

Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro

Um estudo sobre as organizações sociais de saúde

Julio Cesar Donadone e Salli Baggenstoss

Introdução

Observando-se a dinâmica organizacional a partir dos anos de 1990, é possível estabelecer conexões que elucidam o crescimento na atuação e a presença dos intermediários nos espaços sociais. Os processos de organização reconfiguram o controle das organizações, como resultado da crescente influência do campo financeiro nas formas de gestão e nos conteúdos gerenciais das empresas (Fligstein, 1990; Useem, 1993).

O papel de intermediário na implantação de mudanças organizacionais, em um primeiro momento associado exclusivamente à figura do “consultor”, foi gerado por tais reestruturações empresariais (Donadone, 2010a). Nesse contexto, as posições gerenciais passam a ser legitimadas não somente pelas disputas internas às empresas, mas também pela capacidade de adquirir e gerenciar capitais oriundos de investimentos em outros campos de poder (Bourdieu, 2000). Tal foi o caso no florescente mercado de consultoria (de ex-gerentes, inclusive) e de cursos de MBA, bem como na aproximação do espaço acadêmico com respeito ao mundo empresarial, do que são exemplos emblemáticos as consultorias e as fundações universitárias.

Os formatos e as possibilidades de desenvolvimento das carreiras gerenciais tornam-se convergentes com aqueles praticados nas empresas centrais do setor de consultoria, proporcionando uma realimentação da posição e do ideário das consultorias no tecido organizacional.

O artigo soma-se às recentes pesquisas sobre o fenômeno da intermediação, dialogando com interpretações como as de Dezalay e Garth (2000) e de Donadone (2010a; 2010b). Neste último autor, o papel intermediário do consultor na implantação de mudanças organizacionais foi gerado pelas reestruturações empresariais, em que a gerência passou a ser substituída pela ação de projetos e *outsourcing* de grandes consultorias internacionais.

Como discutido por Donadone e Novaes (2015), o processo de internacionalização e financeirização das empresas brasileiras contribuiu para a ascensão e a transformação dos serviços de consultorias no Brasil. Tal fato diversificou esse espaço social, que passou a se diferenciar internamente segundo a heterogeneidade de tamanho, os serviços oferecidos e os profissionais nele atuantes. No caso mais emblemático desse estudo, a emersão dos intermediários em sustentabilidade é contemporânea da diversificação dos modelos e do crescimento da demanda pelo serviço do “consultor”. Fugindo do modelo tradicional, eles inauguraram um novo mercado, caracterizado por empresas de pequeno porte provedoras de serviços exclusivos de gestão social/ambiental. Cabe ressaltar que, apesar da diversificação, as linhas de força que configuram o espaço de consultoria em sustentabilidade, tal como identificadas por Donadone e Novaes (2015), apresentam homologia com aquelas indicadas em Donadone (2010a), a saber: os intermediários (consultorias internacionais em gestão) vinculados às posições e aos capitais internacionais são dominantes nos dois espaços e, dessa forma, transformam a “responsabilidade social” e, posteriormente, a “sustentabilidade” em conceitos complexos que modelam a atuação das empresas diante das novas cobranças, o que gera uma demanda por serviços de intermediação especializada.

Guimarães (2008) demonstrou, em seus estudos, o papel desse terceiro elemento – o intermediador – na relação de força que se estabelece entre o contratante e o contratado no mercado de trabalho. Uma relação que se distribui por várias linhas de tensão que podem ser representadas como convergindo para as extremidades da figura de um triângulo. A presença do intermediário “forja a dinâmica de um ‘novo’ mercado que se constitui no interior do próprio mercado de trabalho – o ‘mercado de intermediação das oportunidades de trabalho’” (*Idem*, p. 278).

Partindo desse conjunto de estudos, pretende-se contribuir para a caracterização da atuação e da configuração dos intermediários no espaço social brasileiro, focalizando outras formas de intermediação, no caso aquelas que têm lugar no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde, exercidas pelas organizações sociais (OS). Começaremos por apresentar uma sinopse das temáticas centrais suscitadas pelos estudos acerca das organizações sociais.

A lei das organizações sociais, a intermediação e a saúde pública

Ao promover mudanças na gestão governamental que buscavam parcerias com a sociedade, as autoridades federais promulgaram, em 1998, a lei n. 9.637, intitulada Lei das Organizações Sociais. Utilizar-se de organizações para intermediar a execução de serviços que lhes são inerentes não é propriamente uma novidade na saúde pública, assim como em diversos outros setores públicos e também privados. É uma alternativa empreendida na iniciativa privada, e também na pública, como uma evolução na gestão por meio de novos arranjos organizacionais. Dessa forma, as parcerias entre Estado e sociedade reproduzem transformações sociais, políticas e econômicas, e a descentralização promovida abre portas para a participação da sociedade no processo de gestão estatal sob novas configurações.

Passaram-se aproximadamente quinze anos da publicação da Lei das Organizações Sociais, e a lei federal continua a ser replicada em leis estaduais e municipais com entidades qualificadas, exercendo atividades de interesse público Brasil afora, sugerindo o isomorfismo prevaemente na conduta dos entes federados. Por vezes, recebem verbas públicas, através de contratos de gestão que lhes permitem realizar ações consideradas relevantes, se não de função do próprio governo. Os serviços prestados podem ser também nas áreas da cultura e lazer, educação, e não apenas na área da saúde (caso em que são conhecidas como organizações sociais de saúde – OSS). Nesse novo cenário, as entidades, que já atuavam no terceiro setor, rapidamente optam por se qualificar perante o governo como uma organização social, o que as torna aptas a receber parte do orçamento público.

