gráfico 2 - Orçamento total da saúde da PMSP, por fonte (em milhões de reais)	56
Gráfico 3 - Participação da Saúde no orçamento total da PMSP (em milhões de reais).....	57
Gráfico 4 - Participação da Saúde no orçamento total da PMSP (em porcentagem)	57
Gráfico 5 - Despesas com saúde (vinculadas à Emenda Constitucional 29) em relação às receitas decorrentes de impostos (em milhões de reais).....	58
Gráfico 6 - Proporção das receitas decorrentes de impostos aplicada em despesas com saúde (vinculadas à Emenda Constitucional 29) (em porcentagem).....	58
Gráfico 7 - Participação das diferentes modalidades de gestão nos estabelecimentos da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, em porcentagem.....	64
Gráfico 8 - Participação das diferentes modalidades de gestão nos estabelecimentos da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, por setor da atenção, em porcentagem..	65
Gráfico 9 - Participação das diferentes modalidades de gestão nos estabelecimentos dos principais setores da atenção básica da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, em porcentagem.....	66
Gráfico 10 - Participação das O.S. e O.S. símiles no orçamento total da SMS de São Paulo (em milhões de reais).....	67
Gráfico 11 - Participação das O.S. e O.S. símiles no orçamento total da SMS de São Paulo (em porcentagem).....	67
Gráfico 12 - Participação das diferentes modalidades de contratação de pessoal na PMSP, em números absolutos.....	68
Gráfico 13 - Participação das diferentes modalidades de contratação de pessoal na PMSP, em números absolutos.....	68

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 METODOLOGIA.....	15
2 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E TERCEIRO SETOR	16
2.1 A REFORMA ADMINISTRATIVA DE 1995	16
2.1.1 O Estado antes da reforma: atribuições e administração pública	16
2.1.2 A reforma administrativa de 1995	18
2.1.3 O Estado após a reforma: atribuições e administração pública	22
2.2 O TERCEIRO SETOR E O ESTADO	24
2.2.1 O terceiro setor	24
2.2.2 As entidades paraestatais	29
2.3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E TERCEIRO SETOR NA SAÚDE.....	32
3 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (O.S.)	36
3.1 A CRIAÇÃO DAS O.S.: A LEI FEDERAL.....	36
3.2 O DEBATE SOBRE AS O.S.	38
3.2.1 A defesa	38
3.2.2 A crítica jurídica	39
3.2.2.1 <i>Administração pública e ilegalidade</i>	39
3.2.2.2 <i>O.S. e ilegalidade: a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923</i>	42
3.2.3 Outras críticas	46
3.3 A EXPANSÃO E A DIVERSIDADE LEGAL DAS O.S.	47
4 AS O.S. E AS ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	52
4.1 A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE: EXPANSÃO E REORIENTAÇÃO	52
4.2 HISTÓRIA DA GESTÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	59
4.3 PARCERIAS COM O.S. E ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES: CONCEITUAÇÃO.....	60
4.4 PARCERIAS COM O.S. E ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES: QUANTIFICAÇÃO	62
4.5 EVOLUÇÃO E ESPECIFICIDADES DAS LEIS DE O.S. NO ESTADO E NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	69
4.5.1 A lei estadual	69

4.5.2 A lei municipal	73
4.6 PERFIL DAS ENTIDADES QUE ATUAM COMO O.S. OU ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES.....	75
4.7 OS MECANISMOS DE CONTROLE DA PREFEITURA.....	84
4.7.1 Instâncias de controle de convênios e de contratos de gestão	84
4.7.2 Avaliação do controle sobre as O.S. e entidades conveniadas O.S. símiles.....	87
4.7.2.1 As auditorias do Tribunal de Contas do Município	87
4.7.2.2 A Subcomissão das O.S. na Câmara Municipal.....	89
4.7.2.3 A invisibilidade das entidades conveniadas O.S. símiles	91
5 DISCUSSÃO	94
5.1 A AUSÊNCIA DE REGULAÇÃO PELA PREFEITURA DE SÃO PAULO	94
5.2 AS TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE PAULISTANA, OS PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O DIREITO À SAÚDE.....	97
5.3 O TERCEIRO SETOR COMO UM CAMPO DE INTERESSES PRIVADOS.....	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS	108
ANEXO 1 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAIS DA CIDADE DE SÃO PAULO	119
ANEXO 2 - MAPA DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO (parte 1 de 2).....	120
ANEXO 3 - MAPA DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO (parte 2 de 2).....	121
ANEXO 4 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 1 e 2 - (parte 1 de 4)	122
ANEXO 5 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 3 e 4 - (parte 2 de 4)	123
ANEXO 6 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 5 e 6 - (parte 3 de 4)	124

ANEXO 7 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 7 e 8 - (parte 4 de 4)	125
ANEXO 8 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS <i>STRICTO SENSU</i> (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 1 e 2 - (parte 1 de 4)	126
ANEXO 9 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS <i>STRICTO SENSU</i> (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 3 e 4 - (parte 2 de 4)	127
ANEXO 10 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS <i>STRICTO SENSU</i> (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 5 e 6 - (parte 3 de 4)	128
ANEXO 11 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS <i>STRICTO SENSU</i> (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 7 e 8 - (parte 4 de 4)	129

APRESENTAÇÃO

O meu interesse inicial era estudar as O.S. do ponto de vista da gestão do trabalho. Porém, o projeto desviou-se para uma caracterização e discussão de aspectos mais gerais do modelo em São Paulo, do ponto de vista da administração pública. Contribuiu para isso o fato de que a pesquisa desses aspectos, que seria uma parte introdutória e necessária do trabalho inicial, se agigantou, por diversas razões. Primeiro, muitos dados importantes para entender o fenômeno em São Paulo ainda não estão publicados e acessíveis como dados secundários, até por ser um processo recente – a lei municipal é de 2006; Segundo, a intensidade com que o modelo de gestão se disseminou na cidade é tamanha que pareceu merecedora de caracterização mais cuidadosa. Terceiro, a própria dificuldade do tema, que está ainda em discussão; é fortemente politizado; exige aprofundamento em área exógena para mim, o direito; e envolve objeto espinhoso, posto que multifacetado e sobre o qual não há grande desenvolvimento teórico, o terceiro setor.

Por outro lado, a minha discussão sobre trabalho médico se enfraqueceu. A aproximação empírica com a realidade paulistana demonstrou estarem ainda incipientes sofisticados dispositivos de controle do trabalho médico que eu tinha como analisadores, como é o caso da gestão da clínica ou governança clínica, já bastante desenvolvidos em sistemas de saúde europeus que aplicaram a lógica privada de gestão¹. O que pode se dever tanto à incipiência quanto à “deficiência” do modelo – algumas das O.S. com as quais eu pretendia contato em busca de diretrizes e normas para o trabalho médico sequer tinham página na internet. A desprofissionalização, processo relacionado às mudanças da gestão do trabalho médico e tema recorrente nas sociedades médicas estadunidense e britânica, que também era uma de minhas apostas conceituais, revelou-se um conceito de ainda pouca ressonância no Brasil, talvez porque a perda do poder do médico ainda esteja em processo inicial². Além disso, a obtenção de dados junto a uma miríade de instituições que são, de fato, privadas e, portanto, não diretamente acessíveis, mostrou-se mais difícil do que seria a princípio.

¹ Portela (2008, p. 264) demonstra que mesmo no próprio setor privado de saúde no Brasil ainda são incipientes tais dispositivos de controle.

² O processo não foi sequer mencionado em importante fórum da área, o VI Congresso de Política Médica da Associação Médica Brasileira, em 3 de dezembro de 2010. A Lei do Ato Médico, no entanto, importante bandeira do movimento médico, demonstra que a questão existe, já que se trata de um instrumento de manutenção de um poder já anacrônico nos países do norte.

A dissertação se organiza em cinco capítulos. O capítulo 1 introduz a discussão e apresenta a metodologia. No capítulo 2, contextualizo o tema e apresento, defino e discuto conceitos básicos de administração pública e direito administrativo essenciais para essa discussão, tais como serviço público, fomento e terceiro setor.

O capítulo 3 é dedicado a apresentar o modelo das O.S., tal como previsto na legislação federal, e exprimir o debate em torno da temática, enfatizando a crítica jurídica e as considerações levantadas no julgamento da lei em curso no STF. Neste capítulo também discuto a disseminação do modelo pelo país e a sua diversificação, em virtude da grande variação entre as leis subnacionais de O.S.

O capítulo 4 é dedicado às especificidades do fenômeno na cidade de São Paulo. Defino os tipos de parcerias encontrados, apresento os resultados da pesquisa documental sobre a presença do modelo O.S. na rede municipal e no orçamento, discuto a evolução da lei municipal e da lei estadual, caracterizo as entidades parceiras e avalio o exercício da regulação pela prefeitura. O capítulo 5 trata da discussão dos dados apresentados e, por fim, estão as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

O tema da administração pública tem sido central na pauta do setor saúde, seja na academia, no governo ou nos movimentos sociais. É consenso que os graves problemas presentes na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) são obstáculos importantes – embora estejam longe de serem os únicos – à concretização do direito à saúde. Esse consenso, no entanto, encobre profundas divergências. A heterogeneidade de interesses, diagnósticos e propostas tem se materializado em projetos e políticas públicas contraditórios no âmbito da administração pública e saúde. Podemos dividir esses projetos e políticas em três correntes segundo seu posicionamento em relação ao arcabouço institucional administrativo vigente, fruto híbrido da intensificação burocrática trazida pela Constituição de 1988 e de incompletas medidas reformadoras dos anos 1990.

Em primeiro lugar, teríamos um grupo de políticas voltadas à qualificação ou ao fortalecimento da atual institucionalidade da administração pública, que buscam inovar respeitando os limites de sua regulamentação. Na saúde, é o caso de políticas de qualificação da gestão pública e do trabalho no setor, como o Pacto de Gestão³ e a criação da SGTES⁴.

Em segundo lugar, temos as propostas centradas na reformulação da atual institucionalidade administrativa pública. Nessa linha, está a proposta de criação de uma nova espécie de entidade da administração indireta, a fundação estatal de direito privado – assunto que interessa à administração pública como um todo, mas que se desenvolveu nos debates da saúde. Também se inclui neste conjunto o projeto de revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal (ver item 2.3).

Por último, temos o que interessa a essa pesquisa: as políticas nascidas na crítica à institucionalidade pública e que oferecem soluções à margem desta, por meio de inovações institucionais que permitam escapar ao regime administrativo público. São os ecos da reforma administrativa de 1995, que prega o recurso a um novo modelo institucional baseado no setor privado, as Organizações Sociais (O.S.) e a intensificação e a renovação de antigas formas de participação do setor privado na prestação de serviços de saúde. As O.S., desde muito precocemente, foram aplicadas preferencialmente para organizações de saúde.

³ Pacto de Gestão é um dos dispositivos do Pacto pela Saúde, implementado pelo Ministério da Saúde em 2005 e que consistem em “um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação” (BRASIL, 2005).

⁴ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, criada em 2003.

Estamos diante de um tema que é objeto de acirrada disputa política. Não é para menos – as discussões sobre a gestão da coisa pública se vinculam a diferentes concepções de Estado, sociedade e homem. A proposta das O.S., que privilegia o setor privado, entra em choque com posições mais publicistas. Entre os adversários das O.S., distintas posições também se confrontam. Além da busca de um modelo administrativo que substitua a consensualmente precária administração pública na saúde nos moldes atuais, movem a disputa os interesses de grupos específicos que, legitimamente, se defendem.

A despeito de o Supremo Tribunal Federal ainda não ter concluído o julgamento da constitucionalidade da lei federal das O.S. iniciado em 1999, o modelo se disseminou no país lentamente. Nos últimos anos, contudo, ganhou fôlego em alguns estados e cidades, o que faz com o que tema tenha passado novamente a chamar a atenção da sociedade.

A transferência da gestão do equipamento municipal de saúde da cidade de São Paulo, local onde o modelo mais se difundiu, é o objeto desta dissertação. O objetivo geral da pesquisa é identificar a magnitude e as especificidades do modelo na cidade. Pretendeu-se atingir essa finalidade por meio de quatro objetivos específicos: traçar a evolução das leis de O.S. municipal e estadual; mapear a presença das O.S. na rede de estabelecimentos e serviços de saúde municipais e a participação do modelo no orçamento da saúde; traçar o perfil das entidades parceiras; e estudar como vem se dando a ação regulatória da prefeitura sobre essas parcerias.

1.1 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que pode ser classificada como descritiva e analítica quanto aos seus objetivos. Quanto aos procedimentos utilizados para coleta de dados, é uma pesquisa bibliográfica e documental. Em relação à bibliografia, cabe dizer que a discussão do tema das O.S. na saúde é necessariamente interdisciplinar. Para a abordagem utilizada nessa pesquisa, foram necessários aportes de diversas áreas do conhecimento, notadamente a Saúde Coletiva, o Direito, a Administração Pública e a Ciência Política. Para a pesquisa documental, foram utilizados documentos públicos de fontes como as Secretarias Municipais de Saúde e de Planejamento, o Tribunal de Contas do Município e a Câmara Municipal. Os documentos que não são de acesso público, obtidos por solicitação, estão disponíveis como anexos.

2 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E TERCEIRO SETOR

2.1 A REFORMA ADMINISTRATIVA DE 1995

2.1.1 O Estado antes da reforma: atribuições e administração pública

A noção do que seja o Estado, de quais devam ser suas atribuições e como deve ser constituído seu aparelho evoluíram ao longo da história recente como resultado de fatores econômicos, sociais e políticos. O modelo de Estado predominante em fins do século XX nos países capitalistas ocidentais, ainda que de forma heterogênea, era o chamado Estado Social⁵, que se desenvolveu sobretudo após a Grande Depressão e se consolidou após a II Guerra Mundial como uma consequência da crise política, econômica e social relacionadas ao modelo anterior, o Estado Liberal, típico do século XIX e caracteristicamente pouco interventor (DI PIETRO, 2005, p. 26).

Nesse novo contexto, o Estado foi progressivamente assumindo o papel de promotor do bem social e organizador da economia, de forma a garantir o interesse da coletividade, que, estava claro, não seria assegurado somente através do exercício das liberdades individuais. Para cumprir esse papel, o Estado deveria intervir diretamente na sociedade civil, tanto no domínio econômico como no social, garantindo e estimulando a atividade econômica privada e assegurando os direitos sociais.

Dentre as diversas formas de intervenção do Estado sobre a sociedade civil, Di Pietro (2005, p. 27) destaca três: a prestação de serviços públicos, a intervenção direta no domínio econômico e o fomento à atividade privada, como se detalha a seguir.

Serviços públicos⁶ são aquelas atividades que, dentre as diversas atividades sociais e econômicas de uma sociedade, são consideradas essenciais à coletividade e que, portanto, se julga que necessitem de controle do Estado (DI PIETRO, 2005, p. 27). Podem ser considerados serviços públicos as atividades econômicas, comerciais ou industriais, como telefonia, transporte e fornecimento de energia elétrica, e as atividades sociais, entre elas a saúde, a educação e a previdência. O controle pelo Estado objetiva assegurar a prestação

⁵ Conceito semelhante aos de Estado Providência ou Estado do Bem-Estar Social. Os três termos se referem antes à intervenção social que à econômica.

⁶ Há controvérsias na definição da expressão “serviço público”, mesmo no campo do Direito Administrativo, mas, de forma geral, os autores concordam em que são definidos em lei; que são assim definidos para a proteção do interesse público; que podem ser executados diretamente pelo Estado ou delegados; que o Estado sempre detém alto nível de controle sobre esta prestação desses serviços, ao mantê-los, ainda que parcialmente, sob regime jurídico público (DI PIETRO, 2004, p. 95).

desses serviços de acordo com o interesse público segundo alguns critérios como continuidade, igualdade dos usuários, modicidade de tarifas – quando for o caso –, entre outros. (DI PIETRO, 2004, p. 101)

As outras atividades exercidas no âmbito da sociedade civil são consideradas, em contrapartida, como atividades privadas. Porém, o Estado também passou a exercer algumas delas, concorrendo no mercado, o que se denomina intervenção no domínio econômico. É o caso da produção industrial por empresas estatais.

Por fim, dentre as atividades privadas, algumas são consideradas pelo Estado como sendo do interesse coletivo e, portanto, merecedoras de incentivos de diferentes naturezas, mais comumente financeiros – trata-se do fomento à atividade privada. É o caso da isenção fiscal a entidades filantrópicas.

Ao longo do período republicano, o Estado brasileiro foi progressivamente incorporando funções. Serviços públicos comerciais e industriais, que de início eram delegados por concessão a empresas nacionais ou estrangeiras e que posteriormente foram sendo assumidos por empresas estatais; serviços públicos sociais, que se expandiram paulatinamente sobretudo a partir dos anos 1930, até que, em 1988, alguns foram universalizados, como é o caso da saúde e da educação básica; intervenção no domínio econômico, com a criação de empresas estatais para exercício de atividades privadas, processo que ganhou impulso na época da industrialização e da política de substituição de importações; e fomento, principalmente com entidades filantrópicas religiosas e com o sistema de educação profissional dos sindicatos patronais criado nos anos 1940, o Sistema S (ver item 2.2.2).

O progressivo aumento das atribuições do Estado exigiu a hipertrofia de seu aparelho administrativo, que foi reorganizado conforme o modelo da administração pública burocrática, criada em resposta à administração patrimonialista típica das monarquias absolutas com o objetivo de assegurar um controle estrito da utilização dos recursos públicos. Baseou-se na administração do exército prussiano e está presente nos países europeus desde o fim do século XIX. A organização burocrática se baseia na centralização das decisões, na hierarquia traduzida no princípio da unidade de comando, na estrutura piramidal do poder, nas rotinas rígidas, no controle passo a passo dos processos administrativos e em uma burocracia estatal formada por administradores profissionais especialmente recrutados e treinados, que respondem, em tese, de forma neutra aos políticos (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 6).

No Brasil, a administração burocrática clássica foi implementada em 1936, quando da primeira reforma administrativa do país. Em 1967, no entanto, levou-se a cabo uma nova

reforma administrativa que consolidou e racionalizou um processo de descentralização administrativa que já ocorria na prática (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 7). A descentralização administrativa ocorre quando o poder público cria por lei uma pessoa jurídica de direito público ou privado e atribui a essa pessoa a execução de um serviço público (DI PIETRO, 2005, p. 63). Ou seja, a pessoa jurídica pública, seja União, Estado ou Município, ao invés de executar um serviço por meio de seus órgãos, o delega a outro ente, pessoa ou entidade pública, que tem plena capacidade de auto-administração. O objetivo ao delegar certo grau de autonomia aos entes descentralizados é a eficiência.

No Brasil, a pessoa jurídica principal do Estado constitui a administração direta, e as entidades criadas por esta constituem a administração indireta. A administração indireta consolidada pela reforma de 1967 é composta por autarquias, fundações de direito público, empresas públicas e sociedades de economia mista⁷, entidades responsáveis tanto por provisão de serviços públicos quanto por intervenção no domínio econômico (DI PIETRO, 2005, p. 63). A Constituição de 1988 reformou a administração indireta, aproximando-a da administração burocrática clássica ao aplicar-lhe procedimentos administrativos mais rígidos antes restritos à administração direta, como o concurso público obrigatório e o Regime Jurídico Único para os servidores públicos.

2.1.2 A reforma administrativa de 1995

A reforma do Estado iniciada em 1995, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, deve ser compreendida em seu contexto internacional. A crise então vigente no Brasil, iniciada nos anos 1980, com profundo déficit público, alto índice de inflação e recessão, seria um reflexo da crise mundial dos Estados. A globalização, a saber, a integração mundial dos mercados e dos sistemas produtivos, não mais permitiria aos Estados ter como objetivo fundamental proteger suas economias, obrigando-os a se adequarem com o fim de se tornarem competitivos. As reformas seriam, portanto, imperiosas, uma resposta necessária tanto à crise dos Estados quanto à globalização, uma solução para o déficit público e para a competição internacional (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 3).

⁷ A rigor, as empresas públicas (de capital totalmente público) e as sociedades de economia mista (de capital público e privado, como a Petrobras) não representam descentralização administrativa, porque não exercem serviços públicos, mas atividade econômica privada, que não constitui uma função administrativa, como alerta Bandeira de Mello (1975, p. 10, apud DI PIETRO, 2005, p. 62). Porém, o termo Administração Indireta conforme é comumente utilizado engloba esses entes.

O diagnóstico da crise dos Estados e a prescrição das reformas foram dois dos principais pontos do movimento ideológico do neoliberalismo, que se disseminou na Europa e Estados Unidos nos anos 1970 e 1980 e que se concretizou no Brasil nos anos 1990, o que foi facilitado pela ascensão de sucessivos governos conservadores. Portanto, tratava-se não apenas de uma realidade econômica internacional, mas de um contexto político-ideológico.

Esquemáticamente, pode-se dizer que o Estado, segundo o neoliberalismo, deveria ser reformado em dois aspectos profundamente imbricados: nas suas atribuições ante a sociedade; e na administração da máquina pública. Em primeiro lugar, em relação às atribuições, o prescrito era que o Estado deveria basicamente recuar. Na economia, isso significaria abrir mão da atividade econômica direta – como pela privatização das empresas estatais – e da regulação sobre os mercados – através de abertura comercial, desregulamentação financeira. Nas políticas sociais, deveria haver uma redução dos bens sociais produzidos pelo Estado, com a abertura para o mercado para a sua produção, devendo a provisão estatal ser restrita àqueles que não pudessem obtê-los no mercado⁸ (MACHADO, 2006, p. 44).

Ganhou destaque a noção de Estado Subsidiário. A subsidiariedade é um princípio segundo o qual um nível superior de organização da sociedade só deve assumir funções que não puderem ser assumidas por um nível inferior. Isto, aplicado à relação entre Estado e sociedade civil, se desdobra na ideia da primazia da ação privada sobre a ação estatal: o Estado só deve assumir as atividades de que a iniciativa privada não for capaz, sob pena de prejudicar o seu desenvolvimento. Seria do interesse geral, ou público, que a iniciativa privada tivesse a oportunidade de alcançar o seu pleno potencial, cabendo ao Estado a tarefa de fiscalização, coordenação e fomento, quando necessário (DI PIETRO, 2005, p. 33).

O segundo aspecto trata de gestão, tema primordial das reformas. Para a administração pública, propunha-se o enxugamento dos quadros de servidores públicos e o fim do modelo de administração burocrática. A crítica à administração burocrática ressaltava sua

⁸ Para refinar a análise, convém explicitar um aspecto da heterogeneidade do neoliberalismo. Ao longo dos anos 1990, houve uma inflexão no neoliberalismo de uma forma radical para uma moderada, autodenominada Terceira Via ou, segundo seus críticos, neoliberalismo de Terceira Via. Os principais ícones da primeira forma foram Margareth Thatcher e Ronald Reagan; e os da segunda, Tony Blair e Bill Clinton. O neoliberalismo radical propunha um retorno ao “Estado liberal”, totalmente retirado da economia e das políticas sociais, considerando os bens sociais como responsabilidade do indivíduo que deveria obtê-los no mercado. Diante das consequências econômicas e sociais dessa proposta e da dificuldade para sua viabilização política, ganhou força o neoliberalismo de Terceira Via que propôs um “Estado social-liberal”. Este, no plano econômico, possuiria ainda alguma intervenção no sentido de garantir a competitividade da economia nacional. No plano social, manteria alguma responsabilidade sobre os bens sociais (BRESSER-PEREIRA, 1996, p.2) – dependendo do país, seja para garanti-los aos segmentos que não poderiam obtê-los no mercado, via políticas sociais focalizadas, seja atuando apenas no financiamento e regulação, deixando a execução a cargo do terceiro setor (GIDDENS, 2005), a ser fomentado, conforme o princípio da subsidiariedade (explicado no parágrafo seguinte).

incapacidade de prover serviços públicos efetivos e eficientes, além do excesso de poder conferido aos profissionais dentro das organizações, com conseqüente desempoderamento dos usuários (OSBORNE, MC LAUGHLIN, 2002, p. 9) e predomínio de interesses privados sobre o interesse público. O modelo burocrático, portanto, inevitavelmente contribuiria para o déficit público e proporcionaria pouca transparência e *accountability* (responsabilização pela prestação de contas).

A solução para o impasse burocrático seria o chamado modelo de administração gerencial, inspirada nos avanços da administração de empresas (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 12; HANSSON, 2000, p. 357), campo que, desde Taylor, havia se desenvolvido enormemente, adaptando-se às transformações por que passou a produção ao longo do século XX. Mudanças incrementais na administração pública, incorporando certos princípios do setor privado, vinham ocorrendo em vários países havia décadas. Esse processo se intensificou nos anos 1980 e 1990, especialmente no Reino Unido, Nova Zelândia e Austrália, quando surgiram modelos sistematizados e holísticos de gestão atravessando todos os aspectos da administração pública, que ficaram conhecidos no meio acadêmico e político como Nova Administração Pública (NAP)⁹ (OSBORNE, MC LAUGHLIN, 2002, p. 10).

Segundo Hood, no artigo que se tornou a principal referência no campo (1995, apud DAWSON, DARGIE, 2002, p. 38), a NAP seria constituída por sete doutrinas centrais: foco no gerenciamento empresarial, em oposição ao foco burocrático do administrador público; adoção de padrões e indicadores explícitos de desempenho; ênfase no controle de resultados; importância da desagregação e da descentralização dos serviços públicos; promoção de competição na provisão dos serviços públicos; ênfase na superioridade dos estilos privados de gestão; e promoção da disciplina e da parcimônia na alocação de recursos. Osborne e Mc Laughlin (2002, p. 10) acrescentaram uma oitava doutrina, a da separação entre a decisão política da gestão direta dos serviços públicos.

O modelo de administração pública gerencial se disseminou ao longo dos anos 1980 e 1990 por vários países desenvolvidos, com grande variação de grau e forma, segundo fatores como a orientação política do governo e desempenho econômico. Nos países periféricos, a incorporação dos novos princípios de administração pública, juntamente com as reformas na função do Estado, se deu também de forma bastante heterogênea, de acordo com os pactos políticos locais e a vulnerabilidade e ou concordância dos governos em relação às

⁹ NAP é um termo impreciso, mas internacionalmente reconhecido, e pode ser definido como um movimento, no sentido de um conjunto de ideologias ou crenças; como um objeto de estudo acadêmico; ou como um conjunto de práticas presentes nas reformas recentes do setor público (DAWSON, DARGIE, 2002, p. 34).

recomendações e exigências dos organismos internacionais, que incluíram as reformas em seu rol de condicionamentos para empréstimos (BALL, 2004, p. 1.115).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) (BRASIL, 1995b), documento aprovado no início do governo de Fernando Henrique Cardoso, foi a síntese do projeto governamental para o aparelho do Estado ao apresentar um diagnóstico da crise administrativa e propor uma linha de ação para a reestruturação estatal.

Os objetivos globais da reforma descritos nesse documento foram aumentar a capacidade administrativa do Estado para governar com eficiência e efetividade, descentralizar as ações regionais e locais para estados e municípios e limitar a ação do Estado às funções que lhe seriam próprias.

O PDRAE apresenta o Estado como sendo composto por quatro setores. O primeiro, o núcleo estratégico, é onde se definem as leis e as políticas públicas e se cobra seu cumprimento, e corresponde aos poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e ao alto escalão do Poder Executivo. O segundo, o setor de atividades exclusivas do Estado, é onde se prestam serviços em que é exercido o poder de Estado – de regulamentar, fiscalizar e fomentar. Como exemplos, temos a polícia, a cobrança de impostos e a vigilância sanitária. O terceiro seria o chamado setor de serviços não-exclusivos, ou competitivos, do Estado, em que este atua em conjunto com organizações não-estatais – é o caso da saúde, da educação e da pesquisa. E o quarto seria o de produção de bens e serviços para o mercado, que corresponde à atividade econômica voltada para o lucro desenvolvida por empresas.

Segundo o documento, para cada setor do Estado, de acordo com suas características, seria recomendada uma determinada forma de propriedade – estatal, pública não-estatal ou privada. E, conseqüentemente, seria adequado certo tipo de gestão – seja a administração pública burocrática, a gerencial ou um tipo misto.

O núcleo estratégico permaneceria regido conforme o modelo burocrático. O setor de atividades exclusivas do Estado permaneceria como propriedade estatal, mas sob um modelo de administração gerencial ou misto. O setor dos serviços não-exclusivos do Estado, onde se inclui a atividade de assistência em saúde, se recomendou a propriedade pública não-estatal, que corresponderia às “organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público”; ou seja, a execução destes serviços deveria ser transferida para o terceiro setor. Não se recomendaria nesse caso a propriedade estatal “porque aí não se exerce o poder de Estado”; e tampouco a propriedade privada, “porque se trata de um tipo de serviço por definição

subsidiado” (BRASIL, 1995b, p. 43). Por fim, o setor de produção de bens e serviços deveria ser desestatizado, ou seja, as empresas estatais deveriam ser vendidas ao setor privado.

2.1.3 O Estado após a reforma: atribuições e administração pública

A colocação em prática, ainda que parcial, do projeto do PDRAE resultou em uma redefinição das atribuições e do aparato do Estado brasileiro. Grande parte de suas antigas funções foram transferidas para a iniciativa privada, em um processo que pode ser chamado de privatização, no sentido que Di Pietro dá para o termo. Para a autora, privatização, em sentido amplo, corresponde a “todas as medidas adotadas com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado”¹⁰ (DI PIETRO, 2005, p. 23).

A forma como se deu essa substituição do público pelo privado variou conforme o tipo de ação estatal. Os serviços públicos foram, em boa parte, delegados à iniciativa privada por meio de parcerias. A intervenção estatal no domínio econômico foi drasticamente reduzida por meio da desregulação e da desestatização de empresas estatais.

Podemos acrescentar ainda, como exemplo do recuo da ação estatal, a valorização do fomento à atividade privada, com a instituição de novas formas de parceria com o terceiro setor, que passa a ter seu papel valorizado.

Do ponto de vista administrativo, a reforma do Estado trouxe várias mudanças, a começar pela incorporação, na Constituição, da eficiência como princípio da administração pública. O regime trabalhista do servidor público foi profundamente alterado, no sentido de enxugar as despesas com pessoal. A administração indireta sofreu importante remodelação: foi substancialmente reduzida com a desestatização das empresas estatais; introduziram-se novos procedimentos administrativos, baseados na administração gerencial, como a celebração de acordos, tais como contratos de gestão, entre distintos entes governamentais baseados em controle de resultados, ao invés de controle de procedimentos; e foram criadas novas autarquias denominadas agências reguladoras para a regulação dos serviços públicos delegados.

Com a delegação dos serviços públicos, se multiplicaram os acordos entre Estado e entidades privadas e se desenvolveram novas modalidades de acordos. As parcerias nos

¹⁰ Em sentido estrito, segundo a autora, privatização corresponderia a uma medida em especial dentre as medidas para redução do Estado: a desestatização, a venda de ações de empresas estatais para o setor privado – esse é o sentido mais popular para o termo. Privatização é um termo polissêmico e polêmico, podendo ter ainda outros sentidos como a sobreposição de interesses privados sobre o interesse público na gestão da coisa pública.

serviços públicos, do ponto de vista jurídico, são acordos que regulamentam a transferência da execução desses serviços para o ente privado, mantendo a titularidade¹¹ do serviço com o Estado, de forma a se permitir o controle estatal da prestação dos serviços (DI PIETRO, 2005, p. 65).

Dependendo da natureza do serviço a ser transferido, muda o tipo de parceria e a natureza jurídica da entidade parceira. No caso de serviços públicos comerciais ou industriais (domínio econômico), o Estado celebra concessões¹² ou permissões com empresas. É o caso das empresas privadas de telefonia ou de transporte. No domínio social, o Estado passou a poder celebrar contratos de gestão com entidades do terceiro setor – qualificadas como organizações sociais – para a execução de serviços públicos em áreas como a saúde¹³, o que representou uma inauguração da participação do terceiro setor na administração da coisa pública. A delegação de serviços públicos via parcerias representou uma redução adicional da máquina da administração indireta.

Houve ainda um estímulo, em todos os órgãos e entes da administração pública – seja no domínio econômico, social ou no interior do próprio aparato administrativo –, para a celebração de contratos de empreitada com empresas fornecedoras de serviços, para suprir atividades-meio como limpeza, manutenção e vigilância. Trata-se do instituto da terceirização¹⁴, que também estava em expansão, à época, no mundo empresarial (DI PIETRO, 2005, p. 228).

Por fim, o fomento, atividade que, por definição, sempre foi exercida fora do âmbito da administração pública, ganhou novo impulso com a crescente valorização do terceiro setor.

¹¹ Titularidade aqui corresponde a dever, a “senhoria” do serviço.

¹² As concessões mais comuns são as do tipo tradicional, em que a empresa concessionária é remunerada pelas tarifas cobradas aos usuários, como as empresas de fornecimento de luz, gás e de telefonia, e a concessão patrocinada – um dos tipos da chamada Parceria Público-Privada, ou PPP, denominação que parece genérica, mas que se refere a tipos específicos de parceria no âmbito econômico –, em que, além das tarifas, a empresa recebe fundos do Estado, como é o caso da linha 4 do metrô da cidade de São Paulo.

¹³ Na seção 3.2.2, discutiremos que os contratos de gestão com as organizações sociais são definidos como instrumentos de fomento, quando, na verdade, mais se aproximam da delegação de serviços públicos.

¹⁴ A terceirização também é um termo que gera confusão, mas tanto na administração pública como no campo da administração de empresas se refere à prática de contratação de empresas para prestação de serviços dentro das atividades-meio da entidade contratante. Diferente das atividades-fim, que são as atividades essenciais de uma entidade, a sua razão de existir (como qualquer atividade de assistência à saúde dentro de um serviço de saúde), as atividades-meio são aquelas que fornecem as condições para a prestação das atividades-fim. Não se deve confundir a terceirização com o fornecimento de mão-de-obra, que seria ilegal na administração pública, já que os trabalhadores da atividade-meio não teriam se submetido às regras de admissão dos servidores públicos, e ilegal também na empresa privada, já que seria forma de evasão dos encargos trabalhistas. Para diferenciar um caso de outro, recorrem-se a critérios como a ausência de subordinação direta (o contratante deve se reportar à empresa contratada, e não ao empregado) e a impessoalidade (não deve fazer nenhuma diferença para o contratante qual seja a pessoa trabalhando naquela função). De qualquer forma, muitas vezes a prática ilegal de fornecimento de mão-de-obra se transveste de terceirização (DI PIETRO, 2005, p. 229-235).

Do ponto de vista administrativo, criou-se uma nova modalidade de acordo, em substituição ao tradicional convênio, que continuou a existir. Trata-se do termo de parceria, mais afeito aos princípios da administração gerencial, a ser celebrado com entidades privadas sem fins lucrativos que agora deveriam se qualificar como organizações da sociedade civil de interesse público para ter acesso aos incentivos, como será explicado na seção 2.2.2.

É importante destacar que o movimento de reforma do Estado de 1995 não foi um processo com início, meio e fim. Algumas das diretrizes do PDRAE foram rápida e massivamente postas em prática, como a desestatização e a concessão de serviços públicos comerciais. Outras, como a delegação de serviços públicos sociais, avançaram discreta e irregularmente devido a fatores como instabilidade jurídica e forte oposição, ressurgindo tardiamente em algumas regiões, como demonstra a multiplicação das organizações sociais na cidade de São Paulo no fim dos anos 2000 e começo dos anos 2010, objeto desta dissertação.

A discussão sobre a necessidade de readaptação da administração pública continua ainda muito viva, posto que não foi resolvida. Pelo contrário, neste campo há uma forte pressão por mudanças que entra em choque com as normas constitucionais rígidas. Desde os anos 1990, há permanente conflito entre executivo e judiciário, visto que o primeiro – no afã de driblar a rigidez constitucional ou contraditoriamente encurralado por medidas derivadas da reforma de 1995, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)¹⁵ – recorre a artifícios não previstos em lei. O conflito está posto também entre legislativo e judiciário, quando o primeiro cria leis que colidem com a Constituição, como será discutido no item 3.2.2.1. Podemos dizer que esses conflitos e as tentativas de acomodação têm resultado em um processo contínuo e caótico de “reforma administrativa” já não tão bresseriana¹⁶.

2.2 O TERCEIRO SETOR E O ESTADO

2.2.1 O terceiro setor

O objeto dessa seção são as entidades privadas sem fins lucrativos com as quais o Estado estabelece parcerias, seja com fins de delegação de serviços públicos ou de fomento.

¹⁵ Lei de Responsabilidade Fiscal é o nome por que ficou conhecida a Lei Complementar 101, de 2000 (BRASIL, 2000), que estabelece normas de finanças públicas, entre elas o teto para despesas com pessoal.

¹⁶ Luiz Carlos Bresser Pereira foi um dos principais teóricos da reforma, além de Ministro da Administração e Reforma do Estado, principal órgão executivo da Reforma, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998).

Essas instituições não só experimentaram enorme multiplicação¹⁷, como foram adquirindo, com a ideologia reformista, um elevado status junto ao Estado como provedoras do bem público. Não é de hoje que se estabelecem essas parcerias, porém, depois da reforma administrativa de 1995, elas ganharam novo impulso, que se materializou em novas formas de parcerias e crescente relação com o Estado. Nesta seção, me detenho sobre as entidades e sobre os tipos de parceria. O tema é árido, e a primeira dificuldade é conceitual.

