

Setor público não-estatal: (des) caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços das organizações sociais de saúde

The social control and the democratic access to social health organization

El control social y el acceso democrático a las organizaciones sociales de salud.

Karen Santana de Almeida*

Resumo: O controle social, ou democracia direta, refere-se ao acesso à informação e à participação da sociedade civil, organizada ou não, na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas. O exercício do controle social é um importante instrumento para evitar desvios e impropriedades na execução do gasto público. Com o advento das Organizações Sociais (publicização), nos anos 90, houve um esforço para garantir a consolidação e a ampliação dos espaços de controle social nessas instituições, espaços esses, contudo, não muito eficazes. À luz dessa discussão teórica analisa-se aqui a experiência de uma organização social de saúde, a Associação das Pioneiras Sociais (APS) - Hospital Sarah Kubtscheque -, enfatizando-se a efetividade do exercício do controle social em seu conselho de administração. A metodologia baseou-se na análise qualitativa de dados obtidos em entrevistas e em documentos oficiais.

Palavras-chaves: controle social, equidade e organizações sociais

Abstract: Social Control, or Directly Democracy is the access of the information and the participation of the civil society. This can be organized or not, in the management, implementation of actions and audit of public and private organizations. The social control is an important instrument to control deviation (embezzlement) to execute public spent. Proposals on the reform of the State is included the Social Organization attempt to change the services previously administered by Sistema Único de Saúde. The objective is to improve management and increase financial autonomy. With reference to the proposal, this article provides an analysis of the experiences at Associação da Pioneiras Sociais (APS) - Hospital Sarah -, based on theoretical material collected in bibliographical research, we focus the investigation effectivity of social control. The methodology uses instruments of qualitative research such as interviews and an analysis of official documents.

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

Resumen: El control social o democracia directa se refiere al acceso de información y a la participación de la sociedad civil organizada o no, en la gestión, implementación de acciones y fiscalización de las organizaciones públicas y privadas. El ejercicio del control social es un importante instrumento, el cual evita desvios e impropiedades en la ejecución del presupuesto público. Con el advenimiento de las organizaciones sociales (publicación), en los años 90, hubo un esfuerzo para garantizar la consolidación y la ampliación de los espacios del control social en esas instituciones, esos espacios, que no son muy eficientes. Ante esa discusión teórica se analiza la experiencia de una organización social de salud, la Asociación de las Pioneras Sociales (APS) - Hospital Sarah -, enfatizándose la efectividad del ejercicio del control social en su consejo de administración. La metodología basease en el análisis cualitativo de los datos obtenidos en las entrevistas y en los documentos oficiales.

Palabras claves: control social, equidad y organizaciones sociales.

* Mestre em Políticas Sociais e graduada em Serviço Social pela Universidade de Brasília. Atualmente Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. E-mail: karen@unb.br, almeidakaren@yahoo.com.br

Introdução

O objetivo desse trabalho é fomentar uma reflexão sobre o exercício do controle social e a observância do princípio da equidade no acesso aos serviços das Organizações Sociais (OS) em especial de saúde¹.

A relevância de tal temática se fundamenta na constatação de que as OS - que foram cometidas para exercerem um papel coadjuvante e complementar em relação ao Estado, na provisão de bens e serviços (com financiamento público) à sociedade - representam uma nova forma institucional híbrida que se desloca constantemente da gestão estatal à privada; demandando, portanto, uma ampla participação e atenta fiscalização da sociedade no intuito de assim evitar a apropriação e o uso indevido de seus recursos para fins particulares ou em benefício de interesses de grupos.

Por esse motivo, acreditamos que as OS deveriam se submeter ao controle social e observar fielmente o princípio da equidade no acesso aos seus serviços. Contudo, essas premissas - embora contempladas no discurso e nos documentos oficiais da OS - nem sempre estão presentes nas práticas do cotidiano institucional, conforme analisaremos nesse trabalho.

Quanto aos aspectos metodológicos que subsidiaram a pesquisa na supracitada instituição hospitalar, ressaltamos que se privilegiou a análise qualitativa e, também a técnica de investigação documental².

As organizações sociais e o setor público não-estatal

A adoção do modelo das Organizações Sociais, enquanto experiência inovadora de administração pública verifica-se no Brasil a partir da década de 1990. Esse novo instrumento de implementação de políticas públicas foi fruto de uma agenda governamental concebida dentro dos princípios da reforma neoliberal do aparelho do Estado brasileiro³, cuja característica básica era a redefinição do papel de prestação de serviços públicos estatais.

De fato, as OS, tema deste trabalho, representaram nos anos 90 a alternativa à intervenção estatal direta em setores como: pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, conforme descrito pela Lei n.º 9.637 de 15 de maio de 1998⁴ (BRASIL, 1998).

Sobretudo na área da saúde, as OS representaram uma mudança em todo um sistema público e universal de acesso aos serviços - cuja concepção é de direito social universal - que havia sido edificado a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema que foi, aliás, uma conquista de um amplo movimento de luta, especialmente da reforma sanitária, que questionou a precariedade da atenção pública à saúde no Brasil.