Ora, o que de fato se modifica no ambiente – *locus*, o hospital – antes conduzido pelo governo com o início da atuação de uma entidade qualificada? O que se altera com a intermediação quando se introduzem um contrato de gestão e uma organização social no gerenciamento de um espaço de prestação de serviço público que seguia preceitos de administração pública? Para obter a resposta adequada, torna-se imperativo desvendar os desenhos, as configurações dessas organizações. Para tal, há que se reconstituir a dinâmica que gerou tal cenário e compreender que mudanças ocorreram no espaço social considerado. Além disso, são propósitos da nossa análise identificar os agentes e instituições envolvidos, deixar evidentes as suas estratégias de ação, reconhecer quais as elites que se relacionam e como participaram dessas transformações e, também, se ainda ali interferem. Assim, podemos contribuir para a compreensão do processo da estruturação organizacional desse espaço, desvendando, entre outros aspectos, como tais organizações são formadas, quais são os agentes que as compõem, quais as suas interações, em quais espaços atuam, quais são seus principais interlocutores e que resistências se lhes interpõem.

Mas, sendo tantos os domínios nos quais passaram a existir parcerias entre Estado e sociedade, por que focalizar o âmbito da saúde? Em primeiro lugar, em virtude da interação e das características desse espaço, tanto quanto das múltiplas contribuições para a avaliação das políticas públicas, em especial aquelas direcionadas ao terceiro setor e à saúde. Contribuiu ainda para tal escolha a relevância social que a saúde encarna e que a torna a “menina dos olhos” do setor político e da mídia, além de uma permanente fonte de inquietações para a sociedade.

Adotou-se uma abordagem qualitativa, combinando pesquisa de campo e pesquisa bibliográfica. Concentramo-nos nas organizações sociais de saúde do estado de São Paulo, não apenas por sua representatividade no cenário nacional, mas por ter sido este um dos primeiros estados a implantar tais mudanças, especificando a lei e o contrato de gestão, principal ferramenta à disposição dos atores, que detalha tipos e números de atendimentos, valores e indicadores de qualidade, entre outros.

As observações realizaram-se em hospitais gerenciados por organizações sociais. Isso porque, ao fim e ao cabo, ali está o *locus* do embate nas relações de interesses específicos entre os atores desse espaço – utilizando-nos do conceito de “campo” de Bourdieu (1989). Por isso mesmo, estão presentes, nesse espaço, os quatro indicativos do conceito de campo: interesses específicos, leis e regras de funcionamento, estrutura de luta, interesses comuns (*Idem*, 2000).

Para entender como funciona o hospital gerenciado por uma organização social de saúde, sua supervisão, gestão e força de trabalho, precisamos começar por compreender como ocorreu o processo de estruturação, quais foram as forças atuantes, quem são os agentes envolvidos. As transformações ocorridas com a lei das OS revelam como transcorreu o processo de construção social do que seria um “novo” espaço, o que produz “novas” justificativas. Isso porque uma das caracterizações do capitalismo, já sublinhada por Boltanski e Chiapello, é a exigência de acumulação do capital, por meios formais e pacíficos, de modo a repô-lo em jogo, no círculo econômico, com o objetivo de extrair lucro repetidamente. Para que a acumulação capitalista ocorra, conforme os autores, mesmo se em graus variados de acordo com o caminho do lucro pelo qual se segue, exige-se a mobilização de muitas pessoas para as quais as chances de lucro são desiguais. A cada uma é atribuída uma responsabilidade ínfima no processo global, sendo necessário que os indivíduos acreditem e que estejam engajados nesse processo. Disso trataremos a seguir.

Dinâmica do Estado: a emergência do intermediário e a sua regulação

O dinamismo habitualmente reconhecido no que concerne às organizações privadas também ocorre com respeito ao Estado, respeitadas as suas proporções.

Apoiado na justificativa de prover e melhorar os benefícios sociais, o Estado redireciona suas estratégias de atuação. Entre as múltiplas alterações, uma teve início com ações governamentais que possibilitaram repassar parte de suas atividades a entidades privadas, por meio de processos de privatização e publicização.

No Brasil, com a nomeação de Luiz Carlos Bresser Pereira como titular do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare) em 1995 (governo de Fernando Henrique Cardoso), deu-se segmento ao movimento nacional de alterações nas estatais, almejando uma nova administração pública. O objetivo era repassar tarefas e focar no gerenciamento, fator que sobrevinha da ideia de que a administração pública requer poucos funcionários, mas de alto nível, para a realização de tarefas estratégicas que a nação precisava usufruir. Foi assim no setor da saúde.

Sendo o proponente da Lei das OS, como ficou conhecida, Bresser Pereira (2009) definiu as organizações sociais como entidades sem fim lucrativo, públicas, mas não estatais, financiadas pelo Estado e por ele controladas através de contrato e gestão com fixação de indicadores de desempenho. Dessa forma, proporcionariam maior autonomia e flexibilidade às atividades não exclusivas do Estado, possibilitando-lhe uma operação mais eficiente. Ao Estado caberia garantir o controle da qualidade e o direcionamento dos serviços, por meio do recurso ao contrato de gestão e à auditoria por resultados.

A estratégia governamental de repassar serviços a outros setores envolve também o conceito de “descentralização”. Arretche (1996) relata a suposição, então existente, de que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas, fortalecendo e consolidando a democracia. Tal consenso ainda supunha que essas formas seriam eficientes e elevariam os níveis reais de bem-estar da população.

Dentre as estratégias para descentralização, Arretche destacou a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação. A delegação acomodaria as organizações sociais, operando a transferência da responsabilidade na gestão dos serviços para agências não vinculadas ao governo central, que lhe controlaria os recursos. Di Pietro (1999) inclui, na delegação, além da modalidade das organizações sociais, os consórcios, a concessão, a terceirização e a permissão, entre outros.