As expressões utilizadas para definir o conjunto dessas entidades são muitas: terceiro setor, “fundações privadas e associações sem fins lucrativos” (Fasfil), organizações não-governamentais (ONG), entidades paraestatais, entidades públicas não-estatais. Os termos são em geral imprecisos, ambíguos e até tendenciosos – no sentido de que podem conter um juízo de valor ou ideológico. Suas definições são antes negativas que positivas; ou seja, conceituam-se pela ausência de determinados atributos. Apresentam diferentes abrangências semânticas dependendo de quem os enuncia.

Para delimitar significados em meio a tamanho dissenso conceitual, foi necessário fazer escolhas como as fontes de onde busquei as definições e os termos que privilegiei ao longo desse trabalho, sempre correndo o risco de não conseguir escapar de possíveis lacunas ou ambiguidades classificatórias.

Para uma aproximação progressiva com os termos e definições, apresento cinco classificações baseadas em diferentes critérios: a) a natureza jurídica; b) um conjunto de critérios jurídico-administrativos; c) a natureza do instituidor e a finalidade; d) a “propriedade”; e e) a relação com o Estado.

O primeiro critério é a natureza jurídica. O relatório do Cadastro Nacional de Empresas (Cempre), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que, em 2009, existiam no país 4,8 milhões de organizações ou pessoas jurídicas. Destas, 88,1% eram empresas (entidades privadas com fins lucrativos), 0,4% eram órgãos da Administração Pública, e 10,2% eram entidades privadas sem fins lucrativos¹⁸ (BRASIL, 2011a, p. 25).

O último subconjunto, formado, em 2009, por 498 mil entidades, podemos chamar de terceiro setor (BRASIL, 2010c, p. 91). Esse é o termo mais abrangente, portanto, dentre os apresentados anteriormente. Define-se por um critério objetivo, a natureza jurídica. O termo terceiro setor contém a ideia de contraposição ao Estado, que seria o primeiro setor, e ao

¹⁷ De 1996 a 2009, o número de entidades sem fins lucrativos aumentou de 212 mil para 498 mil, o que representa um crescimento de 134% no período (BRASIL, 2007, p. 46; BRASIL, 2011a, p. 25).

¹⁸ Ainda há, no cadastro, 1,2% correspondentes a entidades de outra natureza jurídica, que correspondem a organizações internacionais e outras instituições extraterritoriais registradas como pessoas jurídicas (BRASIL, 2011a, p. 20).

mercado (as empresas), que seria o segundo setor. O terceiro setor compreende entidades totalmente diversas na natureza de seus instituidores ou nas suas finalidades institucionais. Essas entidades prestam serviços que podem ser de interesse particular ou público. Quando de interesse público, podem atuar se relacionando com o Estado, complementando sua atividade, ou de forma independente. Fazem parte do terceiro setor, por exemplo, partidos políticos, condomínios, hospitais filantrópicos, serviços sociais autônomos, escolas de samba, sindicatos e ONGs.

Não há consenso, contudo, sobre o termo terceiro setor. Frequentemente é utilizado como sendo constituído apenas pelas ONGs, ou somente pelas entidades com atividades de interesse público. O termo é bastante utilizado pelos teóricos da reforma do Estado (BRASIL, 2010c, p. 96; DI PIETRO, 2004, p. 413; GIDDENS, 1995, p. 91). De qualquer forma, podemos concluir que o terceiro setor engloba o conjunto das entidades de que pretendo tratar nessa seção, entidades sem fins lucrativos que estabelecem parcerias com o Estado.

O segundo critério que apresento é na realidade um conjunto de critérios jurídico-administrativos utilizados pelo IBGE e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (BRASIL, 2007) em pesquisas direcionadas à compreensão do fenômeno da expansão de entidades do terceiro setor e de sua crescente participação em políticas públicas – ou seja, o mesmo foco dessa seção. Foram propostos critérios para distinguir, dentro do terceiro setor, as entidades da sociedade civil com atividades de interesse público e com potencial de estabelecer parcerias com o Estado, que receberam a denominação de “fundações e associações sem fins lucrativos” (Fasfil). Para se enquadrar nesta classificação, as entidades devem ser:

- “(i) privadas, não integrantes, portanto, do aparelho de Estado;
- (ii) sem fins lucrativos, isto é, organizações que não distribuem eventuais excedentes entre os proprietários ou diretores e que não possuem como razão primeira de existência a geração de lucros – podendo até gerá-los, desde que aplicados nas atividades-fins;
- (iii) institucionalizadas, isto é, legalmente constituídas;
- (iv) auto-administradas ou capazes de gerenciar suas próprias atividades; e
- (v) voluntárias, na medida em que podem ser constituídas livremente por qualquer grupo de pessoas, isto é, a atividade de associação ou de fundação da entidade é livremente decidida pelos sócios ou fundadores.”¹⁹ (BRASIL, 2007, p. 13)

A pesquisa também se baseia em dados do Cempre, porém de 2005. Neste ano, havia 601 mil²⁰ entidades sem fins lucrativos no Brasil. Dessas, 338 mil eram Fasfil²¹. Foram

¹⁹ Com objetivo de construir estatísticas comparáveis internacionalmente, a pesquisa utilizou, para a definição de Fasfil, os critérios da metodologia *Handbook on Non-Profit Institutions in the System of National Accounts* (Manual sobre as Instituições sem Fins Lucrativos no Sistema de Contas Nacionais) elaborado pela Divisão de Estatísticas das Nações Unidas, em conjunto com a Universidade John Hopkins, em 2002 (BRASIL, 2007, p. 12).

excluídos também os serviços sociais autônomos, como as entidades do chamado Sistema S (ver item 2.2.2) pela razão de que esses não são constituídas voluntariamente, mas criados por lei. A exclusão do Sistema S, destinatário de volumosos repasses a título de fomento desde os tempos de Vargas, já impede que o termo Fasfil coincida totalmente com o conjunto de entidades que focamos nessa seção. O termo Fasfil também tem o problema de não ter se popularizado, não tendo sido adotado como padrão sequer pelo próprio governo ao lidar com o tema – como prova há o fato de o termo não constar na pesquisa citada logo a seguir.

O terceiro critério de classificação foi emprestado de uma pesquisa do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2010c, p. 91), também empenhado em esclarecer a imbricada relação entre terceiro setor e Estado. Essa classificação, menos objetiva que as anteriores, se baseia na finalidade da entidade e na natureza do instituidor. Temos, portanto:

- as entidades com função representativa (partidos, sindicatos patronais e de empregados e movimentos sociais, os grêmios e diretórios estudantis, as associações de moradores etc.);
- as entidades religiosas e seus braços filantrópicos;
- as entidades filantrópicas empresariais, como fundações e institutos;
- as sociedades esportivas e culturais (clubes, escolas de samba etc.);
- os serviços sociais autônomos;
- as organizações não-governamentais (ONG ou ONGs);
- entre muitas outras.

Desta classificação emerge o termo ONG, um dos mais imprecisos. As ONGs são frequentemente confundidas como sendo o próprio terceiro setor, quando são, na verdade, apenas um de seus segmentos, e dos mais complexos, visto que é muito heterogêneo. O termo se originou no contexto das ações de organismos internacionais para o desenvolvimento do chamado Terceiro Mundo no pós-guerra (BRASIL, 2010c, p. 96). No Brasil, foram a princípio denominadas ONGs entidades que se constituíram a partir dos anos 1970 e 1980, no contexto de redemocratização e emergência de movimentos sociais, com uma nova proposta de

²⁰ A diferença entre o número de 2005 (601 mil) e o de 2009 (498 mil), citado alguns parágrafos antes, se deve, segundo ao estudo, não somente a alterações reais no número, mas sobretudo a uma maior acurácia no levantamento dos dados – especialmente no que se refere a excluir entidades que já não estão mais em funcionamento.

²¹ Cabe destacar a enorme expansão deste segmento do terceiro setor: em 1996 eram 107 mil, o que significou um aumento de 215% até 2005 (BRASIL, 2007, p. 46).

organização popular, independente de partidos, e com diversificação de causas, como defesa do meio ambiente, dos direitos das minorias etc. (FONTES, 2006, p. 219).

Em um primeiro momento, as ONGs surgiram como entidades de assessoria aos movimentos populares. Em seguida, tornaram-se entidades de duplo caráter; político, com atuação junto ao Estado em relação a causas específicas e assessorando os movimentos sociais, e assistencial, promovendo atividades de assistência a grupos marginalizados com cuja causa se relacionavam. As ONGs ocupariam as lacunas de atuação de instituições representativas tradicionais e do Estado. A princípio, contavam com financiamento de fontes internacionais ou empresariais ou da igreja (FONTES, 2006, p. 219). Contudo, a partir dos anos 1990, cada vez mais se candidataram aos recursos públicos com a pretensão de geri-los de forma mais eficiente (FONTES, 2008, p. 203), estabelecendo o Estado com elas, portanto, uma relação de fomento.

Portanto, ainda que de definição imprecisa, o conceito de ONG tem importância prática, já que as ONGs são importantes atores no atual cenário das relações entre Estado e terceiro setor, vindo se somar, recentemente, a instituições tradicionalmente fomentadas como os braços filantrópicos das instituições religiosas e empresariais e o Sistema S.

O quarto critério de classificação é o que está presente no PDRAE. Distinguem-se as diferentes organizações a partir de uma noção de propriedade distinta da utilizada no Direito Civil. Como já foi citado no item 2.1.2, segundo os teóricos da reforma do Estado de 1995, além das duas formas tradicionais formas de propriedade, estatal e privada, existe no capitalismo contemporâneo uma terceira forma, intermediária. Trata-se da propriedade pública não-estatal (BRASIL, 1995b, p. 43), “constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público”. Contudo, o conceito de atendimento ao interesse público não abarca todas as entidades privadas sem fins lucrativos, o que torna esta definição imprecisa. Além disso, parece problemática a criação de nova classificação de propriedade, e há o fato de que este termo, embora se pretenda objetivo, está totalmente ligado à ideologia reformista.

O quinto e último critério de classificação é a relação da entidade com o Estado, a partir do que surge a expressão entidade paraestatal, outro objeto de discórdia. A etiologia carrega a ideia de algo que seja paralelo ao Estado, mas, mesmo textualmente presente em leis, na jurisprudência e na doutrina jurídica, há dissenso sobre que entes seriam incluídos. Di Pietro (2004, p. 412) menciona as definições de Miguel Reale, que assim denomina as autarquias, e de Hely Lopes Meirelles, que reserva o termo para os entes da administração

indireta de direito privado (p.ex., empresas públicas) e os serviços sociais autônomos (ver item 2.2.2). Embora o último sentido seja o mais popularizado, sendo inclusive o empregado no Código Penal, a autora faz sua opção pela definição de Bandeira de Mello (1968, apud PIETRO, 2005, p. 414), no que me junto a ela:

“Entidades paraestatais [abrangem] pessoas privadas que colaboram com o Estado desempenhando atividade não lucrativa às quais o Poder Público dispensa especial proteção, colocando a serviço delas manifestações de seu poder de império, como o tributário, por exemplo; não abrangem as entidades da Administração Indireta; trata-se de pessoas privadas que exercem função típica (embora não exclusiva) do Estado, como as de amparo aos hipossuficientes, de assistência social, de formação profissional.” (DI PIETRO, 2005, p. 414)

Dessa forma, a expressão tem seu sentido delimitado quanto à natureza jurídica, à finalidade, à atividade e à relação com o Estado. Utilizarei, portanto, nessa dissertação as expressões “terceiro setor” como termo mais abrangente, reunindo todas as pessoas jurídicas privadas sem fins lucrativos, e “entidades paraestatais” para o subconjunto formado por aquelas que, ao desempenhar atividade típica, mas não exclusiva do Estado, e consideradas de interesse público, se tornam elegíveis para parceria com o Estado, passando assim a se submeter de alguma forma ao controle público.

2.2.2 As entidades paraestatais

As entidades paraestatais que concernem a esse estudo são: a) as entidades declaradas como de utilidade pública; b) com certificado de entidades beneficentes de assistência social; c) as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip); e d) as organizações sociais (O.S.). Como esclarecerei ao longo desta seção, essas denominações se referem a distintos títulos outorgados pelo Estado a entidades do terceiro setor. O instrumento jurídico pelo qual se estabelece a parceria varia, como também será visto. Outras entidades paraestatais sobre as quais não me deterei nessa seção, mas que merecem menção, são as entidades de apoio²² e os serviços sociais autônomos²³.

²² “Por entidades de apoio podem-se entender as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, instituídas por servidores públicos, porém em nome próprio, sob a forma de fundação, associação ou cooperativa, para a prestação, em caráter privado, de serviços sociais não exclusivos do Estado, mantendo vínculo jurídico com entidades da administração direta ou indireta, em regra por meio de convênio” (DI PIETRO, 2004, p. 416). Em geral, são ligadas a universidades e são polêmicas, já que utilizam servidores públicos, na sede da entidade pública, com equipamentos públicos, constituindo uma questionável forma de escape ao direito público.

²³ Serviços sociais autônomos são entes “instituídos por lei, com personalidade de direito privado, para ministrar assistência ou ensino a certas categorias sociais ou grupos profissionais, sem fins lucrativos, sendo mantidos por dotações orçamentárias ou por contribuições parafiscais. São entes paraestatais, de cooperação com o Poder

Existe uma característica comum a quase todas as entidades paraestatais, que se pode supor da própria definição que elegemos para a expressão: o tipo de parceria que o Estado desenvolve com elas é de fomento. A exceção são as O.S., com as quais, na prática, o Estado tem uma relação de delegação de serviços públicos, ainda que, na lei, sejam receptoras de fomento – isto será mais bem estudado no capítulo 3.2.2.

O fomento é uma ação estatal de incentivo à atividade privada. Uma entidade privada é considerada merecedora de incentivo quando desempenha uma atividade considerada benéfica para a sociedade. O incentivo pode ser sob a forma de auxílios financeiros ou subvenções²⁴, financiamentos, favores fiscais ou desapropriações em favor das entidades (DI PIETRO, 2005, p. 249).

Como há o uso de dinheiro público, essas entidades passam a se submeter a algum tipo de controle público, de forma a garantir que a verba será utilizada na execução das atividades em questão. No entanto, o Estado não exerce, em geral, controle sobre a prestação em si do serviço – por exemplo, não assegura, como no caso dos serviços públicos, a continuidade da prestação ou a igualdade dos usuários. A atividade continua sendo privada.

O instrumento jurídico tradicionalmente utilizado para os ajustes de fomento é o convênio. O convênio difere do contrato, pois enquanto este regula interesses opostos de duas partes, aquele supõe dois partícipes com interesses, objetivos e competências comuns. Por exemplo, de um lado, o Estado oferece assistência em saúde; de outro, uma determinada instituição filantrópica religiosa deseja prestar assistência em saúde gratuitamente; ambos se conveniam, portanto, para prestar mútua colaboração no objetivo comum de prestar serviços de saúde à população, cabendo ao Estado, nessa relação, o fomento. Vale destacar que, ainda que o fomento se dê por auxílio financeiro, este não representa remuneração ou compra de serviços. O dinheiro deve ser usado de alguma forma na prestação, como já dito, o que deve ser provado ao Tribunal de Contas, mas não se vincula a determinada produção, como ocorre nos contratos. No convênio, não se estabelecem obrigações mútuas. Outra característica do convênio é que não se usa licitação para sua assinatura. Considera-se que, para efeitos de colaboração, isso não é cabível a competição (DI PIETRO, 2005, p. 247).

Público, com administração e patrimônio próprios, revestindo a forma de instituições particulares convencionais (fundações, sociedades civis ou associações) ou peculiares ao desempenho de suas incumbências estatutárias” (MEIRELLES, 1996, p. 338, apud DI PIETRO, 2004, p. 415). O mais importante exemplo é o chamado Sistema S, que abrange o Sesc, Senac, Sesi, Senai, entre outras instituições criadas por sindicatos patronais segundo determinação de lei, e que recebem contribuições descontadas da folha de salários das empresas do respectivo ramo.

²⁴ A diferença entre subvenção e auxílio financeiro é que a primeira é dirigida para despesas de custeio e a segunda para investimentos (REIS, 2008, p. 56; BRASIL, 1964).

Para que uma entidade do terceiro setor possa celebrar um convênio com o Estado, ela recebe um título ou qualificação. O título mais tradicional é a declaração de utilidade pública, instituto que vem da época do Estado Novo. Uma entidade pode pedir tal título na esfera federal, estadual ou municipal se obedecer a alguns requisitos como ter estado em funcionamento nos três anos anteriores e apresentar anualmente balancete e relatórios dos serviços prestados à coletividade (BRASIL, 1935; 1961). Obtendo o título em uma das esferas de governo, poderá celebrar convênios com a respectiva autoridade.

Outro título é o certificado de entidades beneficentes de assistência social, que em 2009 substituiu o antigo certificado de fins filantrópicos, e que tem, entre outras exigências, o funcionamento mínimo de um ano da entidade, a universalidade do atendimento e a disponibilização de 60% dos atendimentos para o SUS ou atividades substitutivas (no caso de entidade de saúde). A obtenção deste certificado, que é requerido junto ao Ministério da Saúde, da Educação ou do Desenvolvimento Social, segundo a atividade da entidade, garante uma forma específica de fomento, a isenção das contribuições previdenciárias patronais. Pode ser requerido por entidades de utilidade pública já conveniadas com o poder público (BRASIL, 2009; 2010a; 2010b).

Uma modalidade mais recente de titulação de entidades do terceiro setor, criada em 1999 – no contexto da reforma de 1995, mas não prevista no PDRAE –, é a qualificação de organização da sociedade civil de interesse público (Oscip), que conceitualmente não difere muito da declaração de utilidade pública, no sentido de que é um título conferido pelo Poder Público a uma entidade; título este que é requisito para a parceria com fins de fomento (BRASIL, 1999). No entanto, as exigências para qualificar como Oscip são mais detalhadas em relação a regras para a constituição da entidade, área de atuação, tipo de organização; o que varia conforme a lei, já que existem leis de Oscip em diferentes entes da federação. Outra diferença formal é que o instrumento jurídico para a parceria não é o convênio, mas o termo de parceria, que introduz um tipo de controle inspirado na administração gerencial, com o estabelecimento de metas e critérios objetivos para avaliação de desempenho. Trata-se, portanto, de uma espécie de modernização de antigo instituto, aplicado às mesmas entidades que antes já estabeleciam convênios com o Estado – ou seja, instituições privadas sem fins lucrativas, instituídas por particulares, atuantes na área de serviços não exclusivos do Estado (DI PIETRO, 2004, p. 422-424). Mantém-se a mesma relação de fomento, porém, teoricamente, com possibilidade de maior controle de resultados, o que seria uma resposta às críticas dirigidas ao fomento tradicional sobre a ausência de controle sobre o efetivo resultado do dinheiro público utilizado ou mesmo na escolha das entidades merecedoras de fomento.

Outra modalidade de qualificação recente são as O.S. – essas, sim, fruto direto da reforma, constam já no PDRAE como a principal estratégia para os “serviços não-exclusivos do Estado”. Como nos casos anteriores, podem receber o título entidades privadas sem fins lucrativos instituídas por particulares atuantes nos serviços citados na lei. Como para as Oscip, há algumas exigências acerca da constituição da entidade, área de atuação, funcionamento, o que também varia conforme as diferentes leis de O.S. O instrumento jurídico que regula a parceria é distinto, ou pelo menos de nome distinto; o contrato de gestão, também concebido, como o termo de parceria, dentro da racionalidade da administração gerencial, com ênfase no controle de resultados.

No entanto, diferentemente da lei das Oscip, que prevê o fomento a entidades pré-existentes em suas atividades privadas já exercidas, a lei federal das O.S. prevê a extinção de órgãos ou entes públicos e a absorção de suas atividades por novas entidades, podendo ser fundadas exclusivamente para isso. Na lei, está expresso que uma entidade federal de saúde pode ser extinta, sendo repassadas suas instalações e suas atividades para uma nova O.S. a ser criada, que deverá considerar no atendimento os princípios do SUS. Ou seja, no mínimo, estamos diante de uma situação em que uma atividade que era exercida como serviço público deixa de sê-lo e passa a ser prestada como atividade privada; ocorre a mudança da natureza da atividade. Não é o Estado considerando que dada atividade privada é de interesse público e que merece fomento; é o Estado desfazendo-se de serviço público, o que está muito mais próximo de uma delegação de serviço público do que de fomento de atividade privada, como será discutido na seção 3.2.2 (DI PIETRO, 2004, p. 420).

Esta finalidade é o que diferencia fundamentalmente as O.S. das Oscip. Se estas não representaram grande novidade na relação do Estado com o terceiro setor, apenas modernizando as parcerias da tradicional função de fomento, as O.S. inauguram uma nova posição do terceiro setor, uma nova função para uma entidade paraestatal, a de execução de serviços públicos sociais.

2.3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E TERCEIRO SETOR NA SAÚDE

As atividades na área da saúde, tais como definidas na Constituição, apresentam um caráter duplo. De um lado, constituem serviço público, ou seja, são consideradas atividades de interesse público que, ainda que exercidas indiretamente pelo Estado, estão sujeitas a controle

estatal²⁵. No entanto, está previsto que a saúde também pode apresentar o caráter de atividade privada, podendo ser exercida por particulares sem a necessidade de permissão ou concessão do poder público²⁶. Disso, pode se concluir que a saúde é um serviço público não-exclusivo do Estado, assim como a educação, previdência e assistência social²⁷.

Ao contrário do que ocorre, por exemplo, no setor de energia elétrica, em que o setor privado desempenha serviço público em regime de concessão, a participação do setor privado na saúde pode ocorrer como atividade privada, seja de empresas ou de entidades do terceiro setor. Uma e outras podem atuar autonomamente no âmbito da sociedade civil ou se associar ao Estado, que pode operar tanto como comprador de serviços, quanto como fomentador – o que caracteriza a “participação complementar” do setor privado no SUS²⁸. Quando em associação com o Estado, se diz que a entidade privada está exercendo atividade de relevância pública, ao invés de mera atividade privada.

A participação do setor privado nos serviços de saúde estatais é histórica. Mais precisamente, o sistema estatal de saúde brasileiro se constituiu através do setor privado. A recíproca também é verdadeira, pois o setor privado de saúde se constituiu através do Estado. Em 1934 – num contexto de industrialização, reorganização da produção, emergência dos direitos sociais e regulação estatal da relação entre capital e trabalho –, o Estado criou e passou a cofinanciar os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), reunindo antigas entidades empresariais de assistência previdenciária e médica a empregados²⁹ (DONNANGELO, 1975, p. 14). Cada IAP administrava redes privadas de assistência previdenciária e sanitária voltadas exclusivamente aos funcionários das empresas de cada um dos segmentos mais dinâmicos da economia – por exemplo, os ferroviários. Em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado para unificar os IAP e estender os

²⁵ Consta na Constituição: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

²⁶ Consta na Constituição: “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.”

²⁷ Já os serviços públicos exclusivos do Estado são telecomunicações, energia elétrica, transportes, navegação aérea, entre outros.

²⁸ Consta na Constituição: Art. 199. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

²⁹ As antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), dos anos 1920, organizadas por grandes empresas individualmente para oferecer serviços previdenciários e médicos a seus empregados.

serviços a categorias profissionais antes excluídas, como autônomos e empregados domésticos (BAPTISTA, 2005, p. 22).

O crescimento da população beneficiada forçou um aumento da rede assistencial, o que foi feito via compra de serviços do setor privado de saúde. Foi nessa época que a então modesta rede hospitalar privada no Brasil encontrou oportunidade de crescimento, dada a garantia de compra de serviços, o que já era insustentável de ser oferecido pelo Estado para o cidadão comum, além de todos os incentivos, como linhas de créditos a fundo perdido. A rede própria estatal era pequena, com somente 22 hospitais em 1966, e sem planos de expansão, o que acarretou, no ano seguinte, na participação de 2300 dos 2600 hospitais privados na venda de serviços ao INPS (DONNANGELO, 1975, p. 37). Esse quadro foi crescendo ano a ano e culminou em um credenciamento indiscriminado da rede privada pelo Estado .

A partir dos anos 1980, a crise financeira e as denúncias de fraude e da irracionalidade do setor de saúde privado contribuíram para uma reorientação nas políticas de saúde. Procurou-se, então, recuar no estímulo ao setor privado lucrativo e expandir a rede pública, além de privilegiar a rede de hospitais filantrópicos em detrimento das lucrativas opções privadas (BAHIA, 2008, p. 144). A Constituição de 1988 influenciou decisivamente a reconfiguração do balanço público-privado pois, ao mesmo tempo em que criava o SUS, manteve a participação privada na saúde estatal e, mais importante, reafirmou a liberdade da iniciativa privada no setor saúde.

Essas transformações se traduzem em números. O aumento do quantidade de estabelecimentos que realizam internação (como hospitais) em 20 anos, entre 1976 e 2005, foi de 184% entre os públicos e de 0,1% entre os privados. Analisando as verbas públicas para estabelecimentos de saúde, nota-se que, em período semelhante, entre 1981 e 2007, a participação do setor privado lucrativo caiu de 61% para 18%, enquanto que a da rede pública³⁰ subiu de 26% para 47% e a de entidades filantrópicas subiu de 4% para 32%. A relação com o setor filantrópico se destava através de um rearranjo de forma a se estabelecer com base em contratos de compra de serviços, além da relação usual de fomento via convênio. O que não quer dizer que o fomento tenha diminuído; pelo contrário, sucessivas medidas foram editadas para o setor filantrópico com essa finalidade ao longo dos anos 1990 e 2000, como linhas de crédito e recursos, além de facilitações para a inclusão de hospitais nessa categoria (BAHIA, 2008, p. 130-149).

³⁰ Não estão computados os hospitais universitários nesse dado.

Com relação à rede própria pública, sua notável expansão, aliada à transferência da gestão do nível federal para os municípios ocorrida nos anos 1990, representou um desafio do ponto de vista da administração pública. Note-se que o panorama administrativo geral já não era favorável. A Constituição de 1988 havia enrijecido a administração pública e a Lei da Responsabilidade Fiscal, de 2000 – eco da reforma administrativa de 1995 –, ao limitar o gasto público com pessoal, complicou ainda mais a gestão pública na saúde, área tradicionalmente intensiva em mão-de-obra. A consequência de tudo isso foi que no setor de saúde, como em outras áreas, proliferaram soluções *ad hoc* tomadas pelo poder executivo que banalizou em todo o país uma situação administrativa caótica e frequentemente ilegal, como será tratado na seção 3.2.2.1 (DI PIETRO, 2005, p. 294). Caminhou-se, assim, na direção de uma “desgovernança” consensual do SUS, que, entre outros aspectos, levou a uma intensa precarização do trabalho no setor.

Diante disso, não só o tema da administração pública se tornou central para os debates na área da saúde, como o próprio tema saúde se tornou central para os debates do setor de administração pública. Dentre as tentativas de resposta para a problemática, três podem ser destacadas. Em primeiro lugar, o fortalecimento da capacidade de gestão na administração direta e indireta na melhoria da relação entre órgãos e entes, e destes com empresas e terceiro setor – é o caso de iniciativas como o Pacto de Gestão, o ProgeSUS³¹, a criação de órgão específico para a gestão do trabalho no Ministério da Saúde³² e os programas para qualificação e desprecarização do trabalho, como o HumanizaSUS³³ e o DesprecarizaSUS³⁴. Em segundo lugar, o escape ao regime jurídico público, com a transferência para o setor privado da execução dos serviços de saúde – o exemplo mais importante são as O.S. que, cabe destacar, encontraram na saúde seu terreno mais fértil e talvez estejam contribuindo mais para intensificar do que resolver o imbróglie administrativo, como será discutido nessa dissertação. Por último, se encontra o remodelamento da administração pública – incluem-se aí a reivindicação de revisão da LRF para a saúde e a proposta, nascida no setor de saúde, de criação de uma nova espécie de ente da administração indireta, a fundação estatal de direito privado, que incorpora, de alguma maneira, a discussão da eficiência da administração gerencial, mas mantém as instituições sob regime publicista.

³¹ Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS, de 2006.

³² A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), criada em 2003.

³³ Política Nacional de Humanização, criada em 2003.

³⁴ Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, elaborado a partir dos trabalhos do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, criado em 2003 e ligado à SGTES.

3 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (O.S.)

3.1 A CRIAÇÃO DAS O.S.: A LEI FEDERAL

As organizações sociais (O.S.) foram uma das principais estratégias do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), documento em que foram apresentadas como o desenho institucional considerado apropriado para a transferência, para o terceiro setor, as atividades do chamado “setor de serviços não-exclusivos do Estado”, tais como saúde, educação, pesquisa científica, entre outros.

A colocação em prática dos objetivos do PDRAE exigiu substanciais alterações na legislação, das quais a mais importante foi a Emenda Constitucional n. 19, de 1998, conhecida como Emenda da Reforma Administrativa (BRASIL, 1998d). A nova redação da Constituição flexibilizou o regime dos servidores públicos, alterou seus mecanismos de remuneração e introduziu o modelo da administração gerencial ao incorporar a eficiência como um dos princípios da administração pública³⁵ e inserir dispositivos gerenciais como o contrato de gestão entre órgãos e entes da administração.

Contudo, antes mesmo da emenda, foi editada pelo Executivo a Medida Provisória n. 1.591³⁶ (BRASIL, 1997a), em 1997, que implementou o modelo institucional da O.S. No ano seguinte, a medida provisória foi transformada na Lei n. 9.637.

A Lei n. 9.637 (BRASIL, 1998b) criou as O.S. no âmbito do governo federal e lançou o chamado Programa Nacional de Publicização (PNP), que previa a progressiva absorção, por O.S., de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União que atuassem nas seguintes áreas: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

O.S. é uma qualificação conferida pelo poder público a pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Portanto, a primeira exigência para o título de O.S. é uma determinada natureza jurídica. Podem se candidatar somente organizações do terceiro setor. Note-se, portanto, que, ainda que representem uma inovação institucional na administração dos serviços públicos, as O.S. não constituem uma nova figura jurídica. Vale ressaltar que as O.S. não fazem parte da administração pública, nem sequer da indireta, uma vez que são instituições privadas alheias à estrutura governamental (MELLO, 2002, apud SCHIMITT, 2006). Uma entidade pode pleitear por sua própria iniciativa a qualificação junto ao poder

³⁵Os outros princípios expressos na Constituição são legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade.

³⁶ Posteriormente transformada na Medida Provisória n. 1.648 (BRASIL, 1998a).

público, para o que deve ter como área de atuação uma daquelas definidas em lei e acima citadas, além do dever de atender a uma série de exigências quanto a composição e funcionamento, aspectos que serão detalhados mais adiante. Os responsáveis pela qualificação no governo federal são o ministro ou titular do órgão supervisor da área de atuação da entidade e o Ministro do Planejamento. Cabe ressaltar que a qualificação da entidade privada como organização social é ato administrativo discricionário³⁷ do Poder Público, que deve se manifestar em relação à conveniência e à oportunidade da medida, ou seja, deve justificar sua escolha (SCHIMITT, 2006).

A qualificação como O.S. permite que a entidade privada estabeleça um vínculo jurídico com o poder público através de um tipo específico de ajuste chamado contrato de gestão (DI PIETRO, 2002). Ter sido qualificada como O.S., porém, não garante à entidade que ela vá ser contratada. A contratação, tal como a qualificação, dispensa licitação³⁸.

A Lei n. 9.637 impõe algumas exigências em relação à estrutura e ao funcionamento das entidades que pleiteiam ser qualificadas como O.S. É requerido um conselho de administração, que deve ser o órgão de deliberação superior e mais da metade de sua composição deve ser formada por representantes do poder público e da comunidade. Entre as funções do conselho estão aprovar o contrato de gestão e os regulamentos internos relativos a compras e contratações, eleger a diretoria e fixar sua remuneração, fiscalizar cumprimentos das metas e aprovar demonstrativos contábeis.

O contrato de gestão é o instrumento que regula a parceria entre o poder público e a O.S., definindo atribuições, responsabilidades e obrigações de ambas as partes. É elaborado em comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a O.S. O tipo de controle que o contrato de gestão impõe é o controle finalístico, ou sobre os resultados, típico da administração pública gerencial. No contrato são estipuladas as metas, os prazos e os indicadores de qualidade e produtividade que serão utilizados para a avaliação do desempenho da O.S.

Segundo a lei, a participação do poder público será a de fomento, que pode se dar por diferentes vias. As O.S. podem ser beneficiárias de recursos orçamentários e bens públicos

³⁷ “Atos discricionários seriam aqueles nos quais a lei confere ao agente público a possibilidade de escolher a solução que melhor satisfaça o interesse público em questão, ao contrário dos atos vinculados, onde, diante de uma determinada situação fática ou jurídica, o autoridade administrativa, sem qualquer margem de liberdade, e sem poder fazer qualquer juízo de conveniência ou oportunidade, encontra-se obrigada a expedir determinado ato, no momento, na forma e com o conteúdo previsto em lei” (PESSOA, 1999).

³⁸ A dispensa de licitação para a contratação de O.S. exigiu também alteração legal: a Lei n. 9.648, de 1998, alterou, neste ponto, a lei de licitações e contratos (Lei n. 8.666, de 1993) (BRASIL, 1993; 1998c).

(em regime de permissão de uso), com dispensa de licitação, além de poderem receber servidores, que são cedidos às custas do tesouro público (DI PIETRO, 2002).

A fiscalização da observância do contrato de gestão é responsabilidade do poder público. Para tanto, a O.S. deve apresentar prestação de contas e relatório com apresentação dos resultados *vis-à-vis* as metas pactuadas. O poder público indica uma comissão de avaliação composta por especialistas e essa comissão encaminha um relatório da avaliação à autoridade. Qualquer irregularidade deve ser encaminhada ao Tribunal de Contas da União, ao Ministério Público ou à Advocacia-Geral da União. Além das penas cabíveis aos responsáveis pela O.S., a entidade pode ser desqualificada (perder a qualificação). Nesse caso, todo o patrimônio da O.S. retorna ao Estado, que pode repassá-lo a outra O.S.

A Lei n. 9.637, além de criar a qualificação de O.S. e regulamentar seu funcionamento, criou as duas primeiras O.S. da administração pública federal. Foram extintos, com essa lei, dois entes públicos, a Fundação Roquette Pinto e o Laboratório Nacional de Luz Síncroton, e criadas O.S. que assumiram as atividades, funcionários e bens dos entes extintos.

3.2 O DEBATE SOBRE AS O.S.

3.2.1 A defesa

A defesa das O.S. é centrada no argumento da superioridade funcional da administração gerencial, que se traduziria, sobretudo, em ganhos de eficiência na produção de bens e serviços. Um dos principais fatores dessa eficiência seria a flexibilidade administrativa, muito maior do que a encontrada na administração burocrática. Os empregados podem ser contratados e demitidos com facilidade, de acordo com sua competência ou conforme as necessidades da O.S. A remuneração é livre, definida segundo os padrões do mercado, e as despesas com pessoal não são contadas nos limites definidos em lei para os gastos dos governos com o funcionalismo. A gestão dos recursos materiais também é totalmente flexível já que a execução do orçamento é livre, e as compras não são realizadas pelo processo tradicional de licitação, mas seguindo um regulamento de compras criado pela própria O.S. Dessa forma, o gestor tem mais liberdade para adquirir bens com rapidez através de escolhas baseadas em qualidade e não somente preço. A ausência das amarras da administração burocrática permitiria um ganho de tempo e dinheiro, viabilizando um maior ganho de produtividade com menor custo. A qualidade dos bens produzidos estaria sempre sendo

avaliada, o que seria característico da administração gerencial com seus mecanismos de controle finalísticos, em vez de processualísticos, como ocorre na administração direta (BRASIL, 1997b).

Embora a defesa das O.S. privilegie os aspectos técnicos, os teóricos da reforma estatal, alinhados à teoria da Nova Administração Pública, também recorrem a argumentos políticos. Nesse sentido, as O.S. seriam uma solução para o corporativismo das burocracias públicas, que seriam propensas a atuar em interesse próprio, colocando em risco o interesse público. A produção de bens pelas O.S. seria realizada com total transparência, de forma a garantir a prestação de contas junto aos cidadãos e a garantia do interesse público.

De um ponto de vista mais amplo, defende-se que as O.S. contribuiriam para o estreitamento das relações entre Estado e sociedade, ao tornar mais fácil e direto o controle social e a participação popular, não somente por causa da transparência, mas também pela abertura à participação, em seus conselhos, à sociedade civil (BRASIL, 1997b). A criação das O.S., enquanto parte de uma tendência de crescente incorporação das entidades do terceiro setor na prestação de serviços de relevância pública, levaria a uma aliança estratégica entre Estado e sociedade que permitiria a atenuação dos déficits operacionais dos governos, a maximização dos resultados da ação social, ao desenvolvimento do aspecto associativo e da mobilização dos cidadãos em direção a uma substituição dos governos (FREITAS, 1999, p. 7; BRASIL, 1997b, p. 9). A assunção de serviços públicos pela sociedade organizada em entidades sem fins lucrativos levaria a uma redistribuição do poder político e social (BRESSER-PEREIRA, 1999, p. 44).

