

Paulo Eduardo Elias¹

Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal

Public control and equity of access to hospitals under non-State public administration

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as organizações sociais de saúde à luz do controle público e da garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde.

MÉTODOS: Utilizou-se a técnica de estudo de caso e foram selecionadas duas organizações sociais de saúde na região metropolitana de São Paulo. As categorias analíticas foram equidade no acesso e controle público, baseando-se em entrevistas com informantes-chave e relatórios técnico-administrativos.

RESULTADOS: Observou-se que financiamento global e o controle administrativo das organizações sociais de saúde são atribuições do gestor estadual. A presença do gestor local é importante para a garantia da equidade no acesso, sendo que o controle público se expressa por ações fiscalizadoras mediante procedimentos contábil-financeiros.

CONCLUSÕES: A equidade no acesso e o controle público não são contemplados na gestão dessas organizações. A questão central encontra-se na capacidade do poder público se fazer presente na implementação dessa modalidade no âmbito local, garantido a equidade no acesso e contemplando o controle público.

DESCRIPTORIOS: Organização social. Gestão em saúde. Política de saúde. Diretrizes para o planejamento em saúde. Administração em saúde pública, tendências. Reforma dos serviços de saúde. Equidade em saúde. Equidade no acesso. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze social health organizations in the light of public control and the guarantee of equity of access to health services.

METHODS: Utilizing the case study technique, two social health organizations in the metropolitan region of São Paulo were selected. The analytical categories were equity of access and public control, and these were based on interviews with key informants and technical-administrative reports.

RESULTS: It was observed that the overall funding and administrative control of the social health organizations are functions of the state administrator. The presence of a local administrator is important for ensuring equity of access. Public control is expressed through supervisory actions, by means of accounting and financial procedures.

¹ Departamento de Medicina Social.
Faculdade de Ciências Médicas. Santa
Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

² Departamento de Medicina Preventiva.
Faculdade de Medicina. Universidade de
São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Nivaldo Carneiro Junior
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo
Rua Dr. Cesário Motta Junior, 61 6º andar
01221-020 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: nicarneirojr@uol.com.br

CONCLUSIONS: Equity of access and public control are not taken into consideration in the administration of these organizations. The central question lies in the capacity of the public authorities to have a presence in implementing this model at the local level, thereby ensuring equity of access and taking public control into consideration.

KEYWORDS: Social organization. Health management. Health policy. Health planning guidelines. Public health administration, trends. Health care reform. Equity in health. Equity in access. Qualitative research.

INTRODUÇÃO

Faz-se necessário entender como se inserem as novas modalidades de gestão no cenário das transformações da relação Estado e sociedade contemporânea, face aos avanços tecnológicos na produção de bens e riquezas sociais, e das complexas demandas da sociedade, caracterizadas pela heterogeneidade dos grupos sociais e das marcantes desigualdades sociais.

O pensamento hegemônico que surge nesse contexto identifica o Estado como fator de atraso para o desenvolvimento econômico. O Estado intervém no mercado e executa funções produtivas e na prestação de serviços com menos competência que os agentes privados, propiciando a apropriação política das empresas. Isso acarreta o estrangulamento da produção e o não-favorecimento da riqueza social, com prejuízos para a população. Nessa perspectiva, busca-se a superação do modelo do estado de bem-estar social que predominou a partir da Segunda Guerra Mundial.

A partir do final da década de 1970, emergiu o denominado movimento de reforma do Estado, com diferentes concepções e implementações. Originário nos países centrais do capitalismo, baseou-se em concepções neoliberais como principal resposta à aludida crise do papel do Estado no desenvolvimento social.