As parcerias do Estado com a sociedade, independentemente de suas formas e características, remetem à necessidade de outros organismos interessados em fazê-lo, como o setor privado ou o assim chamado terceiro setor. Segundo Alves (2002) o termo teve origem na literatura norte-americana para identificar o setor da sociedade em que atuam organizações sem fins lucrativos com objetivos de produção ou distribuição de bens e serviços públicos. Inexistindo consenso entre os autores, houve variações de nomenclatura e mesmo de conceitos mobilizados pelos diferen-

tes pesquisadores, do que dão testemunho as noções de “setor não lucrativo”, “setor independente” ou mesmo “setor voluntário”.

Indo além da perspectiva exclusivamente econômica, pode-se dizer que o terceiro setor é:

Um campo de atividade econômica que procura adaptar-se e reagir às pressões da concorrência e da competição, geradas pela regulação do Estado, do mercado, da economia informal e da economia doméstica. De outro, é um setor que procurou, historicamente, constituir-se como uma alternativa ao Estado e ao mercado e que, hoje, procura novamente reconstruir essa missão, impulsionado que é pelas mudanças profundas em nível da organização do trabalho, da produção, da distribuição, da troca e do consumo de bens e serviços com características imateriais.

Na verdade, a origem da nomenclatura estaria relacionada com a economia clássica, que dividia a sociedade conforme as finalidades econômicas. Destarte, o primeiro setor compõe-se pelas atividades do mercado; o segundo, pelas do Estado; as organizações de natureza privada e fins públicos, que não foram abrangidas nesses, formariam o terceiro setor.

Foram abundantes as manifestações críticas a respeito. A publicização almejava que as atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos ganhassem em qualidade: haveria otimização mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível, além de serem orientados para o cliente-cidadão por meio do controle social. Para Montaña (2002), justificar a reforma do Estado com a passagem de atividades do setor estatal para o terceiro setor era assumir uma retórica neoliberal. Tal retórica se sustentava no argumento da “escassez”, haja vista a crise que impossibilitaria a “manutenção” da atividade providenciária, à qual se aliava uma crise fiscal do Estado, que estaria gastando mais do que arrecadava. Entretanto, e ainda conforme o autor, o que verdadeiramente ocorreu foi uma contrarreforma:

Não há transferência de atividades de um setor para outro, mas uma *radical mudança na concepção e fundamentos da ação social*; onde, com ela, se processa precarização dos serviços, focalização da população atendida, perda dos direitos constitucionais do cidadão. Esta mudança de concepção e fundamentos da ação social é encoberta com a ideia de passagem ou transferência de responsabilidades e ações de um setor para outro. Como se a tensão fosse entre “setores” (Estado, sociedade civil) e não entre concepções sobre a política social. (Montaña, 2002, p. 182, grifo do autor)

O autor prossegue em críticas também à publicização, que nada mais seria que a diminuição dos custos da atividade social, conseguida não pela maior eficiência das organizações que prestariam os serviços públicos, mas pela precarização, focalização e localização desses serviços, com a perda das suas dimensões de universalidade, de não contratualidade e de direito do cidadão, retirando a responsabilidade do capital.

Cohn (1994) questiona também a descentralização, sugerindo que bloqueios e limites impostos restringiriam sua efetivação como processo democratizante. Carneiro Junior (2002) reforça que a estratégica descentralização assumiu conteúdos e finalidades que variaram de acordo com o público alvo e com quem as programava nos contextos particulares das reformas.

O contraponto ao movimento estatal vem do anseio da sociedade em fazer parte da gestão pública, uma possibilidade que também foi efetivada com a criação de conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e federal. Assim, o controle do Estado passaria a ser vigiado pela própria sociedade. Nesse contexto, surgiu o movimento sanitaria, baseado no conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças necessárias na área da saúde, as quais não compreendiam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde. Antes que um partido, tratava-se de uma ação social, que obteve conquistas com a Reforma Sanitária Brasileira através da implantação do SUS e outros objetivos estabelecidos na Constituição Nacional. Ele seguiu presente e ainda hoje tem representantes por todo o país, vinculados a instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa). É certo que sua força se restringiu, em parte talvez, como afirma Carneiro Junior (2002), pelo fato de que alguns de seus militantes passaram a fazer parte da gestão governamental. Silva aponta indícios de que, se muito foi alcançado com o movimento, muito ficou por ser atendido:

O subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema, o marketing de valores de mercado e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde, a desvalorização dos conselhos de saúde expressam evidências de promessas não consolidadas pela Reforma Sanitária Brasileira (Silva, 2011, p. 10).

Outra implicação dessa nova realidade das organizações sociais – e que tem sido uma das principais bandeiras levantada por entidades que lhes são contrárias – é a chamada “terceirização da saúde pública”. A terceirização foi assumida por alguns agentes envolvidos no processo. Veja-se, por exemplo, o entendimento expresso pelo ex-secretário de saúde paulista e sanitaria José Guedes, ao afirmar: “em suma, trata-se

de uma terceirização para entidades filantrópicas sem fins lucrativos que assinam um contrato que nos permite acompanhar seu desempenho” (2002, p. 238). Entendimento que não esteve livre, entretanto, de questionamentos, como aquele oferecido pelo subprocurador-geral da República¹ Wagner Gonçalves, para quem os contratos ou convênios transferem uma unidade hospitalar pública a uma entidade civil sem fins lucrativos, sendo entregue o próprio patrimônio estadual ou municipal, como bens móveis (máquinas e aparelhos hospitalares), recursos humanos e financeiros; através deles, *é repassada* autonomia de gerência para contratar e fazer compras sem licitação; concede-se, desse modo, o verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde. Ou seja, em vários pontos de seu parecer, o subprocurador-geral da República menciona a terceirização da saúde pública como decorrência do repasse às OSS dos serviços de saúde públicos.

