



**SESSÃO TEMÁTICA Nº 08 – ESTADO E DEMOCRACIA:
REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
NA GESTÃO PÚBLICA**

**ASSOCIATIVISMO NOS CONTORNOS DO MERCADO. UMA
ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE NA GESTÃO PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

**Filipe Souza Corrêa / Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e
Regional, IPPUR, UFRJ.**

Humberto Mario Meza / INCT Observatório das Metrôpoles, IPPUR, UFRJ.

Resumo:

Esta proposta de artigo se inscreve nas intersecções analíticas sobre o fenômeno das organizações da sociedade civil, o chamado Terceiro Setor, e as consequências de sua atuação na gestão pública no cenário brasileiro contemporâneo. Nossa pesquisa parte do argumento de que a dinâmica gerencialista da gestão pública, impulsionada pela Reforma do Estado dos anos 1990, tem ocasionado, entre outras consequências, a consolidação de um *neocorporativismo societal* (BOSCHI, 2010) expresso na atuação das chamadas Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998) que absorvem a responsabilidade de prover serviços públicos essenciais para o

desenvolvimento, como saúde, educação, assistência social, etc., via contratos de gestão com o estado. Entendendo-se este processo como uma “privatização ativa” do Estado (Morais *et al*, 2018), o artigo pretende analisar a atuação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) a partir dos convênios de gestão subscritos com o estado do Rio de Janeiro, ao longo dos últimos dois anos. Partindo do mapeamento das OS de Saúde no estado, este artigo analisa os seus convênios de gestão em comparação com as transferências aprovadas para as instâncias do SUS. Essa exploração parte da premissa de que a referida “privatização ativa”, requer de um tipo específico de Estado e um padrão específico de associações. Portanto, este trabalho justifica-se pela importância dos impactos concretos para a compreensão da separação normativa entre os três setores, Estado, Mercado e Sociedade, tomando-se como exemplo, a atuação das Organizações Sociais na Saúde no contexto da pandemia.

Palavras-chave: Gestão Pública. Organizações Sociais. SUS. Rio de Janeiro

Introdução

Este artigo analisa as consequências da gestão das unidades públicas de saúde por parte de Organizações Sociais (OS), atores de direito privado, que subscrevem Contratos de Gestão com o Governo do Estado do Rio de Janeiro. Observando um conjunto de contratos assinados durante 2020 pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) e 11 OS atuantes no estado, elaboramos reflexões sobre as implicações para a provisão da política no atual contexto de combate à Pandemia de COVID no âmbito estadual.

Tal contexto se caracteriza por uma configuração bastante particular. Em 30 de abril de 2021 o ex-juiz Wilson Witzel foi afastado definitivamente do cargo de Governador do Estado do Rio de Janeiro por decisão de um Tribunal Especial Misto, formado por deputados e desembargadores estaduais, como consequência do processo de impeachment iniciado na Assembleia Legislativa do Rio (ALERJ) por recomendação de uma relatoria do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Episódio inédito no atual contexto democrático¹, tratou-se da concretização de uma investigação sobre a instauração de uma “caixinha da propina”, que, de acordo com a denúncia pública, fora alimentada com aproximadamente R\$ 50 milhões de reais recebidos de propinas pagas por Organizações Sociais (OSs), beneficiadas por contratos de gestão com o Estado para administrar diversas unidades públicas de saúde², especialmente na esteira das estratégias de enfrentamento à Pandemia de COVID 19 no Rio de Janeiro. Em síntese, de acordo com o Ministério Público Federal (MPF), ao menos cinco OSs de Saúde repassaram recursos a um grupo de cinco funcionários e empresários, incluindo o governador e o secretário estadual da Saúde, naquele momento, como consequência da concretização de contratos de gestão.

A gestão de unidades de saúde por parte das OSs por meio de Contratos de Gestão com o Estado, não é nenhuma novidade na gestão pública brasileira. No decorrer das últimas duas décadas, o campo da administração pública no Brasil tem observado a

¹ <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2021/05/01/entenda-o-processo-de-impeachment-que-resultou-na-cassacao-de-wilson-witzel>

² <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/09/16/pelo-menos-cinco-organizacoes-sociais-alimentaram-a-caixinha-da-propina-da-saude-do-rj-diz-mpf.ghtml>

consolidação de uma visão de gestão descentralizada decorrente da reforma gerencial do Estado implementada no final dos anos 90, que associou a busca pelo aumento da eficiência na implementação das políticas públicas com uma maior participação da iniciativa privada.

Essa trajetória da gestão pública instaurou uma disputa analítica mobilizando visões pela qual o modelo de gestão pelas OS fortaleceria mecanismos de controle social para aperfeiçoar a política pública (BRASIL, 1998), mas confrontada por uma visão crítica que detecta nesse processo mecanismos de privatização velada do sistema, com poucas evidências em termos de agilidade e eficiência da política pública (DE MORAIS et al., 2018; FONSECA, 2019; E SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

O presente artigo assume essa disputa como ponto de partida para propor uma reflexão sobre a atuação das OS de Saúde que assinaram contratos de gestão com o Estado do Rio de Janeiro no contexto do enfrentamento à pandemia da COVID 19. Nosso olhar está sendo aplicado às dinâmicas do processo que emerge na interface entre Estado e Sociedade, com a intenção de avaliar se as apostas na “eficiência e controle social” são observadas nas execuções destes contratos.

Nesse sentido, nosso objeto de estudo são os Contratos de Gestão assinados pelas OSs com o Estado do Rio de Janeiro, isto é, com a Secretária Estadual de Saúde (SES/RJ), portanto, considerando os limites deste artigo, não incluiremos na análise as unidades de Saúde do Município e as OSs que atuam nesse nível. No entanto, cabe uma advertência, apesar do nosso foco estar nos acordos de gestão estadual, não pretendemos analisar as consequências desses contratos no processo de impeachment do governador, nem mesmo nos debruçaremos sobre as acusações de corrupção inerentes ao caso. Acreditamos que o modelo gerencialista que facilita a gestão das OSs na provisão da política de saúde faz parte de um processo mais longo de consolidação de um “governo empresarial” (FONSECA, 2019) e que, portanto, não pode ser resumido a um elemento conjuntural da curta administração de Witzel a frente do governo do Estado do Rio de Janeiro, mas sim uma aposta de configuração da gestão de políticas públicas moldada pela governança ultraliberal. Se a corrupção pode ser considerada uma falha sistêmica desse tipo de governança, deixaremos a exploração desta hipótese para trabalhos futuros.