A partir dos anos 90 surgiu nova corrente de pensamento no movimento reformista, identificada com as novas concepções das relações Estado e sociedade, decorrentes das críticas às políticas neoliberais implementadas.⁵ As posições defendidas por esse novo movimento creditavam papel de destaque para as instituições não estatais no desenvolvimento social. Contudo, defendiam que o Estado acompanhasse o processo de realizar incentivos para parcerias com instituições não estatais mediante incentivos, coordenação e, fundamentalmente, capacidade de regulação público/privado na produção de bens e serviços voltados para a população. Desta óptica cabe ao Estado a preocupação com os segmentos sociais mais

empobrecidos, para garantir-lhes acesso mínimo aos bens sociais negados pelo mercado.⁶

Os países periféricos do capitalismo aderiram às concepções hegemônicas desse movimento de reforma do Estado e com isso absorveram, em instâncias locais, questões próprias dos países centrais, sem que se tenha experimentado o *welfare state*, perfilando padrão de reformas na periferia consubstanciadas na descentralização, privatização e focalização. Dele-gou-se prestação de serviços para instâncias de governos subnacionais e/ou entidades sem fins lucrativos, promoveu-se a privatização de setores da produção econômica na esfera estatal e direcionaram políticas públicas para grupos populacionais economicamente desfavorecidos, sempre sob a perspectiva de aumentar a eficiência na ação estatal.³

O governo brasileiro efetivou esses pressupostos a partir de 1995, quando apresentou sua concepção de reforma do aparelho estatal, propondo mudança de padrões da administração pública burocrática para administração gerencial.^{11,13}

O ideário reformista dos países centrais assume novos contornos em realidades políticas e sociais dos países periféricos, aspectos que demarcam diferenças qualitativas em relação à reforma do Estado brasileiro.

As políticas públicas devam ser eficazes, com a burocracia estatal dinâmica, livre de pressão clientelista, capaz de elaborar mecanismos gerenciais eficientes, estabelecer metas e verificar os resultados. Devem também propiciar aos agentes sociais a co-participação nas ações públicas em prol do desenvolvimento social.

Todavia, tais pressupostos dialogam com realidades concretas, e no caso do Brasil, há uma relação muito desigual entre Estado e sociedade, autoritária e hegemônica por forças sociais articuladas aos interesses do capital, resultando em forte acento privatista.

Assim sendo, sobressai como matéria a ser analisada a delegação estatal para instituições não estatais, do ponto de vista da equidade no acesso aos serviços e do controle público sobre a formulação da política de saúde.

Nessa perspectiva, analisar as recentes políticas de saúde do Estado de São Paulo, que tem priorizado a oferta de serviços médico-hospitalares à população mediante o repasse de recursos públicos às organizações sociais de saúde, permite a qualificação dessa análise.

Assim, o objetivo do presente artigo foi apresentar os resultados de um estudo sobre a modalidade das organizações sociais de saúde, da perspectiva de incremento do controle público e da equidade na prestação dos serviços. Foram analisadas as possibilidades e os limites das organizações sociais como instrumento de regulamentação do Estado para o setor saúde.

Modalidades das organizações sociais

Na proposta de reforma do aparelho estatal brasileiro, as organizações sociais são consideradas um instrumento de gestão estratégica na mudança necessária do padrão de gestão pública, com a possibilidade de se firmar um contrato de gestão entre as partes. Esse contrato permitiria a avaliação e o controle das metas acordadas, um dos requisitos fundamentais da reforma gerencial.¹²

A qualificação das instituições da sociedade civil como organizações sociais se dá por Lei de competência do Executivo e possibilita o repasse de equipamentos estatais, bem como o correspondente financiamento para a manutenção dos serviços.

A Lei Complementar n. 846/98 garante ao Executivo estadual a atribuição de qualificar as entidades como organizações sociais e os hospitais repassados são próprios estatuais, portanto, não há no processo nada que contradiga a legitimidade da SES-SP em encaminhar desse modo essa política de transferência de equipamentos estatais para o setor privado.