Uma vez estabelecida a parceria entre governo e organizações sociais, um dispositivo emergiu como essencial à sua efetivação: o “contrato de gestão”. Ele se tornou a ferramenta por excelência para regular tal processo de parceria². Por meio desse instrumento são dadas as diretrizes sob as quais as organizações sociais de saúde devem atuar. O dispositivo regula suas práticas no local primeiro da sua ação – o hospital. Estipula, entre outros procedimentos regulatórios, os valores a serem recebidos, o tipo e o número de atendimentos realizados, além de fixar a métrica para avaliar o desempenho. Ou seja, delimita quantitativamente as ações dessas organizações nos hospitais³.

Um contrato de gestão efetiva o alicerce da relação entre o Estado e as OSS. A centralidade desse dispositivo é tal que, no caso de São Paulo, definiu-se, no âmbito

1. Ver parecer de 1998 que embasou a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923, contra a Lei de Organizações Sociais, elaborado por Wagner Gonçalves, subprocurador-geral da República e procurador federal dos direitos do cidadão – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/MPE, em 27/5/1998 (Brasil, 1998b).
2. No caso de São Paulo, a Lei Complementar 846 foi assinada pelo governador Mário Covas em 4 de junho de 1998, logo após a promulgação da lei federal. Para uma entidade ser qualificada como uma organização social de saúde, a lei estadual estabelecia que fosse pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e que tivesse atividades voltadas à saúde ou à cultura. O controle das organizações qualificadas deveria ser feito, em responsabilidade externa, pela Assembleia Legislativa e pelo Tribunal de Contas e, em responsabilidade interna, pelo próprio poder Executivo. Também nele se definem as condições para qualificação do intermediário, entre elas comprovar o registro de sua constituição com objetivo de natureza social e finalidade não lucrativa, além de atuação anterior na área da saúde de cinco anos, no mínimo. É também requerida a existência de órgãos de deliberação superior e de direção, na forma de um conselho de administração e de uma diretoria, definidos nos termos do estatuto. Ver São Paulo (1998).
3. No caso da Lei complementar 846, o próprio governo estadual cita “a criação de um Contrato de Gestão, caracterizado como um acordo firmado entre o poder público e a entidade qualificada como organização social de saúde, que permite a definição das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço” (São Paulo, 2011).

da estrutura de governo, uma instância específica para sua formulação, acompanhamento e monitoramento, que é a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).

Por isso mesmo, conhecer o contrato de gestão fez-se imperioso para bem entendermos como tal relação de intermediação é definida e ganha contornos específicos. Para Alcoforado, o contrato:

É o instrumento que rege a relação de contratualização entre a Entidade Supervisora e a Organização Social. Através dele o Estado transfere recursos para a realização dos serviços e define obrigações e responsabilidades de parte a parte. Essas obrigações vão desde a própria realização do serviço público que está sendo transferido, guarda e conservação de patrimônio, regras de controle e, conforme o caso, até a captação de mais recursos (2010, p. 5).

Todavia, a abundante regulação e a força do dispositivo não são a única fonte para a definição do que é pactuado nessa intermediação. Isso porque, na própria escolha da organização para gerenciar um hospital – que é feita pessoalmente pelo secretário de saúde estadual ou municipal, considerando o histórico da entidade na sociedade – pode-se entrever a existência de um “contrato” anterior, sustentado em relações preexistentes.

Os intermediários na saúde: sistematizando algumas discussões

Os aspectos até aqui suscitados nos deixam diante de algumas discussões com as quais gostaríamos de concluir este texto.

Primeira delas: a partir das parcerias entre Estado e sociedade foram abertos espaços na saúde pública a serem ocupados por “pessoas jurídicas de direito privado”, sem fins lucrativos, que operam seguindo práticas advindas da sua experiência na iniciativa privada. Tais espaços passaram a ser geridos por organizações sociais que contratam preferencialmente profissionais por elas formados (ou por institutos a elas associados). Dessa forma, disseminam suas técnicas, estratégias, conhecimentos, domínio, cultura. Esses médicos, ocupantes de cargos de direção nos hospitais, fomentam estratégias que visam a alcançar números e índices estipulados por um dispositivo que regula a relação de intermediação criada, os contratos de gestão. Por meio deles, busca-se garantir a legitimidade da inclusão das organizações sociais de saúde nesse ambiente, antes de natureza estritamente governamental e pautado na relação direta entre o Estado, provedor do serviço de saúde, e o cidadão, dele beneficiário. Cria-se, portanto, na área da saúde pública, um novo espaço, agora ocupado por entidades do setor privado sem fins lucrativos.

Como as organizações também estão vinculadas à formação de profissionais, tornam-se polos de distribuição e aplicação de seus conhecimentos e princípios, marcando posições dominantes. Ressalta-se que a construção desse domínio só é possível porque há a anuência do governo, por ser aquele que convida e determina qual organização vai gerir determinada unidade de saúde.

A segunda discussão que nos parece relevante refere-se à reestruturação e à emergência de agentes que, inspirando-nos em Bourdieu (1997), promovem um rearranjo de forças, proporcionais ao poder que exercem. Isso nos parece bem exemplificado com a lei que confere ao governo estadual uma nova atribuição de poder sobre as organizações qualificadas e abre o espaço para a atuação (e em alguns casos, a emergência) de entidades fiscalizadoras como conselhos de saúde, Assembleia Legislativa e Tribunal de Contas.

Nesse sentido, para que possam se sustentar no espaço e de modo a garantir que seus clientes (os pacientes) fiquem satisfeitos, as organizações sociais de saúde precisaram aceitar algumas imposições e reformular suas estratégias. Esse foi o caso da inclusão de representantes da sociedade no conselho administrativo, um requisito imposto pela lei, voltado para minimizar as críticas de opositores. A gestão pela qualidade, por sua vez, reflete a necessidade de alcançar índices (inclusive de satisfação dos pacientes), advindos da forma gerencial que se institui com base na parceria com a iniciativa privada. O discurso unívoco de eficiência, proferido pela rede organizacional envolta no processo de delegação às OSS, ecoa como justificativa para apaziguar os opositores. A exposição em eventos, fóruns, publicações etc. busca legitimar o processo, mostrar mudanças, apresentar resultados favoráveis, ressaltar qualificação ou, como afirmaram Boltanski e Chiapello (2009), encontrar apoio moral para aperfeiçoar e incorporar dispositivos de justiça.