Por outro lado, com o advento da mencionada reforma do aparelho do Estado, a defesa do modelo de gestão de políticas sociais baseado na criação das OS proporcionou a expansão de um setor público diferente do estatal, denominado setor público não-estatal.

O surgimento dessa nova esfera de atuação pública provocou vários questionamentos dentre os quais citamos a inexistência, no discurso governamental, à época, sequer da cogitação de se buscar um aprimoramento da prestação de serviços sociais na forma como vinham sendo feita até então pelo aparato estatal (modelo do SUS).

Acrescente-se ainda que, a partir da criação de OS, o Estado começou a se afastar da esfera da produção direta de bens e serviços públicos, buscando fortalecer principalmente as suas instâncias de promoção e regulação desses bens e serviços.

Em outras palavras, com as OS, o Estado passou a atuar menos diretamente e mais em parceria com organizações públicas não-estatais, as quais, por sua vez, passaram a prover alguns serviços estatais (saúde, educação etc.) à sociedade, porém sem a intervenção direta do Estado em suas atividades apesar das mesmas serem subsidiadas por recursos públicos. É bom lembrar que tal distanciamento estatal da esfera da produção de bens e serviços públicos (em favor das OS) atendeu, indubitavelmente, aos interesses da ofensiva neoliberal, pois insere-se na ideologia de Estado mínimo⁵ dessa corrente de pensamento econômico.

Ressalte-se também que houve a transferência dos recursos e do aparato material das instituições estatais pré-existent para as OS recém-criadas. Houve também a ênfase na adoção de modelos gerenciais flexíveis, por meio dos quais se garante autonomia administrativa e financeira a estas instituições públicas não-estatais.

Essa nova esfera de atuação pública (público não-estatal) demandou também o surgimento de novos formatos institucionais e arranjos jurídicos, para dar conta do deslocamento de fronteiras entre o público e o privado, porém trouxe em seu bojo o risco de uma privatização dissimulada. Essa indefinição de fronteiras de atuação faz com que as OS, de acordo com a sua própria conveniência, possam ora assumir uma face pública, ora uma face privada.

Organizações sociais: publicização ou privatização dos serviços sociais estatais?

Por meio das OS instituiu-se a promoção do processo de publicização⁶ de serviços sociais estatais, tais como: saúde e educação, dentre outros. Embora o discurso governamental do momento (governo de Fernando Henrique Cardoso) entendesse o processo de publicização apenas como uma redefinição da forma de atuação do Estado no desempenho de suas funções sociais.

Conforme Santos (2000), enumera-se aqui alguns dos aspectos desse processo que, acreditamos culminou, na prática, em verdadeira privatização de serviços públicos estatais.

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

Assim, embora a criação das OS pareça ser ato autônomo de particulares (conforme Lei nº. 9.637 de 15/05/1998), ela nada tem de autonomia, pois não há espontaneidade no processo de criação das OS, uma vez que, segundo o próprio Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - documento que balizou as reformas no governo de Fernando Henrique Cardoso - tem-se: "serão transformadas as atuais instituições públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado." (BRASIL, 1995, p.58).

Novamente é importante ressaltar que as OS não dispunham de patrimônios próprios, na medida em que elas, em geral, assumiam a gestão do patrimônio público que lhes era cedido. Daí o caráter privatista deste modelo de gestão, pois ele, em última instância, não se destinou a aumentar a oferta de serviços e a produção de bens públicos na área de saúde e outras, via incentivo à participação privada na esfera estatal. Mas, pautou-se, sobretudo pela "alienação" do patrimônio público pré-existente sob os argumentos de desoneração do Estado e aumento da eficiência administrativa.

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

Além do mais, com o processo de publicização, as mesmas competências institucionais que deveriam ser exercidas sob as "amarras" do Direito Público passaram a ser exercidas sob o "manto" do Direito Privado, pois, as organizações sociais foram afastadas da esfera estatal e do regime jurídico administrativo (RJU), concurso público, Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), Lei nº. 8.666 de 21/06/1993, Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) etc. que balizavam a fiscalização dos serviços públicos à sociedade.

Esta nova conjuntura jurídico-administrativa enseja o questionamento a respeito de qual mecanismo estatal induziria as OS a um aumento constante de eficiência e ampliação da oferta de bens e serviços públicos; e para ir além do discurso dos benefícios da autonomia do modelo de gestão das OS, é necessário também questionar quais foram os espaços ou instâncias que essa mesma autonomia privada criou (ou preservou), capazes de viabilizar o

exercício da participação e do controle social sobre essas instituições e, conseqüentemente, garantir a observância do princípio da equidade no acesso aos seus serviços.

Controle social: Natureza e componentes conceituais

A definição de controle social, a exemplo de outros conceitos utilizados pelas ciências sociais, ainda não se cristalizou, havendo várias vertentes de conceituação (Sociologia, Ciência Política, Serviço Social, Administração).

Do ponto de vista semântico, o sentido do termo controle social assume diversas conotações dependendo do contexto em que é utilizado. O termo controle é de origem francesa e significa contraprova, verificação, fiscalização, exame.

Na língua portuguesa esse termo está associado a um sentido de dominação e este talvez seja o motivo pelo qual, o controle é muitas vezes visto como um procedimento inconveniente ou inoportuno.