No Estado de São Paulo essa modalidade de gestão foi implantada em meados de 1998. Com a vigência da Lei, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) adotou a gestão por organizações sociais na política de assistência hospitalar e repassou para agentes privados qualificados como organizações sociais de saúde a administração dos novos hospitais, concebidos no Plano Metropolitano de Saúde, na região da Grande São Paulo. Assim, configurou-se radical mudança no papel até então desempenhado pelo Estado na prestação de serviços de saúde, uma

vez que a produção de serviços deixou de ser responsabilidade direta do Estado.

A legislação paulista se diferencia da federal em três aspectos relevantes: a inclusão da comissão avaliadora (composta por representantes do Legislativo, do Executivo e do Conselho Estadual de Saúde), a restrição de produção de serviço exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), e a adoção da nova modalidade de gestão apenas para novos equipamentos de saúde. Como decorrência a SES-SP sofreu uma reorganização de sua estrutura, criando-se um núcleo técnico vinculado ao gabinete do Secretário visando acompanhar a implementação da nova modalidade de gestão e promover o aprimoramento do contrato de gestão, principalmente no que diz respeito ao financiamento e aos indicadores de avaliação.*

Atualmente, o Estado de São Paulo conta com cerca de 20 hospitais com perfis técnico-assistencial de nível secundário, gerenciados por organizações sociais de saúde, de diferentes origens institucionais, tais como: religiosas (Casa de Saúde Santa Marcelina), universitárias (Universidade Santo Amaro), comunitárias (Sanatorinhos), sindicais patronais (Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI), entre outras.

MÉTODOS

Partiu-se da hipótese de que a forma como o Estado brasileiro tem delegado a assistência à saúde para agentes privados – por intermédio de organizações sociais – não contempla a efetivação do controle público e a equidade no acesso aos serviços.

O acesso constitui uma categoria importante para análise dos sistemas de saúde. Por envolver a oferta, a organização do serviço e a aceitação da população, revela dimensões de caráter social e político necessariamente presentes nas formulações e implementações de políticas de saúde.⁸

Equidade é compreendida como estratégia de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para orientar a formulação e implementação de uma determinada ação.²

O controle público é entendido como a participação da sociedade civil organizada em instâncias com a finalidade de exercer o controle sobre o Estado, abrangendo a fiscalização e a formulação de políticas, dentre outras. As formas de controle instituídas pelo Estado con-

*São Paulo. Novo modelo de contrato de gestão. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 13 dez 2001;Seção I:49-50.

temporâneo podem ser divididas em duas esferas:^{7,14}

- a) horizontal, realizado entre setores da burocracia estatal – administrativo (exercido internamente no setor), legislativo (controle político do poder executivo), de contas (dimensão técnica que subsidia o legislativo) e judiciário (evita abusos no exercício do poder);
- b) vertical, realizado pela sociedade em relação ao governo e aos órgãos do Estado.

Foram analisadas duas organizações sociais de saúde – uma vinculada à entidade filantrópica, gerenciadora de um hospital na zona leste do Município de São Paulo (HZL) e outra vinculada à entidade sindical patronal, responsável por hospital localizado em município da Grande São Paulo (HGSP).

Os critérios que nortearam a seleção desses hospitais foram: o HZL está inserido em uma região de alta densidade demográfica, baixos indicadores socioeconômicos, presença importante da participação do movimento popular de saúde. A entidade qualificada como organização social de saúde é conhecida pela prestação de serviços de saúde de caráter público na região. O HGSP é referência para quatro municípios com situação geográfica bem delimitada, também com baixos indicadores socioeconômicos. Há uma tradição local de agentes sociais no movimento da reforma sanitária, e a entidade gerenciadora do hospital tem larga experiência em serviços ambulatoriais na modalidade de autogestão.

Utilizou-se abordagem qualitativa de estudo de caso, por diferentes razões: instrumento de investigação mais apropriado para o problema em foco e para situações em que não há controle do objeto pelo pesquisador; atende a necessidade de compreensão das dinâmicas internas do objeto; e é indicado para estudo de fenômenos contemporâneos.^{1,10}

As categorias analíticas escolhidas foram equidade no acesso aos serviços de saúde e controle público.