Nosso artigo está estruturado em três seções. Na primeira apresentaremos os referenciais teóricos que estamos mobilizando para construir nosso argumento. Dialogamos com parte do itinerário do debate sobre a participação social e particularmente das implicações que trouxe o fenômeno das OS consolidado na esteira da reforma gerencialista. Conectamos essa discussão com as análises oriundas do campo da gestão pública brasileira que adota as OS como um objeto central de reflexão. Tentaremos a conexão desses dois campos teóricos, tomando de empréstados os conceitos de “privatização ativa do Estado” (DE MORAIS et al., 2018) e “governo empresarial” (FONSECA, 2019). Na sequência, mostraremos o método adotado para abordar e compreender nosso objeto empírico.

Na segunda seção analisaremos os dados e reflexões obtidas durante a pesquisa de campo. Serão apresentados os valores, documentos e vigências dos Contratos de Gestão analisados, assim como o conjunto de percepções e reflexões dos agentes que atuam no setor público da saúde. Provavelmente por causa da conjuntura política que enquadrou o período da nossa análise todas as tentativas de aplicar o campo nos atores das OS foram infrutíferas. Por fim, a conclusão do nosso artigo apresentará reflexões suscitadas pelas informações do campo selecionado através das lentes analíticas mobilizadas na discussão teórica, na tentativa de extrair possíveis elementos que contribuam com qualificar o debate sobre a participação e a gestão pública no Brasil.

As OSs na reforma gerencial do Estado

As OSs surgiram como portadoras de um modelo contratual competitivo e, portanto, com maior agilidade e flexibilidade na provisão das políticas sociais (BRASIL, 1998, p. 11). O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) chamou essa estratégia de descentralização como um processo de “publicização”, baseado na “produção não-lucrativa de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado” (BRASIL, 1998, p. 7). Além disso, parte do argumento mobilizado em torno do papel a ser desempenhado pelas OSs nesse novo arranjo de governança em políticas públicas baseou-se na defesa de uma maior participação da sociedade civil organizada de forma voluntária, exercendo um controle social mais fácil e mais direto, por meio dos conselhos de administração compostos por diversos segmentos dos beneficiários (BRASIL, 1998, p. 11).

Esse consenso dos agentes se corporificou na Lei 9.637 de 1998 sob as diretrizes do Ministério da Reforma Administrativa (MARE), estimulando a reverberação da atuação das OS nas esferas estaduais e municipais. O estudo de Silva (2012) apud Silva e Barbosa (2016) mostrou, por exemplo, como as autonomias legislativas dos estados ampliaram a territorialização do modelo gerando variadas versões locais. Durante a primeira década após a promulgação da lei federal, 16 Estados e 40 municípios da federação contaram com suas respectivas versões de Leis de Qualificação de OS de Saúde. De todos eles, o Estado de São Paulo destacou com pelo menos 15 municípios que tinham alinhamentos normativos para a qualificação de OS atuarem na gestão das unidades de saúde. (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016)

Assim, em pelo menos 20 anos, a gestão pública brasileira fortaleceu um sistema de “propriedade pública não estatal”³ pelo qual agentes de direito privado são facultados a administrar os recursos públicos para fazer a gestão das unidades de saúde nas três esferas do Estado. Com este sistema, as unidades públicas de saúde (desde hospitais especializados até Unidades de Pronto Atendimento, UPA) são gerenciadas por entes de domínio privado para garantir o funcionamento de toda a cadeia da provisão do serviço, isto é, desde a contratação dos Recursos Humanos da unidade até o atendimento direto ao cidadão, isso tudo orientado por metas e indicadores de gestão definidos nos Contratos de Gestão ou mesmo Convênios de Contratação Direta⁴. Para o sistema funcionar, o estado transfere os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para as OS sob as diretrizes do contrato ou convênio.

Desde a visão gerencialista consolidada na esteira do processo, esse modelo torna a provisão da política pública mais ágil e eficiente desde que facilita mecanismos de “controle social” pautados por metas e indicadores de gestão durante o período que perdure a administração da unidade nas mãos da OS. Essa lógica, claramente explícita no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), dotou às OS de total

³ Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), 1995.

⁴ Segundo a normativa estadual, as contratações das OS no nível local seja por Convênio ou por Contrato de Gestão, dispensam a licitação. A principal distinção entre ambos os instrumentos é que no Convênio, a gestão é compartilhada entre Estado e a OS de Saúde, mas pelo Contrato de Gestão, a transferência da unidade de saúde para a OS é integral e o Estado executa o controle e monitoramento, retendo a atribuição de penalização por incumprimento do Contrato (TONACO BORGES, et al., 2016)

autonomia administrativa para gerenciar as unidades, tendo como contrapartida o acompanhamento do Estado “desde um seguro sistema de regulação” (PDRAE).

Tal visão, contudo, encontra-se submersa no centro de uma forte disputa analítica. De acordo com a literatura crítica sobre o modelo gerencialista que atribui às OS de Saúde funções de caráter público (DE MORAIS et al., 2018; FONSECA, 2019; E SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016), diferentemente dos elementos de agilidade, eficiência e controle social esperados; a opção pública pelas OS acabou expandindo as lógicas de competição e de livre escolha – lógicas do mercado – para o cidadão decidir qual unidade garante maior eficácia no atendimento.

Em outras palavras, trata-se de um modelo que parte da chave de compreensão do cidadão como um “usuário/consumidor” da política de saúde e, por tanto, capaz de criar competição entre os agentes privados com a intenção de responder às “demandas de consumo” existentes. Assim, o Estado participa do jogo da escolha, mas criando dispositivos que capturam a atenção dos atores privados pela via de contrapartidas – de isenção fiscal, autonomia administrativa e certa exclusividade nos contratos – fortalecendo assim a dinâmica da “propriedade pública não estatal”. Em síntese, as análises diagnosticam um processo de privatização velada do sistema público de saúde, mas que assume diversas facetas e fases em função das dinâmicas locais, reacomodo dos agentes privados e o próprio jogo eleitoral, tornando-a uma “privatização ativa” (DE MORAIS et al., 2018) da gestão pública.

OS entre o corporativismo da participação e a privatização da Gestão Pública

Existe um claro consenso na literatura sobre a participação no Brasil de que o período da redemocratização, entre finais de 70 e a primeira metade dos anos 80, marcou um momento de inflexão na configuração de um novo tipo de sociedade civil (LÜCHMANN, 2014; TATAGIBA; TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA, 2008). Essa compreensão não apenas retratou a ampliação e diversificação da arena societal que se beneficiou da multiplicação de tipos plurais de organizações cívicas, como, tal pluralidade, teria implicações na consolidação democrática dos anos posteriores à ditadura.