Contudo, na administração pública, por exemplo, o controle é imprescindível para evitar a apropriação, por interesses particulares ou de grupos, dos recursos públicos destinados à concretização dos interesses nacionais.

Por sua vez, o adjetivo social determina a natureza do controle. Portanto, controle social seria um controle com origem na esfera social, ou melhor, na sociedade.

Cada vez mais utilizado nas discussões que se referem ao Serviço Social, o termo controle social tem se afastado de seu significado original estabelecido na Sociologia. Como exemplo desse distanciamento conceitual, citamos a utilização da acepção sociológica do termo por LaPierre (1954), em seu livro *A Theory of Social Control*.

A redescoberta dos grupos primários da sociedade como elementos-chave no estabelecimento das normas de conduta sociais é a base desse trabalho do citado autor. Posto que, na sua teoria, a ação desses grupos orienta indiretamente os objetivos globais da sociedade. Assim, LaPierre, chama de controle social essa ação de grupos primários, não necessariamente planejada, que modifica a conduta social por meio de um sistema dinâmico de punições.

Como será visto mais adiante, esse conceito de controle social elaborado na sociologia tem características muito diversas do conceito que tem sido utilizado modernamente nos estudos do Serviço Social e de outras ciências humanas, sobretudo naquelas ligadas à área da Saúde.

Sobre este assunto, isto é, sobre a acepção do termo controle social utilizada atualmente no Serviço Social, é necessário antes esclarecer que as concepções de Estado e sociedade civil aqui adotadas baseiam-se nas elabo-

rações de Coutinho sobre Gramsci, que enriqueceram a teoria marxista clássica e definiram o Estado como o organismo de coerção e instrumento de dominação utilizado em favor da classe dominante (COUTINHO, 1989). Segundo aquele autor, o Estado, em sentido amplo, comporta duas esferas: a sociedade política, ou Estado em sentido estrito, e a sociedade civil. Essa última, “[...] é uma arena privilegiada da luta de classe, uma esfera do ser social onde se dá uma intensa luta pela hegemonia [...]” (COUTINHO, 1989).

Por isso, não se adotará aqui uma visão maniqueísta e idealizada da relação Estado/sociedade civil, na qual esta última, supostamente, se constituiria em um bloco homogêneo - oposto ao Estado - na defesa de princípios e interesses comuns. Ao contrário, estes princípios e interesses antes se conjugam de acordo com o momento e os projetos próprios e os parceiros de cada grupo ou organização componente da sociedade civil.

A partir das considerações expostas acima e, sobretudo em função da especificidade desse trabalho — avaliação de políticas sociais — e de seu objeto (Organizações Sociais de Saúde), adotou-se aqui uma definição própria de controle social, mas que segue a mesma linha teórica de duas autoras da área de Serviço Social: Raichelis (1998)⁷ e Simionatto (2005)⁸ e que consiste:

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

Nos últimos anos vem sendo utilizada cada vez mais a expressão controle democrático⁹, ao invés do termo controle social. Embora essa discussão conceitual não seja objeto desse trabalho é importante esclarecer que, na saúde, muitos autores (RAICHELIS, 1998; SPOSATI & LOBO, 1992; BRAVO & SOUZA, 2005; SIMIONATTO, 2005) utilizam a expressão controle social. Por esse motivo, adotamos aqui essa terminologia, por entender que nessa área do conhecimento (saúde), o controle social é encarado como um direito conquistado, que advém do capítulo da Saúde, da Constituição Federal de 1988. Sendo que, no plano jurídico, ele foi regulamentado em 1990, com a promulgação da Lei nº. 8.142/90, que, em conjunto com a Lei nº. 8.080/90, conforma a Lei Orgânica da Saúde. E é na Lei nº. 8.142/90 que se encontrará, pela primeira vez, o detalhamento de como se efetiva o exercício do controle social na saúde; com destaque para a criação de instâncias formais de exercício desse controle como, por exemplo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Vale ressaltar que esta aceção de controle social

utilizada na área da saúde tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira, com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na Saúde, o movimento de reforma sanitária; uma vez que a concepção de seguridade social¹⁰ e, por sua vez, a de saúde, adotadas a partir da Constituição Federal de 1988, explicitam e propõem um projeto de direito à saúde para todos¹¹.

Ressaltamos ainda que, as propostas desse sistema de seguridade social (proteção social) concebido a partir da Carta Magna de 1988 determinaram uma lógica de forte intervenção do Estado na garantia de políticas sociais, especialmente àquelas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Contudo, orientação contrária à inscrita na Constituição Federal de 1988 foi observada na década seguinte (1990), com a redefinição radical do papel das organizações e da prestação dos serviços públicos. Sobretudo, a partir da reforma do aparelho do Estado, por meio do advento das Organizações Sociais.

Equidade no acesso aos Serviços de Saúde

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

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

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

Para abarcar corretamente a dimensão da equidade na prática das políticas sociais é necessário considerar sempre a possibilidade de trabalhar diferentemente problemas tidos como semelhantes, mas que se expressam

de forma diversa conforme a história de cada cidadão.