O material empírico foi coletado por meio de entrevistas com informantes-chave,¹⁵ considerando-se a posição na hierarquia da administração da organização social de saúde; a inserção técnico-administrativa na organização e execução assistencial; a utilização dos serviços e a participação nos espaços de exercício do controle público. Foram realizadas 14 entrevistas abrangendo direção, gerência, profissionais de saúde, usuários, conselheiros de saúde, deputados estaduais, secretários de saúde e técnicos do nível central da SES-SP.

Os dados secundários utilizados incluíram documentos legais (portarias e leis vinculadas à criação e implementação das organizações sociais de saúde e atas

de reuniões de conselhos de saúde) e informações institucionais, abrangendo a produção de serviços, quadro de recursos humanos, entre outros.

O material foi analisado procedendo-se à sua leitura exaustiva em busca dos elementos vinculados às categorias de análises.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Análise da relação política do modelo gerencial

Em relação à formulação política do modelo gerencial das organizações sociais de saúde, constatou-se a centralidade do Executivo estadual, representado pelo nível central da SES-SP. É nessa instância que se definem as entidades portadoras dos critérios de qualificação de organizações sociais, estabelecem-se as metas de produção de serviços a serem alcançadas, os indicadores de avaliação e o acompanhamento rotineiro do contrato de gestão.

As gerências técnico-administrativas das organizações sociais de saúde participam da definição das metas, dos prazos de execução, das etapas técnico-administrativas de monitoramento e do montante de recursos financeiros destinados para a viabilização do contrato de gestão:

“...nós é que definimos qual é a carteira de atividades, a carteira de serviços diante da realidade epidemiológica da região onde se situa [o hospital]” (técnico do nível central da SES-SP);

“...eles [SES-SP] fecharam um orçamento x; por esse orçamento a gente vai estar trabalhando dentro dos moldes que o Governo colocou (...). Se a gente sente que a demanda está reprimida, a gente tem total tranquilidade para sentar com o grupo [SES-SP] e negociar ampliação de recursos financeiros” (gerente de OSS).

Na experiência do HGSP constatou-se que a modalidade tecno-assistencial garantiu a equidade no acesso, em decorrência da participação ativa do poder público local na formulação do sistema de saúde da região. Esse modo de gestão implicava a negociação entre a direção do hospital e os secretários de saúde dos municípios abrangidos pelo hospital, resultando em hierarquização do acesso aos serviços, segundo as necessidades locais, e articulação efetiva entre os serviços públicos municipais e o hospital:

“...os quatros municípios se reuniram (...). Fizemos as assembleias dos Conselhos Municipais de Saúde (...), onde o tópico hospital geral foi uma coisa muito discutida pelos conselheiros, como que se queria que esse

hospital existisse e de que forma (...). Toda a negociação, a pactuação de abertura de alas foi feita junto com os municípios” (secretário municipal de saúde).

Análise da equidade na prestação dos serviços e controle público

A análise da situação do HZL revelou aspectos que se contrapõem aos do HGSP em relação à garantia do acesso. O poder público não atua efetivamente na organização da assistência à saúde e, por decorrência, verifica-se a desarticulação da rede pública de serviços de saúde entre si e com o hospital. Tal fato também contribuiu para que o hospital organizasse seu atendimento de forma não referenciada, comumente denominado “porta aberta”.

“...falta organização do sistema de referência e contra-referência, e, talvez, o mais importante, a confiança do usuário. Saber que vai ao centro de atendimento A, B, C ou D e lá ele [usuário] não vai ser atendido. Pode ficar na fila, como ele fica aqui, mas ele é atendido” (gerente de OSS).