Com a Constituinte de 1988, onde os ideais de participação democrática, igualdade e universalização no acesso às políticas públicas foram materializados em arcabouço constitucional e legislações posteriores, o revigoramento social ficou consagrado na ampliação dos direitos que já vinham sendo publicizados na esteira das lutas populares contra a ditadura militar. Dessa forma, a década dos 90 testemunhou profundas inovações marcadas pelo alargamento do tecido associativo não só em número, mas também das categorias mais diversas. Organizações de mulheres, ambientalistas, associações de profissionais, grupos de associações comunitárias, movimentos indígenas, entre outros, suscitaram análises que, como diagnosticado na obra seminal de Sader (1988), dariam conta de uma institucionalidade cívica altamente heterogênea e contenciosa em si mesma, mas longe da relação com o Estado (GURZA LAVALLE, 1999).

A força de toda essa articulação social é claramente observável na criação das Organizações da Sociedade Civil (OSCs). Segundo os dados do Mapa das Organizações Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 35% das OSCs atualmente existentes no país foram criadas entre 1980 e 2000, mas esse crescimento se consolidou no período entre 2001 e 2010, quando surgiram 34% de todas as OSCs atualmente ativas.

Tamanha força social coincidiu com o aprofundamento do arcabouço institucional trazido pela reforma gerencialista do Estado ao longo dos anos 90 e primeira década dos anos 2000 permitindo, como visto, a transferência da provisão e gestão de políticas de bem-estar (saúde, educação e assistência social etc.) à iniciativa privada através de um tipo específico de OSC.

Para efetivar a gestão de uma política sob esse modelo, as OSCs precisam obter uma qualificação de Organização Social (OS), de acordo com a Lei 9.637 de 15 de maio de 1998, formulada em alinhamento com as diretrizes do MARE, ou como Organização Social de Interesse Público (OSCIP), de acordo com a Lei 9.790 de 23 de março de 1999, formulada pelas diretrizes do Conselho da Comunidade Solidária. Para atuarem na gestão, tanto as OSs como as OSCIPs precisam obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) correspondente com a área de atuação da entidade, ou seja, de Saúde, Educação ou Assistência Social. O CEBAS permite à organização a concessão de isenções fiscais, de incentivos para a participação de editais

públicos e a assinatura de Contratos de Gestão ou Convênios com o Estado, seja no nível federal, estadual ou municipal.

Isso explica como praticamente todas as OS e OSCIP surgiram entre os anos de 2001 e 2018, segundo os dados do Mapa das OSC do IPEA mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Período da criação das OS e das OSCIP

Período	OS	%	OSCIP	%
1961-1970	0	0,00%	24	0,3%
1971-1980	3	0,27%	62	0,88%
1981-1990	5	0,45%	235	3,34%
1991-2000	28	2,51%	1009	14,32%
2001-2010	61	5,48%	4982	70,71%
2011-2018	1017	91,29%	734	10,42%
TOTAL	1.114		7.046	

Fonte: Mapa das OSC IPEA, 2020. Elaboração própria

Do total das OSs existentes no país (1.114), 91% surgiram entre 2011 e 2018, provavelmente devido ao fato de que muitas das organizações já existentes previamente começaram a obter a qualificação de OS durante a intensa aprovação das leis de qualificação no nível local. Silva e Barbosa (2016) mostram, de fato, que a maior parte dos estados da Federação aprovaram as leis de qualificação das OS a partir de 2010. No caso específico do Rio de Janeiro, a lei que determina a qualificação das OS para atuarem no Estado é de setembro de 2011, e o respectivo decreto de regulamentação, é datado de outubro do mesmo ano.

A convivência de ambos os processos foi diagnosticada pela literatura como distintiva da configuração da esfera pública não-estatal no Brasil. Essa esfera se constituiu a partir da confluência da reforma gerencial do Estado, que amplia a participação da iniciativa privada na implementação de políticas públicas, com a implementação de diversas formas participativas na interação estado e sociedade como modalidades de gestão compartilhada em conferências e conselhos setoriais, orçamentos participativos, etc. De certa forma ocasional, ambas as tendências se encontraram em meio ao desmonte do Estado provocado pelo aprofundamento da agenda neoliberal. Essa “confluência perversa” (DAGNINO E OLIVEIRA, 2006) firmou, não sem alguma

tensão, as bases para a consolidação de um padrão organizativo em direção ao chamado “Terceiro Setor” como campo privilegiado da absorção social, tanto do Estado, através da gestão do interesse público e da representação política, quanto do Mercado, através de práticas de economia solidária, cooperativismos e afins.

O reconhecimento de uma caracterização própria desse “terceiro setor”, como sendo definido por um composto organizativo privado, não-governamental, sem fins lucrativos, autogovernado e de associação voluntária, feita no contexto do IV Encontro Ibero-Americano do Terceiro Setor de 1998 (DE MORAIS et al., 2018), aprofundou mais ainda a compreensão de sistemas políticos segmentados e claramente delimitados (Estado, Mercado e Sociedade), descartando quaisquer tipos de intermediações entre eles.

Como era de esperar, essa alteração não poderia acontecer sem impactos na própria agenda de pesquisas sobre a participação. A ampliação do universo das OSs e OSCIPs, com os respectivos marcos regulatórios no nível local, confluiu também com a transformação política acarretada com a ascensão do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Governo Federal. Essa mudança alterou tanto um conjunto de políticas sociais como a própria estrutura associativa, o que Paes de Paula (2005) considerou como a ascensão de um novo modelo de administração pública chamado de societal, em contraposição ao modelo gerencial. No entanto, se, por um lado, o Estado brasileiro se tornou poroso à esfera associativa, com diversos ativistas entrando na burocracia pública (ABERS; BÜLOW, 2011); por outro lado, os limites entre Estado, Mercado e Sociedade foram diluindo-se, ao ponto de se poder questionar a própria essência “não-governamental, sem fim lucrativo, autogovernadas e de caráter voluntário” (VIOLIN, 2015) das associações.

Com isso, a atribuição da categoria “*não governamental e não lucrativa*” com que se consagrou a compreensão desse tipo de organização não era mais capaz de iluminar as práticas pelas quais o interesse público das associações está vinculado a projetos e políticas de Estado, convênios e padrões de financiamento estatal, sem considerar a esfera econômica presente em isenção de impostos e subsídios públicos (DE MORAIS et al., 2018).