Segundo Pereira (2002, p.41) esta foi a razão porque o preceito da equidade - segundo o qual: "as ações públicas devem privilegiar as classes menos aquinhoadas economicamente - ganhou destaque nas alas progressistas da saúde, muitas vezes, sob a discutível denominação de discriminação positiva".

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

Organizações sociais de saúde: falhas no exercício do controle social e não equidade no acesso aos serviços

Em relação a OS, o objeto desse estudo, a Associação das Pioneiras Sociais (APS)¹², é preciso tecer algumas considerações iniciais conforme parágrafos a seguir.

Por meio da Lei nº. 8.246¹³, de 22/10/1991, foi extinta a "Fundação das Pioneiras Sociais", entidade de direito público, e criada em seu lugar o Serviço Social Autônomo da Associação das Pioneiras Sociais¹⁴, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse e de utilidade pública (BRASIL, 1991).

A APS, que é a instituição gestora da Rede Sarah de Hospitais, presta serviços em programas de assistência médica qualificada e desenvolve atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde.

A mencionada rede hospitalar é considerada pelos usuários atendidos¹⁵ como uma instituição com desempenho positivo na área de fornecimento de bens e serviços na área de saúde, sendo também reconhecida internacionalmente (conforme reportagem do Correio Braziliense do dia 10/06/2003, caderno cidades pág. 22, "Rede Sarah é referência Mundial") como um centro de excelência em suas áreas de atuação.

O Hospital Sarah de Brasília também recebeu a maior pontuação entre todas as unidades de saúde do País, na avaliação dos seus serviços hospitalares, com outorga do Diploma "Prêmio de Qualidade Hospitalar 2001" na categoria "Destaque Nacional".

Cabe aqui explicar que o Conselho de Administração é o espaço legalmente previsto para o exercício do controle social nas OS.¹⁶ Contudo, aqui, algumas críticas serão tecidas sobre a validade prática do exercício do controle social nas OS a partir de seu Conselho de Administração, uma vez que, os estudos realizados na APS apontaram indícios da possibilidade de manipulação de sua composição em benefício de interesses particulares ou corporativos¹⁷.

Além disso, constatou-se que embora estejam previstos mecanismos de participação em instâncias colegiadas internas às OS, esses mesmos mecanismos não oferecem

garantias de que essa participação seja de fato efetiva e não meramente formal.

Um exemplo do fato mencionado acima pode ser observado ao se analisar o Conselho de Administração da APS. Neste conselho, no período de 2000 a 2003, sua composição teve um número significativo de representantes do Poder Público.

O fato de o Conselho de Administração de uma OS ser composto por integrantes de instâncias elevadas do Poder Público, embora previsto em legislação, nos leva a refletir sobre uma possível sobreposição de papéis (e mesmo de interesses políticos) de alguns membros do Conselho, tais como: função legislativa federal e de execução orçamentária institucional; função fiscalizadora pelo TCU e função de elaboração da proposta do contrato de gestão da APS; e função de planejamento institucional e de supervisão estatal de cumprimento do mesmo.

Uma vez que esses mesmos integrantes do conselho eram, à época (como representantes do Tribunal de Contas da União e do Congresso Nacional) co-responsáveis pela destinação de parte dos recursos públicos federais obtidos pela APS, além de participes da fiscalização do uso dos mesmos e da própria fiscalização do cumprimento do contrato de gestão da APS.

Mesmo em relação ao cargo honorífico máximo da APS, ocupado pelo então Presidente da República à época, Fernando Henrique Cardoso, ressaltamos que embora se tratasse de cargo de Presidente de Honra do Conselho, sem direito a voto, portanto, não se pode deixar de indagar se a presença do chefe de Estado não aumentou substancialmente o nível de expressão política daquela instituição com reflexos na capacidade da mesma em captar recursos do orçamento da União.

Caso tal prática - presença de altos expoentes do poder público nos conselhos de administração das OS - venha a ser constatada nas demais OS seria relevante questionar se essa sobreposição de papéis de alguns membros dos conselhos das OS não poderia tornar essas instituições vulneráveis a interesses político-partidários ou ao clientelismo político - vícios comuns do sistema político administrativo estatal brasileiro.

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

A não efetivação do controle social no conselho de administração da APS em função do prejuízo da participação do usuário dos serviços pode trazer como

consequência a não observância do princípio da equidade no acesso aos serviços naquela instituição. Tal fato fica evidente a partir da análise das entrevistas realizadas com ex-empregados da APS¹⁸ que resumiremos a seguir.

De fato, em entrevistas com ex-empregados da APS, os dados colhidos demonstraram indícios de que existe uma certa restrição de acesso aos serviços da APS. Além disso, alguns usuários teriam facilidades de acesso aos serviços da APS em função de seu prestígio e/ou influência política ou pessoal.

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

Também a partir da fala das entrevistadas, inferiu-se que existem dificuldades no procedimento de marcação de consultas naquela rede hospitalar; que a previsão de tempo de espera pela confirmação da marcação de consulta médica não é divulgada; que os próprios empregados não possuem informações precisas sobre quais os critérios estabelecidos pela administração do Hospital Sarah para o acesso dos usuários aos seus serviços; que a APS proporciona atendimento a determinadas patologias para alguns poucos usuários mas não para o público em geral; que parlamentares utilizariam sua influência junto à administração da APS para fins clientelísticos; e que existem privilégios de atendimento e prioridade de acesso para pessoas influentes e/ou personalidades públicas.