Por um lado, tal modalidade de organização assistencial, orientada na queixa-conduta, contempla a oferta de serviços atendendo a demanda da população. Por outro, a equidade no acesso fica prejudicada, pois não há garantia de atendimento àqueles que realmente necessitam; o atendimento é determinado pela ordem de chegada ao pronto-socorro, transformado em “porta de entrada” da instituição, à exceção das urgências e emergências definidas tecnicamente. Essa não é uma característica exclusiva desse hospital. Em geral, esse tem sido o modelo utilizado nos equipamentos de nível secundário e terciário da atenção à saúde vinculados ao SUS.

Nas duas organizações sociais de saúde analisadas, em relação à equidade no acesso aos serviços de saúde, destacou-se a forma como se dá a implementação do acesso, constituindo-se em elemento diferenciador a participação ativa da esfera pública na organização do sistema de saúde com base na hierarquização e regionalização.

O acesso é entendido basicamente como sendo atribuição de ordem técnica, ou seja, de competência profissional do médico por determinar o ingresso do usuário no serviço. Como tal, privilegia-se a avaliação estimada por parâmetros exclusivamente técnicos, desconsiderando-se outras variáveis de cunho social, sobretudo renda e as necessidades sociais.

A hegemonia dessa concepção técnica gera importantes tensões na relação com os usuários. O sistema que

opera pela lógica de “porta aberta”, como o HZL, fica mais sujeito a tais conflitos, pois não se tem retaguarda local para tratamento dessas necessidades em espaços políticos e tecno-assistenciais, tais como conselhos de saúde e as câmaras técnicas. O caso do HGSP ilustra bem esta possibilidade, pois conta com o respaldo do Poder público local para promover a efetiva articulação entre os serviços públicos, envolvendo os conselhos municipais de saúde e os segmentos da população, em prol da efetivação de um sistema hierarquizado de assistência à saúde, no qual a organização social de saúde é parte importante. Segundo depoimento do representante do poder público local, é necessário *“(...) um embaite mensal com o Conselho de Saúde, com os conselhos de bairro. A gente não se cansa de explicar esse modelo; a gente conseguiu ganhar adesão dos políticos e do prefeito (...)”* (secretário municipal de saúde).

Em relação ao controle público, outras questões se apresentam diante da política de transferências de bens estatais para entes privados. Esse tema gerou tensões no debate legislativo da aprovação da Lei Complementar n. 846/98, resultando em mecanismos de controle expressos na Lei. Contudo, tais mecanismos se revelaram insuficientes, favorecendo a manutenção das críticas às formas como o Executivo estadual tem conduzido essa questão:

“...a Lei prevê encaminhar um relatório para cá [Comissão de avaliação de execução do contrato de gestão] de três em três meses, mas eles [SES-SP] não encaminham” (deputado estadual).

Do ponto de vista burocrático-legal, o controle é executado mediante procedimentos legalmente estabelecidos, isto é, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo exerce o controle contábil-financeiro, restrito apenas aos aspectos financeiro e fiscal.

A SES-SP é a instância identificada pelas gerências dessas organizações como a privilegiada para a prestação de contas, contemplando as informações dos resultados alcançados para fins de liberação dos recursos financeiros:

“...temos uma comissão que nós chamamos de comissão de acompanhamento, que tem membros dos hospitais, membros do nível territorial da Secretaria e do nível central [SES-SP], que uma vez por mês faz reuniões” (técnico do nível central da SES-SP);

“...nós temos duas formas de controle público: uma que é mais constante, mais presente, mais junto a nós, que é a Secretaria de Saúde Estadual (...) a outra é o Tribunal de Conta do Estado” (diretor de organização social de saúde).

Deve-se enfatizar a precedência da política na gestão pública, pois é nessa esfera que se dá a regulação de interesses. Tal alerta se faz importante, pois é freqüente o discurso de que basta a incorporação de mecanismos gerenciais claros, com metas bem estabelecidas e com indicadores de avaliação definidos, para que se estabeleça a eficiência na produção de serviços e no atendimento às necessidades da população.

O ideário da reforma gerencial do Estado encontra-se permeado pela concepção de que as organizações sociais são uma de suas estratégias.