3.2.2 A crítica jurídica

3.2.2.1 *Administração pública e ilegalidade*

As O.S., desde sua criação, foram objeto de severas críticas sob diversos pontos de vista, dentre os quais se destaca o jurídico. A crítica jurídica tem sua maior expressão na ação direta de inconstitucionalidade que a lei federal das O.S. enfrenta no Supremo Tribunal Federal desde 1999. Temos, portanto, um dispositivo vigendo há mais de uma década apesar de ter sua constitucionalidade questionada, o que é só mais um exemplo do atual descompasso entre direito e administração pública. Trata-se de uma situação mais ampla de crise jurídico-administrativa, de origem multifatorial, cujo detalhamento nos ajudará a contextualizar a problemática jurídica das O.S.

Um fator que é apontado como causa da crise da administração pública é a intensificação do modelo burocrático de administração pela Constituição de 1988, que tornou mais rígidos os controles em relação a servidores, contratos, licitações, limitações financeiras e orçamentárias. Por exemplo, a administração indireta, cuja razão de ser residia em sua autonomia e flexibilidade, foi nivelada, em termos de rigidez dos controles, à do tipo direta. A legislação infraconstitucional posterior também colaborou para o endurecimento, como é o caso da lei de contratos e licitações (Lei n. 8.666/93) (BRASIL, 1993), que, por exemplo, padronizou os procedimentos eliminando as licitações simplificadas (DI PIETRO, 2005, p. 45).

Posteriormente, a Lei Camata³⁹, de 1995, depois substituída pela Lei de Responsabilidade Fiscal⁴⁰, de 2000, agravou a situação. Ambas foram aprovadas com o objetivo de equilibrar receitas e despesas públicas. A medida nasceu no contexto da reforma do Estado, objetivando o combate ao seu déficit fiscal por meio da contenção e regulação de gastos, mas acabou gerando um imbróglio administrativo, pois um de seus principais mecanismos, o limite para despesas com pessoal, entrou em choque com a necessidade de mão-de-obra imposta pelas atribuições do Estado, sobretudo no setor social, que não foram reduzidas da forma prevista pelo projeto reformista. A saúde, em particular – atividade intensivíssima em mão-de-obra –, ficou comprometida, principalmente na esfera municipal que, ao longo dos anos 1990, herdou dos níveis federal e estadual a função executora das ações sanitárias (CARVALHO, 2011).

A saída tomada pelos administradores públicos para driblar a burocratização e a incompatibilidade entre as atribuições devidas e os limites com despesas foi a aplicação de subterfúgios muitas vezes ilegais, como a manutenção de quadros paralelos de servidores, as falsas terceirizações e a contratação irregular de entidades como cooperativas e fundações (DI PIETRO 2005, p. 46). O Poder Executivo estabelecia assim um permanente conflito com os outros poderes. A ilegalidade tornou-se a regra, atingindo o status de “tolerável” diante dos órgãos de controle (DI PIETRO 2005, p. 286). Na saúde, esse processo foi intenso e uma de suas facetas mais visíveis foi o trabalho: à medida que os serviços públicos de saúde se expandiam (ver item 2.3) e se municipalizavam, a precarização do trabalho no setor tornava-se lugar-comum (PIERANTONI, 2001).

³⁹ Lei Complementar n. 82 (BRASIL, 1995a).

⁴⁰ Lei Complementar n. 101 (BRASIL, 2000).

Da parte do Legislativo, a resposta à burocratização foi a legislação reformista. A solução passaria pela flexibilização do estatuto da administração pública e pela privatização⁴¹. O consenso era que as normas administrativas eram por demais rígidas e geradoras de ineficiência; seriam obstáculos para o bom administrador. Na solução encontrada pelo Legislativo, manteve-se, contudo, o “arcabouço engessador”⁴², e foram criados, por leis e decretos, mecanismos “eficientes” que, quando não se chocavam frontalmente com aquelas normas, escorregavam à sua margem. Desenvolveu-se, portanto, um conflito entre o Legislativo e o Judiciário; uma situação que Gordillo chamou de parassistema jurídico-administrativo (1982, apud DI PIETRO, 2005, p. 287).

Um motivo que explica essa contradição é a inspiração, por parte dos legisladores, em instrumentos existentes no direito de outros países em avançado processo de reforma administrativa neoliberal. Esse países, no entanto, têm muitas vezes um direito do tipo mais jurisprudencial, onde as normas se criam por meio da prática; decisões judiciais dão validade a instrumentos usados na administração pública, ainda que eles não estejam previstos em lei. O direito brasileiro, em contrapartida, se baseia no direito positivo, ou seja, nas regras que foram construídas pela sociedade e estão expressas em leis – o que rejeita a noção de direito natural a partir da qual se crê ser possível deduzir normas válidas à medida que as situações se colocam. No direito brasileiro, portanto, só é considerado válido o que está previsto em lei – mudanças devem ocorrer antes na lei que na prática (DI PIETRO, 2005, p. 293). Não tendo sido feito dessa forma, criaram-se por lei instrumentos e situações inconstitucionais, como é o caso de alguns tipos de contratos de gestão entre administração direta e indireta e as próprias O.S.

Contribui para o exercício da ilegalidade a impunidade, seja por razão da tolerância dos órgãos de fiscalização, empáticos com ideia da necessidade da “eficiência”, seja pela ausência de fiscalização. Em um país onde a penetração dos interesses de grupos privados na administração pública é a regra, a situação de ilegalidade tolerada acaba por constituir oportunidade ímpar para todo tipo de atentado ao interesse público.

Reconhece-se, portanto, uma “crise do princípio da legalidade”, princípio este que é reconhecido como um obstáculo à eficiência. Esta, embora seja atributo da coisa pública, não pode se sobrepor a outros atributos como a igualdade perante a lei ou o controle efetivo dos

⁴¹ A própria LRF pode ser vista como uma medida de estímulo à privatização, já que a limitação das despesas com pessoal incentivou a adoção de O.S. e outras parcerias.

⁴² É verdade que a emenda constitucional 19 representou uma remodelação da base legal da administração pública, mas mantiveram-se ainda muitos dos controle burocráticos.

gastos públicos. As normas administrativas foram criadas para defender o interesse público contra os interesses de grupos privados ou mesmo dos descontínuos administradores, e acabam, inevitavelmente, impondo limites à eficiência (VILLA, 1995, p. 637, apud DI PIETRO, 2005, p. 296).

3.2.2.2 O.S. e ilegalidade: a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923

Do ponto de vista jurídico, a crítica à lei federal⁴³ das O.S. é abundante e incide sobre dois aspectos. O primeiro seria mais essencial, ao questionar o quanto seria legítimo ou legal o novo Estado proposto pela lei. O segundo seria mais operacional, relativos aos procedimentos de criação e funcionamento das O.S. e ao quanto eles satisfazem os princípios administrativos que visam a garantir o interesse público.

Em relação ao primeiro aspecto, a questão que se coloca é: o que a adoção das O.S. modifica na noção corrente de quais sejam as atribuições do Estado? Trata-se apenas de uma nova e moderna forma de fomento à atividade privada ou um recuo (desejado? perigoso?) pelo Estado, na prestação direta de serviço público? Neste último caso, essas medidas poderiam ser legítimas e constitucionais?

Nesse ponto, a Lei n. 9.637 é controversa. Em seu texto está expresso que o recurso às O.S. equivale à ação estatal de fomento⁴⁴. Contudo, o próprio texto aponta para uma situação de delegação ou renúncia de serviços públicos, quando prevê a extinção de órgãos ou entes públicos com a transferência de atividades para entidade privada, com uso de instalações, equipamentos e até mesmo pessoal público⁴⁵. Ou quando exige que uma O.S. da saúde (que

⁴³ Aqui nos deteremos na crítica à lei federal, já que, como será visto no item 3.3, difere das leis estaduais e municipais, que, criadas caso a caso, resolveram ou agudizaram, com seus respectivos textos, os problemas presentes na lei federal.

⁴⁴ “Art. 5º. Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art. 1º.” “Seção V - Do Fomento às Atividades Sociais.”

⁴⁵ “Caput: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.” “Art. 19. As entidades que absorverem atividades de rádio e televisão educativa poderão receber recursos e veicular publicidade institucional de entidades de direito público ou privado, a título de apoio cultural, admitindo-se o patrocínio de programas, eventos e projetos, vedada a veiculação remunerada de anúncios e outras práticas que configurem comercialização de seus intervalos. Art. 20. Será criado, mediante decreto do Poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização - PNP, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes: I - ênfase no atendimento do cidadão-cliente; II - ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados; III -

absorveu atividades de órgão federal extinto da saúde) observe os princípios e diretrizes do SUS⁴⁶.

Teoricamente, nada impede que uma entidade qualificada como O.S. desenvolva atividades totalmente privadas mediante real fomento, com equipamento próprio, no que se igualariam às Oscip. Mas, na prática, as O.S. se aplicam a duas situações, que atendem justamente aos objetivos do “Programa Nacional de Publicização”. A primeira é quando substituem órgãos ou entidades públicas no momento de sua extinção, como expresso na lei federal. A segunda, não muito diferente da primeira, é quando ganham a gestão de novos estabelecimentos construídos pelo Estado – trata-se aí de um “aborto” de órgão público, que tem suas instalações construídas e equipadas pelo Estado em resposta a necessidades da população, mas que é transferido a uma O.S. antes que de se concretizar juridicamente como parte do aparato estatal.

Essas situações, porém, não se identificam com o instituto do fomento, que é quando uma entidade do terceiro setor, com seus próprios bens, instalações e iniciativa, desenvolve atividade que o Estado considera como sendo de interesse público e, portanto, merecedora de apoio – mantendo o Estado, em paralelo, sua atividade social direta, seu próprio aparato prestador de serviços sociais.

Ou seja, não é fomento, é outra coisa. A adoção do modelo das O.S. implicaria na extinção progressiva do aparelho social do Estado, na transformação⁴⁷ de serviços públicos em atividade privada, no abandono da atividade social do Estado sob prestação direta em favor do incentivo ao setor privado. O que é chamado de “Programa Nacional de Publicização” é, na verdade, uma privatização em sentido amplo (DI PIETRO, 2005, p. 269). Como consequência dessa transformação na natureza da atividade, pode ser citado, por exemplo, o serviço público, não importa se exclusivo ou não, que apresenta alguns atributos (ver item 2.1.1), como a continuidade e a igualdade de usuários; é da alçada do Estado, portanto, assegurá-los. Contudo, o mesmo não vale para a atividade privada. Criaria-se, assim, uma situação de insegurança em relação aos direitos do cidadão, já que a efetivação destes passaria a se dar em um âmbito fortemente privado.

controle social das ações de forma transparente. Art. 21. São extintos o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, integrante da estrutura do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, e a Fundação Roquette Pinto, entidade vinculada à Presidência da República.”

⁴⁶ “Art. 18. A organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.”

⁴⁷ A transformação de serviço público em atividade privada é diferente da delegação de serviço público, pois, nesta, como é o caso da concessão de navegação aérea, o serviço não perde o caráter de público.

O segundo aspecto de crítica, que chamei de operacional, de certa forma independe da discussão sobre a relação entre O.S. e as atribuições do Estado. Foca-se a crítica no fato de que, como qualquer depositário de recursos públicos, as O.S. devem se submeter a certo nível de regulação pelo Estado para que o interesse público seja assegurado. Nesse sentido, defende-se que, no afã da flexibilização e do favorecimento do privado, foi aprovada uma lei com graves falhas em relação ao controle estatal e à observância de princípios da administração pública, como a proteção do patrimônio público, a impessoalidade e a moralidade.

Um dos aspectos criticados pelos juristas na lei federal é a excessiva discricionariedade na escolha de uma entidade que vai ser depositária de recursos públicos. Não há licitação para a escolha da entidade. Bandeira de Mello (2002, p. 217 apud SCHIMITT, 2006) compara a qualificação como O.S. a uma outorga imperial; o Conselho Nacional de Saúde a comparou à doação de sesmarias (GONÇALVES, 1998). A excessiva discricionariedade compromete a impessoalidade e a moralidade, trazendo o risco de favorecimento de grupos e colocando em risco o patrimônio público.

Não há a exigência – como ocorre para a qualificação como Oscip ou a para declaração de utilidade pública – de um tempo mínimo de existência da entidade. Em decorrência disso, algumas entidades podem ser criadas exclusivamente para a absorção das atividades, como entidades fantasmas DI PIETRO. São pessoas jurídicas privadas, mas funcionalmente estatais, visto que não prescindem do Estado (BRASIL, 2011b). Uma outra questão é o que se fará no caso da rescisão de um contrato com uma O.S. que tenha absorvido atividade de órgão ou ente público extinto, para garantir a continuidade da prestação do serviço⁴⁸ (DI PIETRO, 2005, p. 269). Além disso, não se exige, ao contrário do que se faz com as demais empresas privadas que vão firmar contratos com o Estado, que a entidade tenha qualificação técnica ou idoneidade econômico-financeira, o que feriria o princípio constitucional da isonomia (SCHIMITT, 2006), além de significar um risco ao erário.

A ausência de limitações aos salários dos diretores também é criticada por contradizer a política reformista de contenção de gastos com pessoal (DI PIETRO, 2005, p. 270). À entidade se dá liberdade total em pontos como seleção e admissão de pessoal, viagens ao exterior e aplicações financeiras (SOUTO, 2001, p. 531, apud SCHIMITT, 2006). As compras devem ser feitas segundo um regulamento a ser definido pela entidade; no entanto, nada normatiza como ele deve ser (PAHIM, 2009, p. 91).

⁴⁸ A continuidade é um dos atributos dos serviços públicos, mas não da atividade privada.

A discussão jurídica sobre as O.S. na doutrina jurídica e nos espaços políticos interessados vem se dando em paralelo com a que ocorre há mais de uma década no Supremo Tribunal Federal (STF), que julga uma ação direta de inconstitucionalidade (ADI)⁴⁹ impetrada em 1999 por partidos políticos da então oposição. Uma medida cautelar visando à invalidação da lei enquanto não fosse discutido seu mérito foi negada após oito anos de debates. Atualmente, em 2011, entrou em julgamento o mérito da ação.

No que se refere à questão que anteriormente chamei de essencial, ou seja, a modificação das atribuições do Estado que a lei de O.S. introduz, o relator do julgamento, Ministro Ayres Britto, entendeu que a forma como se pretende extinguir órgãos públicos e transferir suas atividades para O.S. é inconstitucional e não pode ser considerada como ato de fomento⁵⁰. Justifica a decisão explicando que a Constituição é clara ao definir os serviços públicos não exclusivos como atividades que, por um lado, devem ser prestadas pelo Estado diretamente, como serviço público, por meio de seu equipamento público ou oficial, e, por outro, são livres à iniciativa privada, que o exercerá em caráter complementar, como atividade privada de interesse público. E que, assim como seria inconstitucional uma lei que pretendesse estatizar toda a atividade econômica exercida pelo privado, o é também o mecanismo em discussão, que, em última análise, autoriza o Estado a se afastar de toda e qualquer prestação direta dos serviços (BRASIL, 2011b)⁵¹.

Já o Ministro Fux teve opinião oposta, defendendo que a transferência de atividades públicas às O.S. se identifica, sim, com o antigo instituto do fomento, já que seria irrelevante o fato de que órgãos públicos venham a ser extintos com a medida (BRASIL, 2011c). Fux defende que a Carta não define obrigatoriedade de prestação direta pelo Estado dos serviços públicos não exclusivos, não se importando, portanto, com a possibilidade, indicada por Britto, de eliminação da atuação estatal direta. Para ele, a proporção entre fomento e prestação direta deve ser decidida pelos agentes democraticamente eleitos de acordo com o desejo da sociedade, já que a lei das O.S. não exige a retirada do Estado.

Em relação à operacionalidade das O.S., o Ministro Britto – tendo já vedado a extinção de órgãos públicos e considerando as O.S. como instrumento aplicável a situações de verdadeiro e lícito fomento, ou seja, de certa forma igualando-as às Oscip – avalia que a

⁴⁹ ADI (ou Adin) n. 1.923.

⁵⁰ Declarou inconstitucionais os artigos que tratam da extinção de órgãos ou entidades públicas e a transferência de suas atividades, bens e servidores a O.S. (artigos 18 a 22).

⁵¹ A extinção de órgãos públicos foi considerada inconstitucional, mas, seguindo a linha de raciocínio de Britto, pode-se deduzir que isso não se aplicaria ao caso de transferência de novos equipamentos públicos a O.S., que seria, portanto, para o ministro, aceitável do ponto de vista da Constituição.

relação entre Estado e O.S. não é de um contrato, mas de um convênio, já que ambos os partícipes apresentam os mesmos objetivos (ver item 2.2.2). Logo, a denominação contrato de gestão seria equivocada. Sendo um convênio, não seria, portanto, necessária a licitação nem na qualificação, nem na efetivação da parceria (“contratação”), nem no repasse de bens e recursos públicos.

No entanto, não ser necessária a licitação não significa que os atos em questão devam ser totalmente discricionários. Britto considera inconstitucional a total discricionariedade no ato de qualificar, que, tal como expressa no texto da lei, deve se basear somente em justificativa quanto à conveniência e oportunidade da escolha⁵², e propõe uma série de procedimentos que visam a garantir a publicidade, a moralidade, a impessoalidade, a isonomia e a eficiência na composição da parceria. Entre tais procedimentos estariam o processo administrativo que revele a superioridade da parceria frente à atuação direta estatal, o processo objetivo e público para a qualificação das entidades interessadas, como chamamento público, e a necessidade de se justificar a motivação quanto à escolha de uma entidade e não outra. Fux, por sua vez, considera que a Constituição baliza com princípios a discricionariedade do administrador e acredita ser desnecessário processualizar⁵³ o ato.

A interpretação de que a parceria é um convênio traz argumentos para outros pontos questionados da lei. Os dois ministros defendem que não pode haver interferência na definição dos vencimentos dos empregados da O.S., visto que estas estão claramente fora do âmbito da administração pública. Britto ainda rejeita possibilidade de pagamento de vantagem pecuniária a servidores cedidos, mas, nesse ponto, Fux interpreta a Constituição de forma oposta. No entanto, ambos defendem que algo do regime público deva se aplicar na operação das O.S., como a impessoalidade e objetividade na seleção de pessoal, segundo regulamentos próprios, como já consta na lei em relação às compras.

3.2.3 Outras críticas

As O.S. também são criticadas sob uma perspectiva funcional e política. A principal vantagem proclamada das O.S., a sua eficiência, tem sido questionada tanto do ponto de vista teórico quanto do empírico. Questiona-se, em primeiro lugar, a capacidade do Estado em

⁵² “Art. 2º. II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.”

⁵³ Exigir processo administrativo para a conclusão do ato.

promover uma efetiva regulação dessas entidades (CARNEIRO JUNIOR, 2002, p. 108), haja vista a baixa experiência da administração pública no controle de organizações terceirizadas. Em segundo lugar, é colocada em dúvida a capacidade das entidades privadas de arcar com suas responsabilidades (CARNEIRO JUNIOR, 2002, p. 113). Também existem receios acerca dos altos custos de transação necessários para estabelecer o equilíbrio entre contratante e contratado (COSTA et al., 2000, p. 441).

A tendência do discurso reformista de sobrevalorizar a dimensão técnica da gestão pública em detrimento da dimensão política (de regulação entre interesses privados e públicos) é motivo de crítica (SEIXAS, 2003, p. 21). Um dos pontos centrais da crítica política é o já citado risco de captura do processo de “publicização” por interesses privados, risco este favorecido pela discricionariedade excessiva e pela possível fragilidade estatal na regulação. Teme-se ainda que a concepção de Estado empresarial e de cidadão-cliente acabe por reduzir a noção de direito à noção de consumo. Nesse sentido, é questionado também o conceito de qualidade do serviço público e sua redução a atributos mensuráveis (SEIXAS, 2003, p. 22).

Há, ainda, o receio de que a introdução de mecanismos de mercado possa trazer prejuízos à função estatal de promover a justiça distributiva (COSTA et al., 2000, p. 441) ou de garantir os direitos do cidadão. Um exemplo disso é a possibilidade de as O.S. venderem seus serviços. Isso, embora estivesse previsto no PDRAE, só se tornou realidade com a recente modificação da lei paulista que permitiu o uso dos hospitais públicos administrados por O.S. para atendimentos particulares e a planos de saúde, o que de fato ocasionará uma redução da capacidade instalada ofertada enquanto direito, comprometendo o acesso ao SUS.

A participação popular no sistema de saúde, um dos princípios do SUS, sofre importante retrocesso com as O.S. A função deliberativa dos Conselhos de Saúde prevista na Lei n. 8142/90 tem sido ignorada tanto nos processos de aprovação das leis de O.S. quanto na operacionalização do modelo (GONÇALVES, 1998). Além disso, a articulação das O.S. ao sistema de saúde tem sido apontada como um dos seus possíveis pontos de deficiência (CARNEIRO JUNIOR, 2002, p. 168), o que pode significar certa dificuldade em adequar as O.S. às políticas públicas do setor.

3.3 A EXPANSÃO E A DIVERSIDADE LEGAL DAS O.S.

Nos anos seguintes à promulgação da Lei n. 9.637 e da criação das duas primeiras O.S. federais, outras foram criadas nessa esfera de governo. Paulatinamente, diversos estados

e municípios promulgaram suas próprias leis de instituição e regulamentação de O.S., em geral se baseando na lei federal, mas guardando algumas especificidades. Desde 1998, o número de O.S. qualificadas e contratadas se multiplicou, mas sua expansão, em nível nacional, nem de longe atingiu a dimensão pretendida pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Tampouco se constituiu um Programa Nacional de Publicização enquanto uma estratégia dominante dentro da administração pública. Essa relativa atrofia pode ser explicada, em parte, pela significativa resistência levada a cabo por diversos setores da sociedade e pelo estado de instabilidade jurídica instaurado pela ADI 1.923.

No entanto, ainda que não tenha se tornado dominante no nível nacional, houve, de fato, uma disseminação do modelo das O.S., o que ocorreu de forma bastante desigual entre os estados. As diferenças residem não apenas no grau de importância que o modelo adquiriu nos diversos entes da federação, mas também em aspectos de sua regulamentação que refletem divergências na concepção do que seja uma O.S. e que, se resolvem às vezes algumas questões jurídicas levantadas em relação à lei federal, em outros casos trazem novos problemas. A comparação entre as diversas leis traz novas questões acerca das O.S.

A Secretaria de Gestão (Seges) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) publicou em 2010 um levantamento nacional sobre as leis de O.S., as entidades qualificadas como tal e as parcerias firmadas entre estas e o poder público (BRASIL, 2010c). Os pesquisadores se depararam com a impossibilidade de traçar um painel preciso das O.S. existentes no país por conta da dificuldade de encontrar informações, junto aos governos, especialmente das esferas estadual e municipal, acerca da existência dos modelos e das entidades qualificadas. As informações referentes ao número de entidades e das parcerias firmadas estão, em geral, dispersas nas diferentes secretarias. Há ainda, segundo o relatório, grande desconhecimento sobre os modelos por parte dos próprios governantes.

Baseada em dados de 2009, a pesquisa identificou no país 57 leis instituindo o modelo de organizações sociais: a lei federal, 15 leis nos estados e no Distrito Federal (DF) e 41⁵⁴ leis municipais. Das 41 leis municipais, 17 são de municípios do estado de São Paulo. No levantamento de entidades qualificadas como O.S., o relatório divulgou que, no âmbito federal, mais de uma década depois da Lei n. 9.637, somente sete entidades haviam sido qualificadas; destas, uma foi desqualificada e teve seu contrato de gestão rompido. No âmbito dos estados e do DF, 112 entidades haviam recebido a qualificação. Os estados com maior

⁵⁴Há inconsistência de informação no relatório: em um trecho afirma-se que existem 41 leis municipais; em outro, que são 42.

número de entidades qualificadas eram Bahia, com 35, e São Paulo, com 31⁵⁵. Na esfera municipal, o autor identificou 52 entidades qualificadas. O estado que apresentou o maior número de O.S. qualificadas por governos municipais foi São Paulo, com 37 entidades, o que significa que os municípios paulistas respondem por 71% das qualificações municipais do país. Somente a prefeitura da capital paulista qualificou 25 O.S., ou seja, quase a metade das O.S. municipais do país.

A pesquisa também levantou quantas entidades celebraram contratos de gestão com o poder público, já que a qualificação não implica necessariamente em contratação; de fato, a maioria das O.S. nunca chegou a ser contratada. Todas as sete O.S. federais firmaram contratos, dos quais seis estão em vigor. No entanto, das 112 O.S. da esfera estadual, somente 28 firmaram contratos com o poder público, sendo nove (32%) na Bahia, sete (25%) no Pará e seis (21%) em São Paulo. No nível municipal, das 52 O.S. qualificadas, somente 15 foram contratadas; 11 destas (73%) no estado de São Paulo, sendo sete somente na capital.

No que se refere ao conteúdo das leis de O.S., se é verdade que a maior parte delas tenha se baseado na lei federal (ou na medida provisória que a antecedeu, no caso das leis mais precoces), muitas se afastam de seu referencial. Não se pode inferir, pela pesquisa, se há diferença entre as leis no aspecto mais essencial de remodelamento das atribuições estatais, ou seja, se todas as leis subnacionais prevêm a extinção de órgãos públicos ou o quanto está sob ameaça o equipamento público de prestação de serviços. Mas há o dado de que existe previsão explícita de “publicização” de atividades públicas para O.S. em 53% das leis estaduais e 43% das municipais.

As diferenças entre as leis são, por vezes, em aspectos circunstanciais, como a inclusão de novas áreas de atuação para as O.S. Contudo, as divergências ocorrem também em aspectos procedimentais cruciais que definem a própria relação entre o poder público, a entidade e a sociedade. Tais aspectos se fazem representar por meio de dispositivos relacionados ao controle e à regulação por parte do Estado e à observação dos princípios da administração pública. A diversidade de caminhos seguidos pelas leis subnacionais reflete o intenso debate jurídico e político gerado pela matéria e as diferenças, entre as unidades da federação e municípios, no equilíbrio de interesses dos distintos setores da sociedade.

Nos aspectos procedimentais, as diferenças entre a lei federal e as subnacionais se dão em dois sentidos. Tanto há mecanismos regulatórios presentes na Lei n. 9.637 que estão ausentes em leis subnacionais, como há, em algumas destas, dispositivos inovadores que

⁵⁵Há inconsistência de informação no relatório: em um trecho afirma-se que na Bahia há 31 O.S. e, em São Paulo, 35; em outro, diz-se o inverso.

conferem maior poder de regulação ao Estado ou maior adequação aos princípios da administração pública do que o previsto na Lei n. 9.637. Esses novos dispositivos foram desenvolvidos como consequência do debate jurídico sobre a lei federal, e muitas vezes resolvem pontos questionados na ADI das O.S.

A pesquisa relaciona alguns dispositivos presentes na lei federal que são considerados importantes e verifica sua existência ou não nas leis subnacionais. Esses dispositivos, dos quais selecionarei os mais relevantes, são expostos no relatório agrupados segundo sua natureza ou objetivo.

Em primeiro lugar, estão os requisitos estatutários da lei federal que visam a garantir que o patrimônio e os recursos da O.S. sejam destinados exclusivamente ao financiamento da atividade social que é objeto do contrato. Em uma parcela (expressa a seguir em porcentagem) das leis de O.S. subnacionais estavam ausentes alguns desses dispositivos: a) a previsão do investimento obrigatório dos excedentes financeiros em suas próprias atividades (ausente em 13% e 19% das leis estaduais e municipais, respectivamente); b) a proibição de distribuição de bens (em 20% e 12%); c) a previsão de que, no caso da extinção ou desqualificação como O.S., haja a incorporação integral do patrimônio da entidade ao patrimônio do Estado ou a uma nova O.S. (em 20% e 12%).

Em segundo lugar, estão os requisitos relativos à governança da entidade, que visam a garantir que as atividades da entidade se alinhem às políticas públicas setoriais. Nesse âmbito, encontrou-se que uma parcela (exposta em porcentagem) das leis subnacionais não contemplava os seguintes dispositivos: a) a existência de um conselho de administração (ausente em 13% e 19% das leis estaduais e municipais, respectivamente); b) a participação do poder público no conselho (em 47 % e 19%); c) a participação majoritária do poder público e da sociedade no conselho (em 60% e 36%); d) a atuação não remunerada dos conselheiros (em 33% e 24%).

Em terceiro lugar, estão as disposições legais sobre a relação de parceria entre o poder público e a O.S., que tratam da regulação do fomento estatal da atividade da O.S. e da fiscalização desta. Nesse âmbito, uma parcela das leis não contemplava: a) a exigência da observância dos princípios da administração pública na elaboração do contrato de gestão (ausente em 33% e 17% das leis estaduais e municipais, respectivamente); b) a previsão de instituição de comissão de acompanhamento do desempenho e resultados do contrato de gestão (em 47% e 7%); c) a exigência de apresentação, pela O.S., de relatório da execução do contrato de gestão e de prestação de contas (em 7% e 5%). Além disso, 33% das leis estaduais

e 14% das municipais não previam a desqualificação da O.S. por descumprimento do contrato de gestão.

Por outro lado, como já dito, algumas das leis subnacionais de O.S. introduziram medidas que contribuiriam para uma maior regulação do poder público sobre as O.S. e para um maior alinhamento do modelo aos princípios da administração pública. Tal fenômeno provavelmente reflete e responde ao intenso questionamento jurídico e político sofrido pela lei federal. Um dos principais exemplos é a previsão da aplicação de um processo seletivo para a escolha das entidades a serem qualificadas ou daquelas a serem contratadas. Alguns estados e municípios instituíram processo licitatório para a escolha da organização social, enquanto que outros previram ao menos a realização de convocação pública ou de processo seletivo somente na hipótese de haver mais de uma entidade interessada na celebração de contrato.

Entre outras medidas inovadoras encontradas pela pesquisa da Seges/MPOG estão: a exigência de existência de um conselho fiscal da entidade civil; a previsão de intervenção do poder público em caso de constatação de risco quanto ao cumprimento, pela O.S., de suas obrigações; a submissão das O.S. a órgãos de controle externo do Poder Executivo; a exigência da comprovação de boa situação econômico-financeira e da regularidade jurídico-fiscal da entidade; a restrição de participação de parentes de autoridades do Executivo na diretoria e no conselho de administração da O.S.; e a previsão de um conselho de gestão das O.S. que se responsabilizaria, no governo do estado ou do município, pela gestão do modelo.

Da diversidade de leis de O.S. existentes no país, podemos inferir que O.S. é um modelo nada homogêneo. De acordo com a região, a impessoalidade e a moralidade da administração pública, o patrimônio público, a adequação às políticas públicas e a garantia da participação popular podem estar mais resguardados ou mais ameaçados, de forma que a crítica jurídico-legal deve ser feita caso a caso. No entanto, o próprio fato de um modelo de gestão pública poder ser tão diverso, de conformação tão suscetível às correlações de interesses locais, é algo a ser questionado.

4 AS O.S. E AS ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

4.1 A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE: EXPANSÃO E REORIENTAÇÃO

A região metropolitana de São Paulo tem cerca de 20 milhões de habitantes, constituindo o 3º conglomerado urbano do planeta (ONU, 2009, p. 6). A sede desta, a cidade de São Paulo, tem 1.509 km² e quase 11 milhões de habitantes (SÃO PAULO [cidade], 2011g), superando, portanto, a população de países como Portugal, Grécia ou Suécia. O gigantismo é causa e consequência do fato de ser São Paulo o centro da intensa concentração econômica que ocorre no país, fenômeno que se observa também no setor saúde. Por um lado, a cidade conta com uma enorme rede pública de serviços, composta por estabelecimentos municipais e estaduais, com uma produção em assistência, pesquisa e ensino em escala e diversificação não imaginada em outra cidade brasileira. Os serviços públicos de alta complexidade da cidade, especialmente dos hospitais estaduais universitários, também são referência nacional. Atualmente, a imensa maioria dos serviços, especialmente no nível ambulatorial, está a cargo da prefeitura, integrando uma imensa e diversificada rede, que se concentra, no entanto, na periferia da cidade e que se dirige, preferencialmente, à população “que depende da prestação de serviços do Estado” (SÃO PAULO [cidade], 2010b, p. 220). Por outro lado, se desenvolveu em São Paulo um mercado de saúde com um nível único de incorporação tecnológica e capitalização – estão na metrópole oito das dez maiores empresas brasileiras do setor (VALOR 1000, 2011, p. 366). O setor privado, especialmente o de ponta, atrai profissionais e pacientes de todo o país. Existem 139 operadoras de planos de saúde com sede na metrópole, cobrindo 59% da população da cidade, a segunda maior taxa do país entre as capitais (BRASIL, 2011d).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui sob sua titularidade, hoje, 936 unidades, sem contar os prestadores privados⁵⁶ que atendem ao SUS. Existem 35 diferentes tipos de estabelecimentos ou serviços na rede, e os principais, seja por serem numerosos ou estratégicos, estão relacionados na tabela 4.1. Além disso, existem inúmeros programas e atividades desenvolvidas pelos vários estabelecimentos. A organização da rede se dá de

⁵⁶ Os prestadores privados são estabelecimentos privados lucrativos ou não que disponibilizam parte de sua capacidade instalada para atendimento gratuito à população por meio de convênios (que regulam o fomento à filantropia exercido pela prefeitura) ou contratos (que regulam a compra de serviços pela prefeitura). Diferem dos estabelecimentos públicos, próprios da SMS, geridos por entidades privadas, também por meio de convênios ou contratos – parceria esta que é o objeto desta dissertação.

acordo com parâmetros internacionais, políticas nacionais ou políticas específicas do município. O anexo 1 apresenta a relação completa dos estabelecimentos, e o anexo 2 pretende ilustrar a distribuição da rede.

Tabela 1 - Número de estabelecimentos de saúde, segundo tipos selecionados.

Rede hospitalar	
Hospitais, Pronto-socorros e Pronto-atendimentos	34
Rede ambulatorial	
Atenção básica	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	437
Assistência Médica Ambulatorial (AMA)	116
Estabelecimentos de Saúde Mental	113
Estabelecimentos de Saúde Bucal	30
Outros	54
Atenção especializada	
Ambulatórios de Especialidades	23
Assistência Médica Ambulatorial Especialidades	15
Outros	114
Total	934

Fonte: SMS/SP.

A rede hospitalar é composta por 34 unidades de diferentes graus de complexidade tecnológica (SÃO PAULO [cidade], 2011a). A rede ambulatorial pode ser dividida entre atenção básica⁵⁷, atenção especializada e programas. Os principais componentes da atenção básica na rede paulistana são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), e os estabelecimentos de saúde mental e bucal. As 437 UBS, que constituem o primeiro nível de atendimento, estão distribuídas de maneira mais ou menos uniforme ao largo do território do município, e apresentam duas possibilidades de modelo organizacional, o modelo tradicional ou a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵⁸. São as unidades responsáveis pelo acompanhamento da saúde dos cidadãos, que se consultam com os médicos mediante agendamento. As 116 AMAs constituem um modelo de serviço fruto de uma política de saúde municipal recente de reorientação da atenção básica mediante

⁵⁷ A Atenção Básica constitui o nível de atendimento mais próximo do cotidiano do cidadão, sendo compostas por unidades geralmente distribuídas no território de forma a estarem inseridas na comunidade, próximas geograficamente do usuário.

⁵⁸ O chamado modelo tradicional tem a equipe médica composta por clínico, pediatra e gineco-obstetra, além da equipe de enfermagem e outros profissionais. O outro modelo é a Estratégia Saúde da Família, cuja equipe é formada por médico de família, enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais. A ESF é uma política de reorganização da atenção básica proposta pelo Ministério da Saúde a partir de 1994.

valorização do pronto-atendimento⁵⁹, com trabalhadores em regime de plantão, sendo idealizadas como triagem para o atendimento hospitalar de emergência e ponto de captação de demandas em saúde a serem encaminhadas para as UBS – seu crescimento exponencial tem ocorrido, contudo, em paralelo com a redução do atendimento nas UBS⁶⁰.

A rede de saúde mental é formada por 113 estabelecimentos ou serviços de diferentes tipos, em que se destacam os distintos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), que também se expandiram nos últimos anos, em consonância com a política nacional de transferência dos cuidados em saúde mental dos hospitais para unidades ambulatoriais. Por fim, a rede saúde bucal, com 30 estabelecimentos, é composta por diferentes tipos de clínicas odontológicas, além do atendimento odontológico prestado em unidades gerais como as UBS.

A atenção especializada⁶¹ – ou seja, a assistência ambulatorial nas diferentes especialidades médicas clínicas e cirúrgicas – é oferecida em dois tipos de estabelecimentos. Os 23 ambulatórios de especialidades são policlínicas e constituem o modelo mais antigo. Recentemente, foram criadas as 15 AMAs Especialidades, que representam uma nova forma de organização dos serviços e do trabalho na atenção especializada. Além disso, existem na rede municipal paulistana as unidades vinculadas a programas como os de DST/Aids, serviços específicos para deficientes, idosos, medicina tradicional, saúde do trabalhador e outros com maior ou menor distribuição e alcance na cidade.