É a partir deste contexto que emerge o conceito de “governo empresarial” com o que Fonseca (2019) opera para explicar os traços da ultraliberalização da gestão pública:

O “governo empresarial” adequar-se-ia, portanto, aos pressupostos do mercado para exercer suas funções “públicas”, incluindo a provisão de bem-estar social, vista – não sem contradições e particularidades regionais – à luz das “boas práticas” e da “boa governança”. Nesse aspecto, tanto o Estado é enquadrado, em termos fiscais, orçamentários, contábeis e operacionais, ao sentido de eficácia e eficiência do setor privado (isto é, como lógicas de lucro), como este último (com ou sem fins lucrativos formais, pouco importa) passa a fazer parte direta da prestação dos serviços, tal como o gerencialismo indica (FONSECA, 2019, p. 402)

Tendo como referência a ampliação de formas participativas, Cortes e Gugliano (2010), a fim de observar também os arranjos organizativos expandidos em figuras de OS e OSCIP como responsáveis na implementação de políticas públicas, sugerem o surgimento de um novo tipo de corporativismo associativo (VISCARDI, 2018). Partindo dos diagnósticos precedentes de Costa (1999) e Boschi (1979) sobre o debate do corporativismo no Brasil, Viscardi (2018) constata que embora as associações sociais portadoras de interesses específicos tenham conseguido impactar na formulação de políticas públicas setoriais, os interesses que prevaleceram foram os do capital, anulando qualquer tipo de conciliação de classe.

Reatualizando a premissa de Schmitter (1974), as associações corporativas participariam de uma clara associação de interesses com o Estado. Por esse sistema, o Estado facilita o licenciamento ou até mesmo a criação de certos tipos de organização com suficiente autonomia para exercer o monopólio da representação de interesses. A exclusividade da representação seria fundamental para a política pública desde que anula o pluralismo da representação, e, portanto do conflito. No caso das OS de Saúde analisadas no final da segunda década de 2000, a transferência da gestão da política estimularia a criação e fortalecimento do Instituto Brasileiro de OS de Saúde (IBROSS) que aglutina as maiores OS de Saúde no nível nacional e apresenta formatos e iniciativas de prestação de contas para facilitar a negociação de contratos e convênios com o estado. Os recursos e a gestão são exclusividade de um limitado número de atores privados, mas os dispositivos de controle e punição são de competência exclusiva do estado corporativista.

Método

A metodologia de pesquisa adotada para a realização do presente artigo é de tipo exploratório e dedutivo, isto é de corte qualitativa. Desde essa orientação, fizemos um

levantamento e análise dos Contratos de Gestão e dos documentos correspondentes como Termos de Referência, Anexos e Aditivos emitidos pela SES/RJ ao longo de 2020 e o primeiro trimestre de 2021.

Em total analisamos 24 Contratos de Gestão assinados pela Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro com 11 Organizações Sociais de Saúde, realizados e aprovados desde a primeira semana de Março de 2020 até 31 de Maio de 2021, isto significa o período que cobre o início e expansão da Pandemia de COVID 19. Os contratos foram acessados diretamente no site da SES/RJ (<https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/contratos-de-gestao>). Por serem contratos recentes, e alguns deles relacionados com o processo de afastamento do Governador e da mudança de quatro secretários de saúde, a execução da gestão das unidades ainda está acontecendo – a maioria dos contratos vence em 2022 – ou foram suspensos por causa da conjuntura política fluminense.

Além desse levantamento e análise documental, aplicamos entrevistas semiestruturadas e sob a modalidade virtual a três funcionários da SES do Rio de Janeiro. Os funcionários entrevistados atuam no campo da prevenção e atendimento à AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) assim como na área de Fiscalização de Contratos da SES com as OS; e com o monitoramento da execução dos planos de gestão assinados. O conjunto da análise se complementa com a discussão teórica sobre o fenômeno associativo brasileiro, com ênfase no universo das Organizações Sociais e sua relação com o debate da gestão pública no Brasil, brevemente retratada acima.

OS de Saúde na Gestão Pública da Saúde no ERJ: Balanço Empírico

De acordo com os dados do Mapa das OSC do IPEA⁵, as entidades certificadas como Organizações Sociais (OS) têm uma atuação concentrada particularmente na região Sudeste. Em torno de 38% (423 entidades) do total de OS do Brasil atuam nessa região, seguido apenas pelo Nordeste com 22,7% (253) das entidades. De todo esse conjunto, as OS de Saúde estão presentes notadamente nos estados de São Paulo, com 204 entidades, e do Rio de Janeiro, com um total de 111 entidades. Neste último, de

⁵ <https://mapaosc.ipea.gov.br/>

acordo com dados da SES/RJ, foram emitidas certificações de “qualificação definitiva” para 35 OS de Saúde entre abril de 2012 e fevereiro de 2020. Ao longo desses oito anos, esse grupo de entidades tem assinado e renovado diversos contratos de gestão com o nível estadual, fundamentalmente para a gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais de referência nos municípios da Região Metropolitana.

Ao observar o histórico das 35 OS com qualificações definitivas outorgadas pelo Estado, encontramos que apenas quatro destas concentram o maior número de contratos de gestão – um total de 69 contratos – desde o último trimestre de 2011 quando entrou em vigor a lei de qualificação de OS de Saúde no Estado. Como podemos perceber na Tabela 2, o maior número de OS foi qualificada em 2012 logo no início da lei (10 em total naquele ano) seguido de 2018 quando seis OS obtiveram a respectiva qualificação estadual. Das quatro OS que concentram mais contratos, dois foram qualificadas em 2012 (Instituto dos Lagos e Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, HMTJ) e as outras duas entre 2015 e 2017.

Tabela 2. Qualificações Definitivas das OS e histórico de contratos x Ano⁶

Entidade	Ano Qualificação	Contratos de Gestão x Ano										TOTAL
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Fundação Saúde do Estado do Rio	2011	1								1		2
Associação Lar São Francisco de Assis (ALSFA)	2012	1										1
Instituto D’Or de Gestão de Saúde Pública	2012	1						1				2
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ)	2012	8		2				5				15
Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS	2012					2					1	3
Instituto Data Rio de Administração Pública (IDR)	2012	4	6									10
Instituto dos Lagos Rio	2012	8	1	1				4	3	1	2	20

⁶ Vale mencionar que durante o período se qualificaram também outras duas OS (UNIR Saúde e Viva Comunidade) que assinaram contratos de gestão, mas acabaram perdendo o status de qualificação definitiva.