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

Não, eu estou rindo porque existe aquela forma... formal e existe aquela forma que a gente sabe que a pessoa marca consulta (ALMEIDA, 2005, p.113).

Mas, bem, é... a pessoa tem que ter alguma patologia na área locomotora. Ela tem que ligar e aí uma equipe multidisciplinar vai avaliar, ela relata sobre o que está acontecendo com ela e aí esta equipe vai avaliar e a telefonista vai explicar que agora não poderá ser atendido e que vai ter que aguardar um outro momento quando será marcada a consulta. O ruim é que nem todo mundo que tem doenças patológicas é atendido lá. Porque dizem que não tem vaga, que não tem como atender. **As pessoas reclamam de ligar e não conseguir marcar consulta, reclamam demais pelo telefone estar ocupado** (grifo nosso). Mas a gente sabe que existem outras prioridades e aí pessoas que não têm nada patológico, mas que têm influência no poder, que conhecem o Diretor do Hospital e ou a Diretora, têm acesso ao Sarah (ALMEIDA, 2005, p.113).

Quando eu trabalhei na internação, vários deputados passavam mal e eram internados no Sarah, entende? **Coisas assim que, paciente mesmo demora anos, que não é frescura, fica esperando e, muitas vezes, não conseguem** (grifo nosso). É isso que é um pouco intrigante. Apesar de que nos últimos meses que eu fiquei lá, não estava acontecendo mais isso, eles estavam parando com isso (ALMEIDA, 2005, p.113).

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

Outra dificuldade enfrentada pelos usuários que desejam marcar consultas no hospital é a de não possuírem informações precisas sobre quais os critérios estabelecidos pela administração do Sarah para o acesso aos serviços. Essa assertiva pôde ser vislumbrada quando se questionou as entrevistadas acerca do funcionamento do processo de seleção dos pacientes para atendimento. E sobre quem (ou quais profissionais) determina prioridade de atendimento aos usuários. Elas responderam que:

Na realidade depende da patologia. Se for lesado medular é atendido por alguns fisioterapeutas de lesado medular, médicos e outros. Então **cada especialidade tem uma equipe**, ortopedia é o pessoal da ortopedia, **eles é que selecionam quem vai ser atendido ou não** (ALMEIDA, 2005, p.114, grifos nossos).

Quem? Bem, **tem uma equipe**, acho que da enfermagem que avalia estas solicitações para definir as prioridades, agora **assim os critérios eu não conheço muito bem, mas me parece que são os casos que demandam mesmo prioridade**, assim, tumor, se é um tumor. Ou **então às vezes quando é criança**, ou então às vezes assim, quando é um problema que uma criança tem e que fazendo o tratamento ainda quando é criança vai dar mais resultado que em um adulto, **acredito que** isso também é considerado critério para a prioridade. Por aí... (ALMEIDA, 2005, p.114, grifos nossos).

Não lembro não. Eu lembro que a pessoa ligava, as telefonistas eram treinadas para questionar a pessoa sobre o diagnóstico e fazer com que ela relatasse o problema... e a pessoa ficava numa lista de espera, **agora se tem uma equipe médica para avaliar, aquilo, aquela primeira queixa, isso eu não lembro não** (ALMEIDA, 2005, p.114, grifos nossos).

Destas respostas inferimos que existe uma equipe em cada especialidade encarregada de proceder à seleção dos pacientes que receberão atendimento e que as pessoas entrevistadas não conhecem, ou melhor, não têm a devida

clareza sobre quais são os critérios para determinar ou não a prioridade no atendimento.

Além disso, o hospital, às vezes atende a uma determinada patologia em algumas pessoas e não atendem a mesma patologia em outras pessoas, como segue:

Na época que eu trabalhava lá eu conheci uma pessoa que estava com um tipo de câncer na medula. Ai eles disseram que não atendia este tipo de câncer. Mas quando eu trabalhei na internação tinham alguns prontuários com este diagnóstico, então eu não entendo porque eles não admitem. Atendem-se alguns com o mesmo diagnóstico porque não pode admitir outro? (ALMEIDA, 2005, p.114).

Inferi-se destas respostas que mesmo os empregados responsáveis pelo atendimento aos usuários não têm o devido domínio sobre os procedimentos para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes. Deve-se, portanto, questionar se os profissionais de atendimento ao público do Sarah são suficientemente treinados para esclarecer os usuários que recorrem ao atendimento hospitalar da APS, a respeito dos mencionados critérios.

Portanto, se os próprios profissionais encarregados do atendimento ao público não têm um conhecimento preciso sobre os critérios utilizados para marcar ou priorizar os atendimentos, os usuários terão bem mais dificuldades para compreender e utilizar tais critérios, bem como para questioná-los e/ou exigir seus direitos de cidadania.

Já em relação à existência de privilégios na seleção de pacientes, as pessoas entrevistadas concordaram que, em alguma medida, existem privilégios para pessoas influentes e/ou para personalidades públicas.