Análise da gestão das organizações sociais de saúde

No entanto, ao se analisar a gestão por organização social de saúde verifica-se a ocorrência de um tipo de contrato de prestação de serviços que não é propriamente um contrato de gestão. Isso porque a gestão propriamente dita continua sob a égide do Poder público estadual, na medida em que ele exerce as funções de formulador de política de saúde e de financiador das OSS. Em consequência, as organizações sociais de saúde são levadas a se organizarem para negociar assuntos de seus interesses e nisso se assemelham aos prestadores privados do SUS:

“...nós temos uma reunião que é só nossa, das organizações sociais de saúde. O estado [SES-SP] não entra. Não que seja proibido, mas a gente discute uma série de situações estratégicas, até para poder levar para o estado [SES-SP]. Então, não combinamos ações...” (diretor de organização social de saúde).

Ainda em relação ao controle público, constatou-se que não há participação ampliada do Conselho Estadual de Saúde, uma vez que ela não se efetiva na formulação e no acompanhamento dessa política, como se depreende da leitura das atas de reuniões do Conselho e das entrevistas com informantes-chave (conselheiros e deputados estaduais). Entretanto, verifica-se nas duas organizações sociais de saúde que a participação é caracterizada por ações fiscalizatórias, contábeis e financeiras, as mesmas executadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo:

“...a gente tem prestação de conta. Tem sempre todo ano, o que entrou, o que saiu, quanto gastou...” (conselheiro de saúde).

Duas outras questões merecem destaque: uma diz respeito à forma diferenciada no financiamento dessas OSS em relação aos demais prestadores do SUS, sejam eles próprios ou contratados. Outra se refere à gestão dos recursos humanos.

Quanto ao repasse de recursos financeiros para o custeio da prestação dos serviços de saúde, Elias⁴ chamou a atenção para o fato de que são os modelos de financiamento que, em geral, determinam as modalidades tecno-assistenciais. Isto é, no SUS, o pagamento por procedimentos e pela produção realizada aos agentes privados e públicos da assistência à saúde imprime uma maneira particular de atendimento, orientando-os para a oferta de serviços, com privilegiamento daqueles atos de maiores complexidades, pois são mais bem remunerados.

As organizações sociais de saúde têm orçamento global acertado com a SES-SP, com repasses mensais, passíveis de negociação de acréscimo mediante comprovação de déficit. Essa forma de financiamento é desejável tanto pelas organizações sociais de saúde como pelo próprio gestor estadual, uma vez que, associada à autonomia gerencial no uso desses recursos, as metas estabelecidas podem ser cumpridas com efetiva garantia de custeio. Desse modo, é possível imprimir outra lógica ao atendimento, preocupando-se em absorver a demanda, sem a seleção de procedimentos pela sua remuneração (baixa ou alta), pois o contrato implica um “pacote fechado” para o suprimento das atividades assistenciais.

Além disso, ao articular a autonomia administrativa e financeira das organizações sociais de saúde, essa forma de financiamento estabelece diferenças em relação aos próprios órgãos governamentais. Neles, a destinação de gastos encontra-se vinculada a itens orçamentários, com pequenas margens para realocação, comprometendo a autonomia gerencial para o atendimento de necessidades rotineiras do serviço, ou a possibilidade de implementar ações mais próximas da realidade sociodemográfica e de saúde da população atendida. Essa limitação é freqüentemente apontada como limitante da ação estatal, justificando-se a ineficiência desses equipamentos nas respostas às necessidades de saúde da população.⁹

Uma característica marcante apontada pelo corpo gerencial e técnico-profissional como fator de eficácia na implementação das ações de saúde nessas organizações sociais de saúde refere-se à autonomia gerencial para contratar e demitir recursos humanos. Na administração pública do tipo burocrático prevalece a hierarquia de mando, respaldada nas atribuições e competências dos cargos, caracterizada pela estabilidade funcional, e sujeita às influências políticas daqueles que assumem o Governo. Na administração pública gerencial, se estabelece contrato de trabalho seguindo a mesma lógica das empresas privadas, nas quais predominam a eficácia e a competência técnico-administrativa, facilitando a demissão daqueles que não atendem aos critérios de produtividade e qualidade estabelecidos pela empresa:

“...eu acho essa flexibilidade de RH [Recursos Humanos] fundamental (...), porque você pode demitir as pessoas que não funcionam. Se uma pessoa não se adapta com a equipe, não tem como ficar com essa pessoa” (diretor de OSS).