Instituto Sócrates Guanaes (ISG)	2012		1	1			1		3
Associação Internacional de Ações Humanitárias (MEDVIVA)	2012								0
Pró-Saúde. Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	2012	4	3	3	1				11
Associação Paulista para o Desenvolvimento de Medicina (SPDM)	2012			1					1
Associação Congregação de Santa Catarina	2013			1					1
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH)	2013				1				1
Centro de Reabilitação e Integração Social (CRISEC)	2014								0
Organização Social de Saúde Viva Rio	2015					5	5	4	14
Cruz Vermelha Brasileira – RS	2015				2	1	1		4
Associação Espaço Produzir	2015								0
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco	2016							1	1
Associação de Saúde Social Humanizada (ASH)	2016								0
Hospital Psiquiátrico Espírito Mahatma Gandhi	2017				4	1	8	6	20
Instituto de Gestão em Saúde (GERIR)	2017								0
Associação Brasileira de Beneficência Comunitária (ABBC)	2017								0
Instituto Gnosis	2018					4		2	6
Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde (INSAUDE)	2018								0
Instituto Diva Alves do Brasil – IDAB	2018					4		5	9
Associação de Proteção à									

Maternidade e à Infância Mutuípe	2018			1	1
OS Geração de Semelhantes para a Educação em Saúde (OS Geração)	2018				0
Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP)	2108				0
Associação Filantrópica Nova Esperança – AFNE	2019		8	2	10
Instituto de Desenvolvimento Sustentável de Ações Práticas e Procedimentos na Área de Saúde – Instituto Solidário	2019		1		1
Instituto Desenvolvimento e Ensino à Saúde – I.D.E.A.S	2019			3	3
Instituto Brasileiro de Gestão (IBRAG)	2019				0
Instituto Desenvolvimento Institucional e Ação Social – I.D.E.I.A.S.	2019				0
Instituto Nacional de Gestão e Educação e Saúde (INGES)	2020				0
Instituto Diretrizes	2020				0

Fonte: Site SES/RJ. Elaboração dos autores

Analisando-se de forma mais específica o período entre março de 2020 e maio de 2021, tendo como documento base os Termos de Referência (TR) definidos em julho de 2019, muitos meses antes da Pandemia, observamos que a SES do Rio de Janeiro assinou contratos com 11 OS de Saúde (das 35 qualificadas), sendo um total 24 Contratos de Gestão. A execução da maioria dos contratos de gestão começou durante os meses da Pandemia, mas não necessariamente correspondia com atendimentos à situação de emergência imposta pelo avanço da COVID-19 no estado.

Visando o atendimento aos casos de Pandemia, só se elaboraram dois Contratos de Gestão no nível estadual, um deles alvo das investigações do Ministério Público e base essencial para o processo político que desencadeou o afastamento do governador.

Trata-se do contrato com o *Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS* que tinha por objetivo a construção e gestão de sete hospitais de campanha em seis municípios do Estado, mas que, até dezembro de 2020, só havia construído duas unidades hospitalares emergenciais que funcionaram parcialmente. O segundo contrato foi com a *Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Mutuípe*, tendo como objeto, a gestão emergencial do Hospital Regional do Médio Paraíba Zilda Arns, com prazo de validade até outubro de 2020.

Do conjunto de documentos analisados, resultou instigante o modelo definido pelo Estado para a gestão operacional e administrativa das UPAs. No TR que define a modalidade para a gestão destas unidades, a Secretaria Estadual toma como ponto de partida o papel pioneiro do estado fluminense na gestão de UPAs com atendimento 24h. Com a intenção de fortalecer o serviço destas unidades, no contrato se orienta a implementação do atendimento integral, estimulando a articulação das UPAs com as unidades hospitalares, atendimento via SAMU e toda a rede integrada da política. O esperado era que a OS garantisse tal articulação. Para isso, a SES/RJ formulou uma divisão das UPAs por lotes. A modalidade de lotes se baseou na oferta, para cada OS, no mesmo contrato de gestão, um conjunto de UPAs que estariam, em teoria, já articuladas de acordo com a proximidade geográfica (como observamos na Tabela 3.), tendo como justificativa a necessidade de articulação na engrenagem de sistema do SUS. Dessa forma, a SES/RJ segmentou as UPAs de todo o estado em oito lotes, que começaram a ser disponibilizadas desde julho de 2019 para as OS que tinham qualificação para atuarem como tal no âmbito estadual.

Tabela 3 - Objetos dos Contratos de Gestão assinados pela SES/RJ com as OS de Saúde

Entidade	Objetivo	Documento Base
Associação Filantrópica Nova Esperança – AFNE	Gestão da UPA 24h São Gonçalo II	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão da UPA 24h Niterói	TR para a gestão das UPA por lotes
Organização Social de Saúde Viva Rio	Gestão da UPA 24h Botafogo (Rio de Janeiro)	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão integral 24h Copacabana	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão da UPA 24h Jacarepaguá	TR para a gestão das UPA por lotes
Instituto Diva Alves do Brasil – IDAB	Gestão da UPA 24h Duque de Caxias (Parque Lafaiete)	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão da UPA 24h Duque de Caxias (Sarapuí)	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão da UPA 24h Magé	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão da UPA 24h Queimados	TR para a gestão das UPA por lotes
Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	Gestão da UPA 24h Nova Iguaçu I (Bairro Botafogo)	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão da UPA 24h Nova Iguaçu II / Mesquita	TR para a gestão das UPA por lotes
	Gestão do Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HTODL) em Paraíba do Sul	TR específico para gestão da unidade licitada com OSS
	Gestão do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes em Duque de Caxias	TR específico para gestão da unidade licitada com OSS
	Gestão do Centro Estadual Diagnóstico por Imagem (CEDI)	TR específico para gestão da unidade licitada com OSS
Instituto Gnosis	Gestão do Complexo Regional da Mãe de Mesquita (Clínica da Mulher e Maternidade)	TR específico para gestão da unidade licitada com OSS
	Gestão dos sete hospitais de Campanha para atendimento de casos COVID (Maracanã, Parque Olímpico, São Gonçalo, Duque de Caxias, Campos de Goytacazes, Nova Iguaçu e Casimiro de Abreu)	TR para atendimento emergencial casos de COVID
Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS	Gestão do Hospital Regional Médio Paraíba Zilda Arns	TR específico para gestão da unidade licitada com OSS
	Gestão do Complexo Estadual de Saúde Alberto Torres em São Gonçalo	TR específico para gestão da unidade licitada com OSS
	Gestão do Hospital Estadual Ricardo Cruz em Nova Iguaçu	TR específico para gestão da unidade licitada com OSS
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Mutuípe	Contrato de Gestão Emergencial Hospital Regional Médio Paraíba Zilda Arns (para atendimento a casos de COVID)	TR para atendimento emergencial casos de COVID
Instituto dos Lagos Rio	Gestão da UPA 24h Nova Iguaçu I (Cabuçu)	TR para a gestão das UPA por lotes
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco	‘Gestão da UPA 24h São Pedro d’ Aldeia	TR para a gestão das UPA por lotes