Privilégio? Olha isso daí, assim, eu acredito que sim, apesar de que a gente ouve falar também que muita gente que precisa realmente é atendido. Mas, para a gente que trabalha lá, a gente vê que assim tem alguns casos que isso acontece. Uma pessoa que é privilegiado, por ser alguém influente ou tem alguém conhecido lá dentro. Meio que por debaixo dos panos, a gente sabe que acontece. Apesar de que, assim, não é numa escala muito significativa em relação às outras instituições que a gente sabe. Mas você sabe que infelizmente acontece também (ALMEIDA, 2005, p.115).

Cabe notar que este privilégio para acesso aos serviços não se estenderia aos próprios empregados daquela instituição, que, na condição de empregados, poderiam, em tese, facilitar o acesso aos serviços do hospital para seus parentes e/ou amigos. Como completa a resposta de uma das entrevistadas:

Tem uma técnica do hospital, que conversou com um médico conceituado também do hospital, porque a mãe dela tava com um problema e o médico falou que tudo bem que ela podia marcar na agenda dele e tal. Mas quando chegou à enfermeira responsável por coordenar a seleção de consultas, ela barrou, sendo que o próprio médico tinha autorizado. Então na mesma semana che-

gou à mãe de um parlamentar e não tem muito tempo não, que isso aconteceu... pois, a técnica ainda está no Sarah... então a mãe desse parlamentar chegou ao final de semana. E isso não foi problema, pois entraram em contato com a equipe de atendimento, médico, e outros profissionais e chamaram uma equipe grande para o hospital para receber ela lá. Ai... tem essa estória também que eu não sei muito detalhe sobre isso. Mas nesse caso, a técnica poderia ser privilegiada por trabalhar no hospital e ai conseguir marcar a consulta mais facilmente, mas mesmo assim não é, ou seja, somente aqueles que são influentes é que têm o privilégio. Eu mesma nunca consegui marcar para minha mãe (ALMEIDA, 2005, p.115).

Além disso, de acordo com outra das entrevistadas, parlamentares se utilizariam de sua influência junto à administração da APS para fins clientelistas:

Mas tem o caso das indicações parlamentares... que quando chega para a diretoria com uma carta de um parlamentar a pessoa consegue passar na frente, com certeza. E também o caso de pessoas famosas também, que todo mundo vê, não é? Que consegue com uma rapidez que outras pessoas não conseguem (ALMEIDA, 2005, p.116).

Por fim, expomos que as mencionadas enquetes, também fornecem dúvidas se o modelo de gestão das OS - que em grande parte foi baseado na experiência de gestão da Rede Sarah - possui vantagens decisivas como pregam seus defensores, sobre os outros modelos de gestão participantes do SUS, no que se refere a proporcionar instrumentos formais e mecanismos administrativos para evitar práticas predatórias como o clientelismo, a privatização e a feudalização.

Considerações Finais

Como foi visto nesse texto, a proposta da publicização, implementada na década de 1990, ou seja, a transformação dos serviços não-exclusivos do Estado em propriedade pública não-estatal que viabilizou a criação de Organizações Sociais (OS) durante o período de governo de Fernando Henrique Cardoso, ainda hoje apresenta riscos de apropriação privada de bens e recursos públicos sob uma orientação de maior autonomia e flexibilização da gestão dos serviços estatais.

Em um país como o Brasil - marcado por uma extrema desigualdade sócio-econômica, por baixos índices de desenvolvimento social e por diretrizes governamentais que priorizam o pagamento da dívida pública em detrimento da implementação de políticas públicas essenciais (sobretudo nas áreas de educação, saúde, assistência e previdência social) - a implementação do modelo de gestão das OS traz consigo vários desafios essenciais para o combate às desigualdades sociais.

Desafios esses relacionados sobretudo com a submissão das mesmas a um controle social eficaz por

parte da sociedade. Controle esse necessário tanto à garantia da sua a real condição de espaço público (ainda que não-estatal), quanto para evitar o excesso de poder discricionário dos administradores de tais instituições e, assim, neutralizar uma possível tendência sistêmica à privatização dos serviços sociais “camuflada” em campanha de “publicização”.

Nesse sentido, e para aumentar a eficácia do controle social sobre as OS, é necessário também buscar o aperfeiçoamento da previsão legal relativa à participação de representantes da sociedade civil nos conselhos de administração, para que haja mecanismos formais para fomentar a participação e a prevalência dos interesses dos usuários desses serviços, evitando assim a apropriação das OS por possíveis interesses incompatíveis ao atendimento das demandas da sociedade.

Por fim - e em virtude mesmo das contradições do modelo de gestão das OS expostas neste trabalho, como a sobreposição de papéis de agentes públicos e conselheiros, por exemplo - é preciso salientar que os mecanismos de controle dessas organizações por parte do Poder Público, parecem incapazes de garantir, por si sós, a efetividade da prestação destes serviços na direção dos interesses dos usuários mais necessitados.