Vale ressaltar que a rede municipal tem experimentado um processo de expansão, com destaque para novos tipos de estabelecimentos ou serviços que se tornaram objeto de políticas prioritárias nos últimos anos. Entre 2004 a 2010, o número de UBS aumentou 15%. Já o número de equipes de saúde da família, que são lotadas nas UBS, cresceu, no mesmo período, 48%, o que demonstra a conversão do modelo tradicional de atenção básica para o da ESF. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) também foi criado nesta década, e seu número de atendimentos cresceu 84% entre 2004 e 2010 (SÃO PAULO [cidade], 2011). As AMAs foram criadas em 2005, com um projeto inicial de construção de um total de 30

⁵⁹ Ou seja, atendimento sem consulta marcada, voltado para questões de saúde com maior ou menor grau de urgência.

⁶⁰ Relatório do Tribunal de Contas do Município afirma que, entre 2006 e 2009, houve uma queda real do número de consultas nas UBS (seja tradicional, seja ESF) de 7,3%, enquanto que as consultas nas AMAs aumentaram 593%. Em termos relativos, a participação das consultas de UBS no total de consultas ambulatoriais caiu de 86,5% para 46,2%, enquanto que a participação das AMAs subiu de 13,5% para 53,8% no período, o que indicaria uma mudança de foco do atendimento preventivo, de acompanhamento, para o curativo, de pronto-atendimento, e uma falha na ideia de as AMAs captarem demandas e encaminharem para as UBS (SÃO PAULO [cidade], 2010b).

⁶¹ Esta categoria não é utilizada oficialmente pela SMS-SP, no entanto, optei por utilizá-la por ser útil e bastante difundida.

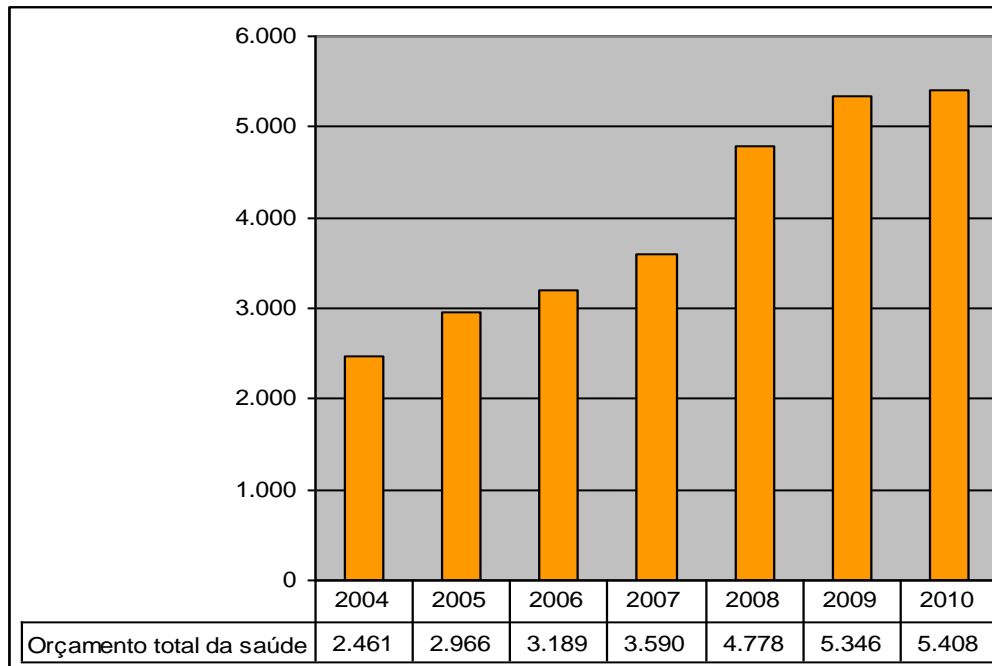
unidades. No entanto, em 2008, já havia 116 estabelecimentos (SÃO PAULO [cidade], 2005c).

A expansão das ações de saúde da SMS pode ser mais bem avaliada a partir da evolução do orçamento da pasta que, como mostra o gráfico 4.1, foi de 69% entre 2006 e 2010, o que se deveu sobretudo ao crescimento dos recursos provenientes do tesouro municipal, que cresceram 92% no período, como se vê no gráfico 4.2. No entanto, como se pode ver no gráfico 4.3, o orçamento da prefeitura como um todo subiu muito no período (52%), e a fatia representada pela saúde se manteve, na verdade, estável por volta de 18%, como mostra o gráfico 4.4. O gráfico 4.5 explica esse aumento do orçamento ao mostrar que a arrecadação de impostos também experimentou franca ascensão no mesmo período (aumento de 58%). O percentual das receitas provenientes dos impostos gasto com saúde também evoluiu, passando de 15 para 19%⁶², como mostra o gráfico 4.6, ultrapassando o preconizado pela Emenda Constitucional 29 em 4 pontos percentuais. Como vimos que a participação da saúde no orçamento total manteve-se estável, pode-se deduzir que houve alguma mudança na fonte que financia a saúde, ou seja, aumentou a participação dos impostos e diminuiu a de outras fontes.

Em resumo, do ponto de vista de sua composição, temos uma rede municipal gigantesca, que está em rápida expansão numérica e orçamentária, no compasso da expansão geral do orçamento da prefeitura paulistana. Esta expansão não se dá de maneira proporcional em todos os setores – estão sendo privilegiados setores estratégicos no âmbito nacional, como a ESF, o Samu e os CAPS, e, sobretudo, novos modelos específicos da política de saúde paulistana, como os AMAs, que têm implicado uma reorientação do modelo de atenção em saúde na cidade.

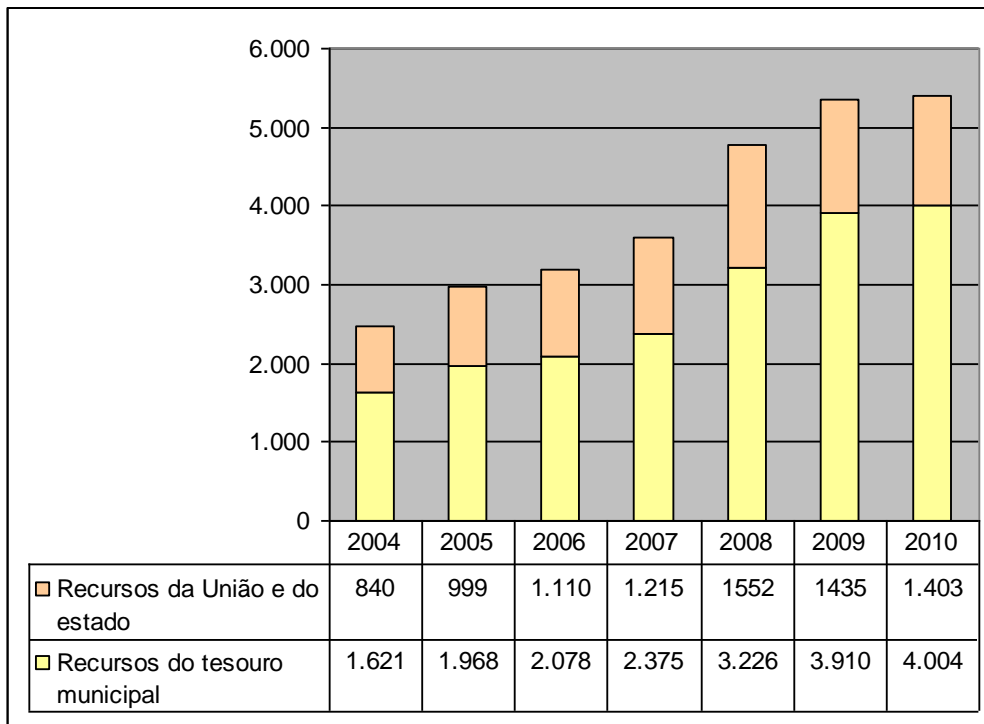
⁶² A Emenda Constitucional 29 prevê que os municípios devam gastar com saúde pelo menos 15% do montante arrecadado com os impostos (BRASIL, 2000b).

Gráfico 1 - Orçamento total da saúde da PMSP (em milhões de reais).



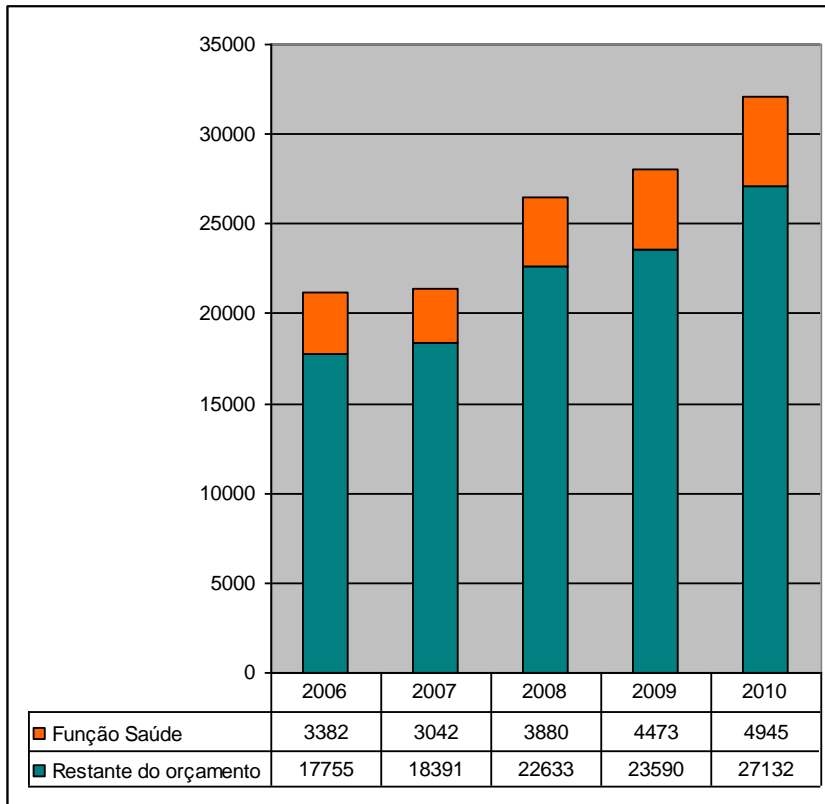
Fonte: SMS, TCM.

Gráfico 2 - Orçamento total da saúde da PMSP, por fonte (em milhões de reais).



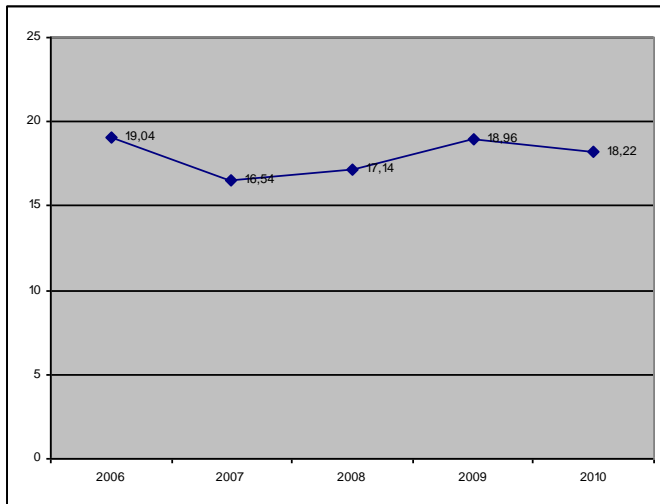
Fonte: SMS, TCM.

Gráfico 3 - Participação da Saúde no orçamento total da PMSP (em milhões de reais).



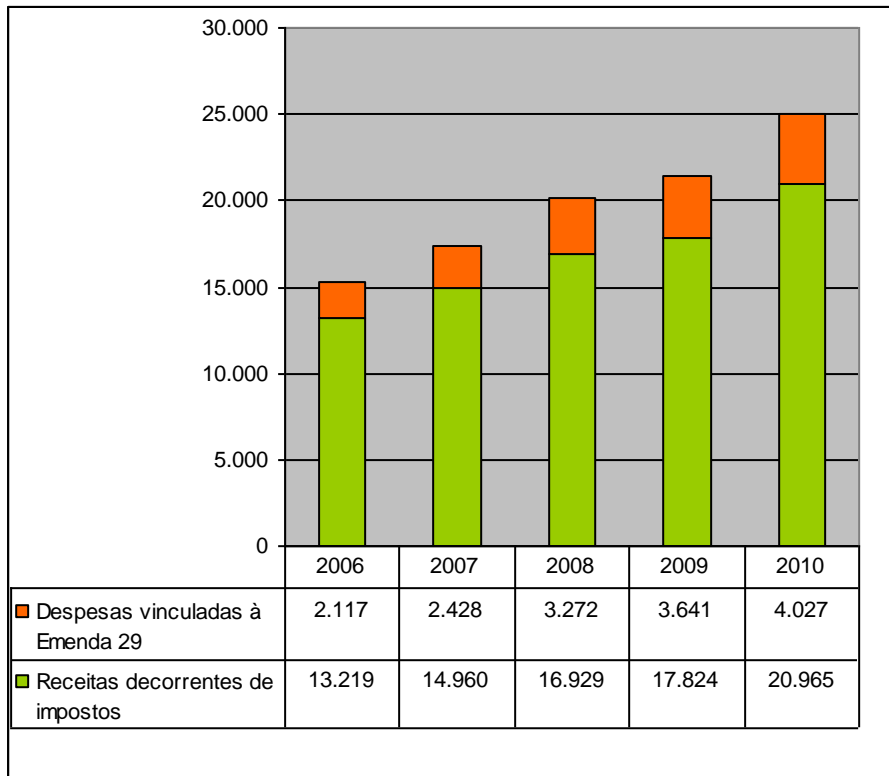
Fonte: TCM.

Gráfico 4 - Participação da Saúde no orçamento total da PMSP (em porcentagem).



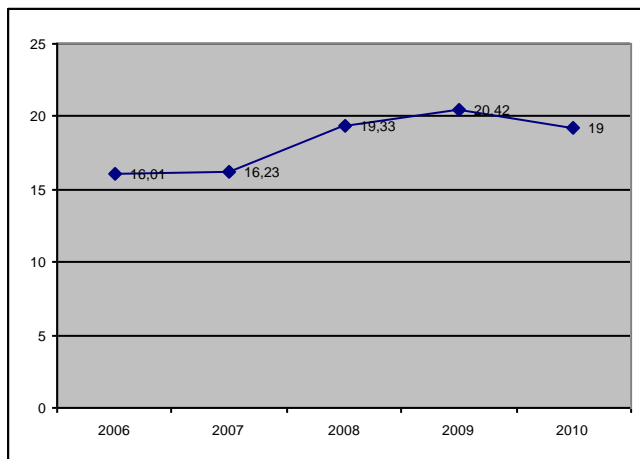
Fonte: TCM.

Gráfico 5 - Despesas com saúde (vinculadas à Emenda Constitucional 29) em relação às receitas decorrentes de impostos (em milhões de reais).



Fonte: SMS, TCM.

Gráfico 6 - Proporção das receitas decorrentes de impostos aplicada em despesas com saúde (vinculadas à Emenda Constitucional 29) (em porcentagem).



Fonte: SMS, TCM.

4.2 HISTÓRIA DA GESTÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

A história da rede municipal de saúde paulistana, especialmente no que se refere à sua gestão, é bastante particular. São Paulo foi a última capital a se integrar ao SUS, o que ocorreu somente 13 anos após a criação do sistema; experimentou a gestão sob regime de parceria com o setor privado muito precocemente, antes mesmo do fenômeno da reforma do Estado se institucionalizar no nível federal; e, recentemente, retomou as parcerias de gestão com o setor privado em intensidade inédita, como veremos.

Logo após a criação do SUS, em 1988, São Paulo experimentou um processo de alinhamento com a política de saúde nacional, iniciando a municipalização da rede de atenção básica, até então majoritariamente estadual (foram municipalizadas nesta época 20% das UBS estaduais) e promovendo a descentralização, com a criação de órgãos com competência administrativa nas diferentes regiões da cidade. No entanto, na gestão de 1993-1996, de Paulo Maluf, implementou-se política inédita e em corrente totalmente oposta à expansão e reorganização do equipamento público que vinha ocorrendo em nível nacional. A política, chamada Plano de Atendimento à Saúde (PAS), foi posta em prática em 1995, após grande resistência no Legislativo, e consistiu na transferência da gestão da maioria dos estabelecimentos de saúde vinculados à SMS para cooperativas de profissionais especialmente criadas para este fim. Os repasses financeiros do Ministério da Saúde para o município foram suspensos após pressão do Conselho Municipal de Saúde junto ao seu congêneres no nível nacional, após o que o município teve de arcar com os custos com seus próprios recursos. O PAS se estendeu pelo mandato do prefeito Celso Pitta (1997-2000). Nesta época, os estabelecimentos de saúde de São Paulo não faziam parte, tecnicamente, do SUS, situação que somente se reverteu em 2001, já na gestão de Marta Suplicy (2001-2005), quando se tornou prioridade da secretaria a integração do município ao sistema nacional (PINTO et al., 2009, p. 931).

Retomou-se a todo vapor o processo de municipalização interrompido e, em 2003, São Paulo foi finalmente habilitado pelo Ministério da Saúde na condição de gestão plena do sistema municipal de saúde. No entanto, o sistema municipal teve de passar por profundas reorganizações nos anos seguintes na administração direta que incluíram a criação de entes de administração indireta (autarquias hospitalares). Foi nesta época que foi adotada como política prioritária a Estratégia Saúde de Família. Desde o início deste processo, a prefeitura celebrou parcerias com entidades privadas; a princípio, para gestão de pessoal (seleção, contratação e capacitação). Mais tarde, já no governo de José Serra (2005-2006), e no de seu

vice-prefeito, Gilberto Kassab (2006 até hoje), as parcerias na ESF com entidades privadas ampliaram seu escopo, passando a abranger a gerência total dos estabelecimentos. A implementação da estratégia das AMAs, iniciada sob a gestão de Serra, já nasceu sob o signo das parcerias e foi totalmente implementada neste modelo.

4.3 PARCERIAS COM O.S. E ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES: CONCEITUAÇÃO

Em janeiro de 2006, foi promulgada a lei municipal das Organizações Sociais. As primeiras qualificações datam de julho daquele ano (SÃO PAULO (cidade), 2011d). No entanto, quando a lei de O.S. foi aprovada, a enorme rede de equipes de saúde de família lotadas nas UBS e as 13 AMAs então em funcionamento já eram objeto de parcerias com entidades privadas, estabelecidas até então, em geral, por convênios⁶³ (SÃO PAULO [cidade], 2006b), o que, como veremos a seguir, é de legalidade duvidosa. Segundo o próprio José Serra, então prefeito, a lei de O.S. seria importante para regularizar a situação e “dar mais legalidade ao processo”, e previa, “inclusive, que o Tribunal de Contas do Município [pudesse] também examinar a prestação de contas dessas entidades” (SÃO PAULO [cidade], 2005b).

No começo, portanto, os convênios foram utilizados porque ainda não havia uma lei de O.S. Depois, porém, a SMS continuou se servindo deste instrumento. Segundo Pahim (2009, p. 71), que analisou as O.S. no âmbito do estado de São Paulo, o instrumento convênio foi utilizado com entidades que não puderam ser qualificadas como O.S., por não preencherem algum requisito previsto em lei, como a presença de funcionários ou membros da comunidade no Conselho de Administração, o que poderia exigir processos morosos de mudanças no estatuto. Conclui a autora:

“Concretamente, entretanto, a não qualificação como O.S. acaba sendo uma questão meramente formal, uma vez que não há qualquer diferença entre o conteúdo estabelecido pelo contrato de gestão e por estes convênios, e tampouco é diferente o controle e o monitoramento exercido pela SES/SP sobre as entidades gerenciadoras.” (PAHIM, 2009, p. 71)

Barbosa (2005, apud PAHIM, 2009, p. 72) cita entrevista com técnica do nível central da SES afirmando esta identidade.

⁶³ Algumas parcerias eram estabelecidas com intermediação do governo estadual, que estabelecia o contrato de gestão ou convênio. (SÃO PAULO [cidade], 2005b).

No entanto, essa utilização do instrumento convênio para transferir gestão de equipamento público para entidades privadas constitui novidade e vai de encontro à própria definição de convênio encontrada na doutrina jurídica, tal como visto no item 2.2.2, a saber, instrumento regulador do fomento à atividade privada, exercida por entidades privadas com seu equipamento privado. Trata-se, portanto, de uma utilização equivocada do instrumento jurídico, de uma reconfiguração do que seja convênio.

Independentemente, contudo, da reconfiguração que se está impondo ao instrumento convênio, nota-se que, no que concerne a esta pesquisa, não faz sentido fazer diferença entre as parcerias que a SMS constitui via de contrato de gestão e aquelas estabelecidas por meio deste convênio reconfigurado, já que ambas são semelhantes no ponto de vista operacional, e idênticas no aspecto mais fundamental, ou seja, na relação que eles estabelecem: a transferência de estabelecimentos do Estado para entidades privadas. As diferenças são circunstanciais ou formais. As entidades conveniadas podem não possuir um conselho de administração instituído e composto como previsto na lei de O.S., mas isso não as impede de gerir estabelecimentos públicos. As entidades conveniadas podem não possuir título de O.S., mas isso tampouco é empecilho para firmarem parcerias de transferência de gestão.

Em outras palavras, na cidade de São Paulo, não faz sentido restringir a discussão às O.S. É necessário incluir também as entidades que assumem a gestão de estabelecimentos públicos por meio de convênio, por se tratar do mesmo fenômeno, e muitas vezes, como veremos, por serem as mesmas entidades em uma ou outra posição. A estas entidades é aplicável, portanto, toda a discussão sobre O.S. que venho fazendo nas seções anteriores.

A SMS continua, no entanto, estabelecendo também convênios no sentido original do termo, ou seja, como instrumento de fomento, como é o caso dos convênios com instituições filantrópicas que cedem parte de suas instalações para atendimento gratuito, e que não são objeto desta pesquisa. Para diferenciar os dois tipos de convênio, a partir de agora, chamarei este último de convênio tradicional e aquele, que regula a cessão do equipamento público ao setor privado, de convênio de transferência de gestão. Com o mesmo propósito de clareza, chamarei as entidades que se relacionam com a SMS por meio de convênios de transferência de gestão chamarei de entidades conveniadas O.S. símiles, ou somente O.S. símiles, já que, ainda que sejam fundamentalmente a mesma coisa, tecnicamente elas não podem ser chamadas de O.S. Em assunto tão movediço, a precisão dos termos é imprescindível. Porém, com base na assunção que a descrição do fenômeno é mais importante que seu status jurídico, não considero um erro que se use, fora da academia, indiscriminadamente o termo O.S. (“*lato sensu*”) tanto para as O.S. em sentido estrito quanto para as O.S. símiles. De fato, em alguns

setores, como movimentos sociais e mesmo a imprensa, já há a identificação entre ambos os conjuntos⁶⁴.

Podemos, enfim, considerar as O.S. símiles como uma solução à margem da legalidade para iniciar a transferência de gestão para o setor privado antes da aprovação da lei das O.S. em 2006, inicialmente provisória, mas que, como o passar dos anos, manteve-se como uma forma de parceria importante, sendo superada pelas O.S., em termos de recursos repassados, somente no ano de 2010, como veremos na próxima seção.

4.4 PARCERIAS COM O.S. E ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES: QUANTIFICAÇÃO

A importância que a transferência de gestão de estabelecimentos públicos⁶⁵ para entidades privadas adquiriu na cidade de São Paulo é evidenciada pelo gráfico 4.7. Pode-se observar que 61% dos 936 estabelecimentos da rede municipal de saúde de São Paulo estão agora sob gestão de O.S. ou O.S. símiles, com predomínio das últimas. Desagregando a rede por setores no gráfico 4.8, vê-se que a presença das entidades privadas é mais acentuada na atenção básica, o setor mais numeroso, em que aquelas gerem 72% dos estabelecimentos, também com predomínio das O.S. símiles. Não há O.S. símiles na rede hospitalar; apenas O.S., que controlam 59% dos hospitais. Na atenção especializada as parcerias são menos frequentes (40%, com predomínio acentuado das O.S. sobre as O.S. símiles) e, no restante da rede, verifica-se a quase totalidade dos estabelecimentos geridos pela administração pública (apenas 1% de O.S. símiles).

Analisando os principais componentes da atenção básica no gráfico 4.9, verifica-se que 74% das 437 UBS estão com as entidades privadas, com predomínio das O.S. símiles. Entre os AMAs, aparecem somente 7% de entidades sob administração pública⁶⁶, com as O.S. símiles também predominando sobre as O.S. A presença das entidades privadas na saúde

⁶⁴ Em Campinas (BRASIL, 2010d) ação popular conseguiu a interrupção de convênio entre a SPDM e a prefeitura. Embora não atuasse como O.S., nem esse termo constasse em documentos oficiais como os documentos do julgamento, no âmbito mais geral da imprensa (REDA, 2011) e dos movimentos populares, a entidade era denominada O.S..

⁶⁵ Os dados sobre a gestão dos equipamentos foram fornecidos pela Coordenação de Atenção Básica (convênios) (anexo 3) e pelo Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (contratos de gestão) (anexo 4); os dados sobre a rede municipal foram obtidos no portal da SMS (SÃO PAULO [cidade], 2011a).

⁶⁶ Como os dados sobre gestão sob administração pública foram obtidos por subtração, e os dados sob o total de estabelecimentos são mais recentes que os dos contratos de gestão, provavelmente este percentual de unidades sob administração pública está superestimado. De fato, quando as AMAs foram criadas, era grande o entusiasmo com as parcerias (SÃO PAULO [cidade], 2005c) e, provavelmente, todas são geridas por entidades privadas.

bucal é discreta (20%, todas O.S.) e, na saúde mental, setor de expansão recente, verifica-se 56% das unidades sob parceria, com ampla maioria de O.S. símiles.

A importância que as entidades privadas adquiriram na rede municipal pode ser avaliada também na evolução do montante de recursos financeiros a elas destinado⁶⁷ (SÃO PAULO [cidade], 2008c, 2009a, 2010a, 2010b, 2011h, 2011i). Verifica-se que o aumento do orçamento da saúde verificado entre 2006 e 2010 foi principalmente devido a estes repasses (gráfico 4.10), já que o orçamento total cresceu 69%, e o orçamento sem contar os repasses cresceu em taxa bem inferior, de 27%. O valor total recebido pelas O.S. e O.S. símiles no período aumentou 380%, de 379 milhões de reais para 1,825 bilhão. A participação destas entidades sobre o orçamento total cresceu de 11% para 33% no mesmo período (gráfico 4.11).

Outro aspecto relevante é a mudança do perfil do trabalhador dos serviços públicos de saúde na cidade, no que se refere ao vínculo trabalhista. Entre 2006 e 2010, o aumento do número de empregados vinculados à SMS foi de 51% (gráfico 4.12). Porém, enquanto o número de servidores ou empregados das autarquias se manteve estável, o número de contratados por O.S. ou O.S. símiles aumentou em 170%. A participação destes contratados aumentou de 22% para 40% no período (gráfico 4.12).

⁶⁷ Há algumas limitações nos dados orçamentários das O.S. símiles, já que as informações orçamentárias constantes no site da SMS e nos relatórios do Tribunal de Contas do Município não permitem a desagregação de alguns dados. Portanto, o orçamento de alguns tipos de serviços, como os CAPS, administrados por O.S. símiles não constam do total, já que não era possível saber quanto, da rubrica, havia sido gasto na administração pública e quanto nas O.S. símiles. No ano de 2008, não está incluído no total o montante relativo às AMAs, que é significativo. No entanto, ainda que ligeiramente subestimados (ou bastante subestimados, no caso de 2008) os dados são úteis de demonstrar o crescimento da participação destas entidades.

Gráfico 7 - Participação das diferentes modalidades de gestão nos estabelecimentos da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, em porcentagem.

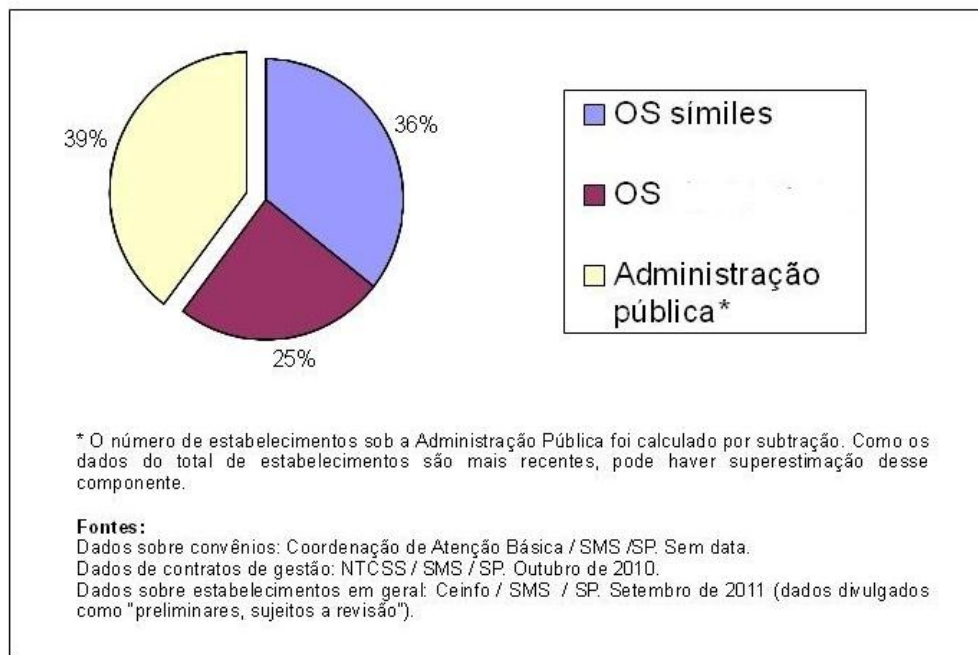


Gráfico 8 - Participação das diferentes modalidades de gestão nos estabelecimentos da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, por setor da atenção, em porcentagem.

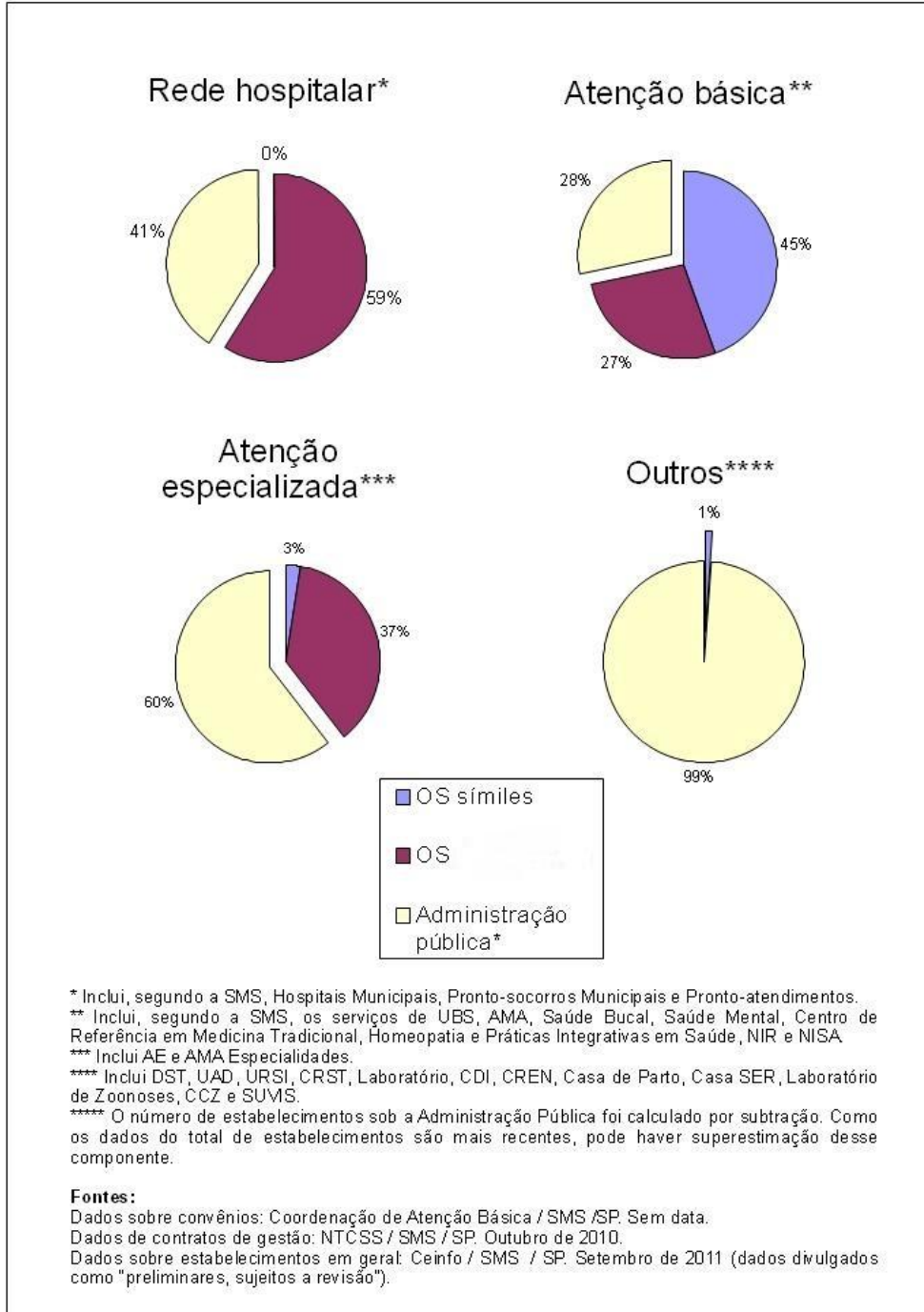
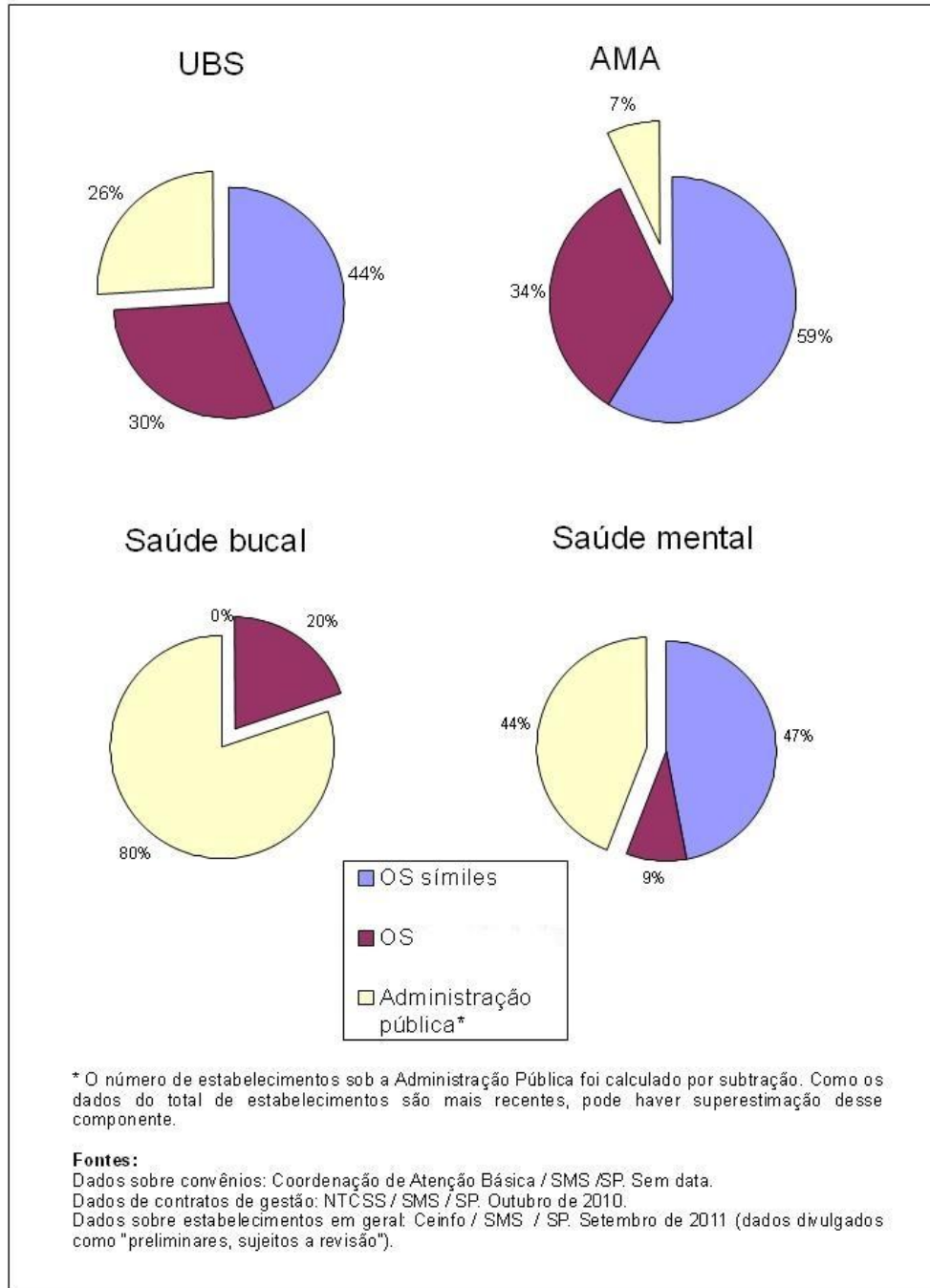


Gráfico 9 - Participação das diferentes modalidades de gestão nos estabelecimentos dos principais setores da atenção básica da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, em porcentagem.