Entretanto, as críticas, que esses autores consideraram fundamentais para mudança, têm aqui efeito explícito de legitimação de um arranjo organizacional e de seus dispositivos. Com efeito, as primeiras bandeiras contrárias às OSS foram levantadas pelos sanitaristas, alguns dos quais ainda seguem propugnando-as. Mesmo se as críticas possam ter exercido o seu papel, o reconhecimento da correlação de forças atuais que configuram o SUS – tais como fundações estatais e OSS (Fleury, 2011) – seria um dos primeiros indicativos de que o movimento, enfim, acedeu diante da nova realidade⁴. É importante lembrar que representantes do governo sinalizaram também para a necessidade de adequações e mudanças nas parcerias com a sociedade. A pesquisa de

4. De parte de um representante sanitarista, registramos, por exemplo, a constatação de que haveria uma “propensão às iniciativas de agenciamento colateral da administração indireta, com migração para a égide e marco regulatório do Direito Privado” (Miranda, 2011, p. 18).

M. Silva (2012), que expõe a incursão de sanitaristas no governo Lula, já repercutiu uma nova forma gerencial de parceria batizada como “fundação estatal”, que acaba por contribuir para consolidar a legitimidade das organizações sociais ao apresentar uma estrutura que se assemelha à delas⁵ e que se difundiu pelo país, acompanhada pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscips (Baggenstoss e Donadone, 2013).

Uma terceira discussão que cremos relevante ao entendimento do modo como os intermediários se estabelecem no setor público diz respeito ao debate acerca da privatização e desestatização. A rigor, nem uma nem a outra ocorrem efetivamente. Primeiramente, a presença do Estado se mantém tanto na propriedade dos hospitais sob gestão intermediada quanto nos modos de regulação instituídos seja através dos índices estabelecidos nos contratos de gestão, seja no próprio contrato, na prestação de contas, nos recursos repassados etc. Ademais, tampouco seria cabível tratar tais mudanças como configurando uma terceirização, posto ser a mesma ilegal aos olhos da lei – observado que a justiça permite apenas terceirizar “atividades meio”, como serviços de lavanderia, limpeza, segurança etc.

Entretanto, é certo que estamos diante de uma sofisticação do embate que ajuda a evidenciar a posição e a importância dos intermediários no tecido social brasileiro, em particular no setor da saúde. Isso porque não se trata simplesmente de passar os hospitais para agentes privados (“que gerenciam melhor que o Estado”) ou mesmo de colocar gerentes no comando dos hospitais (“pois sabem de gestão, coisa que os médicos não sabem”)⁶. No caso das organizações sociais no setor da saúde, não há licitação; a seleção se opera com base na escolha, pelo secretário de saúde em função, da organização que gerenciará a unidade de saúde em uma dada localidade, também por ele definida. É certo que há indicações vindas da coordenadoria, manifestação de interesse pelas organizações; entretanto, a palavra final é individual, sem licitação.

Por outro lado, embora o comando do hospital seja uma tarefa exclusiva dos médicos vinculados às organizações sociais de saúde, o que aparece como diferencial é a presença de um maior número de “gestores” alocados na gerência média dos hospitais e uma forte divulgação da utilização de ferramentas gerenciais que legitimam as organizações, mesmo que, em muitos casos, essas ferramentas existam em hospitais não comandados por OSS, muito embora usadas e publicizadas em escala muito menor.

Poderíamos, talvez, como alguns autores (Di Pietro, 1999; Carneiro Junior, 2009; Keinert, 2003), recorrer à noção de “delegação” como forma de entender e

5. As informações podem ser visualizadas na proposta para debate disponibilizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil, 2007).

6. Este último argumento, de resto, muito utilizado no caso inglês, em que Bresser Pereira (2009) buscou o suporte para lançar e legitimar as ideias de organização social.

classificar esse novo fenômeno. Tal entendimento estaria assentado na admissão de que haveria um repasse da gestão do serviço público a outrem, no caso uma pessoa jurídica de direito privado, mesmo que sem fins lucrativos. Para melhor ajuizar a pertinência de tal entendimento, temos que retomar características da forma pela qual as organizações sociais atuam, de modo a bem responder se estamos diante de um fenômeno de delegação ou de intermediação – uma quarta discussão interessante que se abre a partir da observação do caso que vimos até aqui analisando.

O fio condutor para essa discussão, buscado nos estudos sobre os consultores, é a questão primordial acerca do que fica dentro ou fora da organização, no caso, o Estado. Se pensarmos em uma forma de delegação simples, as organizações sociais receberiam os hospitais e os gerenciariam. Entretanto, ao analisarmos os dados, nos deparamos com uma realidade mais complexa, pela qual as OS assumem o comando dos hospitais pela legitimidade que possuem na área. Assim, em muitos dos casos que observamos em campo, os hospitais são gerenciados por fundações ligadas a instituições de elevado renome no espaço acadêmico e profissional médico. Afinal, é voz corrente acreditar que ninguém melhor que alguém. Afinal, é voz corrente acreditar que ninguém melhor que alguém da Escola Paulista de Medicina ou do Einstein para gerir um hospital. Ou seja, alguém de fora passa a enunciar – por ser considerado legítimo para tanto – como deve funcionar o hospital, quem deve ocupar os postos de comando e quais os capitais a serem valorizados no embate interno.