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

Notas

1. Este artigo baseia-se nos dados obtidos e examinados na dissertação de mestrado intitulada: “Setor público não-estatal: (des) caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde”, concluída em março de 2005, no Programa de Pós-Graduação de Políticas Sociais da Universidade de Brasília, cujo objetivo foi analisar o controle social e a equidade no acesso aos serviços nas Organizações Sociais de Saúde (OSS), especialmente as existentes no âmbito do Distrito Federal. Caso da Associação das Pioneiras Sociais (APS), que é a instituição gestora da Rede Sarah de Hospitais.
2. No caso desta última, foi realizada uma análise dos dados de diferentes fontes, tais como: legislação relativa às OS; relatórios de atendimento da APS; processos do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre avaliações do contrato de gestão da APS; e artigos de diferentes revistas e jornais que tratavam sobre a APS (com recorte no período de 1990 a 2004). E, em um segundo momento, foram realizadas entrevistas com ex-empregados da APS - em função de um impedimento injustificado daquela instituição hospitalar para a realização de pesquisas em suas instalações.
3. A reforma do aparelho do Estado foi implementada em nosso País durante o período de governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) trouxe profundas repercussões sobre as formas de organização administrativa adotadas pelo Estado brasileiro, para atender aos seus fins constitucionais. Essa reforma, por sua vez, estava inserida num projeto mais amplo, de reforma do papel do Estado, da qual faziam parte mudanças de ordem econômica, nos direitos sociais, nas esferas política, judiciária e tributária.
4. A Lei nº. 9.637 de 15 de maio de 1998 dispõe sobre a qualificação de instituições como Organizações Sociais e sobre a criação do Programa Nacional de Publicização, entre outros.
5. Para um aprofundamento melhor dessa discussão tem-se os estudos realizados por Behring (2003); Silva (2003); Montão (2002) e Santos (2000) em oposição a Bresser Pereira (1998).
6. O processo de publicização tem outras denominações diferentes da explicitada

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

7. No conceito de Raichelis (1998), controle social: [...] significa acesso aos processos que informam decisões tomadas no âmbito da sociedade política. Permite participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além do acompanhamento (fiscalização) da implementação daquelas decisões, segundo critérios pactuados. (RAICHELIS, 1998, p. 40).
8. Para a autora Simonatto (2005) o controle social é “também denominado de democracia direta, refere-se às formas organizativas formais e informais da sociedade necessárias à fiscalização das organizações públicas e privadas.”
9. Demo (2001: 13) defini o controle democrático como “entendemos por controle democrático a capacidade da população manter sob seu controle o estado e o mercado, de tal sorte que prevaleça o bem comum. Como regra, o controle democrático é visto com respeito ao estado e significa a capacidade de colocar o estado a serviço da sociedade, mantendo-o como genuíno serviço público” (grifos do autor)
10. A Seguridade Social foi inaugurada, no Brasil, pela Constituição Federal de 1988, sendo compreendida como: “um conjunto integrado de iniciativas dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social” (art. 194, caput, CF/88)
11. É necessário explicitar que todos aqui se refere também àquelas pessoas que não estão regularmente vinculadas ao mercado formal de trabalho, princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde.
12. A APS foi objeto de pesquisa da mencionada dissertação mencionada na nota 4 deste artigo.
13. A Lei nº. 8.246 de 22 de outubro de 1991 autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências.
14. Sobre a classificação da APS no modelo das Organizações Sociais e não no do Serviço Social Autônomo existe uma discussão sobre o assunto a exemplo de Di Pietro (1999) e Almeida (2005). Para fins de análise teórica continuamos considerando a APS como uma Organização Social, apesar de discordâncias na definição legal.
15. No relatório de Síntese das Principais Atividades realizadas pela APS, consta um item “satisfação do paciente”. Para mensurá-lo o setor de controle de qualidade da instituição realiza pesquisas para apurar a opinião dos pacientes sobre sua satisfação com o atendimento recebido. Os resultados de 2002: 96% no 1º semestre e 97% no 2º semestre classificaram o atendimento como “bom” ou “ótimo”.
16. Nas OS, o exercício do controle social pela via formal se dá basicamente por meio da participação da sociedade civil no conselho de administração que é órgão máximo de deliberação institucional das mesmas. Isto é, o exercício do controle social pela via formal se materializa somente por meio da participação normatizada da sociedade civil no espaço institucional da OS. De fato, a Lei nº. 9.637, de 15.05.98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e cria o Programa Nacional de Publicização, estabelece que o conselho de administração será composto por membros natos, representantes do Poder Público (20 a 40%) e de entidades da sociedade civil (20 a 30%) e membros eleitos ou indicados com mandato de quatro anos (admitida uma recondução), sendo que os membros natos devem corresponder a mais de 50% do conselho. Deve-se ressaltar também que ao comparar apenas no aspecto formal a Lei nº. 8.246/91, que dispõe sobre a composição do conselho de administração da APS, com a Lei nº. 9.637/98 das OS; a composição do conselho de administração dessas últimas apresenta aspectos mais eficientes para incentivar o exercício do controle social. À medida que a legislação das OS autoriza uma maior participação da sociedade civil e dos associados - até 40% dos assentos do conselho - do que a outra (Lei nº. 8.246/91) que fixa esta participação em menos de 13% (apenas 03 conselheiros) dos assentos do conselho da APS.
17. Entretanto, é necessário esclarecer que as OS também são fiscalizadas (controladas) pelo Poder Público que as supervisiona por meio do respectivo ministério da sua área de atuação; e pelo Tribunal de Contas do Estado ou da União, de acordo com os contratos de gestão. Essa fiscalização se dá a partir do instrumento formal que estabelece a parceria entre o governo e a instituição que foi transformada em OS que é o contrato de gestão.
18. A mencionada análise qualitativa, baseada em entrevistas realizadas com 03 funcionários da APS, basicamente nos proporcionou esclarecimentos sobre questões decorrentes da pesquisa e análise documental, quais sejam: Quais os critérios utilizados pela administração da APS para disponibilizar o acesso aos seus serviços? Como é determinada a prioridade de acesso para os usuários dos serviços da APS?