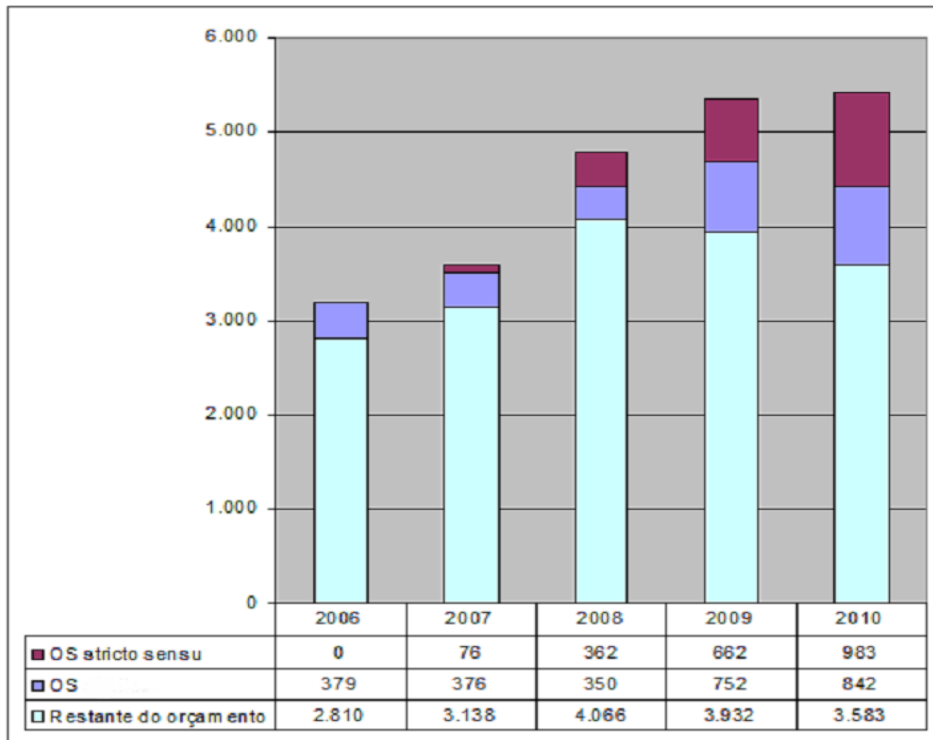
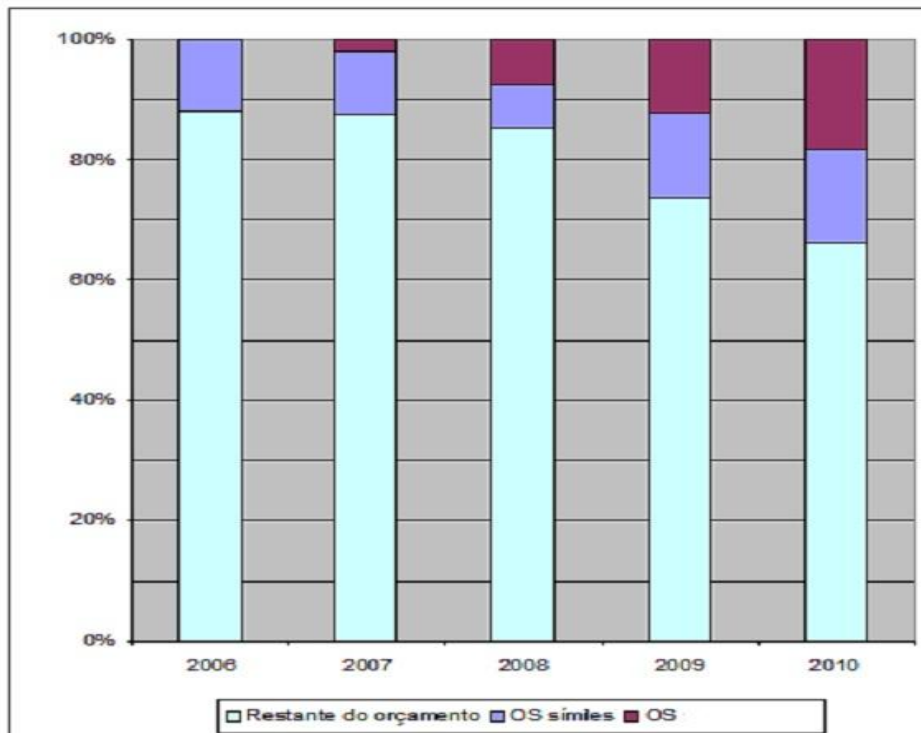


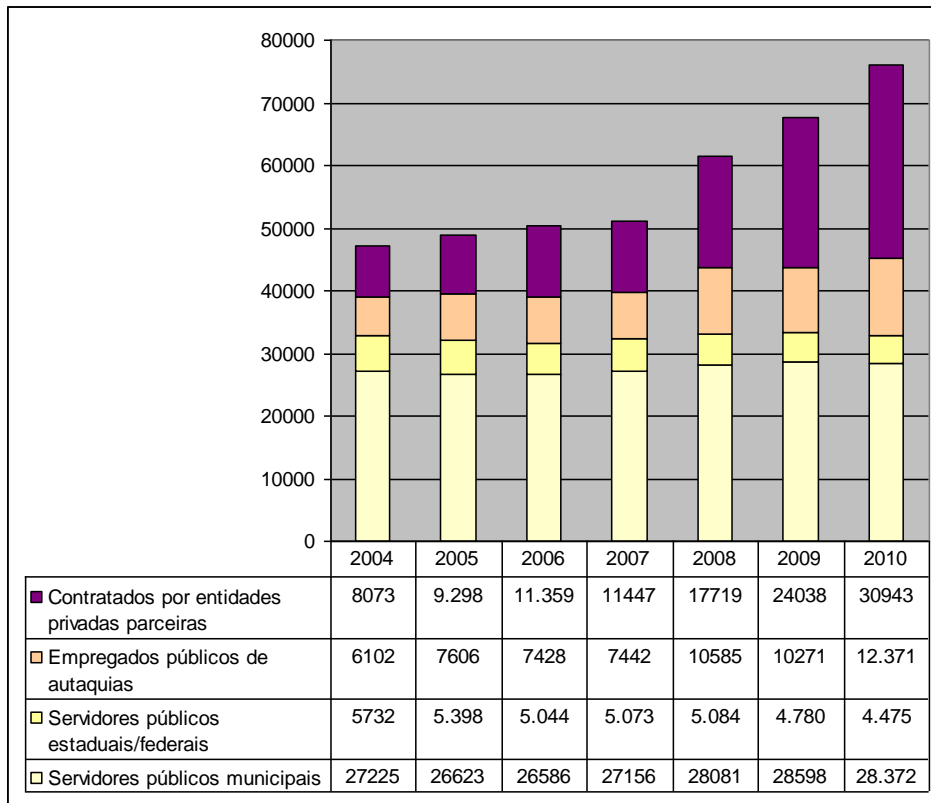
Gráfico 10 - Participação das O.S. e O.S. similares no orçamento total da SMS de São Paulo (em milhões de reais).
Fonte: SMS, TCM.

Gráfico 11 - Participação das O.S. e O.S. similares no orçamento total da SMS de São Paulo (em porcentagem).



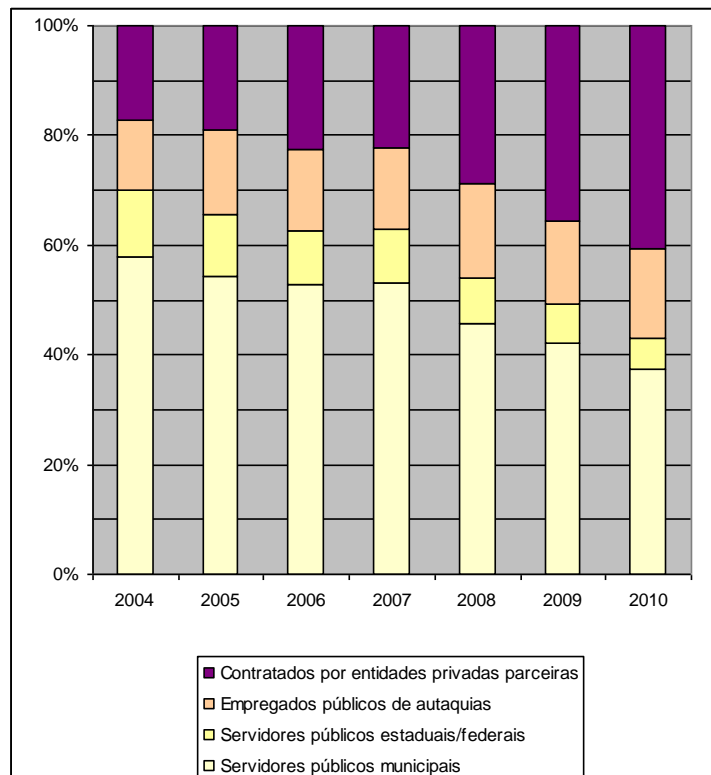
Fonte: SMS, TCM.

Gráfico 12 - Participação das diferentes modalidades de contratação de pessoal na PMSP, em números absolutos.



Fonte: SMS.

Gráfico 13 - Participação das diferentes modalidades de contratação de pessoal na PMSP, em números absolutos.



Fonte: SMS.

4.5 EVOLUÇÃO E ESPECIFICIDADES DAS LEIS DE O.S. NO ESTADO E NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Como visto no item 3.3, é enorme a variabilidade entre as leis subnacionais de O.S., o que acarreta modelos às vezes diferentes em aspectos cruciais. Portanto, se faz necessário especificar, através de uma análise legislativa, de que modelo estamos falando. Porém, a variabilidade jurídica do modelo, além de geográfica – que demonstra a sua vulnerabilidade às correlações de interesses locais –, também é temporal. Ou seja, a lei vai se alterando ao longo dos anos, o que demonstra que as regras da administração são também suscetíveis às diferentes correlações de interesses ao longo dos sucessivos mandatos. Diante disso, mais do que descrever a lei atual, pretendi trazer aqui a evolução legislativa, que possibilita descortinar os interesses na matéria e apontar para possíveis desenvolvimentos futuros da questão.

Como dito no item 3.3, as leis subnacionais se basearam na lei federal, ou na medida provisória que a antecedeu. A lei municipal de São Paulo é tardia, somente promulgada em 2006, mas as O.S. já eram uma realidade na cidade nos estabelecimentos da esfera estadual, cuja lei é de 1998. A lei estadual foi forte referência para a lei da capital, o que poderá ser deduzido a seguir, mas que não causa surpresa, haja vista a inevitável coincidência de atores da sociedade política e da sociedade civil nas duas esferas, inclusive no que se refere às O.S. contratadas. O estudo da evolução da lei municipal deve, portanto, incluir a evolução da lei estadual, entendida como processo anterior e paralelo ao da municipal.

4.5.1 A lei estadual

A lei de O.S. do estado de São Paulo foi uma das primeiras a serem promulgadas (BRASIL, 2010c, p. 27), em 1998. O seu projeto⁶⁸ foi encaminhado para discussão antes mesmo da promulgação da lei federal de O.S., a Lei n. 9.637, e se baseou na medida provisória que a antecedeu, de n. 1.591/97 (BRASIL, 1997a).

Entre as motivações, por parte do Executivo estadual, para a rápida promulgação da lei – que estava sendo discutida em regime de urgência – estavam os constrangimentos com gastos com pessoal impostos pela Lei Camata, aliado ao fato de haver seis hospitais estaduais à espera de inauguração e para os quais se reservava esse novo modelo de gestão, o que era

⁶⁸Projeto de Lei Complementar n. 3/1998 (SÃO PAULO, 1998a).

ainda mais significativo devido ao fato de aquele ser um período pré-eleitoral (CARNEIRO JUNIOR, 2002, p. 101). Note-se que, desde seu projeto, as O.S. do estado de São Paulo eram destinadas somente à área da saúde e da cultura.

No entanto, o projeto de lei enfrentou forte resistência na Assembleia Legislativa e por parte de setores da sociedade civil (movimentos sociais de saúde, entidades profissionais e Conselho Estadual de Saúde). As principais críticas ao projeto eram o fato de não ter sido submetido previamente ao Conselho Estadual de Saúde; o fraco controle por parte do poder público e da sociedade; e a possibilidade de as O.S. venderem os serviços dos equipamentos públicos para particulares e planos de saúde (CARNEIRO JUNIOR, 2002, p. 100). A polêmica pode ser mensurada pelo número de emendas propostas (92) por deputados durante os dois meses em que projeto foi discutido na Assembleia e que foi convocada uma audiência pública de que participaram cerca de 500 pessoas (GOUVEIA, PALMA, 1999, p. 144).

Finalmente aprovada, a Lei Complementar n. 846 (SÃO PAULO [estado], 1998b), apresentava diversas modificações em relação ao projeto original. Entre as principais, estavam a previsão de o atendimento pelas O.S. ser destinado exclusivamente aos usuários do SUS; que as O.S. se destinariam somente às unidades de saúde inauguradas após a promulgação da lei; e a inclusão de uma comissão avaliadora composta por membros do Executivo, do Legislativo e do Conselho Estadual de Saúde (CARNEIRO JUNIOR, 2002, p. 102). As negociações levaram, portanto, a uma importante restrição, em relação ao projeto original, do conjunto de estabelecimentos de saúde que poderia ser gerido pelas O.S., impedindo que a estratégia se tornasse dominante dentro da administração pública do setor saúde. Além disso, garantiu-se maior controle público e evitou-se a utilização do equipamento público para atendimento fora do SUS, o que iria de encontro princípios e regras que derivam da Constituição Federal e das normas gerais editadas pela União, como a lei orgânica do SUS⁶⁹.

No projeto original já estava previsto que as O.S. seriam “submetidas ao controle externo da Assembleia Legislativa, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo” (SÃO PAULO [estado], 1998a). Porém, a criação da comissão avaliadora definiu melhor essa questão. No entanto, a lei paulista ainda pode ser considerada deficiente em relação ao controle público, quando comparada à lei federal, por uma razão: não prevê a participação do poder público no

⁶⁹Lei 8.080 de 1990.

Conselho de Administração da entidade e define que a maioria do conselho será composta por associados da própria entidade⁷⁰.

A lei paulista diferia da lei federal em outros três aspectos que pretendem uma maior adequação aos princípios da administração pública que são a exigência de experiência na administração de serviços de saúde como pré-condição para a qualificação da entidade como OSS; a previsão de convocação pública das O.S. para a celebração dos contratos; e restrição à participação de parentes dos chefes do Executivo nos conselhos de administração. No entanto, as duas últimas são medidas de alcance limitado frente a seus objetivos já que a qualificação e a contratação continuavam sendo atos discricionários do Executivo e a não participação de parentes não é suficiente para garantir a impessoalidade das relações entre poder público e as entidades privadas.

Nos anos seguintes, foram emitidos decretos regulando a Lei n. 846, e esta foi sendo modificada por meio de sucessivas leis complementares, de forma que as restrições ao projeto original obtidas por meio das negociações da Assembleia e por pressão da sociedade civil foram sendo anuladas gradualmente. Em 2005, eliminou-se a exclusividade de atendimento ao SUS: a Lei Complementar n. 971 (SÃO PAULO [estado], 2005) permitiu que fosse utilizado modelo O.S. para os usuários do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE⁷¹.

Em 2009, a Lei Complementar n. 1.095 (SÃO PAULO [estado], 2009) ampliou a área de atuação das O.S., agregando às áreas originais, a saúde e a cultura, as áreas de esporte e atendimento ou promoção de pessoas com deficiência. Além disso, revogou-se a disposição que limitava a gestão por O.S. às unidades de saúde novas, inauguradas após a promulgação da Lei n. 846, o que representou uma enorme ampliação do conjunto de equipamentos públicos que agora poderiam ser geridos por esse modelo. Uma das versões do projeto dessa lei⁷² que havia sido aprovado pela Assembleia paulista ia mais além, pois continha um trecho que permitia que as O.S. pudessem ofertar até 25% de sua capacidade operacional para

⁷⁰ Mário Covas, governador de São Paulo à época da apresentação do projeto, na introdução ao projeto de lei por ele escrito e enviado à Assembleia, justifica a ausência do poder público nas O.S. com o argumento que assim se pretende “evitar a atração dessas entidades para o âmbito da Administração Indireta, com a incidência, cedo ou tarde, do plexo normativo que, minuciosamente, regula a gestão descentralizada de serviços e atividades públicas.” (SÃO PAULO [estado], 1998a)

⁷¹ “O Iamspe [Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado de São Paulo] é uma entidade autárquica autônoma, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica e patrimônio próprio (...) vinculada à Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo” e que presta atendimento médico e hospitalar aos seus contribuintes e beneficiários (IAMSPE).

⁷² Projeto de Lei 62/2008 (SÃO PAULO [estado], 2008).

usuários de planos de saúde privados ou pacientes particulares. No entanto, ele foi vetado pelo então governador José Serra.

Porém, o governador seguinte, Alberto Goldman (vice de Serra empossado após a renúncia deste para candidatar-se à presidência da República), encaminhou em regime de urgência novo projeto de lei em que novamente se propunha a inclusão do mesmo trecho vetado por seu antecessor, e, em 27 de dezembro de 2010, conseguiu-se sua aprovação sob forma da Lei Complementar n. 1.131 (SÃO PAULO [estado], 2010). Uma das justificativas para a abertura ao mercado seria o fato de que o SUS é onerado injustamente ao atender pacientes com planos de saúde; atender aos planos, cobrando, seria uma solução para o financiamento da unidade de saúde.

A aprovação da Lei n. 1.131 gerou intensa polêmica pelo fato de diminuir em um quarto a já insuficiente oferta de serviços prestados aos cidadãos pelo SUS e pela instituição de uma dupla porta de entrada nos serviços públicos. Embora o texto legal cobre o tratamento igualitário entre os usuários que acessam o serviço por meio do exercício do direito e aqueles que o acessam através do mercado, as experiências semelhantes de dupla porta de entrada em hospitais universitários ligados à Universidade de São Paulo (USP) têm mostrado uma enorme discrepância no tratamento, especialmente no que se refere a prazos para obtenção de consultas, exames e tratamentos (CAPRIGLIONE, 2011).

O argumento da desoneração do SUS do atendimento de pacientes beneficiários de planos de saúde carece de sustentação uma vez que a Lei n. 9.656/98 já prevê o ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras de planos de saúde, das despesas com o atendimento de seus beneficiários na rede hospitalar pública. A oposição à lei se formalizou com uma representação, impetrada por entidades civis⁷³ e que foi acatada pelo Ministério Público Estadual em fevereiro de 2011. A matéria está em análise.

Atualmente, existem 21 O.S. contratadas pelo governo do estado de São Paulo na área da saúde e 17 na área da cultura (SÃO PAULO [estado], 2011a). Na saúde, as O.S. administram 34 hospitais, 38 ambulatórios, 1 centro de referência, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas (SÃO PAULO [estado], 2011b).

O estudo da evolução histórica da Lei n. 846 de São Paulo nos permite perceber que, assim como a lei varia entre as diferentes regiões do país, também varia ao longo do tempo.

⁷³ Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems/SP), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), Fórum das ONG Aíds do Estado de São Paulo, Grupo Pela Vidda - SP e Grupo de Incentivo à Vida (GIV).

Pontos essenciais da lei – como os relativos à garantia do respeito aos princípios constitucionais da saúde ou da administração pública, ou à defesa da coisa pública e à regulação entre o setor público e o privado – sofrem flutuações conforme as sucessivas correlações de forças e interesses dentro do órgão legislativo e na sociedade civil. No caso do estado de São Paulo, o resultado foi um retrocesso significativo da legislação. Esta flutuação da lei paulista nos leva a concluir acerca da fragilidade dos mecanismos de controle das leis de O.S. em geral, visto que podem ser revogados a qualquer momento.

4.5.2 A lei municipal

O município de São Paulo aprovou sua própria lei de O.S., a lei municipal n. 14.132 (SÃO PAULO [cidade], 2006a), somente em 2006. O seu projeto, de n. 01-0318/2005 (SÃO PAULO [cidade], 2005a), foi objeto de intensa negociação e sofreu diversas modificações. Uma das diferenças trazidas pela lei aprovada em relação ao seu projeto foi a restrição do modelo de O.S. à área da saúde; o projeto contemplava, além desta, as áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente e cultura. No tocante à participação do poder público no Conselho de Administração, houve um retrocesso; se o projeto, neste ponto, se igualava à lei federal (garantindo um percentual de vagas do Conselho para o poder público), a composição do conselho prevista na lei aprovada reproduziu a prevista na lei estadual. Ou seja, não só não previa a representação do poder público no conselho, como definia que a maioria deste será de associados da própria entidade.

É interessante notar que, na lei aprovada – diferente do que estava no projeto, que seguia as leis federal e estadual –, não se exige do administrador público que justifique o ato de qualificação de acordo com sua conveniência e oportunidade, como é de praxe nos atos discricionários. Apenas se exige que se verifique o cumprimento dos requisitos pela organização para a sua qualificação.

Nas discussões da Câmara, houve acréscimos ao projeto que constituíram avanços em relação à lei federal. Há a previsão de processo seletivo, quando houver mais de uma entidade qualificada para prestar o serviço objeto da parceria, o que, embora represente um passo em direção à impessoalidade, é insuficiente quando comparada ao processo licitatório. Em relação ao controle público, a Câmara também conseguiu incluir avanços. A comissão de avaliação, no projeto original, era igual à da lei federal, ou seja, não tinha sua composição definida; seria indicado pela autoridade corresponde à área; e avaliaria somente a execução do contrato. Já na lei municipal de São Paulo, a comissão teria sua composição estabelecida por

lei, sendo garantida a participação de dois membros escolhidos entre os membros do Conselho Municipal de Saúde ou Conselhos Gestores das unidades, mais um membro indicado pela Câmara e três indicados pelo Executivo. A função da comissão de avaliação seria não só fiscalizar a execução do contrato através da análise da prestação de contas e dos resultados frente às metas, mas também aprovar o contrato antes que esse fosse assinado.

Essa lei também sofreu modificações posteriores. Em 2008, a lei municipal n. 14.664 (SÃO PAULO [cidade], 2008a) expande a área de atuação das O.S., agregando as atividades de esporte, lazer e recreação. Além disso, foi incluído mais um mecanismo de controle, ao ser instaurada uma nova comissão, a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF), composta por dois membros da sociedade civil e três do Executivo.

O decreto n. 49.523, de 2008 (SÃO PAULO [cidade], 2008b), que regulamentou a lei original, promoveu novas alterações, como: a exigência de que a entidade interessada comprove atuação na área há pelo menos cinco anos (ou pela entidade antecessora ou controladora); a exigência de que a entidade demonstre seus balanços patrimoniais e demonstrativos financeiros dos dois anos anteriores; a especificação do processo de seleção, que poderá ser feito (ou não) quando mais de uma entidade manifestar interesse após publicação, pela prefeitura, de Comunicado de Interesse Público – o que retirou a obrigatoriedade de processo seletivo; a exigência de publicação do contrato de gestão no portal da prefeitura na internet; a exigência de aprovação do regulamento de compras da entidade pela Secretaria de Gestão. Além disso, especificou que cada contrato de gestão firmado deve ter sua própria CAF, o que representou uma multiplicação das instâncias de controle.

Portanto, a lei paulistana, como a paulista, também foi objeto de intensa negociação em sua promulgação e sofreu, em poucos anos, algumas modificações. Uma das mudanças foi a ampliação da área de escopo das O.S., como ocorreu com a lei estadual. A ampliação não foi tão significativa, porque desde o começo a lei paulistana já poderia ser aplicada a todo o equipamento de saúde municipal, ao contrário da estadual, que inicialmente se restringia aos equipamentos novos e que foi potencialmente estendida a toda a rede apenas em 2009. Uma mudança sofrida com o tempo pela lei paulistana foi a complexificação dos mecanismos de controle, o que não ocorreu com a estadual. A operacionalização destes mecanismos será discutida no item 4.7. Cabe notar outra diferença entre a evolução de ambas as leis: a inflexão mercantil observada na esfera estadual, ou seja, a recente abertura do equipamento público para os planos de saúde, não se reproduziu ainda no âmbito municipal.

4.6 PERFIL DAS ENTIDADES QUE ATUAM COMO O.S. OU ENTIDADES CONVENIADAS O.S. SÍMILES

A tabela 4.2 mostra que existem no total 21 entidades privadas gerindo estabelecimentos públicos da SMS. Destas, 11 entidades atuam exclusivamente como O.S. símiles, cinco atuam exclusivamente como O.S. e seis atuam das duas formas. Cabe registrar que existem outras oito entidades qualificadas como O.S., mas que não estabeleceram parcerias⁷⁴. Três das entidades que atuam exclusivamente como O.S. símiles foram qualificadas como O.S.; no entanto, não celebraram nenhum contrato de gestão (SÃO PAULO [cidade], 20011d, 2011e).

A diversidade das entidades reflete a diversidade do próprio terceiro setor, evidenciando como é inconsistente qualquer tentativa de encontrar no grupo uma homogeneidade, um caráter comum outro que não a natureza jurídica. As entidades divergem na natureza de seu instituidor, na sua atividade original, no público-alvo destas atividades, e na forma como são disponibilizados seus serviços, seja por venda no mercado, seja por filantropia⁷⁵, ou ambos. A dificuldade classificatória é inerente ao terceiro setor, como discutimos no item 2.2.1. Porém, com base nestes critérios, é possível dividir as entidades em seis categorias (tabela 4.3).

A primeira categoria é bem definida, e abrange as tradicionais instituições religiosas, que vêm desenvolvendo atividades de filantropia em saúde, educação e assistência social há séculos, tendo desempenhado importante papel antes de o Estado se fazer presente com um sistema de proteção social. Estas instituições se desenvolveram com uma dupla atuação: a filantropia através da prestação de serviços gratuitos, pelo que recebem fomento estatal, e a participação no mercado, vendendo serviços a particulares e a operadoras de planos de saúde. Os hospitais Santa Catarina, Santa Casa de São Paulo e Santa Marcelina ocupam,

⁷⁴ São estas, na área da saúde: Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde, Pró- Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Saúde), Colsan (Associação Beneficente de Coleta de Sangue), Fundação do ABC, Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC), Centro Oftalmológico Tadeu Cvintal, Instituto Brasileiro de Controle do Câncer e Sociedade Beneficente São Camilo. Há ainda uma entidade qualificada como O.S. no âmbito da Secretaria de Esporte e Lazer (a outra área prevista para O.S., segundo a lei municipal), com a qual celebrou parceria, o Instituto Social Esporte e Educação.

⁷⁵ Aqui uso filantropia no sentido original, de caridade, de ação humanitária, ou, pelo menos, como disponibilização de serviços gratuitos. Dessa forma, procuro diferenciar de um uso bastante disseminado, em que o termo é aplicado para descrever a natureza jurídica privada sem fins lucrativos.

respectivamente, o 4º, o 8º e o 9º lugar no ranking das maiores empresas⁷⁶ do país do setor de serviços médicos (VALOR 1000, 2011, p. 366).

O segundo grupo é formado por instituições originadas no seio de uma comunidade, seja por auto-organização comunitária, seja por iniciativa de particulares, e cuja finalidade maior era a prestação de serviços gratuitos à própria comunidade, seja de caráter filantrópico, seja associativo. O financiamento pode ser por doações, muitas vezes de institutos de fomento internacionais, ou por fomento estatal, via convênio tradicional.

O terceiro grupo é formado por hospitais privados que apresentam também uma atuação dupla: o atendimento gratuito, que justifica o fomento estatal via convênio tradicional, e a inserção no mercado, com a venda de serviços a particulares ou operadoras de saúde. Nas finalidades e público-alvo, este grupo se assemelha muito ao primeiro. A SPDM (pessoa jurídica do Hospital São Paulo) e o Hospital Albert Einstein figuram, respectivamente, no 1º e no 5º lugar no ranking das maiores empresas do setor de serviços médicos do país (VALOR 1000, 2011, p. 366).

A quarta categoria é formada por entidades de apoio administrativo, que geralmente são criadas por dirigentes de instituições universitárias ou hospitalares com objetivo de flexibilizar a gestão da instituição. O vínculo se dá por meio de um convênio tradicional, que viabiliza a transferência de recursos da instituição para a entidade de apoio, que pode utilizá-los para gerir a instituição com maior flexibilidade, sem os controles do direito público.

O quinto grupo é formado por entidades criadas por particulares e que disponibilizam, para instituições, serviços na área de gestão. A Associação Pró-Saúde Mental e a Associação Saúde da Família ocupam um lugar no mercado de assessoria de gestão, voltadas para instituições de saúde. Não diferem muito de empresas de consultoria de gestão corporativa, mas, como são sem fins lucrativos, sua remuneração se dá, em sua atividade de origem, por convênio tradicional. A Iabas foi criada recentemente tendo como finalidade principal a gestão de serviços de saúde públicos e como público-alvo os governos, ou seja, é um exemplo de empresa criada especialmente para ocupar o espaço aberto pelo Estado na gestão dos serviços.

O sexto grupo é mais heterogêneo, e inclui um serviço social autônomo, o Seconci; a Fidi, que foi criada por particulares ligados ao Hospital São Paulo para o fornecimento de

⁷⁶ A revista Valor 1000, que apresenta o ranking das maiores empresas do país, curiosamente não faz diferença entre entidades com ou sem fins lucrativos, chamando a todas de empresas. O ranking se baseia na receita líquida da empresa.

serviços de exames de imagem; e o Instituto SAS, sobre o qual não foram obtidas informações⁷⁷.

Quase todas as entidades de alguma forma já se relacionavam com o Estado, recebendo fomento geralmente via convênios tradicionais. Muitas já estavam implicadas na gestão de serviços próprios, e muitos desses já faziam parte do SUS por meio de convênio tradicional, mas algumas nunca haviam se envolvido em prestação direta de assistência à saúde. A transferência de estabelecimentos públicos para sua responsabilidade representou uma nova fase em sua atuação, o que, para algumas, significou ampliação significativa de suas atividades.

A tabela 4.4 relaciona informações sobre as entidades, como natureza de seus instituidores e suas atividades originais (incluído público-alvo e a forma de disponibilização de seus serviços, se via mercado ou filantropia). Também constam o número de estabelecimentos sob sua gestão, por cada modalidade de atuação (O.S. ou O.S. símile), e por tipo de estabelecimento, se ambulatorial ou hospitalar. Está assinalado se a entidade também está atuando como O.S. no âmbito estadual. Percebe-se, pela tabela, a diversidade das entidades e o predomínio da SPDM, da ASF e da Casa de Saúde Santa Marcelina nas parcerias.

⁷⁷O Instituto SAS não apresenta página na internet.

Nome da entidade		Forma de atuação	
		O.S. similares	O.S.
1	Associação Comunitária e Beneficente Padre José Augusto Machado Moreira	x	
2	Associação Comunitária Monte Azul	x	
3	Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC)		x
4	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	x	x
5	Associação Pró-Saúde Mental	x	
6	Associação Saúde da Família (ASF)	x	
7	Casa de Isabel	x	
8	Casa de Saúde Santa Marcelina	x	x
9	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam)	x	x
10	Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (Bompar)	x	
11	Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	x	
12	Fundação Faculdade de Medicina (FFM)	x	x
13	Fundação Instituto de Pesquisa e Diagnóstico por Imagem (Fidi)		x
14	Instituto Adventista de Ensino	x	
15	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas)		x
16	Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês	x	x
17	Instituto SAS		x
18	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	x	x
19	Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro		x
20	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	x	x
21	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein	x	

Tabela 2 - Relação das entidades que atuam como O.S. e/ou O.S. similares junto à SMS/SP.
Fonte: SMS/SP.

Tabela 3- Classificação das entidades que atuam como O.S. e/ou símiles junto à SMS/SP segundo natureza do instituidor e finalidade.

I. Entidades filantrópicas tradicionais vinculadas a Igrejas	
1	Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC)
2	Casa de Saúde Santa Marcelina
3	Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
4	Instituto Adventista de Ensino
5	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
6	Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro
II. Entidades comunitárias	
1	Associação Comunitária e Beneficente Padre José Augusto Machado Moreira
2	Associação Comunitária Monte Azul
3	Casa de Isabel
4	Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (Bompar)
III. Hospitais privados	
1	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
2	Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês
3	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
IV. Entidades de apoio administrativo	
1	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam)
2	Fundação Faculdade de Medicina (FFM)
V. Entidades particulares da área de gestão institucional	
1	Associação Pró-Saúde Mental
2	Associação Saúde da Família (ASF)
3	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas)*
VI. Outros	
1	Instituto SAS
2	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
3	Fundação Instituto de Pesquisa e Diagnóstico por Imagem (Fidi)

*Teve seu contrato suspenso.

Fonte: sites das entidades. Elaboração própria.

Tabela 4 (parte 1 de 4) - Entidades que atuam como O.S. ou O.S. símiles junto à SMS/SP. Características e número de unidades sob sua gestão.

Nome da entidade e ano de fundação*			Natureza do instituidor	Atividade original			Número de unidades da SMS sob sua gestão por forma de atuação e por tipo de estabelecimento							
				Público-alvo	Serviços principais	Forma de disponibilização**	O.S. símile			O.S.			Total	
							Hosp.	Amb.	Subtotal	Hosp.	Amb.	Subtotal		
1	Associação Comunitária e Beneficente Padre José Augusto Machado Moreira	1985	Comunidade.	Comunidade local.	Assistência em saúde, educação, desenvolvimento comunitário.	Filantropia.	-	2	2	-	-	-	2	
2	Associação Comunitária Monte Azul	1979	Particular ligado a antroposofia.	Comunidade local.	Assistência em saúde, educação, cultura, meio ambiente, desenvolvimento comunitário.	Filantropia.	-	14	14	-	-	-	14	
3	Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC)	1571	Igreja Católica.	População geral.	Assistência em saúde, educação formal.	Mercado. Filantropia.	-	-	-	2	40	42	42	X
4	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	1956	Dirigentes de hospital filantrópico (Hosp. São Paulo***).	População geral. Universidade (Unifesp).	Assistência em saúde.	Mercado. Filantropia.	-	96	96	4	49	53	149	X
5	Associação Pró-Saúde Mental	n/d	Particulares.	Instituições (de saúde mental)	Assessoria em gestão para instituições de saúde mental.	Mercado.	-	1	1	-	-	-	1	

(Continua na próxima página)

Tabela 4 (parte 2 de 4) - Entidades que atuam como O.S. ou O.S. símiles junto à SMS/SP. Características e número de unidades sob sua gestão.

Nome da entidade e ano de fundação*			Natureza do instituidor	Atividade original			Número de unidades da SMS sob sua gestão por forma de atuação e por tipo de estabelecimento						Vínculo com a SES?	
				Público-alvo	Serviços principais	Forma de disponibilização**	O.S. símile			O.S.				Total
							Hosp.	Amb.	Subtotal	Hosp.	Amb.	Subtotal		
6	Associação Saúde da Família (ASF)	1992	Particulares.	Início: população geral.	Prevenção e assistência em saúde reprodutiva e DST.	Filantropia.	-	107	107	-	-	-	107	
				Instituições (de saúde)	Assessoria em gestão.	Mercado.	-							
7	Casa de Isabel	1996	Comunidade ****.	Comunidade local.	Assistência a vítimas de violência, desenvolvimento comunitário.	Filantropia.	-	1	1	-	-	-	1	
8	Casa de Saúde Santa Marcelina	1838	Igreja Católica.	População geral.	Educação formal. Assistência em saúde.	Mercado. Filantropia.	-	41	41	4	53	57	98	x
9	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam)	1991	Dirigentes de hospital filantrópico (Pérola Byngton).	Instituição.	Apoio técnico e administrativo ao hospital. Assessoria a instituições.	Mercado.	-	2	2	1	26	27	29	
10	Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (Bompar)	1946	Igreja Católica.	Comunidade local.	Educação, formação profissional, desenvolvimento comunitário.	Filantropia.	-	7	7	-	-	-	7	
11	Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	1881	Igreja Católica.	População geral.	Assistência social na área de saúde mental.	Filantropia.	-	7	7	-	-		7	

(Continua na próxima página)

Tabela 4 (parte 3 de 4) - Entidades que atuam como O.S. ou O.S. símiles junto à SMS/SP. Características e número de unidades sob sua gestão.

Nome da entidade e ano de fundação*			Natureza do instituidor	Atividade original			Número de unidades da SMS sob sua gestão por forma de atuação e por tipo de estabelecimento						Vínculo com a SES?	
							Público-alvo	Serviços principais	Forma de disponibilização**	O.S. símile				O.S.
				Hosp.	Amb.	Subtotal				Hosp.	Amb.	Subtotal		
12	Fundação Faculdade de Medicina (FFM)	1986	Ex-alunos e dirigentes da Faculdade de Medicina da USP.	Faculdade de Medicina (USP) Instituições de saúde e ciência. Empresas.	Apoio técnico e administrativo ao hospital universitário. Educação. Pesquisa.	Mercado. Filantropia.	-	7	7	2	7	9	16	x
13	Fundação Instituto de Pesquisa e Diagnóstico por Imagem (Fidi)	1985	Dirigentes do hospital filantrópico (Hosp. São Paulo)	Universidade (Unifesp). População geral.	Serviços de exames diagnósticos de imagem.	Mercado. Filantropia.	-	-	-	-	-	†	†	
14	Instituto Adventista de Ensino ††	1014	Igreja Adventista do 7º. dia.	População geral.	Educação formal.	Mercado. Filantropia.	-	12	12	-	-	-	12	
15	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas)	2008	Particulares.	Governos.	Assistência em saúde.	Mercado.	-	-	-	-	-	†††	†††	
16	Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês	1921	Particulares.	População geral.	Assistência em saúde.	Mercado. Filantropia.	-	5	5	1	-	1	6	
17	Instituto SAS	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	-	-	-	1	-	1	1	

(Continua na próxima página)

Tabela 4 (parte 4 de 4) - Entidades que atuam como O.S. ou O.S. símiles junto à SMS/SP. Características e número de unidades sob sua gestão.