Fonte: Site SES/RJ. Elaboração dos autores

Um dos elementos que se destaca nesse primeiro levantamento dos contratos é o nível de concentração da gestão em poucas organizações. Das 11 OSs de Saúde identificadas, apenas três (Viva Rio, IDAB e Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi) participaram da contratação da gestão das UPA por lotes. Outro ponto é a ausência de articulação geográfica, por exemplo, não existe possibilidade de articulação geográfica entre a UPA de Botafogo, localizada na Zona Sul, e a de Jacarepaguá, localizada na Zona Oeste da cidade do Rio. Além disso, alguns dos lotes acabaram sendo desarticulados, por exemplo, as UPAs de Nova Iguaçu I e de São Pedro da Aldeia foram incorporadas em único contrato de gestão, diferentemente de como estava previsto no documento base.

As evidências desta precária articulação também se repetem com o conteúdo das entrevistas realizadas. Na entrevista com um dos funcionários da SES/RJ, responsável pelo monitoramento dos contratos, a gestão das UPAs pelas OSs coloca desafios para a articulação pela alta rotatividade da própria gestão, especialmente quando muda a OS que administra uma unidade. Quando isso acontece, os funcionários da Secretaria precisam renovar os protocolos, treinamentos e até as próprias relações com o pessoal contratado pela OS: *“O treinamento nós temos que dar porque fornecemos até senha do sistema. E a gente é quem treina porque temos que orientar como garantir o controle de estoques e isso serve muito para as informações metodológicas do próprio sistema público. Quando muda a OS, nós temos que treinar toda essa gente de novo, porque entram outras pessoas e novamente se perde a referência que é chave para a manutenção do SUS”* (Entrevista a funcionário da SES da área de fiscalização e monitoramento dos contratos).

Por determinação dos Contratos de Gestão, a OS tem total autonomia administrativa para definir seu próprio sistema de contratação de pessoas e até de subcontratação de serviços, desde que contribuam com as metas e indicadores de gestão e estejam alinhados com a lógica de funcionamento do SUS, mas é nesse ponto em que os funcionários entrevistados observam um problema que impacta diretamente na eficácia e eficiência do atendimento.

Uma das entrevistadas para essa pesquisa é vinculada às políticas de prevenção e atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e tratamento da AIDS. Especificamente para esta política, o problema da eficiência surge da pior forma, por exemplo, quando falta o remédio para o usuário do sistema. Por se tratar de um atendimento na ponta, as UPAs devem oferecer o primeiro atendimento para casos de exposição de risco a DSTs, seja inclusive em casos de estupro ou em qualquer outra forma de vulnerabilidade e exposição. A normativa de saúde obriga que o usuário receba um tratamento profilático no prazo máximo de 72 horas após a exposição: *“Mas o problema surge quando a OS está começando a gestão e o pessoal não fez ainda a solicitação do kit no sistema. A UPA fornece o kit de profilaxia por exposição de risco e quem provê às UPAs é a gente, porque são medicamentos de urgência e têm que ser aplicados até 72 horas após a exposição sexual. Tem que ter os medicamentos por profilaxia, e às vezes o cidadão chega e não tem acesso”* (Entrevista a funcionária da SES da Área de Prevenção à DST e tratamento da AIDS).

Somado aos problemas de eficácia, as apostas em termos de maior controle social e maior economia de recursos, que são esperados pela adoção de modelo de gestão pelas OS, não foram suficientemente evidenciados de acordo com as informações fornecidas pelos entrevistados. Segundo os agentes da SES/RJ, a própria secretaria não tem uma estrutura adequada para o monitoramento dos contratos e da própria execução. A função de Fiscal de Contratos, que funciona no âmbito da Secretaria, não obtém treinamento para analisar questões de caráter fiscal e orçamentário dos modelos de Contratos de Gestão. Na prática, isso se expressa, por exemplo, na presença de itens orçados nos contratos, como remédios, testes rápidos, itens básicos de proteção, retrovirais, etc., mas que já seriam fornecidos pelo Estado. Segundo o funcionário que atua na área de fiscalização e monitoramento de contratos: *“Às vezes os contratos são vistos muito por alto”*.

Essa é, de fato, uma questão relevante, se observamos os valores contemplados no conjunto dos contratos analisados. Independentemente do resultado que teve o processo político no afastamento do governador e a suspensão de alguns contratos para análise (como o contrato com o IABAS por R\$ 770 milhões), a SES/RJ já tinha aprovado todos os contratos e seus respectivos valores, que são apresentados na Tabela 4, e praticamente todos estavam em execução no instante em que se iniciaram as

investigações do Ministério Público e o processo na Assembleia Legislativa. No total, considerando o conjunto dos 24 contratos, foram alocados aproximadamente R\$ 2,380 bilhões em pouco mais de um ano para a gestão de pelo menos 25 unidades de saúde, incluindo os sete hospitais de campanha projetados.

Tabela 4 - Valores dos Contratos de Gestão pela SES/RJ com OS 2020-2021

Entidade	Valores acumulados em contratos com OS de Saúde Milhões R\$	Vigência do contrato
Associação Filantrópica Nova Esperança – AFNE	69.175.641,26	2 anos (a partir de 03/2020)
Organização Social de Saúde Viva Rio	107.410.441,12	2 anos (a partir de 03/2020)
Instituto Diva Alves do Brasil – IDAB⁷	121.695.594,67	2 anos (a partir de 03/2020) UPA Queimados (1 ano)
Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	313.989.823,08	1 ano (a partir de 07/2020)
Instituto Gnosis	77.671.989,48	1 ano (a partir de 08/2020)
Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS	770.575.579,00	Não Especificado
Instituto Desenvolvimento e Ensino à Saúde – I.D.E.A.S	448.000.503,6	1 ano (a partir de 09/2020)
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Mutuípe	58.531.171,02	6 Meses (a partir de 03/2020)
Instituto dos Lagos Rio	58.531.171,02	1 ano (a partir de 07/2020)
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco	11.386.149,30	1 ano (a partir de 07/2020)
Fundação Saúde do Estado do Rio⁸	342.813.466,32	Novo Contrato em 2021

⁷ Durante a pesquisa de campo tivemos acesso a uma recomendação do Conselho Estadual de Saúde sugerindo a suspensão do contrato com IDAB, mas a SES/RJ manteve a gestão de acordo com o programado (<http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/noticias/1033-deliberacao-do-ces-rj-pede-o-descredenciamento-da-os-idabe-na-prestacao-de-servicos-a-ses-rj.html?highlight=WyJvcmdhbml6YWNVZXMlLCJzb2NpYWlzlIiwib3JnYW5pemFjb2VzIHNVY2lhaXMiXQ==>)

Total de recursos por contratos	2.379.781.529,84
--	-------------------------

Fonte: Site SES/RJ. Elaboração dos autores

A estimativa de investimento por mais de R\$ 2 bilhões em contratos por apenas dois anos torna o modelo de gestão por meio de OSs, um problema para o controle social. Se considerarmos o valor transferido pelo Fundo Nacional da Saúde (FNS) para a execução das políticas de saúde no estado e passam a integrar o Fundo Estadual de Saúde (FES), percebesse o quanto as despesas com as OSs absorvem quantias significativas dos recursos oriundos do SUS.