Isso se assemelha em muito aos embates existentes em empresas reorganizadas pelas grandes consultorias, que passam a ditar quais são os formatos organizacionais possíveis, quais os gerentes que se ajustam a eles e os que devem sair, desvalorizando o capital acumulado por tempo de casa e conhecimentos específicos de determinada organização, em um embate que antepõe o gerente “local” ao consultor “internacional”. Esse processo apresenta complexidades e nuances, evidenciando-se o auge da violência simbólica nele contida quando agentes oriundos das consultorias passam a ocupar e monopolizar os principais postos de comando das organizações, desvalorizando a carreira e os capitais internos, tal como discutido por Sanches (2015).

No caso das organizações sociais de saúde, isso fica visível quando observamos quem assume os hospitais e a resistência à (e em muitos casos a impossibilidade de) troca da direção dos mesmos. Fato esse evidenciado no embate dos novos gestores que, ao assumirem o governo, tentam reassumir seus hospitais, retirando de cena os intermediários, sem consegui-lo. Mais ainda, muitas vezes sequer é considerado legítimo colocar uma alternativa à gestão através das OS (Fernandes, 2014; Frazão, 2012).

A questão da intermediação das OS com o Estado, por outro lado, parece nos remeter aos estudos de Pulhez (2014) sobre as formas de atuação e os editais de contratação das empresas de engenharia consultiva e a sua atuação como agentes intermediários

na gestão da política habitacional paulista. A autora destaca, em um estudo de caso, a utilização das empresas de engenharia consultiva como suporte para o suprimento de mão de obra a serviço da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU), ou seja, como fornecedoras de técnicos por elas contratados, que atuam nas dependências da companhia, tal como se fossem funcionários públicos. Essa, na verdade, é uma prática recorrente, adotada há anos pela CDHU, e que funciona, nesse caso, como uma forma de amenizar, contraditoriamente, a ausência de quadros técnicos internos, pouco a pouco esvaziados em favor da própria terceirização. Com efeito, a “perda da área técnica” muitas vezes não consegue ser reposta apenas com a contratação de outras empresas de apoio gerencial, tal como ressalta um dos funcionários de carreira da companhia, entrevistado na pesquisa de Pulhez. No cotidiano dos trabalhos, a presença de engenheiros e arquitetos atuando na empresa pública é reclamada como fundamental, até mesmo para a própria agilidade dos procedimentos, já que, segundo ele, as equipes montadas pelas gerenciadoras que efetivamente atuam como tal, desempenhando atividades de suporte administrativo-gerencial, no mais das vezes são insuficientes para administrar empreendimentos de grande porte, como aqueles encampados pela CDHU.

Outro dado importante a ser sublinhado é a amplitude de possibilidades de atuação de tais empresas junto ao agente público. No caso aqui exposto, o mesmo perfil de empresas consultivas está habilitado a prestar serviços de gerenciamento (técnico e social), de fiscalização de obras e de desenvolvimento de projetos, atividades distintas, contratadas também de forma distinta, em licitações específicas, caso a caso – o que não impede, no entanto, que uma mesma empresa possa reunir diferentes contratos com a companhia, para desempenhar essas diferentes funções, não apenas *ao longo do tempo*, mas *ao mesmo tempo*. Ou seja, no caso das empresas privadas de engenharia consultiva que atuam na CDHU, é possível verificar um circuito relativamente exíguo de firmas, todas de médio e grande porte, com arcabouço técnico e recursos humanos e materiais para cumprir as exigências dos processos licitatórios lançados pela companhia, alternando-se nos contratos e assumindo enorme centralidade como agentes de intermediação da política, sem os quais sua implementação, ao que tudo indica, seria inviabilizada, tamanho o grau de dependência do modelo de terceirização adotado pela agência pública (Pulhez, 2014).

Ao observarmos o caso das empresas consultivas, ainda que apresentem diferenças significativas em relação a outros exemplos, como as organizações sociais de saúde e consultorias em sustentabilidade (Botta e Novaes, 2014), podemos começar a tecer os elementos constituintes do processo de intermediação. Em primeiro lugar, a crescente complexidade de agentes envolvidos, que realimenta e alonga os circuitos de legitimidade (como por exemplo, na sustentabilidade), apresentando desde

intermediários internacionais consagrados no campo da consultoria em gestão, até agentes nacionais reposicionados do embate desenvolvido nas últimas décadas sobre responsabilidade social e outros, oriundos do terceiro setor, como no caso dos “cotejantes”⁷. O mesmo se dá com as organizações sociais da saúde, em que também podemos reconhecer a diversidade de agentes agora inseridos e portadores dos atributos para a gestão hospitalar.

Veja-se que a consultoria brasileira em engenharia também passa por um processo de migração para áreas de atuação que até determinado momento sequer existiam como campo no país – e que não apenas passam a existir com força e escala a partir de variados acordos e condicionantes, mas também são constituídas como *locus* privilegiado do desenvolvimento de um certo *know-how*, “pertencente” a esse intermediário de forma hegemônica, que os faz reconhecidos, incontestavelmente, nas redes em que são mobilizados. Nesse sentido, muito embora possamos flagrar, nessa movimentação, uma arena complexa de negociação de demandas das mais diversas, como vimos na descrição das relações com o agente estatal e a conjuntura em que se dá a interação, parece claro que a construção do lugar social assumido por tal intermediário se assenta em disputas por significados, legitimidade e hegemonia. No curso desse processo, as conquistas em termos normativos não são apenas notáveis como, de certo modo, nivelam-se às outras experiências citadas (Pulhez, 2014). Ademais, elas nos remetem à discussão sobre as formas de configuração, atuação e relacionamentos do Estado com os demais agentes e organizações, tal como já discutido em Bourdieu (2012).