Nome da entidade e ano de fundação*			Natureza do instituidor	Atividade original			Número de unidades da SMS sob sua gestão por forma de atuação e por tipo de estabelecimento						Vínculo com a SES?	
							Público-alvo	Serviços principais	Forma de disponibilização**	O.S. símile				O.S.
				Hosp.	Amb.	Subtotal				Hosp.	Amb.	Subtotal		
18	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	1560	Igreja Católica.	População geral.	Educação formal. Assistência em saúde.	Mercado. Filantropia.	-	6	6	4	11	15	21	x
19	Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro	1895	Igreja Católica.	População geral.	Assistência em saúde.	Mercado. Filantropia.	-	-	-	1	-	1	1	
20	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	1964.	Sindicato patronal.	Trabalhadores do setor.	Assistência social, assistência em saúde e educação.	Filantropia.	-	3	3	-	18	18	21	x
21	Soc. Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein	1950	Particulares.	População geral.	Assistência em saúde.	Mercado. Filantropia.	-	17	17	-	-	-	17	

* A data da fundação não necessariamente se refere à pessoa jurídica exata que celebra parceria com a SMS. Pode se referir à entidade maior à qual esta pessoa está vinculada.

** “Disponibilizar no mercado” se refere ao sentido de oferecer serviços mediante remuneração, ainda que em muitos casos a remuneração seja por convênio com instituição pública. No entanto, optei por considerar mais a natureza da relação do que a natureza jurídica do acordo.

*** O Hospital São Paulo pertencia à Escola Paulista de Medicina, que era pessoa privada. Quando a escola foi federalizada, o hospital não o foi; criou-se, portanto, a SPDM como pessoa jurídica para o hospital.

**** A Casa de Isabel não pertence a instituição religiosa. No entanto, na página principal da entidade na internet, fica clara a orientação religiosa da entidade: há um link para a Bíblia On Line, além de reprodução do “versículo do dia”.

† A FIDI não administra nenhum serviço em particular, mas o setor de exames de imagem de inúmeros serviços de saúde.

†† Ou Unasp: Centro Universitário Adventista de São Paulo.

††† O Iabas administraria unidades de AMA Sorriso, que se situa anexa a outra unidade de saúde, e que não é considerada uma unidade independente, visto que não consta da lista de unidades da SMS. No entanto, teve seu contrato suspenso.

Fontes: Sites das entidades, da SMS/SP e da SES/SP. SMS/SP (CAB, Ceinfo, NTCSS). Elaboração própria.

4.7 OS MECANISMOS DE CONTROLE DA PREFEITURA

Nas próximas seções, discorrerei sobre os mecanismos adotados pela prefeitura para controlar as parcerias com o terceiro setor, ou seja, os meios para o exercício de regulação desta forma de interação público-privada. A existência de tais mecanismos reguladores é tão antiga quanto as tradicionais parcerias de fomento. Contudo, junto com a intensa transformação do papel da prefeitura em relação às políticas públicas – de executor para regulador –, e com o surgimento de novas formas de parcerias, apareceram novos órgãos e instâncias de regulação. Este aparato novo se justifica pelo fato de que agora se está transferindo para entidades privadas uma quantidade muito maior de dinheiro público (34% do orçamento da saúde em 2010, sendo 18% para O.S. e 16% para O.S. símiles), além de bens móveis e imóveis, servidores e mesmo posições importantes no gerenciamento da execução das políticas públicas. O controle das antigas formas de parcerias também têm sofrido mudanças e incrementos, visto que se reconhece que não vinha sendo tão efetivo como se deveria.

4.7.1 Instâncias de controle de convênios e de contratos de gestão

As principais parcerias existentes antes do surgimento das O.S. eram os convênios. Como já discutido, os convênios tradicionais são parcerias voltadas para o fomento à atividade privada, ou seja, com entidades que prestam atendimento gratuito com suas próprias instalações e que recebem dinheiro público a título de incentivo. Estas entidades são numerosíssimas, não só na saúde⁷⁸. Um decreto de 2008 (SÃO PAULO [cidade], 2008d) que tem como objeto estes convênios tradicionais estipulou que o controle sobre estas entidades se basearia em relatórios de execução físico-financeira feitos pela entidade, além da entrega de todos os comprovantes de despesas. Ou seja, o controle sobre os convênios é basicamente financeiro, e não baseado em resultados.

A execução dos convênios sempre foi controlada pela secretaria responsável pelo acordo, mas pode também sofrer fiscalização por parte de outras instâncias. No âmbito interno do Executivo municipal, existe a Auditoria Geral (Audig), ligada à Secretaria de Finanças; no âmbito externo, há o Tribunal de Contas do Município. Ambas as instituições têm poder de instaurar auditorias; não são incumbidas, entretanto, de um controle sistemático.

⁷⁸ A Secretaria Municipal de Assistência Social, a título de exemplo, mantém convênio com 1.056 entidades, que recebem um total anual de 450 milhões de reais (SÃO PAULO [cidade], 2011j).

A diversificação e a intensificação das parcerias com o setor privado expôs a situação de controle precário sobre as já existentes. As iniciativas de pesquisa do fenômeno por parte do MPOG, do IBGE e do Ipea, citadas no item 2.2, são exemplo dessa necessidade de maior conhecimento de como o Estado vem se relacionando com o terceiro setor. No âmbito da prefeitura, também houve medidas no sentido de melhorar o controle de todos estes tipos de parcerias, como a criação do Cadastro Único do Terceiro Setor, em 2006, e, dentro da Secretaria de Planejamento, da Divisão de Gestão de Parcerias Público-Terceiro Setor, em 2011, que ficará responsável por gerir o cadastro, estimular parcerias e realizar os trâmites de qualificação de entidades como O.S. ou Oscip.

As novas formas de parceria que surgiram nos últimos anos trouxeram novidades no quesito fiscalização. No caso das Oscip, a inovação é incremental. O termo de parceria, acordo firmado entre o governo e uma Oscip, também regula uma parceria de fomento, ou seja, a entidade qualificada como Oscip também presta um serviço gratuito com suas próprias instalações e recebe incentivo financeiro. O termo de parceria seria, portanto, somente uma versão modernizada do convênio. A natureza de ambas as parcerias é a mesma, com a diferença residindo no controle, que nas Oscip não se limita ao aspecto financeiro, se estendendo também aos resultados⁷⁹.

Por outro lado, a decisão pelas entidades conveniadas O.S. símeles, que estavam ainda sujeitas à fiscalização tradicional de convênios, e seu desdobramento “natural”, a aprovação das O.S., gerou uma transformação importante nos aparatos de fiscalização e controle, negociados na Câmara à época do projeto de lei das O.S. e das modificações legislativas posteriores, como visto no item 4.5.2. A criação destes novos órgãos de controle e sua transformação ao longo do tempo é a materialização institucional do novo papel regulador a que se pretende a prefeitura.

Em relação às O.S., verifica-se que, na lei original, de 2006, já estava prevista uma Comissão de Avaliação a ser responsável pela aprovação do contrato de gestão e pelo acompanhamento e fiscalização de sua execução. A comissão seria presidida pelo Secretário de Saúde, e seria ainda composta por: dois membros da sociedade civil escolhidos entre os membros do Conselho Municipal de Saúde ou dos Conselhos Gestores dos equipamentos a

⁷⁹ Nem sempre, contudo, a prefeitura utiliza este tipo de parceria para fomento. Por exemplo, a parceria da prefeitura com a Oscip Via Pública consiste na sua contratação para assessoria em gestão de O.S., ou, mais precisamente, execução de pesquisas de satisfação junto à população, assemelhando-se a parceria a um contrato comum.

serem geridos; um membro indicado pela Câmara Municipal de São Paulo; e três membros indicados pelo Executivo⁸⁰.

A lei municipal n. 14.664, de 2008, alterou a lei em relação aos mecanismos de controle. Restringiu a atuação da Comissão de Avaliação à aprovação do contrato antes de sua assinatura, e mudou a proporção entre os membros: mantiveram-se dois membros para os Conselhos continuaram com dois membros, mas aumentaram de um para dois o número de membros indicados pela Câmara, e de três para quatro o de indicados pelo Executivo.

A lei criou ainda a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF), que assumiu a função de acompanhamento contábil e dos resultados, sendo composta por dois membros da sociedade civil (sem especificar que deveriam ser do Conselho) e três do Executivo. O decreto 49.523, de 2008, especificou que cada contrato de gestão firmado deve ter sua própria CAF; ou seja, seriam muitas CAF atuando junto à prefeitura. No entanto, a primeira CAF foi instituída somente no fim de 2010 (SÃO PAULO [cidade], 2011k, p. 18), e segue sendo a única. As CAF devem se reunir a cada semestre e disponibilizar publicamente seus relatórios.

Foi criado, ainda, dentro da SMS, o Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS), setor responsável por elaborar os instrumentos para monitoramento e avaliação com as O.S. (SÃO PAULO [cidade], 2010b, p. 254) e por avaliar os relatórios que as entidades produzem sobre gestão financeira e sobre os resultados, vis-à-vis as metas estipuladas.

As entidades conveniadas O.S. símiles, por outro lado, continuam regidas por convênios que, embora diferente dos convênios tradicionais na natureza da parceria que regulam, se igualam a estes em termos de mecanismos de controle. Embora fossem a princípio uma solução de transição, permanecem tendo importante participação no orçamento e na rede municipal de saúde. As O.S. símiles não são acompanhadas por comissão própria nem possuem um órgão específico de acompanhamento e controle dentro da SMS, sendo a Coordenação de Atenção Básica a responsável pelos convênios. Não estiveram disponíveis para esta pesquisa maiores informações sobre os convênios, não tendo sido possível apurar se há algum tipo de controle de resultados⁸¹. O que se sabe é que, diferentemente das O.S., não está prevista nenhuma forma de publicização de informação além do quantitativo do recurso repassado por meio destes convênios. Nem sequer os ajustes estão disponíveis *online*. As O.S.

⁸⁰ Vale lembrar que no projeto original da lei, a Comissão de Avaliação não tinha sua composição definida, sendo indicada pela autoridade da área de atuação da O.S.

⁸¹ Até a conclusão deste trabalho, ainda não havia recebido resposta da Coordenadoria de Atenção Básica, que controla os convênios com as O.S. símiles, acerca do conteúdo dos ajustes.

símiles, medida temporária que se perenizou, mantêm-se em um limbo regulatório, em contraste com todo o novo aparato de controle previsto para as O.S.

4.7.2 Avaliação do controle sobre as O.S. e entidades conveniadas O.S. símiles

Nesta seção será discutido o quanto o novo aparato regulatório proposto para as O.S. tem resultado em efetiva regulação e como tem se dado o controle das O.S. símiles.

Em relação às O.S., o controle exercido no interior do Executivo tem se restringido àquele realizado pelo próprio órgão contratante, a SMS, através do NTCSS. A SMS apresenta anualmente em audiência pública sua prestação de contas em que dá ênfase aos contratos de gestão com as O.S., apresentando dados de destinação e execução orçamentárias, produtividade e os objetos dos contratos; não se mencionam, no entanto, se houve ou não cumprimento das metas estabelecidas nos contratos ou aspectos da gestão financeira por parte das entidades (SÃO PAULO [cidade], 2007, 2009a, 2010a, 2011h). Apurou-se que a Auditoria Geral, da Secretaria de Finanças, nunca realizou nenhuma auditoria nos contratos de gestão (SÃO PAULO [cidade], 2011k).

As fontes mais completas sobre como vem se efetuando a regulação das O.S. são externas: do Poder Judiciário e do Poder Legislativo. O Judiciário se fez presente na matéria por meio das auditorias do Tribunal de Contas do Município de São Paulo (TCM), que desde o início tem dedicado atenção especial à questão das O.S., apontando falhas de regulação e emitindo recomendações à prefeitura e à SMS. Os reiterados relatórios do TCM levaram à criação, no âmbito do Poder Legislativo, da Subcomissão das O.S., comissão temporária de investigação da Câmara Municipal que teve o objetivo de avaliar a efetividade regulatória do Executivo, e cujos trabalhos foram conduzidos de junho a setembro de 2011.

4.7.2.1 As auditorias do Tribunal de Contas do Município

Qualquer tipo de parceria entre poder público e setor privado pode ser sujeita ao controle do Tribunal de Contas do Município (TCM). Todo ano, o TCM produz um relatório que pretende dissecar a atuação de todos os setores de atuação do governo municipal em relação à gestão dos recursos financeiros e patrimônio, à execução do orçamento, ao desempenho operacional e ao cumprimento dos objetivos de cada secretaria. Nos relatórios dos últimos anos (SÃO PAULO [cidade], 2008e, 2009b, 2010b, 2011i) percebe-se que a

questão das O.S. ocupa lugar proeminente do capítulo da saúde. Como é de praxe, o TCM aponta falhas e encaminha recomendações de correção à secretaria responsável.

No relatório relativo ao ano de 2007, o primeiro ano das O.S., o TCM foca sua avaliação na redação dos contratos, apontando falhas como a não estipulação de metas ou prazos e a inexistência de critérios objetivos de avaliação de desempenho (SÃO PAULO [cidade], 2008e, p. 257).

No relatório relativo a 2008, já se analisam as instâncias internas de controle e fiscalização: apontam-se a insuficiência de funcionários para o controle financeiro dos contratos e o fato de que o novo órgão de controle específico para os contratos de gestão, a CAF, prevista em lei daquele ano, não havia ainda sido constituído. Neste ano, a auditoria também se dirigiu à execução dos contratos, ou seja, à operacionalização das O.S., apontando o não cumprimento de metas estabelecidas e déficit de produtividade, além de problemas de gestão financeira, como o fato de que nem todo o dinheiro repassado às O.S. vinha sendo gasto (SÃO PAULO [cidade], 2009b, p. 250).

No relatório relativo a 2009, as falhas apontadas no controle das O.S. se multiplicaram. Verificou-se que o NTCSS aprovou prestações de contas (elaboradas pelas próprias entidades) que continham erros e inconsistência de dados, do que se concluiu que o controle interno exercido por aquele órgão é falho e ineficiente; para isso, contribuía, segundo o relatório, a escassez de funcionários⁸² (que já havia sido citada no relatório do ano anterior) e a ausência de sistemas informatizados. Verificou-se que havia falha na elaboração de indicadores de desempenho e que houve desrespeito aos regulamentos de compras por parte das entidades. Além disso, um ano após a primeira determinação do TCM a respeito da constituição da CAF, esta seguia inexistente, apesar de os contratos avançarem a todo vapor. Verificou-se ainda que os recursos não estavam sendo repassados para contas correntes específicas para os contratos de gestão, o que inviabilizava a transparência e o controle das movimentações financeiras das entidades. Para a opacidade dos repasses para as O.S. contribuía também a forma como as despesas eram classificadas pela SMS, que não individualizava, em seus relatórios, estes repasses, comprometendo sua visibilidade. Este problema seria corrigido já no ano seguinte com a criação, no balanço financeiro da

⁸²A equipe do NTCSS responsável pela fiscalização das prestações de contas dos então 28 contratos de gestão – referindo-se cada um deles a enorme volume de atividades e de recursos financeiros – era composta por apenas dois funcionários (SÃO PAULO [cidade], 2011k, p. 9).

secretaria, de rubricas específicas para as despesas com O.S.⁸³ (SÃO PAULO [cidade], 2010b, p. 260).

No relatório de 2010, consta que algumas das deficiências regulatórias encontradas no ano anterior não haviam sido corrigidas: a ausência de contas correntes específicas; as falhas do NTCSS nas análises de prestações de contas, no acompanhamento oportuno da evolução das despesas realizadas e do saldo financeiro disponível; o desrespeito aos regulamentos de compras pelas O.S.; e a falhas na elaboração dos indicadores de desempenho (SÃO PAULO [cidade], 2011i, p. 240). A operacionalização dos contratos encontrava dificuldades: constatou falta de profissionais no quadro das O.S. e a ausência de repasse de recursos, por parte da SMS, para algumas atividades.

4.7.2.2 A Subcomissão das O.S. na Câmara Municipal

As sucessivas críticas do TCM à falta de controle do uso dos recursos orçamentários pelas O.S. foram levadas à Comissão de Finanças e Orçamento da Câmara Municipal, que decidiu por instaurar a Subcomissão das Organizações Sociais de Saúde. A subcomissão funcionou entre junho e setembro de 2011, tendo como objetivo “analisar e acompanhar a execução dos Contratos de Gestão firmados pela Municipalidade junto às Organizações Sociais atuantes na área da Saúde” (SÃO PAULO [cidade], 2011k, p. 1). Ressalta-se que não coube à subcomissão “apurar se o modelo de gerenciamento por Organizações Sociais é ou não melhor que o praticado pela administração direta do Poder Público, mas sim apurar exclusivamente se os métodos de controle das entidades estão funcionando a contento”. Foram ouvidos representantes de instituições e órgãos envolvidos, a saber: TCM, NTCSS, Oscip Via Pública⁸⁴, as O.S. Seconci, SPDM e ACSC, e a Auditoria Geral (Audig), da Secretaria Municipal de Finanças.

Os auditores do TCM referiram que os problemas encontrados têm sua raiz mais na SMS, em seu despreparo para assumir o controle dos vultuosos contratos assinados, do que nas próprias O.S. As exposições trouxeram dados novos além daqueles encontrados nos relatórios anuais da entidade.

⁸³ As rubricas criadas foram: 4125 (Operação e Manutenção para Atendimento Ambulatorial, Odontológico e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia por meio das Organizações Sociais - O.S.'s) e 4126 (Operação e Manutenção do Atendimento Hospitalar, Pronto Socorros e Pronto Atendimento por meio das Organizações Sociais - O.S.'s).

⁸⁴ Entidade que, apesar de Oscip, foi contratada pela prefeitura para promover assessoria na implementação do modelo de O.S.

No tocante à gestão financeira, se observou, por um lado, atrasos nos repasses, e, por outro, que, mesmo quando não havia a utilização de todo o recurso repassado pela O.S., a SMS não interrompia nem diminuía os repasses mensais. Dessa forma, as O.S. acumulavam dinheiro público em caixa, que aplicavam no mercado financeiro, gerando dividendos que eram incorporados como receita do contrato de gestão. Segundo um dos auditores do TCM, isso configura desvio de finalidade do dinheiro público, sobretudo no caso de dois contratos selecionados para exame (das O.S. SPDM e Seconci) em que não foram apenas sobras marginais que foram destinadas a aplicações financeiras, mas a maior parte dos repasses, que deveriam ter se convertido em serviços prestados à população, fato que foi noticiado na imprensa (SÃO PAULO [cidade], 2011k, p. 12).

Em relação ao controle interno do Executivo, foram estudadas as três instâncias dentro da SMS: o NTCSS, a Comissão de Avaliação e a CAF. Segundo um dos auditores do TCM, Maurício Faria, o controle através do NTCSS era tão falho que se pôde concluir que os relatórios de prestações de contas enviados ao órgão pelas O.S. eram tão somente arquivados assim que chegavam, sem serem submetidos a nenhuma espécie de fiscalização (SÃO PAULO [cidade], 2011k, p. 13). De acordo com outro auditor, Luís Camargo, em 2011 houve pouca melhora na estrutura do NTCSS. Está em implementação sistema informatizado que será alimentado com dados das entidades contratadas, o que poderá melhorar o controle.

Sobre a Comissão de Avaliação, responsável pela análise dos contratos, verificou-se que nove contratos de gestão foram assinados antes de sua constituição. Sobre a CAF, a situação é mais crítica. A SMS somente só instaurou a primeira CAF em dezembro de 2010⁸⁵. O descumprimento da lei de 2008 por parte da SMS continuou, já que, até o fim dos trabalhos da Subcomissão, esta CAF permanecia sendo a única, quando a lei prevê uma CAF para cada contrato.

Portanto, o que se observa em relação ao esforço de fiscalização por parte da SMS e da prefeitura é, de um lado, a manutenção de um órgão de controle interno, o NTCSS, sem capacidade operacional (recursos humanos e técnicos) para fiscalizar os contratos; e, por outro, o descumprimento da legislação ao não implementar instâncias fundamentais de controle com participação da sociedade, as CAF, e ao manter contratos que não foram avaliados pela Comissão de Avaliação.

Também no âmbito do controle interno do Executivo, o depoimento do representante da Auditoria Geral (Audig) da Secretaria de Finanças revelou que nunca o órgão procedeu a

⁸⁵ Portaria 1176, de 10.12.2010.

uma auditoria dos contratos de gestão da saúde. Segundo o relatório da Subcomissão, “a Auditoria Geral e a Secretaria Municipal de Finanças necessitam urgentemente priorizar a programação de auditorias especiais no sentido de aprimorar a fiscalização do uso dos recursos públicos”.

A subcomissão ouviu a Seconci para esclarecimento de irregularidades encontradas em auditoria do TCM, como a terceirização na contratação de médicos, sobra de recursos não utilizados e condições físicas inapropriadas em uma das unidades administradas. A SPDM foi inquirida em relação a subutilização da verba repassada (entre fevereiro de 2008 e junho de 2009, foram utilizados somente 29% do montante repassado para custeio e 0,5% do destinado a investimento). As entidades afirmaram que as movimentações financeiras eram informadas ao NTCSS.

A conclusão da subcomissão foi de “que o controle dos contratos de gestão demonstra-se falho e deficiente, chegando ao não cumprimento de itens importantes previstos na legislação tais como o funcionamento das Comissões de Acompanhamento de Fiscalização”.

As recomendações da Subcomissão das O.S. foram: a imediata instalação das CAF; a análise, pela Comissão de Avaliação, dos contratos firmados anteriormente à sua instalação; contratação via concurso público de novos funcionários qualificados para o NTCSS; ação efetiva das CAF e do NTCSS; continuidade na implementação do sistema informatizado de controle na SMS, sua integração com a Audig e disponibilização dos dados ao público em geral; instauração de auditorias permanentes nos contratos pelo TCM; auditorias sistemáticas pela Audig; e aprovação de projeto de lei em curso na Câmara que prevê licitação na escolha das O.S. a serem contratadas.

4.7.2.3 A invisibilidade das entidades conveniadas O.S. símiles

Como vimos, as entidades conveniadas O.S. símiles não estão sujeitas às instâncias de controle determinadas para as O.S. (Comissão de Avaliação, CAF e NTCSS). Na condição de parceiras via convênio, estão legalmente sujeitas apenas aos controles previstos para este tipo de ajuste, reconhecidamente débeis para tamanha transferência de recursos e responsabilidades.

A lista e os documentos dos convênios não estão disponíveis no portal da prefeitura, como ocorre com as O.S., para a qual a publicação dos documentos está prevista em lei. Os

documentos dos convênios, como já dito, não haviam sido liberados pela Coordenadoria de Atenção Básica até a conclusão deste trabalho.

A prestação de contas da SMS apenas cita os convênios com as O.S. símiles e o valor total dos repasses por entidade, enquanto que boa parte dos documentos é dedicada às famosas O.S., apresentando os valores por elas recebidos, suas áreas de atuação e sua produção.

O controle externo tampouco se detém nas O.S. símiles. Nos relatórios anuais do TCM constam as despesas com as entidades conveniadas, apesar da dificuldade de visualização destas, já que estão separadas em diferentes rubricas segundo a atividade^{86,87}, ao contrário das despesas com as O.S., que desde 2010 estão relacionadas em rubricas específicas. Registra-se a subutilização dos recursos transferidos às O.S. símiles, mas esse é o máximo de aprofundamento na matéria. Em contrapartida, nos últimos relatórios, o TCM tem dado especial atenção às O.S., reservando para estas a cada ano seções específicas, promovendo auditorias de contratos de gestão e emitindo recomendações à SMS sobre a necessidade de maior fiscalização.

Talvez o exemplo mais cabal da invisibilidade das entidades conveniadas O.S. símiles seja o fato de que estas tenham sido excluídas da investigação da Subcomissão das O.S. – apesar de, em comparação com as O.S., estarem envolvidas no mesmo tipo de transferência de gestão de equipamento público, de envolverem muitas vezes as mesmas entidades privadas, de terem sido mais significativas no orçamento até 2009, de ainda administrarem mais estabelecimentos e de terem muito menos mecanismos de controle previstos. O próprio nome da subcomissão indica que a investigação se limitou às O.S., o que prova o quanto pode ocultar uma imprecisão terminológica, a saber, chamar por nomes distintos dois fenômenos fundamentalmente semelhantes. Na primeira página do relatório final da Subcomissão (SÃO PAULO [cidade], 2011k), nota-se uma divergência entre dois descritivos da Subcomissão: ora se diz que seu objeto são os contratos entre a municipalidade e o terceiro setor na saúde, ora que são os contratos entre a municipalidade e as O.S. da saúde. Ora, ao se identificar O.S. como sendo todo terceiro setor implicado na transferência de gestão da saúde municipal exclui-se justamente o importante fenômeno das O.S. símiles.

⁸⁶ 4111: Operação e Manutenção do Programa Saúde da Família – PSF; 4123: Implantação e Manutenção da Assistência Médica Ambulatorial; 4124: Implantação e Manutenção do Serviço Especializado em Saúde Mental.

⁸⁷ Atualmente, estão invisíveis também gastos em determinadas ações como, p.ex., Saúde da Família, em que parte dos gastos estão na atividade de mesmo nome, e parte na atividade referente a gastos com O.S..

O relatório chama a atenção para o enorme e crescente volume de dinheiro transferido para as O.S. (983 milhões em 2009, ou 19% do orçamento da saúde). No entanto, o problema é muito maior, já que, ao se incluir as entidades conveniadas O.S. símiles, o total de recursos em 2010 chega a 1,8 bilhão de reais, ou 34% do orçamento da saúde. A subcomissão concluiu sobre a inefetividade dos novos mecanismos de controle previstos, sem se dar conta de que a metade do problema não está sequer sob a ação destes mecanismos. Esta é, portanto, uma falha da SMS que não apareceu: que uma solução temporária e, segundo o próprio ex-prefeito Serra, carente de legalidade (SÃO PAULO [cidade], 2005b), tenha se perpetuado – somente cinco anos depois da lei das O.S., os contratos de gestão superaram os convênios de transferência de gestão em recursos orçamentários; contudo, as O.S. símiles ainda respondem por mais estabelecimentos da rede municipal de saúde municipal (36% do total, contra 25% com as O.S.).

5 DISCUSSÃO

5.1. A AUSÊNCIA DE REGULAÇÃO PELA PREFEITURA DE SÃO PAULO

O fenômeno das O.S. na cidade de São Paulo é relativamente recente – a lei municipal é de 2006, enquanto que a lei estadual é de 1998. No entanto, a ausência de limites legais para a aplicação do modelo permitiu sua rápida expansão. Junte-se a esta a incômoda permanência de uma solução a princípio provisória e de legalidade duvidosa, anterior à lei das O.S.: as entidades conveniadas O.S. símiles. Somando os dois fenômenos, chega-se à conclusão de que atualmente o modelo é predominante na rede municipal de saúde da maior cidade do país.

Como vimos, a transferência da gestão do equipamento público para a iniciativa privada se justifica pelo argumento da eficiência, atributo que, à época da reforma bresseriana do Estado, foi incluído na Constituição como princípio da administração pública, ao lado de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade. Ao contrário da administração pública burocrática, a gestão privada teria procedimentos flexíveis que lhe permitiriam alcançar o máximo de resultados com o mínimo de recursos. Além disso, a gestão privada primária pela transparência, evitando assim a captura por interesses privados, própria da administração burocrática. Neste cenário, caberia ao Estado renovar sua máquina, transferindo para a iniciativa privada o papel de executor das políticas públicas e adequando-se ao papel de regulador desta ação privada.

Embora a privatização⁸⁸ da saúde na cidade de São Paulo seja recente, a sua intensidade e a existência de investigações realizadas por órgãos públicos nos fornecem dados empíricos que já nos permitem avaliar o desempenho da prefeitura neste seu novo papel regulador. Antes de procedermos às considerações sobre a o papel regulador da prefeitura de São Paulo, cabe ressaltar que regulação, um termo que entrou na moda com a reforma bresseriana, é uma palavra imprecisa e polissêmica. Oliveira (2010) estuda os sentidos do termo e destaca duas conotações principais. A primeira seria a regulação como controle, ou seja, como ajustamento e regramento, o que se refere ao estabelecimento e operação de um conjunto de normas baseadas em conhecimentos técnicos e científicos. Neste sentido, se prioriza o caráter técnico da regulação. A segunda conotação seria a regulação como direção, ou seja, como negociação e comando, o que se refere à atividade de resolução de conflitos e equilíbrio de poderes. Neste outro sentido, se destaca o caráter político da regulação. A

⁸⁸Entende-se aqui privatização no sentido empregado por Di Pietro (2005, p. 23), o de qualquer medida no sentido de diminuir o tamanho do Estado .

regulação não se restringe a um setor específico da máquina pública: ainda segundo Oliveira (2010, p. 76), a atividade regulatória é exercida a partir das três funções do Estado: a legislativa (emissão de normas), a judicante (arbítrio de conflitos) e a executiva (implementação de decisões administrativas).

Ora, é evidente que a regulação não é, portanto, uma função nova do Estado. A novidade está em um tipo específico de regulação que é a da execução das políticas públicas por entidades privadas. Ainda assim, esta situação não é exatamente inédita, já que o antigo fomento à atividade privada de interesse público já podia ser considerado, muitas vezes, como execução de políticas públicas pelo setor privado, para o qual o Estado já tinha seus meios de controle, fiscalização, enfim, regulação. No entanto, a opção pelas O.S. significou uma diferença qualitativa, ao empregar a transferência do equipamento público à entidade privada, e quantitativa, por engendrar uma enorme ampliação da atuação privada na política pública; ampliação esta que, se em outras partes do Brasil é potencial, na capital de São Paulo foi real. Diante desse novo cenário de relação público-privada, foi necessária a renovação da máquina estatal, ou seja, a criação e a operação de novo aparato regulador.

A materialização legal e institucional desta nova função da prefeitura de São Paulo se deu em diferentes etapas que poderíamos dividir em formulação, operação (a regulação propriamente dita) e fiscalização do novo aparato regulador. O principal lócus da formulação foi o Legislativo. Como vimos na evolução da lei das O.S., houve muitas diferenças entre o projeto de lei original e o que foi aprovado e houve muitas modificações ao longo dos anos seguintes – muitas das mudanças se referiam a mecanismos reguladores. A Comissão de Avaliação e as CAF surgiram destas negociações entre diferentes interesses na Câmara Municipal, assim como as regras relativas à publicação dos contratos de gestão na internet. Podemos dizer que a regulação entre o público e o privado no caso das O.S. começa já na própria formulação do aparato regulador, uma regulação de caráter político em uma instância política.

A operação deste aparato regulatório ficaria por conta do Executivo, responsável por proceder às modificações institucionais previstas em lei e por prover condições para o seu funcionamento. É essa função do executivo, em garantir a operação do aparato regulatório, que é comumente denominada como regulação em um sentido restrito. Ao longo desta pesquisa pudemos perceber que a prefeitura de São Paulo tem sido extremamente falha em desempenhar esse papel, já que não construiu o aparato institucional previsto em lei nem deu condições de funcionamento ao que foi criado, como visto no item 4.7.2.2. À prefeitura

também coube contribuir para a formulação do aparato regulatório, como foi o caso da criação do NTCSS, mas tampouco este órgão tem tido condições de atuar.

Já a fiscalização do aparato regulatório implementado tem se mostrado ou apática, como no caso da Audig, ou, quando atuante, como no caso do TCM, relativamente inócua, visto que os sucessivos relatórios críticos têm tido pouco impacto na atuação do Executivo. A Subcomissão das O.S. é recente e ainda não podemos afirmar nada sobre suas consequências sobre a prefeitura.

A permanência das entidades conveniadas O.S. símiles como importante modalidade de parceria, despercebida mesmo pelos órgãos públicos empenhados no estudo crítico da privatização, como visto no item 4.7.2.3, e demonstrada nesta pesquisa, torna ainda mais evidente a incapacidade regulatória da prefeitura. Anos após a lei de O.S., os convênios com as entidades ainda não foram legalizados – ou seja, convertidos a contratos de gestão com O.S. – e respondem por fatia orçamentária semelhante à das O.S. Ou seja, se as O.S., para as quais foi formulado todo um novo aparato regulatório, estão mal controladas, pior ainda é a situação das O.S. símiles, que se apoiam nos antigos mecanismos regulatórios reservados aos convênios, reconhecidamente fracos e sem nenhuma transparência.

Cabe aqui tentarmos compreender por que, anos após a promulgação da lei de O.S., a prefeitura de São Paulo não conseguiu desempenhar a função que lhe caberia: de regulação da execução de políticas públicas de saúde pelas entidades privadas parceiras. Podemos abordar a questão de duas formas: priorizando seja o aspecto técnico, seja o político da regulação. Entendendo regulação como algo técnico, como uma função que exige o domínio de um instrumental técnico-científico, podemos propor que a falha da prefeitura foi gerencial. Pode-se imaginar que as razões principais para o insucesso da prefeitura foram: que o NTCSS não foi adequadamente projetado ou instrumentado; que as dificuldades burocráticas do núcleo duro da administração municipal dificultaram o cumprimento das medidas previstas em lei como a constituição das CAF ou a submissão de todos os contratos à Comissão de Avaliação; que houve obstáculos burocráticos para a conversão dos convênios de transferência de gestão em contratos de gestão; que a Audig não tem pessoal suficiente para auditorias abrangentes; que a estrutura gerencial da SMS está sobrecarregada e não se conseguiu priorizar em sua agenda o cumprimento das recomendações do TCM; ou enfim, que a culpa é do engessamento burocrático dos níveis responsáveis pela operação da regulação. Neste sentido, pode-se argumentar que o alcance de uma regulação ótima é uma questão de tempo, de desenvolvimento da *expertise* regulatória da prefeitura, de suavização dos núcleos

burocráticos da administração pública, de conversão dos convênios em contratos de gestão, ou de contratação de consultores catalães experimentados em parcerias com o setor privado.

No entanto, entender a regulação da execução de políticas públicas como uma ação eminentemente técnica ofusca o seu caráter político. A incapacidade regulatória da prefeitura não deve ser entendida apenas como falha gerencial, mas, igual a qualquer ação do Estado, como resultado de uma regulação política, de negociação entre diversas partes e poderes e de estabelecimento de prioridades. Nas próximas seções, discutiremos que, para a compreensão do aspecto político do novo papel regulador atribuído à prefeitura, é necessário, primeiro, considerar as opções políticas dentro do campo da saúde e, segundo, levar em consideração que as entidades privadas parceiras são atores providos de interesse, ainda que, no jargão reformista bresseriano, sejam elas apresentadas como o setor público não-estatal.

5.2 AS TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE PAULISTANA, OS PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O DIREITO À SAÚDE

As O.S. imprimiram importantes mudanças na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, e o quanto estas transformações influenciaram na condução da administração pública e na garantia do direito à saúde é o que se pretende discutir nesta seção. A garantia do direito à saúde costuma ser, no campo da Saúde Coletiva, o parâmetro último para a avaliação de qualquer medida inovadora no SUS. No entanto, cabe uma ressalva importante. A avaliação dos impactos das O.S. do ponto de vista do Direito Administrativo – ou seja, como se refletem no respeito aos princípios da administração pública – precede a discussão específica sobre as consequências sobre a efetivação do direito à saúde, já que a preservação do interesse público no Estado é premissa para a concretização de qualquer direito do cidadão.

Uma privatização tão desregulada como a observada na cidade de São Paulo compromete o caráter público da administração pública, ou seja, do próprio Estado. A destinação de recursos bilionários de forma opaca e não fiscalizada suscita terreno propício para a ação de interesses particulares. Mesmo sem considerar os resultados das O.S. na produção de ações e serviços de saúde, o que não foi o foco desta pesquisa, podemos afirmar que nada assegura que essas ações tenham sido realizadas com eficiência – o mais novo princípio constitucional da administração pública cuja definição é a produção máxima de resultados com o mínimo de recursos –, já que não houve controle do uso do dinheiro público. Os dados da pesquisa indicam que dois outros princípios citados na Constituição, a legalidade e a publicidade, tampouco foram respeitados. E, diante da desregulação observada, também

não se pode garantir que tenham sido respeitados os dois princípios restantes, a impessoalidade e a moralidade.

Dito isto, passemos à discussão específica, no campo da Saúde Coletiva, que é também de extrema relevância. Para avaliarmos as consequências do modelo das O.S. sobre o sistema de saúde e o direito à saúde na cidade de São Paulo, é preciso cuidado, já que intensas transformações têm ocorrido no setor nos últimos anos e não se alcança facilmente isolar causas e efeitos de cada processo em curso, já que estão relacionados.