Essa característica gerencial é importante para a organização dos serviços de saúde, particularmente os hospitalares, que necessitam de agilidade na contratação de recursos humanos, tanto em termos quantitativos como qualitativos, para atender as necessidades de saúde da população de forma mais eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada permite validar a hipótese geral que a norteou, ou seja, que a garantia do acesso aos serviços de saúde e a efetivação do controle público não aparece centralmente na gestão dessas organizações sociais de saúde. A agenda público-privado nessa nova modalidade de gestão para os serviços de saúde qualifica-se pela responsabilidade da esfera estatal na formulação e controle da política, enquanto que à esfera privada compete a organiza-

ção do processo de trabalho e o gerenciamento dos recursos humanos. Isto possibilita uma lógica para o manejo dos recursos humanos em que se distingue o controle direto sobre o trabalhador e o trabalho.

Desse modo, a gestão por organização social de saúde caracteriza-se pela desconcentração de serviços para a esfera não estatal. Ademais, este modelo possibilita a ampliação de serviços pelo Poder Público respeitando o limite para contratação de pessoal previsto pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A investigação possibilitou inferir que a modalidade de gestão de organização social de saúde não constitui fator limitante ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde, ao favorecer a articulação do Poder Público e a sociedade civil, como no caso do HGSP. No entanto, a questão central encontra-se na capacidade do Poder Público se fazer presente na implementação dessa modalidade de gestão no âmbito local, retendo e ampliando os espaços de formulação política, garantindo a equidade no acesso aos serviços de saúde e contemplando o controle público, de modo a observar a defesa da justiça social como meta prioritária de sua atuação.

REFERÊNCIAS

1. André MEDA. Etnografia da prática escolar. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1998.
2. Carneiro Junior N, Andrade MC, Mazziero M, Pinheiro RC, Souza ND, Silva SM, et al. Construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo. *Rev Adm Pública*. 2000;34(6):95-104.
3. Draibe SM. A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reformas. In: Diniz E, Azevedo S, editores. Reforma de Estado e democracia no Brasil. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1997. p. 213-58.
4. Elias PEM. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PEM. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC; 1996. p. 57-117.
5. Evans P. O Estado como problema e solução. *Lua Nova*. 1992;(28-29):107-56.
6. Ferlie E, Asburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A. A nova administração pública em ação. Brasília (DF): Universidade de Brasília/ENAP; 1999.
7. Fonseca F, Sanchez O. Controle da corrupção e reforma do Estado (o Governo Covas, 1995-2000). *Lua Nova*. 2001;(52):93-119.
8. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2000;16:231-9.
9. Junqueira LAP, Inojosa RM. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. *Rev Adm Pública*. 1992;26:20-31.
10. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
11. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A reforma do Estado no Brasil. Brasília (DF); 1998.
12. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998: reforma administrativa. Brasília (DF); 1998.
13. Pereira LCB. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: Sachs I, Wilhelm J, Pinheiro OS, editores. Brasil: um século de transformações. São Paulo: Companhia das Letras; 2001. p. 223-59.
14. Przeworski A. O Estado e o cidadão. In: Pereira LCB, Wilhelm J, Sola L, editores. Sociedade e Estado em transformação. São Paulo: UNESP; 1999. p. 323-59.
15. Thiollent M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. 5ª ed. São Paulo: Polis; 1987.