Para finalizar, explorando uma quinta linha de discussões relevantes, vale focalizar o hospital, *locus* de embate dos agentes destacados ao longo deste texto. Para tal, recorreremos aos achados analíticos de Donadone (2010a) que, fundamentado em Douglas (1996) e Useem (1993), estudou consultores e gerentes no Brasil. Ao usarmos essa linha de argumentação para pensar o que vem se passando na gestão dos hospitais públicos, podemos dizer que os contratos de gestão operam como dispositivos que fornecem as metas, os índices a serem alcançados e, assim, estabelecem os resultados que os médicos precisam apresentar. Acatar o propósito é escolha dos médicos e pode ser conferido em seus discursos: “o fato de sermos profissionais contratados (regime CLT) implica que temos compromisso com os resultados, trabalhamos para uma empresa – põe-se os objetivos ao cargo pretendido, se aceita o desafio ou não” (médico 4, *apud* Baggenstos, 2013, p. 132). O foco médico nos

7. O termo “cotejante” faz referência à forma de estruturação do campo das consultorias em sustentabilidade. Ele é utilizado para denominar as empresas que almejam atuar em todos os aspectos que definem uma consultoria em sustentabilidade, mas apresentam apenas algumas dessas áreas de atuação, sendo comumente relacionadas com a atuação local e não internacional (Botta e Novaes, 2014).

resultados assemelha-se ao dos consultores na intermediação exercida: “a gestão de um hospital por OSS se assemelha à do modelo privado, que é voltado para a obtenção de resultados mediante otimização de recursos” (médico 5, *apud* Baggenstoss, 2013, p. 133). Nesse contexto, as ferramentas gerenciais são a forma de garantir que seus propósitos sejam alcançados. Não sem razão elas são ali exploradas com sagacidade e visibilidade maiores que nos hospitais da administração direta, de modo a legitimar a atuação desses intermediários no espaço em que ocorre o embate.

A flexibilidade presente nos discursos de uma OSS garante ao profissional da saúde executar seu projeto (individual ou equipe, por meio de CLT, contratos etc.), e, ao considerá-lo finalizado, sua saída é certa, daí partindo para outro. Tal como discutido por Boltanski e Chiapello (2009, p. 144) a respeito da *Cité* de Projetos, a explicação para essa movimentação vai na mesma direção: “Mas, como os projetos, por natureza, são temporários, a aptidão para desligar-se de um projeto e ficar disponível para novos elos conta tanto quanto a capacidade de engajamento”. Do mesmo modo, ao concluir um projeto, o médico se “engaja” em outro, facilitado pelo mercado de trabalho. Insere-se nesse engajamento a fala do agente que reflete a ocupação do espaço: “Possibilidade de trabalhar com pessoas, na maioria da mesma instituição acadêmica” (médico 1, *apud* Baggenstoss, 2013, p. 132). Complementa-se com a constatação de que os profissionais, em sua maioria, possuem outros vínculos na “rede” de serviços da organização social de saúde à qual optaram a pertencer.

As análises dos hospitais geridos por organizações sociais qualificadas e dos hospitais da administração direta demonstraram que as ferramentas gerenciais estão à disposição de ambos. O que os distingue é a forma pela qual os hospitais se utilizam delas na gestão que lhes é delegada. Tal como observado na pesquisa de campo, o mundo gerencial faz-se também presente nos hospitais da administração direta. Entretanto, e como se pode depreender da entrevista de um agente, o hospital gerido por uma organização social de saúde tem um “ambiente de trabalho sem vieses da administração pública convencional” (médico 2, *apud* Baggenstoss, 2013, p. 132). O mesmo foi revelado por Donadone (2010a), ao registrar que os consultores identificavam e nomeavam dois mundos, um deles referido como “de burocrata” por oposição ao mundo “dos projetos”. Assim, desqualificavam os gerentes, seus opositores.

Em suma, ao observarmos as organizações sociais da saúde, podemos começar a tecer os elementos constituintes do processo de intermediação. Em primeiro lugar, a discussão sobre o *locus* onde esses embates ocorrem. Nesse sentido, é emblemática a questão do hospital: de uma parte, por sua inserção na rede de assistência que pode abranger do pronto-socorro à UTI, a depender da localização geográfica e da quantidade de estabelecimentos sob uma determinada organização social; de outra, por conta das diversas formas de intermediação que se expressam seja na “propriedade” (OS),

seja na “gestão” (gestores médicos/gerentes), seja no trabalho (terceirizado, vinculado ao hospital ou vinculado a rede de médicos da OS). Nesse contexto, os processos de reorganização e o papel do intermediário na implantação de mudanças organizacionais reconfiguram o controle das organizações, em um processo homólogo ao papel das “empresas de consultoria” e à figura do “consultor” nas reestruturações empresariais (Fligstein, 1990; Useem, 1993; Donadone, 2010a). Os formatos e as possibilidades de desenvolvimento das carreiras gerenciais no hospital passam a ser legitimadas não somente pelas disputas internas à organização, mas também pela capacidade de adquirir e gerenciar capitais oriundos de investimentos em outros espaços sociais. A crescente complexidade e diversidade de agentes, agora inseridos e portadores dos atributos para a gestão hospitalar, realimenta e alonga os circuitos de legitimidade. Tal dinâmica também parece vir acompanhada do desenvolvimento de novos mercados/espaços sociais, onde se dirigem os intermediários, portadores de legitimidade e capitais provindos dos mais diversos arranjos, para a constituição de um novo espaço de embate e domínio social. Estamos, assim, diante do fenômeno que Bourdieu (2000) conceituou como “alongamento de tais circuitos de legitimação”, no qual os possuidores das diversas formas de capital existentes na sociedade interagem, cada qual querendo fazer registrar como mais legítima a forma de que é detentor, utilizando-se, para isso, de legitimidades validadas em circuitos que provêm de diferentes espaços de poder. No caso tratado neste texto, não apenas para legitimar e validar, mas também para, e ao mesmo tempo, criar novos espaços de atuação e domínio.