A pesquisa empírica permitiu observar a existência de três fenômenos em marcha no sistema municipal de saúde da cidade de São Paulo. O primeiro é a expansão da rede, consequência direta da abundância de recursos: o orçamento da saúde entre 2004 e 2010 mais do que dobrou, como visto no item 4.1. Os dados mostram que o acelerado aumento do orçamento da saúde paulistana está pareado ao crescimento do orçamento municipal geral, que por sua vez se deve ao aumento da arrecadação, dado que necessita de estudo adicional. É importante lembrar que este crescimento pareado de arrecadação e orçamento da saúde está previsto em lei (Emenda Constitucional 29), ou seja, não se trata de inclinação específica de um governo em aumentar os recursos para a saúde.

O segundo fenômeno é o objeto principal desta pesquisa, a privatização ampla e desregulada, demonstrada pelos dados de que, em 2010, 61% dos estabelecimentos estão sob gestão de entidades privadas, que responderam por pelo menos 33% do orçamento e 40% do pessoal, e pelas falhas de regulação apontadas pelos órgãos de controle e por este estudo.

O terceiro fenômeno é a reorientação do modelo de atenção à saúde, que se afasta do preventivo, baseado na priorização do acompanhamento da saúde do cidadão, e se dirige para o curativo, com uma valorização sem precedentes do pronto-atendimento. Os dados que demonstram este fenômeno, como visto no item 4.1, são a expansão numérica dos pronto-atendimentos AMAs e o fato alarmante, apontado pelo TCM, de que entre 2006 e 2009 – período de expansão acelerada da rede e dos gastos com saúde – o número de consultas ambulatoriais de UBS enfrentou processo inverso, caindo 7,3%. A participação das UBS na produção de consultas ambulatoriais caiu de 86,5% para 46,2% no período, enquanto que a participação das AMAs subiu para 53,8% (SÃO PAULO [cidade], 2010b). Essa reorientação vai de encontro a toda a produção teórica do campo da Saúde Coletiva sobre modelos de atenção à saúde e todas as consequentes experiências aplicadas ao longo dos últimos 23 anos de SUS, inclusive na cidade de São Paulo.

Os três fenômenos estão imbricados. Praticamente todo o acréscimo na rede municipal e no orçamento se deu sob o modelo de gestão por parceria com o setor privado. A nova rede

de pronto-atendimentos, principal variável na reorientação do modelo de atenção, também se construiu toda sob parceria. Não se pode dizer evidentemente que as O.S. acarretaram a expansão da saúde, já que o aumento do orçamento é independente do modelo de gestão, e a SMS poderia ter optado por dar outro destino à relativa enxurrada de recursos que passou a receber na segunda metade dos anos 2000. Tampouco se pode afirmar que as O.S. são causa da negligência em relação à prevenção e educação em saúde, já que o modelo de atenção à saúde é uma opção política e técnica do Executivo. É necessário, portanto, uma visão mais ampla para entender este fenômeno em seu conjunto.

Sendo assim, não se pode perder de vista, quando se discute a efetivação do direito à saúde, outro fenômeno, comum a todo o SUS, que é a focalização, ou seja, o direcionamento prioritário dos serviços de saúde à população mais pobre que, em contraste com as classes média e alta, não têm acesso aos serviços privados. A focalização põe em xeque a noção de direito à saúde, já que o Estado passa a ser um compensador de uma incapacidade do cidadão de buscar o serviço no mercado; neste contexto, é o mercado quem possui a capacidade de oferecer bons serviços, em contraste com a prestação estatal, que tende a ser, de modo geral, de limitada qualidade. No caso do Brasil, a focalização da saúde se deu em paralelo com políticas de estímulo ao mercado da saúde.

Em São Paulo, onde a população usuária do SUS é chamada, em documento oficial, de aquela “que depende da prestação de serviços pelo Estado” (SÃO PAULO [cidade], 2010b, p. 220), é provável que o fenômeno da focalização seja especialmente relevante – afinal, o mercado da saúde encontra-se aí plenamente desenvolvido. Como visto no item 4.1, a cidade tem a segunda maior taxa de cobertura por planos de saúde (59% dos habitantes) e é sede de 139 operadoras (BRASIL, 2011d), além de contar com uma rede hospitalar privada sem igual em outras partes do país. Existem, é verdade, no SUS da cidade de São Paulo, algumas ilhas de excelência, sobretudo hospitais sob gestão estadual, o que de modo nenhum invalida a tese da focalização em São Paulo. Primeiro, porque de fato estas “ilhas” são exceções no sistema de saúde, e segundo, porque justamente estes hospitais têm sido introduzidos no mercado através da reserva de leitos para planos de saúde e atendimento particular, prevista na lei estadual de O.S. e que constitui uma política de estímulo ao mercado.

Temos agora, portanto, quatro fenômenos que proponho relacionar da seguinte forma: em um contexto de focalização/estímulo ao mercado e abundância de recursos para a saúde, a privatização e a reorientação se mostraram saídas convenientes, e pouco comprometidas, para a prefeitura de São Paulo – além de, como veremos no próximo item, interessantes para o setor privado.

As O.S. de fato tornam a administração pública muito mais fácil do ponto de vista operacional, ainda que, evidentemente, isto não seja apresentado como um objetivo – a administração privada seria, além de mais “fácil” para o gestor público, mais eficiente, transparente e publicizada. Mas parece evidente que suas facilidades constituem atrativo para o administrador. O manejo de pessoal é muito mais flexível, já que contratos de trabalho são regidos pela CLT, e torna-se assim mais fácil a oferta de vagas adequar-se ao mercado de trabalho, o que pode ser ainda mais relevante no caso do complexo mercado de trabalho médico. A contratação de pessoal pelas O.S. não compromete o limite estabelecido pela LRF para gastos com pessoal. Em São Paulo, em um cenário de grande expansão da rede e de pessoal – como se vê no gráfico 4.13, entre 2006 e 2010 o número de funcionários da saúde da prefeitura aumentou mais de 50% –, a flexibilização laboral tornou-se muito atrativa. Não sem razão, a participação de empregados privados em relação ao total de funcionários da saúde saltou de 17% para 40% no período.

Conveniente também foi a reorientação do modelo de atenção para o pronto-atendimento. O aumento da produtividade foi enorme. O número de consultas médicas passou de mais de 11 milhões em 2006 para 19 milhões em 2009 (SÃO PAULO [cidade], 2010b, p. 248), sendo esse incremento representado basicamente pelas AMAs. As AMAs não exigiram grandes investimentos em infra-estrutura, já que foram construídas, em sua quase totalidade, nos prédios das UBS, que muitas vezes perderam parte de seu espaço para o novo serviço. A reorientação do modelo também exigiu, certamente, menos planejamento e pesquisas do que demandaria a opção pelo fortalecimento de uma rede multinível e com foco na prevenção. Cabe lembrar que as AMAs foram intensivamente exploradas na bem-sucedida campanha eleitoral de reeleição do ex-prefeito Gilberto Kassab.

Uma expansão da saúde compatível com o enorme aumento de recursos também exigiria hipertrofia dos níveis administrativos e da própria estrutura da SMS. Com a opção pelas O.S., em contrapartida, bastaria a constituição de órgãos reguladores, como o NTCSS e as CAF. Comparado com o aumento da produção da saúde nos últimos anos e a expansão que este aumento provocaria em uma administração direta, esse esforço regulatório parece uma tarefa mínima, uma contrapartida razoável às facilidades da gestão privada – o que torna ainda mais surpreendente o fato de ter sido negligenciado pela prefeitura.

A opção pelas O.S. pode ter significado, portanto, para a prefeitura, uma saída para uma rápida expansão dos serviços de saúde face ao aumento do orçamento que obrigatoriamente deveria ser investido em saúde. De fato, é muito mais fácil expandir sob condições administrativas flexíveis, e talvez o uso de formas alternativas de contratação tenha

sido a única saída para a expansão do número de trabalhadores; o que nos leva a refletir sobre os constrangimentos da LRF em um contexto de expansão. No entanto, há sinais que nos fazem questionar o compromisso da prefeitura com a constituição de um sistema de saúde sólido e menos focalizado, com a efetivação do direito à saúde: em primeiro lugar, o declínio do modelo preventivo e a ênfase dada nas ações de pronto-atendimento, de fácil planejamento e bem aceitas pela população, mas pouco efetivas; e, em segundo lugar, a não efetivação da regulação das O.S., potencial atentando ao interesse público.

Merecem pesquisa adicional outros aspectos do sistema de saúde que têm sofrido maiores ou menores transformações e que podem impactar sobre a efetivação do direito à saúde, como a participação popular, reduzida a uma participação do tipo consumidor; a constituição de redes, que pode ser afetada pela fragmentação gerencial; e o trabalho em saúde.

O trabalho tem sofrido importantes mudanças sob a gestão privada. A profissionalização da gestão e o aumento do controle sobre o trabalhador tem ocorrido há muito tempo em todas as áreas do setor privado, estando ainda incipiente no trabalho médico no Brasil, mesmo no setor privado (PORTELA, 2008). Em alguns países europeus estas mudanças gerenciais já há muito chegaram ao setor público. Cribb (2009) estuda as distorções que os métodos gerencialistas, como a imposição de metas e a competição interinstitucional, impõem ao trabalho médico nos serviços públicos de saúde do Reino Unido, gerando situações em que o direito à saúde do usuário chega a ser comprometido. A influência nula do trabalhador na gestão, característica do setor privado, pode afetar sua vinculação e comprometimento com seu trabalho; some a isto sua vulnerabilidade a demissão sem justificativa. Cabe ressaltar que muitas das questões apontadas em relação à gestão do trabalho não são exclusivas da O.S., podendo estar presentes em outros arranjos de gestão pública segundo moldes privados, como é o caso das fundações estatais de direito privado.

5.3 O TERCEIRO SETOR COMO UM CAMPO DE INTERESSES PRIVADOS

Como dito, a administração pública gerencial traria a transparência e a blindagem contra interesses personalistas e patrimonialistas que supostamente corroem a obscura e fraudulenta administração burocrática. O terceiro setor, via de regra, ocupa lugar especial nesta nova administração. Sendo apresentado com um corpo homogêneo, que atua em prol do interesse público, o terceiro setor é chamado setor público não-estatal, identificado com o ideal de serviço, com as atividades de caridade ou filantropia e de organização da sociedade

civil. Contudo, tratar de forma semelhante esse conjunto que é tão diverso, constitui equívoco tão grosseiro como considerar o Estado o depositário do interesse público ou o mercado como lugar exclusivo do interesse privado. Justifica-se, com o argumento do interesse público, sua profunda inserção na coisa pública e a fraca regulação.

Como vimos nos itens 2.2.1, de forma geral, e 4.2.4, em relação às O.S. e O.S. símiles paulistanas, abrigam-se no conceito de terceiro setor instituições muito díspares, multifacetadas e que, ao longo do tempo, se reconfiguram. Temos, pois, ONGs de inserção comunitária; instituições religiosas que praticam filantropia há séculos, mas que, mais recentemente, agregaram ao seu leque de atividades a oferta de serviços ao mercado com todo o *know how* gerencial do mundo corporativo; entidades de assessoria em gestão corporativa que exercem exatamente a mesma atividade de empresas lucrativas do mesmo ramo; entidades que começaram como entes administrativos de hospitais sem fins lucrativos; e até entidades especialmente fundadas com vistas a este novo “mercado” que é a parceria de gestão com governos.

Como mostra esta pesquisa, não são as entidades comunitárias, representativas de grupos ou interesses específicos da sociedade civil e que são emblemáticas do terceiro setor, que estão predominando nas parcerias. Os dados desta pesquisa mostram que temos, entre as O.S. e O.S. símiles da cidade de São Paulo, a 1ª, a 4ª, a 5ª, a 8ª e a 9ª maiores empresas (tal como são chamadas na revista Valor 1000) do Brasil no ramo de serviços médicos (VALOR 1000, 2011, p. 366) segundo sua receita. São entidades que apresentam também índices de desempenho financeiro, como taxa de retorno sobre investimento, invejáveis.

Ou seja, mais do que um campo de filantropia ou de representação dos interesses de uma difusa e auto-organizada sociedade civil, o terceiro setor é um campo de fortíssima atividade econômica. Se não gera lucros, gera receita, superávit, expansão, concentração, poder e, portanto, interesses particulares. Portanto, é sob esta ótica, e não somente a da busca da eficiência, que empiricamente não tem se confirmado, ou a da ingênua garantia do interesse público, que se deve encarar o terceiro setor; pelo menos a parte do terceiro setor que tem se feito representar em São Paulo. Afinal, é a partir da premissa do confronto entre interesse privado e público que se definem os controles para os ajustes com o “segundo setor”, ou seja, as empresas com quem o Estado necessariamente se associa, por meio de contratos; o mesmo deveria se aplicar ao terceiro setor. Este tem sido parceiro privilegiado do Estado; a associação de ambos dispensa maiores controles, e os recursos, nesta nova fase da relação entre ambos, atinge cifras bilionárias. A regulação que seria adequada para o terceiro

setor seria, mais do que uma ordenação técnica de um ajuste entre partícipes com objetivos comuns voltados para o interesse público, uma regulação de interesses e, portanto, política.

É necessário que se estude de que forma se configuram os interesses das entidades privadas não lucrativas em suas parcerias com o poder público no Brasil. Por que, em São Paulo, cinco das maiores empresas de serviços médicos do país estão em parceria com a prefeitura? O quanto as parcerias têm contribuído para a pujança destas entidades? Por que razão interessa a uma entidade expandir sua atuação para várias cidades e estados como vem ocorrendo com algumas das parceiras da prefeitura de São Paulo? E, mais importante, como uma entidade como esta se relaciona com o mercado e, quando parceira do poder público, media a relação deste com o mercado?

Há algumas conjecturas possíveis. As compras, por exemplo, podem ser feitas pelas entidades parceiras de maneira muito mais livre do que pela administração direta. A licitação, que garante um rígido controle sobre a variável preço, é substituída por fluidos regulamentos de compras. O dinheiro público passa a ser utilizado para compras no mercado de maneira muito mais livre nas parcerias. Outro aspecto livre nas parcerias são os salários dos dirigentes das entidades; embora seja um ponto de magnitude pouco relevante diante da escala das parcerias, não deve ser desprezado. A questão do interesse privado na política vai além, entretanto, dos ganhos do setor privado em um mercado cada vez mais livre; trata-se também do ganho de poder.

Um episódio que ilustra bem a presença de interesses privados nas parcerias com o terceiro setor associado ao mercado é a aprovação, em 2010, no âmbito do estado de São Paulo, da reserva para o mercado de parte da capacidade instalada dos hospitais públicos sob gestão de O.S., seja para venda de serviços para operadoras de planos de saúde, seja para particulares. Lembremos que não se trata de uma exceção, de uma extrapolação ocorrida somente em São Paulo, já que a possibilidade de venda de serviços no mercado está prevista desde o projeto original do PDRAE. Esta medida foi derrubada duas vezes na Assembleia Legislativa; contudo, no final de 2010 foi aprovada, a poucos dias do fim do mandato, a cessão para o setor privado de 25% dos insuficientes leitos dos melhores hospitais do SUS. Neste caso específico – que teoricamente pode se repetir em qualquer ente da federação, a depender da correlação de interesses representados no Legislativo –, visualizam-se facilmente os interessados, já que entraram em cena as empresas lucrativas, o mercado da saúde, representado sobretudo pelas operadoras de planos de saúde. Vale ressaltar que a flutuação da lei estadual no tocante à reserva de leitos para o mercado chama a atenção para certa

vulnerabilidade da administração pública à correlação de interesses em cada região ou ao longo de cada mandato, já que não há um modelo nacional consolidado para as parcerias.

Quanto mais as entidades sem fins lucrativos se aproximam do Estado, mais se faz necessário o aprofundamento da pesquisa em terceiro setor e de suas parcerias com o poder público, tanto do ponto de vista do desenvolvimento teórico, quanto da pesquisa empírica, dada a diversidade na natureza das entidades e na regulamentação das parcerias. Mais especificamente, merecem atenção o fenômeno complexo que é a parceria de entidades de grande porte com o Estado. No entanto, a natureza destas parcerias não depende somente das características ou interesses das entidades privadas, mas também da própria administração pública paulistana, paulista ou brasileira, que pode não ter se afastado tanto de sua tradição patrimonialista quanto pensavam os reformistas bresserianos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos anos 1990, em um contexto de intensa crítica à administração pública, surge a proposta das O.S. como promessa de eficiência, transparência e publicização para as políticas sociais do Estado. Durante mais de uma década, a polêmica jurídica e política inibiu a concretização do modelo, mas, nos últimos cinco anos, as O.S. têm experimentado importante expansão, sobretudo na saúde. A cidade de São Paulo é um dos principais lócus deste fenômeno.

A partir de levantamento bibliográfico e estudo de legislação e documentos públicos, este trabalho procurou caracterizar o processo de implantação das O.S. através da análise da evolução de seu marco legal, da quantificação do modelo na rede municipal de saúde e no orçamento da pasta, do perfil das entidades privadas envolvidas e da ação regulatória da prefeitura.

Procedeu-se ao estudo não só da lei municipal, mas também da lei na qual ela se baseou, a lei estadual. Verificou-se que o marco legal das O.S., além de variar entre os diferentes entes da federação, também flutua ao longo dos sucessivos mandatos. A lei estadual foi sucessivamente modificada no sentido de ampliar a atuação das O.S. A venda de serviços ao mercado pelas O.S. (reserva de leitos em hospitais para planos de saúde) também foi uma alteração posterior, finalmente aprovada em 2010 após duas tentativas frustradas. A lei municipal já previa desde o início ampla atuação das O.S. e as modificações posteriores foram sobretudo no sentido de sofisticar sua fiscalização.

A lei de O.S. criou nova institucionalidade e permitiu à prefeitura celebrar, por meio de contratos de gestão, as parcerias. Porém, a análise da presença privada na rede municipal permitiu constatar que muitas das parcerias de transferência de gestão que a prefeitura estabelece ainda são regidas por convênios, medida carente de legalidade e que era utilizada, em caráter provisório, antes da aprovação da lei de O.S. As entidades, neste caso, celebram a parceria mesmo sem título de O.S. Porém, se identificam com as O.S. em seu aspecto mais fundamental, sua posição perante a administração pública, pelo que optei por denominá-las entidades conveniadas O.S. símiles.

Nas fontes consultadas, a quantificação do fenômeno das parcerias sempre se limitava às O.S., o que considero um equívoco. Considerando os dois formatos de parceria, pude verificar que, em 2010, o modelo já era dominante na rede municipal, estando 61% dos estabelecimentos de saúde sob controle de O.S. e O.S. símiles (36% e 15%, respectivamente), que receberam 34% do orçamento da pasta (18% e 16%, respectivamente), o que

correspondeu a 1,8 bilhão de reais. No mesmo ano, O.S. e O.S. símiles já eram responsáveis por mais de 40% da força de trabalho na saúde.

Havia 22 entidades com parcerias com a prefeitura, seja como O.S., O.S. símiles ou ambas. Estas formam um grupo heterogêneo, com diferenças significativas na natureza de seus instituidores, nas suas atividades originais, no público-alvo destas atividades e na forma como disponibilizam seus serviços – se pelo mercado, filantropia ou ambos. Dentre estas entidades, encontramos gigantes de serviços médicos: cinco dos dez maiores grupos privados do setor no país em 2010.

A pesquisa apontou a ausência de regulação da prefeitura em dois sentidos. Primeiro, apresentando os resultados das investigações produzidas pelo TCM e pela Subcomissão das O.S. da Câmara Municipal, que assinalaram a negligência do Poder Executivo em constituir o aparato regulatório previsto em lei e em fornecer condições de operação ao órgão interno da SMS de controle dos contratos, o NTCSS. Segundo, conferindo visibilidade ao fenômeno das entidades conveniadas O.S. símiles, que sequer têm aparato regulatório previsto e que, talvez por mera questão de terminologia – não são chamadas de O.S. – escaparam ao escrutínio do TCM e da Câmara.

Embora não fosse objetivo inicial caracterizar as transformações gerais pelas quais vêm passando a saúde municipal, a pesquisa acabou gerando alguns dados que permitiram perceber algumas tendências que de uma forma ou de outra se relacionam com a privatização. Primeiro, a expansão da rede de saúde, consequência do expressivo aumento do orçamento municipal como um todo e da saúde em particular; e segundo, uma mudança do modelo de atenção, com declínio da prevenção e do acompanhamento em favor do pronto-atendimento.

As O.S. prometeram trazer eficiência e transparência à administração pública, redefinindo o papel do Estado como regulador da execução das políticas públicas pelo setor privado. Na cidade de São Paulo, o processo, ainda que recente, foi muito intenso, já estando disponível farto material empírico para análise. A principal conclusão foi que o entusiasmo com o redesenho da prefeitura não passou de uma utopia regulatória.

A falha da prefeitura em seu papel de regulação pode ser atribuída a dificuldades institucionais ou organizacionais; é um argumento razoável, mas restrito, visto que privilegia o aspecto técnico da regulação. No entanto, ainda que ignorado pelas teorias da reforma gerencial, a regulação entre o público e o privado não escapa ao âmbito do político.

No caso da prefeitura de São Paulo, apontam-se dois caminhos de discussão sobre a regulação política das O.S. Primeiro, que a desregulação pode ser mais um sintoma de um descompromisso com a construção de um sólido sistema de saúde para além da focalização,

tal como sinaliza o fato de que, em tempos de expressivo aumento do orçamento do setor, esteja sendo reorientado o modelo de atenção. Segundo, que a regulação entre o setor privado e o público, no caso das O.S., deve ser entendida como um lócus de disputa de interesses. Ao contrário da visão bresseriana romântica do terceiro setor como setor público não-estatal – depois das desilusões com o Estado e com o mercado, eis a nova utopia! –, as entidades privadas, ainda que sem fins lucrativos, merecem ser estudadas como organizações – algumas delas poderosas – providas de interesses, que atuam junto ao mercado e que agora mediam a relação deste com o Estado.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. A *démarche* do privado e o público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008, In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (Org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2008. p. 123-187.

BALL, S. J. Performatividade, privatização e o pós-Estado do Bem-Estar. **Educação e Sociedade**, v. 25, n. 89, p. 1105-1126, 2004.

BANDEIRA DE MELLO, C. A. **Natureza e Regime Jurídico das Autarquias**. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1968.

BANDEIRA DE MELLO, C. A. **Prestação de Serviços Públicos e Administração Indireta**. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1975.

BANDEIRA DE MELLO, C. A. **Curso de Direito Administrativo**. 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 11-42.

BARBOZA, N. B. **O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde: um estudo comparado [tese]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

BRASIL. Lei n. 91, de 28 de agosto de 1935. Determina regras pelas quaes são as sociedades declaradas de utilidade pública. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1935/91.htm>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Decreto n. 50.517 de 1961. Regulamenta a Lei n. 91, de 28 de agosto de 1935, que dispõe sobre a declaração de utilidade pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50517.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e contrôlo dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei Complementar n. 82, de 27 de março de 1995. Disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público, na forma do art. 169 da Constituição Federal (Lei Camata). 1995a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp82.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: 1995b.

BRASIL. Medida Provisória n. 1.591/97 de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. 1997a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1591.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997b. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do Estado; v. 2)

BRASIL. Medida Provisória n. 1.648-7, de 23 de abril 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. 1998a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1648-7.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei n. 9.648, de 27 de maio de 1998. Altera dispositivos das Leis no 3.890-A, de 25 de abril de 1961, no 8.666, de 21 de junho de 1993, no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, no 9.074, de 7 de julho de 1995, no 9.427, de 26 de dezembro de 1996, e autoriza o Poder Executivo a promover a reestruturação da Centrais Elétricas Brasileiras - Eletrobrás e de suas subsidiárias e dá outras providências. 1998c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19648cons.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. 1998d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 25 outubro 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **As entidades de assistência social privadas sem fins lucrativos no Brasil 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/peas/2006/assistencia_social_privada2006.pdf>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis n. 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória n. 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2007.../2009/Lei/L12101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007.../2009/Lei/L12101.htm)>. Acesso em: 10 setembro 2011.

BRASIL. Decreto n. 7.237, de 20 de julho de 2010a. Regulamenta a Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências. 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2007-2010/2010/Decreto/D7237.htm>. Acesso em: 10 setembro 2011

BRASIL. Decreto n. 7.300, de 14 de setembro de 2010. Regulamenta o art. 110 da Lei n. 12.249, de 11 de junho de 2010, e altera o Decreto n. 7.237, de 20 de julho de 2010, que regulamenta a Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social. 2010b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/Decreto/D7300.htm>. Acesso em: 10 setembro 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Relações de parceria entre o Poder Público e entes de cooperação e colaboração no Brasil**. Brasília: SEGES, 2010c.

BRASIL. Ação popular. Autos n. 00072691120084036105. Justiça Federal do Estado de São Paulo. 2010d. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/decisao-convenio-prefeitura-campinas.pdf>>. Acesso em 27 outubro 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Cadastro Central de Empresas 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/cadaastroempresa/2009/cempre2009.pdf>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923 Distrito Federal. Voto do relator Ministro Ayres Britto. 2011b. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto_rel_1923.pdf>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923 Distrito Federal. Voto-vista do Ministro Luiz Fux. 2011c. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto_ADI1923LF.pdf>. Acesso em: 24 outubro 2011.

BRASIL. ANS. Dados e indicadores do setor. 2011d. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, p. 7-41, 1996. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.AdmPublicaBurocraticaAGerencial.pdf>>. Acesso em: 01/09/2010.

BRESSER-PEREIRA, L.C.; GRAU, N. C. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: BRESSER-PEREIRA, L.C.; GRAU, N. C. (Org.) **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 15-48.

CAPRIGLIONE, L. No HC, paciente com plano de saúde é VIP. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 07 maio 2011. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0705201106.htm>. Acesso em: 09 junho 2011.

CARNEIRO JUNIOR, N. **O setor público não estatal**: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 2002. 242 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARVALHO, G. Domingueira – LRF e Limites de Gastos com Pessoal em Saúde. **Saúde com Dilma** (blog). Disponível em: <<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/05/30/domingueira-lrf-e-limites-de-gastos-com-pessoal-em-saude/>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J.M. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de Organização Social**. Programa de Pesquisas Hospitalares “Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil”. Ministério de Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2005.

CRIBB, A. Organizational Reform and Health-care Goods: Concerns about Marketization in the UK NHS. **Journal of Medicine and Philosophy**, n. 33, p. 221-240, 2008.

DAWSON, S.; DARGIE, C. New Public Management: a discussion with special reference to UK health. In: MCLAUGHLIN, K.; OSBORNE, S. P.; FERLIE, E. (Org.) **New public management**: current trends and future prospects. Londres, Nova York: Routledge, 2002.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na Administração Pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 17^a ed. São Paulo: Atlas, 2004.

DONNANGELO M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

FONTES, V. A democracia retórica: expropriação, convencimento e coerção. In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (Org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2008. p. 189-226.

FONTES, V. A sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2006. p. 201-239.

FREITAS, C. E. S. **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e Organização Não-Governamental**: Sinônimos? (Comentários sobre a Lei n. 9.790/99, que regula um certo terceiro setor). Brasília: Mimeo, 1999. Disponível em <<http://www.assessoriaopt.org/ong.pdf>>. Acesso em: 8 junho 2011.

GIDDENS, A. **A terceira via**: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

GONÇALVES, W. Conferência Nacional de Saúde On-line. **Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública**. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/wagterc.htm>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

GORDILLO, A. **La administración paralela**. Madrid: Civitas; 1982.

GOUVEIA, R., PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, v. 13, n 35, p. 139-146, 1999.

HANSSON, J. Quality in health care: medical or managerial? **Journal of Management in Medicine**, v. 14, n. 5/6, p. 357-361, 2000.

HOOD, C. The “New Public Management” in the 1980s: variations on a theme. **Accounting, Organizations and Society**, v. 20, n 2-3, p. 93-109, 1995.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

MC LAUGHLIN, K.; OSBORNE, S. P. The New Public Management in context. In: MC LAUGHLIN, K.; OSBORNE, S.P.; FERLIE, E. (Org.) **New Public Management: current trends and future prospects**. Londres, Nova York: Routledge, 2002, p. 7 – 14

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 25ª Edição. São Paulo: Malheiros, 1996.

ONU (Organização das Nações Unidas). **World Urbanization Prospects: the 2009 Revision**. Nova York: ONU, 2010. Disponível em: http://esa.un.org/unpd/wup/Documents/WUP2009_Highlights_Final.pdf. Acesso em: 25 outubro 2011.

PAHIM, M. L. L. **Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde**. 2009. 250 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PESSOA, R. S. Princípio da eficiência e controle dos atos discricionários. **Jus Navigandi**, v. 4, n. 35, 1999. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/342>>. Acesso em: 16 outubro. 2011.

PIERANTONI, C. R., VARELLA, T. C., SANTOS, M. R., FRANÇA, T., GARCIA, A. C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PINTO, N. R. S., TANAKA, O. Y., SPEDO, S. M. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em Município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009.

PORTELA, M C. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 253-266, 2008.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. São Paulo: Grall; 1980.

REDA, P. Campinas vai prorrogar convênio com O.S.. PUC-Campinas. 2011. Disponível em: < <http://www.puc-campinas.edu.br/servicos/detalhe.asp?id=58494>>. Acesso em: 26 outubro. 2011.

REIS, H. C. Subvenções, contribuições e auxílios. **Revista de Administração Municipal - Municípios**, v. 54, n. 268, p. 56, 2008. Disponível em: <http://www.acopesp.org.br/artigos/heraldo_costa/contabilidade/subven%C3%A7oes.pdf >. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Projeto de Lei n. 318/2005. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. 2005a. Disponível em: <<http://www.radarmunicipal.com.br/proposicoes/projeto-de-lei-318-2005>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Prefeitura entrega duas unidades de saúde na Zona Sul. A Cidade / Notícias. 2005b. **Prefeitura Municipal de São Paulo**. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=6390>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Prefeitura inaugura serviço de Assistência Médica Ambulatorial em Parelheiros. A Cidade / Notícias. **Prefeitura Municipal de São Paulo**. 2005c. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=3952>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Lei N. 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. 2006a. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6367> Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Cidade Tiradentes ganha sua primeira AMA. A Cidade / Notícias. **Prefeitura Municipal de São Paulo**. 2006b. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=7167>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Prestação de contas do ano de 2006. **Secretaria Municipal de Saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2006.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Lei municipal n. 14.664, de 4 de janeiro de 2008. Altera dispositivos e acresce os arts. 7º-A, 7º-B e 7º-C à Lei n. 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais; e cria os cargos de provimento em comissão que especifica. 2008a. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7626>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Decreto n. 49.523, de 27 de maio de 2008. Regulamenta a Lei n. 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, com as alterações introduzidas pelas Leis n. 14.482, de 16 de julho de 2007, e n. 14.664, de 4 de janeiro de 2008; revoga os Decretos n. 47.012, de 21 de fevereiro de 2006, n.47.453, de 10 de julho de 2006, n. 47.544, de 3 de agosto de 2006, e n. 48.778, de 3 de outubro de 2007. 2008b. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/CENTS.Web/instrucoes/Arquivos/legislacao_05.pdf>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Prestação de contas do ano de 2007. **Secretaria Municipal de Saúde.** 2008c. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2007.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Decreto nº 49.539, de 29 de maio de 2008. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos do Município de São Paulo mediante convênios. 2008d. Disponível em: <<http://www.radarmunicipal.com.br/legislacao/decreto-49539>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Relatório Anual de Fiscalização 2007. **Tribunal de Contas do Município de São Paulo.** 2008e.

SÃO PAULO (cidade). Prestação de contas do ano de 2008 **Secretaria Municipal de Saúde.** 2009a. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2008.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Relatório Anual de Fiscalização 2008. **Tribunal de Contas do Município de São Paulo.** 2009b.

SÃO PAULO (cidade). Prestação de contas do ano de 2009. **Secretaria Municipal de Saúde.** 2010a. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2009_4trim.pdf>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Relatório Anual de Fiscalização 2009. **Tribunal de Contas do Município de São Paulo.** 2010b. Disponível em: <<http://www.tcm.sp.gov.br/relatorios/AnualFiscalizacao/7591000RA04RT001-10.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Relação dos estabelecimentos/serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do município de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Secretaria Municipal da Saúde.** 2011a. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/estabelecimento_saude/index.php?p=5786>. Acesso em: 28 maio 2011.

SÃO PAULO (cidade). Número de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde - Setembro de 2011. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Secretaria Municipal da Saúde**. 2011b. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRSSTS.pdf>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

SÃO PAULO (cidade). N. de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde - Setembro de 2011. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Secretaria Municipal da Saúde**. 2011c. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRS.pdf>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade).. Organizações Sociais qualificadas. **Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão** 2011d. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/planejamento/organizacoes_sociais/index.php?p=13877>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Organizações Sociais qualificadas. Contratos de gestão vigentes – SMS. 2011e. **Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/planejamento/organizacoes_sociais/index.php?p=14921>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade).. Organizações Sociais qualificadas. Contratos de gestão vigentes – SEME. 2011f. **Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/planejamento/organizacoes_sociais/index.php?p=14920>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Informações gerais. Município de São Paulo. **Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão**. 2011g. Disponível em: <<http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infogeral.php>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Prestação de contas do ano de 2010. **Secretaria Municipal de Saúde**. 2011h. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2010_4trim.pdf>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Relatório Anual de Fiscalização 2010. **Tribunal de Contas do Município de São Paulo**. 2011i. Disponível em: <<http://www.tcm.sp.gov.br/relatorios/AnualFiscalizacao/RelatorioAnualDeFiscalizacao2010.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Entidades sociais. Rede conveniada, maio de 2011. **Secretaria Municipal de Assistência Social**. 2011j. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/entidades_sociais/index.php?p=3245>. Acesso em: 25 outubro 2011.

SÃO PAULO (cidade). Relatório final da Subcomissão criada para analisar e acompanhar a execução dos contratos firmados pela municipalidade com as Organizações Sociais na área da saúde. **Câmara Municipal de São Paulo**. 2011k. Disponível em: <<http://www.donatopt.com.br/Arquivos%20PDF/Relat%C3%B3rio%20Final%20da%20Subcomiss%C3%A3o%20das%20OSS.pdf>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2012.

SÃO PAULO (estado). Projeto de Lei Complementar n. 3/1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. 1998a. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/spl_consultas/consultaDetalhesProposicao.do?direction=inicio&lastPage=1¤tPage=1&act=detalhe&idDocumento=18233&rowsPerPage=10¤tPageDetalhe=1&tpDocumento=#inicio>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (estado). Lei Complementar n. 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. 1998b. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (estado). Lei Complementar N. 971, de 10 de janeiro de 2005. Altera a redação de dispositivo da Lei Complementar n. 846, de 4/6/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. 2005. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2005/lei%20complementar%20n.971,%20de%2010.01.2005.htm>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (estado). Projeto de Lei Complementar 62/2008. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações de apoio aos hospitais de ensino. 2008. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/spl_consultas/consultaDetalhesProposicao.do?direction=inicio&lastPage=1¤tPage=1&act=detalhe&idDocumento=836363&rowsPerPage=10¤tPageDetalhe=1&tpDocumento=#inicio>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (estado). Lei Complementar n. 1095, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica, e dá outras providências. 2009. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2009/lei%20complementar%20n.1.095,%20de%2018.09.2009.htm>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (estado). Lei Complementar n. 1.131, de 27 de dezembro de 2010. Altera a Lei Complementar n. 846, de 4 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. 2010. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2010/lei%20complementar%20n.1.131,%20de%2027.12.2010.htm>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SÃO PAULO (estado). Cadastro de Parceiros do Terceiro Setor. **Secretaria da Fazenda**. 2011a. Disponível em: <<http://www.fazenda.sp.gov.br/cpates/>>. Acesso em: 15 maio 2011.

SÃO PAULO (estado). Organizações Sociais de Saúde (OSS). **Secretaria Estadual de Saúde**. 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss-2011-10-15>>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SCHIMITT, A. V. O Programa Nacional de Publicização. **Jus Navigandi**, ano 11, n. 1187, 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8994>>. Acesso em: 7 out. 2011.

SEIXAS, P. H. D. **As Organizações Sociais de Saúde em São Paulo, 1998-2002**: uma visão institucional. 2003. 192 p. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde) – EAESP/FGV, São Paulo.

SILVA, C. O. P. A Reforma Administrativa e a Emenda n. 19/98: uma análise panorâmica. **Revista Jurídica Virtual**. Brasília, vol. 1, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_01/Reforma%20Administrativa.htm>. Acesso em: 24 outubro 2011.

SOUTO, M. J. V. **Desestatização – privatização, concessões, terceirizações e regulação**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

VALOR 1000. 1000 maiores empresas. **Revista Valor**, 2011. Disponível em: <<http://www.revistavalor.com.br/home.aspx?pub=18&edicao=2>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

VEREADOR DONATO. Subcomissão das OSs ouve TCM novamente. Notícias do mandato. **Site do mandato do Vereador Antonio Donato**. Disponível em: <http://www.donatopt.com.br/webapp_3920682/Subcomiss%C3%A3o_das_OSs_ouve_TCM_novamente?A=SearchResult&SearchID=2966756&ObjectID=3920682&ObjectType=35>. Acesso em: 25 outubro 2011.