As transferências do FNS para o Fundo Estadual em 2020 foram de aproximadamente R\$ 1.155 bilhões, dos quais R\$ 1.139 bilhão foi destinado para a rubrica de custeio do SUS no estado⁹. É claro que não é possível uma comparação direta entre o montante acordado com as OS e os recursos transferidos anualmente pelo FNS, até porque, alguns contratos com as OSs são de dois anos, e muitos não coincidem com a periodização das transferências federais. Em geral, o total dos recursos alocados se baseia em indicadores insuficientes em termos de fortalecimento do sistema público. Na visão dos servidores estaduais entrevistados, a orientação de metas e indicadores quantitativos – mensurando número de atendimentos ou mesmo investimentos da OS na unidade que está sob gestão – não contribui com a lógica do SUS de criar experiências de acolhimento e atendimento ao cidadão que sirva de referências para o fortalecimento da rede: *“Em uma ocasião criamos protocolos nas maternidades para evitar a transmissão da HIV ou sífilis para a criança, mas quando fomos à unidade, a gente tinha como (que pedir) uma permissão da OS para entrar na maternidade e fazer revisão técnica do protocolo. Tinham que avisar à Direção que estamos entrando e tal. Tinha problemas com a gestão dos protocolos (...) tinha uma maternidade onde os profissionais ficaram muitos constrangidos com a Direção porque não quiseram nos dar acesso a prontuário e documentos”* (Entrevista a funcionária da SES da Área de Prevenção à DST e tratamento da AIDS).

⁸ A Fundação é uma OS do Estado do Rio que garante o atendimento dos SAMU. A Fundação teve que fazer uma readequação do contrato em Novembro de 2020 devido à falta de garantias da gestão do SAMU pelas outras OS, segundo o Termo Aditivo deste contrato.

⁹ <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>

Pela falta de mecanismos de controle eficientes que possam ser assegurados pela SES/RJ, os funcionários responsáveis pelo monitoramento da gestão e atendimento ao cidadão têm adotado articulações diretas com funcionários das OS em torno dos protocolos que possam ser implantados na unidade. Mas isso tem garantido soluções temporárias e improvisadas, na dependência de pessoas na ausência de diretrizes próprias do sistema.

Em síntese, os dados e depoimentos obtidos do campo nos mostram que grande parte dos argumentos sobre os quais se sustenta o modelo não se concretiza por completo devido à lógica com que a OS realiza a gestão da unidade. Essa lógica vai desde a subcontratação de pessoal – por exemplo, algumas OSs só contrata Pessoas Jurídicas – pois a organização tem total autonomia do seu processo administrativo para realizar a gestão de recursos humanos da unidade da saúde. As metas e indicadores quantitativos do atendimento não parecem suficientes para contribuir com o fortalecimento do SUS em termos de avaliar modalidades da interação com os cidadãos usuários do serviço, como aperfeiçoamento da política em consonância com as diretrizes que guiam o sistema.

E, por fim, como observado no caso do Rio de Janeiro, o modelo se torna precário ao se sujeitar à volatilidade do jogo político local. Na experiência fluminense isso impactou no fracasso na instauração dos Hospitais de Campanha para o atendimento dos casos de COVID-19, além de perpetuar a percepção de uma articulação de interesses que acontece às margens dos mecanismos institucionais e sociais de controle.

Considerações Finais

Esta pesquisa pretendeu desenvolver uma reflexão sobre o processo de privatização velada do sistema público de saúde, observando as dinâmicas em volta dos contratos de gestão mais recentes entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) no Rio de Janeiro e um conjunto de OSs qualificadas pelo governo do estado. Dialogando com obras que analisam o fenômeno em diversas metrópoles brasileiras (DE MORAIS et al., 2018; SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016; FONSECA, 2019), os dados coletados a partir de entrevistas não apenas mostraram a presença clara de dinâmicas do setor privado desde a definição dos contratos de gestão, como a maioria dos estudos

argumenta, mas também confirmou as críticas presente em análises consolidadas da gestão pública (PAES DE PAULA, 2005) de que a execução destes instrumentos coloca desafios para a qualidade do sistema público e para os argumentos do próprio modelo gerencialista.

Algumas dimensões que servem de alicerce ao modelo gerencialista, como economia de recursos, eficiência e rapidez, que seriam alcançadas pela descentralização da política, não ficam suficientemente claras na implementação da gestão por meio das OSs. Ao observar a execução dos contratos, os servidores da SES contactados indicam o enfrentamento de obstáculos para a garantia da eficiência no atendimento ao cidadão, com problemas que iam desde a manutenção do estoque de medicamentos por meio da plataforma – e pela qual os trabalhadores das OSs devem ser treinados para solicitar as devidas reposições – até a dificuldade que as OSs mostraram para assegurar a articulação das UPA com o sistema como um todo (atendimento hospitalar, SAMU, etc.). Esse foi o motivo pelo qual a Fundação de Saúde do Estado (uma OS estadual) assumiu especificamente o serviço de SAMU, a começar pelo município do Rio.

Em relação à perspectiva da economia de recursos, algumas dúvidas persistem. Embora os contratos de gestão isentem o Estado de realizar investimentos nas unidades de saúde cedidas para a gestão das OSs, as transferências de recursos para as entidades privadas são significativas se observadas em relação ao montante repassado pelo FNS ao fundo estadual. Essas transferências ficam sujeitas à execução de metas e indicadores quantitativos (desde número de atendimentos realizados, até a quantidade de famílias na área de abrangência), mas a utilização desses parâmetros avaliativos não são suficientes para garantir o surgimento de uma comunidade de práticas terapêuticas, para sustentar a articulação do sistema e a formulação de políticas de melhora na qualidade dos profissionais de saúde contratados, objetivos que só podem ser capturados com medidas de impacto de natureza qualitativa.