Referências

ALMEIDA, Karen Santana de. **Setor Público Não-Estatal: (Des) caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde.** [Dissertação] Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, 2005, 160p.

- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL. **Constituição Federal**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Ed.8 Porto Alegre: V. Jurídico, 2004.
- BRASIL. **Lei 8.080 de 19/09/1990**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 22 mar. 2005.
- BRASIL. **Lei 8.246 22/10/1991**. Disponível em: <http://pgpe.planejamento.gov.br/docs/LEI_N_8246.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2005.
- BRASIL. **Lei 9.637 15/05/1998**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/legislacao_sus/leis/lei9637.htm>. Acesso em: 22 mar. 2005.
- BRAVO, Maria Inês. S. & SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de saúde e serviço social**: Luta política e trabalho profissional. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/revistaagorartigomariainesbravo.htm>> . Acesso em: 11 jan. 2005.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: ed. 34; Brasília: ENAP, 1998. 368 p.
- CARVALHO, Antônio Ivo. **Controle social**: aparato regulatório e práticas emancipatórias. In: V Conferência Municipal de Saúde de BH. Caderno de textos. Belo Horizonte, 1996.
- COUTINHO, C. N. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campos, 1989.
- DEMO, Pedro. **Cidadania pequena**: fragilidades e desafios do associativismo no Brasil. Campinas, SP: Autores Associados - Coleção polêmica do nosso tempo, 2001.
- DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**. 3a ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- FICHTER, Joseph Henry. **Sociologia**. 2ª. ed. São Paulo: ed. Herder, 1969.
- JACOBI, P. **Descentralização municipal e participação dos cidadãos**: apontamentos para o debate. Lua Nova, nº 20. São Paulo: Marco Zero, 1990.
- JACOBI, P. **Poder local, políticas sociais e sustentabilidade**. Saúde e Sociedade. v. 8, n.1 p. 31-48, 1999.
- LAPIERRE, Richard T. **A Theory of social control**, McGraw-Hill series in sociology and Anthropology New york/Toronto/London, 1954.
- PÉREIRA, Potyara A. P. **A saúde no sistema de seguridade social brasileiro**. In: Ser Social v.10 n.10 (1º semestre, 2002). Brasília: SER Social, UnB, jan. a jun. de 2002.
- RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e Conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.
- SANTOS, Luiz Alberto. **Agencificação, publicização, contratualização e controle social**: possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do estado. Brasília: DIAP, 2000.
- SANTOS, Luiz Alberto. **O programa de publicização e as organizações sociais**. Disponível em: <<http://www.pt.org.br/assessor/oston.htm>> Acesso em: 18 jan. 2005.
- SANTOS, W. G. A trágica condição da Política Social. In: **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 33-64, 1987.
- SILVA, Francisco C. da Cruz. **Controle Social: Reformando a Administração para a Sociedade**. In: **Brasil. Tribunal de Contas da União. Prêmio Serzedello Corrêa 2001: Monografias Vencedoras: Perspectivas para o Controle Social e a transparência da Administração Pública/ Tribunal de contas da União**. Brasília: TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 2002.
- SILVA, Ilse G. **Democracia e Participação na Reforma do Estado**. São Paulo: Cortez, **Coleção Questões da nossa Época**, p. 103, 2003.
- SIMIONATTO, Ivete. **Crise, reforma do Estado e políticas públicas**: implicações para a sociedade civil e a profissão. Disponível em: <<http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv87.htm>> . Acesso em: 11 jan. 2005.
- SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influencia no serviço social. São Paulo: Cortez Editora; Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 1995.
- SPOSATI, Aldaiza & LOBO, Elza. "Controle Social e Políticas de Saúde". **Cadernos de Políticas Pública**. Rio de Janeiro, v.8 (4), p. 366-378, out/dez de 1992.
- VASCONCELOS, Cristina Demartini Gontijo. **O Conselho Nacional de Saúde como Mecanismo de Controle Social**. [Dissertação] Faculdade de Estudos Sociais Aplicados, Departamento de Administração, Universidade de Brasília, Brasília, 2000. 114p.
- VIEGAS, W. **Controle Administrativo e Controle Social**: analogias, contrastes e paralogismos. C.A. Brasília: ano II, nº. 6, out./dez 1996.
- VITA, A. **Democracia e justiça**. Lua Nova, n.50 p. 5-23, 2000.