VILLA, J. L. A Constituição Espanhola e a fuga do direito administrativo. **Revista de Direito Administrativo Aplicado**, v. 2, n. 6, 1995.

ANEXO 1 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAIS DA CIDADE DE SÃO PAULO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO - CEInfo

Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde -
Setembro de 2011*

Estabelecimentos/ Serviços		Centro-Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Total Estab./ Serviços
HM - Hospital Municipal		3	4	4	5	2	18
PSM - Pronto Socorro Municipal		3	1	4	1	3	12
PA - Pronto Atendimento		-	3	-	-	1	4
AMB ESPEC - Ambulatório de Especialidades		2	4	5	7	5	23
AMA - Assistência Médica Ambulatorial		8	31	22	31	24	116
AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades		1	4	4	2	4	15
UBS - Unidade Básica de Saúde		34	112	84	90	117	437
Saúde Mental Total: 113 Unidades/ Serviço	AE SM - Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental	1	-	1	-	-	2
	CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas	3	5	4	7	3	22
	CAPS ADULTO - Centro de Atenção Psicossocial Adulto	4	6	6	5	5	26
	CAPS INF - Centro de Atenção Psicossocial Infantil	2	3	4	6	3	18
	CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa	2	4	5	5	5	21
	RT - Residência Terapêutica	5	3	5	5	5	23
	SAID - Serviço de Atenção Integral ao Dependente	-	-	-	1	-	1
Saúde Bucal Total: 30 Unidades	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas	3	4	3	6	6	22
	COE - Clínica Odontológica de Especialidades	-	3	2	2	-	7
	Clínica Odonto	-	-	-	1	-	1
DST/ AIDS Total: 24 Unidades	AMB ESPEC	-	-	-	2	-	2
	CR - Centro de Referência	-	-	1	1	1	3
	CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	1	5	1	-	2	9
	SAE - Serviço de Atendimento Especializado	3	2	1	2	2	10
UAD - Unidade de Assistência Domiciliar		3	12	8	9	6	38
NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação		3	10	7	7	7	34
NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva		3	3	3	3	4	16
URSI - Unidade de Referência Saúde do Idoso		2	-	2	2	2	8
CRST - Centro de Referência Saúde do Trabalhador		2	1	1	1	1	6
Centros de Ref. Medic. Tradic., Homeop. e Práticas Integrativas de Saúde		1	2	-	1	-	4
Laboratório		1	-	1	1	1	4
CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem		1	1	-	-	-	2
CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional		-	1	-	1	-	2
Casa do Parto		-	-	-	1	-	1
CASA SER - Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva		-	1	-	-	-	1
Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmissíveis por Vetores		-	-	1	-	-	1
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses		-	-	1	-	-	1
SUVIS - Supervisão de Vigilância em Saúde **		3	7	6	5	5	26
Total Estabelecimentos/ Serviços por CRS		94	232	186	210	214	936

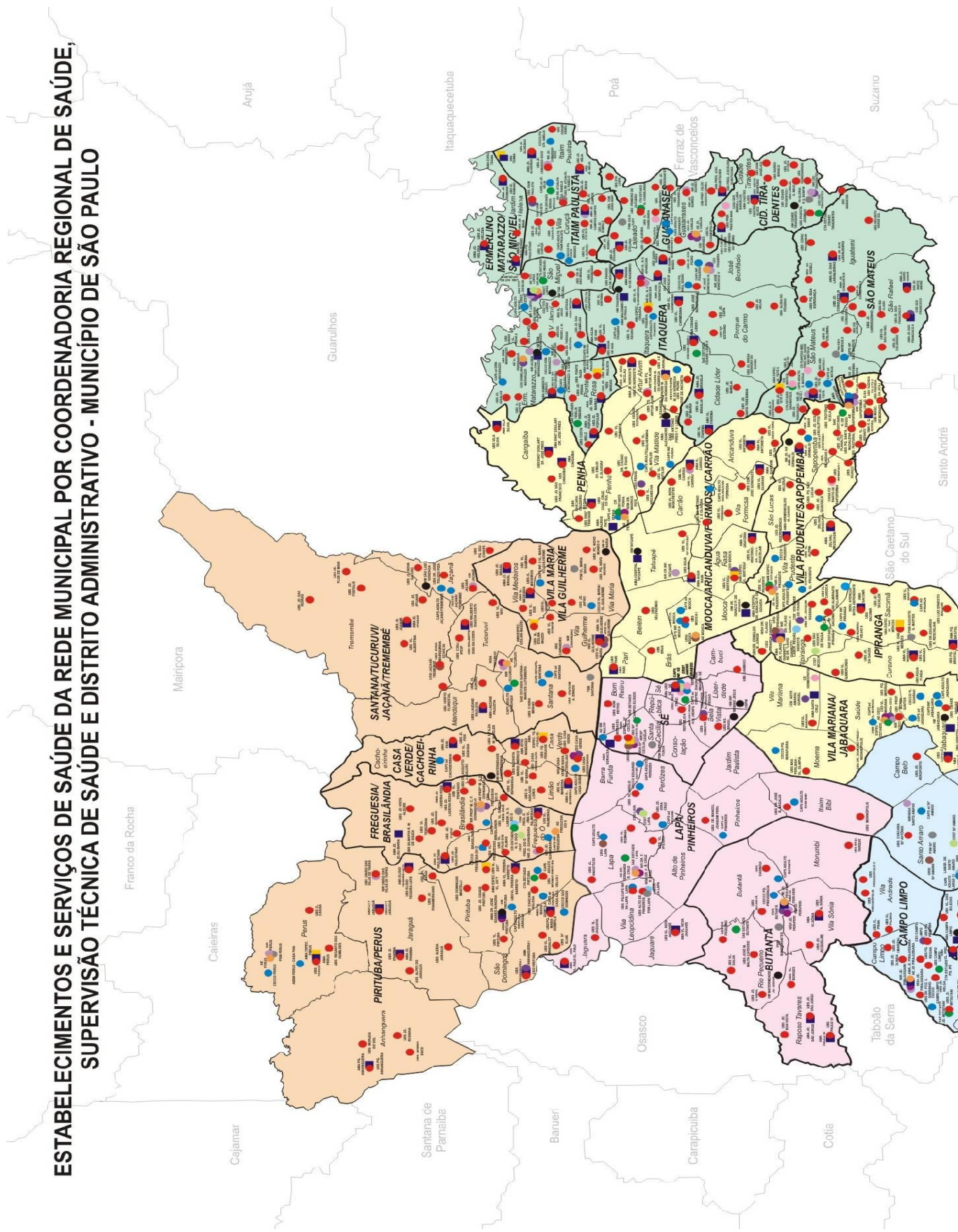
Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica

* Dados preliminares, sujeitos à revisão. 07/10/2011

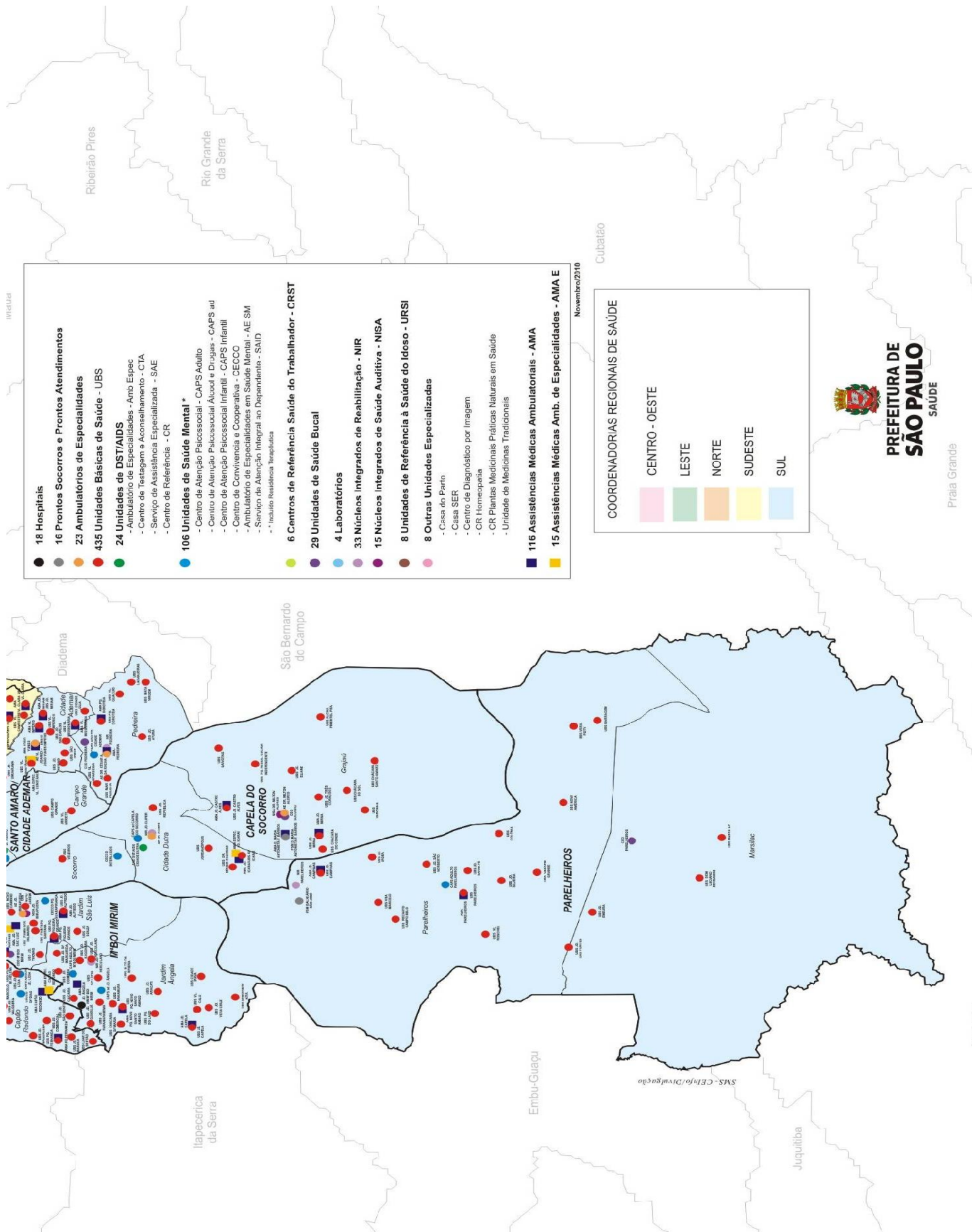
** SUVIS - serviço cadastrado desde 2003. Incluído na tabela de estabelecimentos/serviços a partir de agosto de 2010

ANEXO 2 - MAPA DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO (parte 1 de 2)

ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE E DISTRITO ADMINISTRATIVO - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



ANEXO 3 - MAPA DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO (parte 2 de 2)



**ANEXO 4 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE
ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 1 e 2 - (parte 1 de 4)**

PARCEIROS	Unidades
	47 UBS República/Hotel SP
	48 Projeto Centro Legal
	49 UBS Jd São Nicolau
	50 UBS Antonio Pires V. Lobos
	51 CR Homeop Med Trad Bosque da Saúde
	52 UBS Brás
	53 UBS Guilhermina
	1 UBS Pq. Regina
	2 UBS Campo Limpo
	3 UBS Fco Scalamarand Sobrinho
	4 UBS Alto do Umararama
	5 UBS Paraisópolis I
	6 UBS Paraisópolis II
	7 UBS Paraisópolis III **
	8 UBS Jd. Olinda
	9 UBS Jd. Helga
	10 UBS Vila Piri
	11 UBS Jd. Das Palmeas
	12 UBS Pq. Arariba
	13 UBS Jd. Mitsutani
	1 UBS Peri
	2 UBS Mooca I
	3 UBS Tatuapé - Santo Estevão
	4 UBS Parque da Lapa
	5 UBS Santa Cecilia
	6 UBS N. Sra do Brasil
	7 CSE Barra Funda
	1 UBS V. Jaguara
	2 UBS Dr Manoel Joaquim Pera
	3 UBS Pq. da Lapa
	4 UBS Vila Piraú
	5 CSE Butantã
	6 UBS José Marcolio Malta Cardoso
	7 UBS Real Parque
	1 UBS Jd São Bento
	2 UBS Jd Comercial
	3 UBS Jd. Marcelo - Jd. Valquíria
	4 UBS Jd Lidia
	5 UBS Jd Macedônia
	6 UBS Pq. Engenho
	7 UBS Jd Maracá
	8 UBS Pq. Fernand
	9 UBS Jd Germania
	10 UBS Luar do Sertão
	11 UBS Jd Magdalena

PARCEIROS	Unidades
	1 UBS Vargem Grande
	2 UBS Jd. Silveira
	3 UBS Recanto Campo Belo
	4 UBS Jd. Santa Fé
	5 UBS Vila Rochel
	6 UBS Vila Marcelo
	7 UBS Dom Luciano Bergamin
	8 UBS Marsillac
	9 UBS Colônia
	10 UBS Barragem
	11 UBS Nova América
	12 UBS Jd. Embura
	13 UBS Jd. Das Fontes
	14 UBS Jd. Iporã
	15 UBS Alca Pimentel Piza
	16 UBS Galvoias
	17 UBS Chacara Santo Amaro
	18 UBS Chacara do Sol
	19 UBS Jd. Eliane
	20 UBS Pq. Res Cocaia
	21 UBS Parreiros **
	22 UBS Jd. Icarai - Quiniana **
	23 UBS Jd. Mirna **
	24 UBS Jd. Castro Alves **
	25 UBS Jd. São Norberto **
	26 UBS Novo Horizonte Reimberg **
	27 UBS Jd. Guarani
	28 UBS Jd. Icarai - Brasilândia
	29 UBS Jd Paulistano
	30 UBS Jd Paulistano II **
	31 UBS V. Brasilândia
	32 UBS V. Teresinha
	33 UBS Jd Vista Alegre
	34 UBS SIlmaraya
	35 UBS Cruz das Almas
	36 UBS V. Dionisia
	37 UBS V. Barbosa
	38 UBS Santa Maria
	39 UBS Casa Verde Alta
	40 UBS Vila Ramos
	41 UBS Vila Souza/Augusto L. A. Galvão
	42 UBS Vila Penteado
	43 UBS Vila Espanha
	44 UBS Iza Hutzler
	45 UBS Peri Alto **
	46 UBS S6

ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

**ANEXO 5 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE
ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 3 e 4 - (parte 2 de 4)**

PARCEIROS	Unidades
ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	13 UBS Novo Jardim
	14 UBS Novo Caminho
	1 CSE Barra Funda
	2 UBS Bom Retiro
	3 UBS Boracéia
	4 UBS Vila Nív
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	5 UBS Lauzane Paulista
	6 UBS Joaquim Antonio Eirado (JAE)
	1 UBS Humaitá
	2 UBS Nossa Sra. do Brasil
	3 UBS Cambui
	1 UBS Eliete Teixeira Leite
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA	2 UBS Jd. Cidade Piratuba
	3 UBS Moimho Velho
	4 UBS União Vila de Taipas
	5 UBS Vila Maggi
	6 UBS Santo Elias
	7 UBS Vila Piratuba
	8 UBS Parque Maria Domitila
	9 UBS City Jaraguá
	10 UBS Alpes do Jaraguá
	11 UBS Domingos Mantelli
	12 UBS Recanto dos Humildes
	13 UBS Jardim Rosinha
	14 UBS Morro Doce
	15 UBS Morada do Sol
	16 UBS Caluaba
	17 UBS Jd. Panamericano
	18 UBS Jd. Tietê I **
	19 UBS Parque São Lucas
	20 UBS Jardim Guairacá
	21 UBS Iguape
	22 UBS V Prudente
	23 UBS Reunidas I
	24 UBS Reunidas II
	25 UBS Milton Santos
	26 UBS Jd São Francisco
	27 UBS Chac Cruzeiro do Sul
	28 UBS Brás
	29 UBS Belenzinho
	30 UBS Pari
	31 UBS Santa Catarina
	32 UBS Vila Campestre
	33 UBS Waldomiro Pregnolato
	34 UBS Vila Clara

PARCEIROS	Unidades
ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	12 UBS Jd. Eledy
	1 AE Carvalho
	2 UBS Vila Guilhermina
	3 UBS Costa Melo
	4 UBS Kerallux
	5 UBS Pedro Souza Campos
	6 UBS Vila Cisner
	7 UBS Adão Manoel
	8 UBS Jardim Maia
	9 UBS Nitro Operária - Paulo Feldman
	10 UBS Cid Nova São Miguel
	11 UBS Pedro José Nunes
	12 UBS Santa Ines
	13 UBS Thersio Ventura
	14 UBS Jd. Lappena **
	15 UBS União de Vila Nova
	16 UBS Gleba do Pessegue
	17 UBS Jardim Copa
	18 UBS Jardim Helian
	19 UBS Jd Nossa Sra do Carmo
	20 UBS Jd Santa Maria
	21 UBS Jd Santa Terezinha
	22 UBS Santo Estevão
	23 UBS Vila Ramos
	24 UBS Vila Santana
	25 UBS 9 de Julho
	26 UBS Conquista I
	27 UBS Conquista II
	28 UBS Conquista III
	29 Jd Palanque
	30 UBS Recanto Verde Sol
	31 UBS Rio Claro
	32 UBS Jd São Francisco
	1 UBS Jd. Souza
2 UBS Chácara Santana	
3 UBS Zumbi dos Palmares	
4 UBS Vila das Belezas	
5 UBS Figueira Grande	
6 UBS Jd Alfredo	
7 UBS Horizonte Azul	
8 UBS Jd Celeste	
9 UBS Jd Brasília	
10 UBS Jd. Thomas	
11 UBS Pq. Santo Antonio I	
12 UBS Vera Cruz	

**ANEXO 6 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE
ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 5 e 6 - (parte 3 de 4)**

PARCEIROS	Unidades
	35 AMA Lauzane Paulista
	36 AMA Pq. Maria Domitilla
	37 AMA Pereira Barreto
	38 AMA Perus
	39 AMA Pq. Anhanguera
	40 AMA Sítio Mandaguí / Massagista Mario Américo
	41 AMA Wamberto Dias Da Costa
	1 AE Guianases
	2 AMA Sítio da Casa Pintada
	3 AMA Vila Carmosina
	4 AMA Jd. Helena
	5 AMA Jd. Romano
	6 AMA Hosp. Sta. Marcelina (24h)
	7 AMA Pq Paulistano
	1 AMA Piratissara
	2 AMA Vila Frei
	3 AMA Paraisópolis # (24h)
	1 AMA Hermetegildo
	2 AMA Vila Califórnia
	3 AMA Oratório
	1 AMA Capão Redondo
	2 AMA Pq. Fernanda
	1 AMA Boracéia
	1 AMA Peri Peri
	2 AMA Piauí
	1 AMA Vila Palmeiras
	2 AMA Elisa Maria
	3 AMA Jd. Paulistano
	4 AMA VI Barbosa
	5 AMA Jd. Castro Alves
	6 AMA Jardim Mirna
	7 AMA Jd. Icarai
	8 AMA Jd. Campinas
	9 AMA Parelheiros (24h)
	10 AMA Lapa (24h) #
	CAPS
	1 CAPS Adulto II M' Boi Mirim
	3 CAPS Adulto III Parelheiros
	2 CAPS AD II Capela do Socorro
	4 CAPS AD II Cachoeirinha
	1 CAPS Adulto III Itam Bibi
	2 CAPS Infantil S6
	3 CAPS AD III Centro
	4 CAPS AD Brásilia
	5 CAPS Infantil Cachoeirinha / Casa Verde
	ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

PARCEIROS	Unidades
	35 UBS Jd Lourdes
	36 UBS Americanópolis
	37 UBS Parque Imperial
	38 UBS Sacomã **
	39 UBS Almirante Delamare
	40 UBS Neusa Rosália Moraes
	41 UBS Eduardo Romano Reschlian
	42 UBS Vila Caroca
	43 UBS Aurélio Mellone
	44 UBS Luiz Ernesto Mazzoni
	45 UBS Agua Funda
	Assistência Médica Ambulatorial
	1 AMA AE Geraldo da S. Ferreira
	2 AMA AE Flávio Giannotti
	3 AMA Agua Rasa
	4 AMA Americanópolis
	5 AMA Cangalba
	6 AMA Chácara Cruzeiro do Sul
	7 AMA Cupecã
	8 AMA José Pires / Eng. Goulart (24h)
	9 AMA Jd. Nordeste
	10 AMA Dr. Mauricio Paté
	11 AMA Manoel da Nobrega
	12 AMA Pari
	13 AMA Pq Bristol
	14 AMA Sacomã (24h)
	15 AMA Santa Cruz
	16 AMA VI Clara
	17 AMA VI Moraes
	18 AMA Agua de Heia
	19 AMA Bonifácio III
	20 AMA Cidade Lúder I
	21 AMA Itapema
	22 AMA Jd Brasília
	23 AMA Mauricio Zamijovsky
	24 AMA Pq. Boturussu / Humberto Cerruti
	25 AMA AE Tito Lopes (24h)
	26 AMA Parada XV de Novembro
	27 AMA S6 (24h)
	28 AMA Anhanguera I
	29 AMA City Jaraguá
	30 AMA Elisio Teixeira Leite
	31 AMA Jd. Joamar
	32 AMA Jd. Itapema
	33 AMA Jd. Peri
	34 AMA Ladeira Rosa

**ANEXO 7 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE
ENTIDADES OS SÍMILES (POR CONVÊNIO), p. 7 e 8 - (parte 4 de 4)**

PARCEIROS	Unidades
ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	18 SRT Capela do Socorro
	19 SRT Ermelino Matarazzo
	20 SRT Itaquera
	1 SRT Itaim Paulista
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA	1 SRT Ipiranga
ACOMPANHANTE COMUNITÁRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	1 NIR TITO LOPES (02 EQ.)
	2 NIR JOSÉ BONIFÁCIO IV (02 EQ.)
	3 NIR SANTA CECÍLIA (01 EQ.)
	4 CRST SÉ (01 EQ.)
	5 NIR PARELHEIROS (02 EQ.)
	6 NIR JD. MARCELO (02 EQ.)
	7 NIR SANTO AMARO (02 EQ.)
	8 NIR TUGURUVI (02 EQ.)
	9 NIR JD. GUANABARA (02 EQ.)
	10 NIR TATUAPÉ (02 EQ.)
	11 NIR VILA PRUDENTE (02 EQ.)
ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA	1 UBS Pari
	2 UBS Comendador José González
	3 UBS São Vicente de Paula
	4 UBS Vila Jacuí
	5 Itaquera
	6 UBS Vila Romana
	7 UBS Dr. José B. Magaldi
	8 UBS N. Sra. Do Brasil
	9 UBS Boraceia
	10 URSI Sé
	11 UBS José Toledo Piza
	12 UBS Joaquim Antonio Eirado
	13 Cachoeirinha
	14 Brasíliaândia
	15 URSI Cidade Ademar
	16 Capela do Socorro I
	17 Capela do Socorro II
CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO BOM PARTO	1 UBS Bertoga
	2 URSI Mooca

PARCEIROS	Unidades	
ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	6 CAPS Infantil Freguesia do Ó	
	7 CAPS Infantil Capela do Socorro	
	8 CAPS Infantil Parelheiros	
	9 CAPS Adulto Aricanduva	
	10 CAPS AD Ermelino Matarazzo	
	1 CAPS AD II São Mateus	
	1 CAPS AD II Itaquera	
		CAPS Infantil São Miguel Paulista
		CAPS Infantil Perus
		CAPS Infantil II Santana
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA	3 CAPS AD II Santana	
	4 CAPS Adulto II Mandaguá	
	5 CAPS Adulto Casa Verde	
	6 CAPS AD SACOMÁ	
	7 CAPS AD II IPIRANGA - ARAPUÁ	
	8 CAPS Adulto Ipiranga	
	9 CAPS Infantil Sapopemba	
	1 CAPS AD II Vila Madalena	
	1 CAPS Infantil Cidade Lúder #	
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	1 CAPS Adulto III Paraisópolis #	
CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORACÃO DE JESUS	SRT	
	1 SRT M'Boi Mirim	
	2 SRT Campo Limpo	
	1 SRT Butantã I	
	2 SRT Butantã II	
	3 SRT Perdizes	
	4 SRT Itaim Bibi	
	5 SRT Lapa	
	6 SRT Mandaguá I	
	7 SRT Mandaguá II	
	8 SRT Pirituba Jaraguá I	
	9 SRT Pirituba Jaraguá II	
	10 SRT Brasíliaândia	
	11 SRT Aricanduva I	
	12 SRT Aricanduva II	
	13 SRT Jabaquara	
	14 SRT Vila Prudente I	
15 SRT Vila Prudente II		
16 SRT Parelheiros		
17 SRT Cidade Ademar		
ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA		

Fonte: Coordenação de Atenção Básica/SMS.

ANEXO 8 –RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE ENTIDADES OS STRICTO SENSU (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 1 e 2 - (parte 1 de 4)

*Secretaria Municipal da Saúde
Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde*

Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social

Hospital Infantil Menino Jesus
Instituto de Responsabilidade Social Sirio Libanês
1 Hosp. Municipal Infantil Menino Jesus
Hospital Municipal Cidade Tiradentes
OS Casa de Saúde Santa Marcelina
1 Hosp. Municipal Cidade Tiradentes
Hospital Municipal M. Boi Mirim
OS Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM
1 Hosp. Municipal M. Boi Mirim
Microrregião Buarã-Jaguari
Fundação Faculdade de Medicina – FFM
1 AMA Jardim São Jorge
2 AMA Vila Nova Jaguaré
3 UBS Jardim Boa Vista
4 UBS Jardim D'Abri
5 UBS Jardim São Jorge
6 UBS Paulo VI
7 UBS Vila Dalva - Eng. Guilherme Henrique Pinto Coelho

*Fonte: NTCSS
Impresso em: 28/9/2010*

*Secretaria Municipal da Saúde
Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde*

Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social

Microrregião Cidade Ademar
OS Associação Congregação de Santa Catarina
1 AE Pedreira - Dr. César Antunes da Rocha
2 AE Vila Joaniza - João Yunes
3 AMA Dr. Cesar Antunes da Rocha - Pedreira
4 AMA Especialidades Vila Constância Dr. Vicente Octávio Guida
5 AMA Jardim Miriam
6 AMA João Yunes - Vila Joaniza
7 AMA Parque Dorotéia
8 AMA V. Missionária
9 AMA Vila Império
10 CAPS II Cidade Ademar
11 COE Pedreira - Umberto Nastari
12 UBS Campo Grande
13 UBS Cidade Júlia
14 UBS Jardim Apurá
15 UBS Jardim Miriam - Manoel Soares de Oliveira
16 UBS Jardim Niterói
17 UBS Jardim São Carlos - Cidade Ademar
18 UBS Jardim Unuarama
19 UBS Laranjeiras
20 UBS Mar Paulista
21 UBS Mata Virgem
22 UBS Parque Dorotéia
23 UBS São Jorge - Cidade Ademar
24 UBS Vila Aparecida
25 UBS Vila Ametê - Dr. Dêcio Pacheco Pedroso
26 UBS Vila Constância Dr. Vicente Octávio Guida
27 UBS Vila Guacuri
28 UBS Vila Império
29 UBS Vila Império II
30 UBS Vila Missionária

*Fonte: NTCSS
Impresso em: 28/9/2010*

**ANEXO 9 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE
ENTIDADES OS *STRICTO SENSU* (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 3 e 4 -
(parte 2de 4)**

Secretaria Municipal da Saúde
Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde
Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social

Microrregião Itaim Paulista	
OS Casa de Saúde Santa Marcelina	
1	AMA Especialidades Texima Boa Esperança
2	AMA Jardim Campos
3	AMA Jardim das Oliveiras
4	AMA Jardim Nella
5	AMA Texima Boa Esperança
6	CAPS II Adulto Itaim Paulista
7	UBS Cidade Kernel
8	UBS Dom João Nery
9	UBS Dr. Ataulpa Gózo Rabelo
10	UBS Jareguá
11	UBS Jardim Campos
12	UBS Jardim Indaiá
13	UBS Jardim Robru II - São Miguel
14	UBS Jardim Silva Telles
15	UBS Parque Santa Rita
16	UBS Vila Curuçã
17	UBS Vila Nova Curuçã
Microrregião M Boi Mirim	
OS Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	
1	AE Jardim Itaquera
2	AMA Especialidades Jardim São Luiz
3	AMA Jardim Alfredo
4	AMA Jardim Ângela
5	AMA Jardim Capela
6	AMA Jardim São Luiz
7	AMA Parque Figueira Grande
8	AMA Parque Novo Santo Amaro
9	AMA Parque Santo Antonio
10	UBS Ato da Riviera
11	UBS Chácara Santa Maria
12	UBS Cidade Ipaiva
13	UBS Jardim Aracati
14	UBS Jardim Caçara
15	UBS Jardim Capela
16	UBS Jardim Coimbra
17	UBS Jardim Guaruja
18	UBS Jardim Herculano
19	UBS Jardim Kagphara
20	UBS Jardim Nakamura
21	UBS Jardim Parapanama
22	UBS Jardim Santa Margarida
23	UBS Parque do Lago
24	UBS Parque Novo Santo Amaro
25	UBS Santa Lúcia
26	UBS Vila Galu

Fonte: NTCSS
Impresso em: 28/9/2010

Secretaria Municipal da Saúde
Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde
Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social

Microrregião Cidade Tiradentes / Guaiamases	
OS Casa de Saúde Santa Marcelina	
1	AE / CEO Jardim São Carlos
2	AMA Castro Alves
3	AMA Fazenda do Carmo
4	AMA Jardim Estelina
5	AMA Presidente Juscelino Kubitschek
6	CAPS AD II Guaiamases
7	CAPS II Adulto Tiradentes
8	CEO /NIR Cidade Tiradentes
9	UBS Barro Branco
10	UBS Carlos Gentile de Melo
11	UBS Castro Alves
12	UBS Cidade Tiradentes I
13	UBS Dom Angelico
14	UBS Fazenda do Carmo
15	UBS Ferroviários
16	UBS Gráficos
17	UBS Guaiamases I
18	UBS Guaiamases II
19	UBS Inacio Monteiro
20	UBS Jardim Aurora
21	UBS Jardim Bandeirantes
22	UBS Jardim Estelina
23	UBS Jardim Fanganello
24	UBS Jardim Robru - Guaiamases
25	UBS Jardim Soares
26	UBS Jardim Vitória
27	UBS Prefeito Celso Augusto Daniel
28	UBS Prefeito Prestes Maia
29	UBS Presidente Juscelino Kubitschek
30	UBS Primeiro de Outubro
31	UBS Pricleta Jeremias
32	UBS Santa Luzia
33	UBS Vila Chabilândia
34	UBS Vila Cosmopolita

Fonte: NTCSS
Impresso em: 28/9/2010

**ANEXO 10 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE
ENTIDADES OS *STRICTO SENSU* (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 5 e 6 -
(parte 3 de 4)**

*Secretaria Municipal da Saúde
Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde*

Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social

Microregião Socorro Parelheiros	
OS Associação Congregação de Santa Catarina	
1	AE / CEO Dr. Milton Alired
2	AE Jardim Cliper
3	AMA Dona Maria Antonieta Ferreira de Barros
4	COE Parrelheiros. Clínica Odontol. Espec. Yvette Viegas
5	UBS Chácara do Conde
6	UBS Jardim Três Corações
7	UBS Jordenópolis
8	UBS Varginha
9	UBS Vera Póly
Território Aricanduva / Sapopemba / São Mateus	
OS SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	
1	AE / CEO Sapopemba
2	AMA Conquista III
3	AMA Especialidades Jardim Tietê II
4	AMA Humberto Gastão Bodra - Jardim Elba
5	AMA Jardim das Laranjeiras
6	AMA Jardim Grimaldi
7	AMA Jardim Santo André
8	AMA Jardim Tietê I
9	AMA São Francisco II
10	AMA Sapopemba
11	AMA Vila Antonieta
12	AMA Vila Carrão
13	AMA Vila Guarani
14	CAPS Adulto III Sapopemba
15	CAPS Alcool e Drogas II Sapopemba
16	UBS Fazenda da Juba I
17	UBS Fazenda da Juba II
18	UBS Jacape - Jardim Planalto
19	UBS Jardim dos Eucaliptos - Helio Moreira Salles
20	UBS Jardim Elba - Humberto Gastão Bodra
21	UBS Jardim Grimaldi
22	UBS Jardim Iva
23	UBS Jardim Sapopemba
24	UBS Jardim Simã
25	UBS Mascarenhas de Moraes
26	UBS Pastoral
27	UBS Santa Madalena
28	UBS Teotônio Viela
29	UBS Vila Formosa II
30	UBS Vila Nova York
31	UBS Vila Renato

*Fonte: NYCSS
Impresso em: 28/9/2010*

*Secretaria Municipal da Saúde
Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde*

Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social

Território Penha / Ermelino Matarazzo	
OS SECONCI - Serviço Social da Indústria da Construção Civil e do Mobiliário do Estado de São Pau	
1	AE Penha - Dr. Maurice Pate
2	AMA Especialidades Burgo Paulista
3	AMA Jardim Popular Dr. Matheus Santamaría
4	AMA Vila Silvia
5	CAPS Adulto II Ermelino Matarazzo
6	CAPS Adulto II Vila Matilde
7	CAPS Infantil II Penha
8	UBS Burgo Paulista
9	UBS Cidade Patriarca Dr. Hermenegildo Morbin Junior
10	UBS Ermelino Matarazzo
11	UBS Jardim Penha
12	UBS Jardim Popular - Matheus Santa Maria
13	UBS Ponte Rasa - Dr. Carlos Oivaldo de Souza L. Muniz
14	UBS Vila Aricanduva
15	UBS Vila Esperança - Dr. Cassio Blencourt Filho
16	UBS Vila Granada - Dr Alfredo Ferreira Paulino Filho
17	UBS Vila Matilde
18	UBS Vila Silvia
Microregião Jaçaná / Tremembé	
OS Irmãndade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	
1	Hospital Municipal São Luiz Gonzaga
2	UBS Dona Marquinhã Sabascia
3	UBS Flor de Maio
4	UBS Jaçaná
5	UBS Jardim Abuanã
6	UBS Jardim das Pedras
7	UBS Jardim Fontalis
8	UBS Jardim Joamar
9	UBS José de Toledo Piza
10	UBS Parque Edu Chaves
11	UBS Vila Albertina - Dr. Oivaldo Marçal
12	UBS Vila Nova Galvão - Sonia Regina Campanelli

*Fonte: NYCSS
Impresso em: 28/9/2010*

**ANEXO 11 - RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO QUE ESTÃO SOB GESTÃO DE
ENTIDADES OS *STRICTO SENSU* (POR CONTRATO DE GESTÃO), p. 7 e 8 -
(parte 4 de 4)**

Secretaria Municipal da Saúde Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde	Secretaria Municipal da Saúde Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde
<i>Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social</i>	<i>Contratos de Gestão: Unidades sob gerenciamento pela Organização Social</i>
<p>PSM Santo Amaro OS Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro 1 PSM Santo Amaro - José Silvio de Camargo</p> <p>PSM Vila Maria Baixa OS SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina 1 PSM Vila Maria Baixa</p>	<p>Microrregião Vila Maria / Vila Guilherme OS SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina 1 AMA Especialidades Izolina Mazzei 2 AMA Jardim Brasil 3 AMA Vila Guilherme 4 AMA Vila Medeiros 5 CAPS II Infantil Vila Maria Vila Guilherme 6 Hosp. Municipal Vereador José Storopoli - Vila Maria 7 UBS Carandiru 8 UBS Jardim Brasil 9 UBS Jardim Japão 10 UBS Parque Novo Mundo I 11 UBS Parque Novo Mundo II 12 UBS Vila Ede 13 UBS Vila Guilherme 14 UBS Vila Izolina Mazzei 15 UBS Vila Leonor 16 UBS Vila Maria - Dr. Luiz Paulo Ghrecco 17 UBS Vila Medeiros 18 UBS Vila Sábria</p> <p>PA Dra. Glória Bonfim / Atualpa G. Rabelo / Julio Tupy OS Casa de Saúde Santa Marcelina 1 PA Dr. Atualpa Ciríaco Rabelo 2 PA Glória Rodrigues Santos Bonfim 3 PSM Julio Tupy</p> <p>PSM Augusto G. Mattos / PA São Mateus OS SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina 1 PA São Mateus II 2 PSM Augusto Gomes de Mattos</p> <p>PSM Balmleiro São José OS Associação Congregação de Santa Catarina 1 PSM Balmleiro São José</p> <p>PSM Barra Funda / Freguesia do Ó / Santana OS Immandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo 1 PSM Barra Funda- Álvaro Dino de Almeida 2 PSM Freguesia do Ó - 21 de Junho 3 PSM Santana - Lauro Ribas Braga</p> <p>PSM Dona Maria Antonieta F. Barros OS Associação Congregação de Santa Catarina 1 PSM Dona Maria Antonieta F. de Barros</p> <p>PSM Lapa / PSM Butantã Fundação Faculdade de Medicina - FFM 1 PSM Butantã - Dr. Caetano Virgílio Netto 2 PSM Lapa - Prof. João Catarin Mesomo</p> <p>PSM Perus Instituto SAS 1 PSM Perus</p>
Fonte: NTCSS Impresso em: 28/9/2010	Fonte: NTCSS Impresso em: 28/9/2010