De fato, a dimensão da gestão dos recursos humanos profissionais da saúde foi fortemente comentada pelos servidores públicos entrevistados. Não só porque algumas OS contratam profissionais que sejam Microempreendedores Individuais (MEI) ou sob alguma Pessoa Jurídica (PJ), geralmente por meio de cooperativas, ficando sem garantias de direitos trabalhistas e benefícios normalmente vinculados à contratação como pessoa física, mas porque existe alta rotatividade dos profissionais nas unidades

administradas pelas OS devido a ressecamento das OS que faz a gestão. Alguns contratos com OS vão de 6 meses a um ano, como máximo. Ao iniciar um novo contrato, novos profissionais precisam ser novamente treinados e se perde qualquer possibilidade de articulação profissional ou vínculos com uma prática sistêmica como requer o fortalecimento do SUS.

Portanto, nossos argumentos em relação à privatização velada do sistema de saúde pública requerem ampliar o foco depositado nos contratos e transferências do SUS às entidades privadas para que possamos considerar também os elementos práticos da execução das políticas desde a perspectiva dos profissionais que atuam na linha de frente, sejam funcionários públicos ou profissionais de saúde contratados pela OS para atuar nas unidades de saúde concedidas. É a partir dessa perspectiva orientada aos agentes que permitirá testarmos os argumentos do modelo gerencialista e mostrar os impactos para o funcionamento do sistema de saúde de forma geral.

Os mecanismos para o controle social e institucional definidos no interior do modelo também são passíveis de críticas. Por um lado, o Estado define indicadores e metas como as variáveis para o controle, reforçadas com as publicações de relatórios parciais, financeiros e auditorias (que são consideradas na linha de “transparência” na plataforma da SES/RJ), mas por outro lado, o modelo provocou que as OSs formassem parte da disputa política e fator do jogo partidário local, com consequências amplamente conhecidas no caso do Rio, provocando vínculos entre as contratações das organizações com práticas de corrupção no estado.

Algumas das OSs de Saúde qualificadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro são associadas ao Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), uma entidade do nível federal que integra as 20 maiores OSs no nível nacional. Interrogada sobre a precariedade dos mecanismos de controle, no marco das operações deflagradas no Rio e em São Paulo, em 2020, a IBROSS atribui total responsabilidade ao Governo do Estado pela definição ou pela falta de mecanismos que inibam práticas corruptas em relação ao modelo, sem deixar claro o que a entidade faz para punir ou evitar a prática entre seus associados¹⁰.

¹⁰ <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/10/organizacoes-sociais-e-o-papel-do-estado.shtml>

“Não dá para responsabilizar o modelo das OS pela corrupção. Corrupto é o gestor! Ele tem o dever de construir parcerias com organizações sérias e responsáveis, firmar contratos de gestão claros e transparentes, monitorar o trabalho executado e estabelecer as metas assistenciais e de qualidade”, argumentou num artigo o próprio presidente da IBROSS ao calor do processo político no Rio. Dessa forma, transferem-se ao Estado, que é responsável pela estruturação dos contratos, as causas por qualquer perversão do modelo, mas também é quem assume as consequências de um eventual descumprimento contratual no processo da gestão da unidade pela OS.

Tal complexidade não apenas questiona a orientação não lucrativa das OS, como mostra que o modelo de gestão pelas organizações é dotado de mecanismos diversos para preservar os interesses privados, ao mesmo tempo em que mantém a implementação do sistema gerencialista apesar das crises políticas ocasionadas. Essa constatação justifica a noção de *privatização ativa* definida pelo estudo de Moraes e outros (2018) pelo qual o próprio modelo não é fixo, mas ativa uma dinâmica de privatização permanente que reforça a percepção de “lentidão e ineficiência” atribuída à burocracia que compõe o sistema público, e que torna a escolha pelo modelo de OS “uma necessidade”. Será necessário compreender muito melhor essa dinâmica enquanto processo, conectada às dimensões de implementação na ponta já mencionadas acima para diagnosticar com mais nitidez os efeitos da privatização e seus impactos no próprio sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R.; BÜLOW, M. U. Movimentos sociais na teoria e na prática: como estudar o ativismo através da fronteira entre estado e sociedade? **Sociologias**, v. 13, n. 28, p. 52–84, 2011.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Organizações sociais. Cadernos MARE da reforma do estado, v. 2, 5ª edição, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado, 1998.
- CORTES, S. V.; GUGLIANO, A. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. **Sociologias**, v. 12, n. 24, p. 44–75, 2010.
- DE MORAIS, H. M. M. et al. Organizaciones Sociales de la Salud: Una expresión fenoménica de la privatización de la salud en Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 1, p. 1–13, 2018.
- E SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: As Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1365–1376, 2016.
- FONSECA, F. C. P. A “governança empresarial” das metrópoles sob o domínio neoliberal: o papel da gestão pública gerencial e da privatização do sistema político. **Cadernos Metrópole**, v. 21, n. 45, p. 393–415, 2019.
- GURZA LAVALLE, A. Crítica ao Modelo da Nova Sociedade Civil. **Revista Lua Nova** n. 47, p. 121-135, 1999.
- LÜCHMANN, L. H. H. Abordagens teóricas sobre o associativismo e seus efeitos democráticos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 29, n. 85, 2014.
- LÜCHMANN, L. H. H.; ALMEIDA, C.; TABORDA, L. D. R. Associativismo no Brasil contemporâneo: dimensões institucionais e individuais. **Política & Sociedade**, v. 17, n. 40, p. 307–341, 2019.
- PAES DE PAULA, Ana Paula. Por uma nova gestão pública: limites e possibilidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

TATAGIBA, L. Desafios da relação entre movimentos sociais e instituições políticas. O caso do movimento de moradia da cidade de São Paulo – Primeiras reflexões. **Colombia Internacional**, n. 71, p. 63–83, 2010.

TATAGIBA, L.; TEIXEIRA, A. C. C. Participação e democracia. Velhos e novos desafios. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 6, n. 1 SE-Artigos, p. 223–240, 21 dez. 2006.

TEIXEIRA, A. C. C. **Identidades em Construção. As Organizações Não Governamentais no processo brasileiro de democratização.** São Paulo: Annablume, 2008.

TONACO BORGES, F. et al. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão dos Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, ISSN-e 1982-4785, N^o. 2, 2016, págs. 828-850, v. 07, n. 2, p. 828–850, 2016.

VISCARDI, C. M. R. Corporatism and neocorporatism. **Estudos Historicos**, v. 31, n. 64, p. 243–256, 2018.