Referências Bibliográficas

- ALCOFORADO, Flávio Carneiro Guedes. (2010), “OS e Oscip: uma análise da abrangência dos serviços públicos e do perfil das entidades parceiras em Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo”. *Revista ADM.MADE*, 3 (14): 47-65.
- ALVES, Mário Aquino. (2002), *Terceiro setor: o dialogismo polêmico*. São Paulo, tese de doutorado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.
- ARRETCHE, Marta. (1996), “Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31 (11): 44-66.
- BAGGENSTOS, Salli. (2013), *A intermediação na saúde: as organizações sociais e suas configurações*. São Carlos, tese de doutorado, Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos.
- BAGGENSTOS, Salli & DONADONE, Julio Cesar. (2013), “Empreendedorismo social: reflexões acerca do papel das organizações e do estado”. *Gestão e Sociedade*, 16 (7): 112-131.
- BOLTANSKI, Luc & CHIAPELLO, Ève. (2009), *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo, Martins Fontes.

- BOURDIEU, Pierre. (1989), *La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps*. Paris, Minuit.
- _____. (1997). "Le champ économique". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1 (119): 48-66.
- _____. (2000), *Les structures sociales de l'économie*. Paris, Seuil.
- _____. (2001), *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- _____. (2012), *Sur l'état*. Paris, Seuil.
- BOTTA, Elisa Nogueira Novaes & DONADONE, Julio Cesar. (2014), "Consultorias em sustentabilidade: polarizações e representatividades de um mercado crescente". *Gestão & Produção*, 4 (21): 719-731.
- BRASIL. (1998a), "Lei 9.637, de 15 de maio de 1998". Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial*, 15/5.
- _____. Ministério Público Federal. (1998b), "Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde". Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude/financiamento-da-saude/atuacao-do-mpf/relatorio-terceirizacao-gt-saude>, acesso em 30/12/2016.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. (2007), *Projeto Fundação Estatal: principais aspectos*. Brasília, MP. Disponível em http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/081005_pfe_arq_proposta.pdf/@download/file/081005_PFE_Arq_proposta.pdf, consultado em 5/12/2016.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. (2009), "Os primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995". *Revista Eletrônica da Reforma do Estado*, 16.
- CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. (2002), *O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. São Paulo, tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. (1999), *Direito administrativo*. 11. ed. São Paulo, Atlas.
- DOUGLAS, Mary. (1996), *Thought styles: critical essays on good taste*. Londres, Sage.
- COHN, Amélia. (1994), "Descentralização, saúde e cidadania". *Lua Nova*, 32: 5-16.
- DEZALAY, Yves & GARTH, Bryant. (2000), "A dolarização do conhecimento técnico profissional e do estado: processos transnacionais e questões de legitimação na transformação do Estado, 1960-2000". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 43 (15): 163-176.
- DONADONE, Julio César. (2010a), "Consultoria internacional em expansão e formas emergentes de globalização das trocas e contenciosos gerenciais". *Tempo Social*, 1 (22): 35-55.
- _____. (2010b), *In the world of intermediaries: consulting firms, business press and the reorganization of the management activities*. Saarbrücken, VDM.
- DONADONE, Julio Cesar & NOVAES, Elisa Nogueira. (2015), "Internacionalização, disputas sociais e ação dos intermediários na construção da responsabilidade social empresarial brasileira". *Estudios Sociales*, 48: 175-204.

- FERNANDES, Sarah. (2014), "Haddad vai mudar contrato com organizações sociais na saúde até o final do ano". *Rede Brasil Atual*, 15/4. Disponível em <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2014/04/haddad-vai-mudar-contrato-com-organizacoes-sociais-na-saude-ate-o-final-do-ano-4906.html>, consultado em 5/12/2016.
- FERREIRA, José Maria Carvalho. (2007), "Atualidade da construção do objeto científico da sociologia econômica". *RAE Eletrônica*, 1 (6).
- FLEURY, Sonia. (2011), "Defesa intransigente do interesse público na saúde". Trabalho apresentado no II Simpósio de Política e Saúde, Brasília.
- FLIGSTEIN, Neil. (1990), *The transformation of corporate control*. Cambridge, Harvard University Press.
- FRAZÃO, Felipe. (2012), "Haddad nega ser contra as OS da saúde". *O Estado de S. Paulo*, 19/10. Disponível em <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,haddad-nega-ser-contrario-organizacoes-sociais-na-saude,948080>, consultado em 4/12/2016.
- GUEDES, José da Silva. (2003), "Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo". *Estudos Avançados*, 48 (17): 229-240.
- GUIMARÃES, N. A. (2008), "Empresariando o trabalho: os agentes econômicos da intermediação de empregos, esses ilustres desconhecidos". *Dados*, 2 (51): 275-311.
- KEINERT, Tania Margarete Mezzomo. (2003), "Gestão estratégica de políticas públicas de saúde pelos governos subnacionais: estudo sobre o processo de parceria na gestão de serviços hospitalares entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e organizações sociais no contexto da reforma do estado". *Relatório de Pesquisa Eaesp/FGV/NPP*, 11.
- MIRANDA, Alcides S. (2011), "Que alternativas para a gestão pública de sistemas e serviços de saúde". Trabalho apresentado no II Simpósio de Política e Saúde, Brasília.
- MONTAÑO, Carlos. (2002), *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo, Cortez.
- PULHEZ, Magaly Marques. (2014), *O arranjo gerencial: Estado, empresas de engenharia e arquitetos nos cotidianos de gestão da política habitacional em São Paulo*. São Carlos, tese de doutorado, Instituto de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo.
- SANCHEZ, José Paulo de Angelo. (2015), *As elites organizacionais e o discurso da flexibilidade: uma análise sob a perspectiva das relações de poder*. São Carlos, tese de doutorado, Centro de Ciências Exatas e Tecnologia da Universidade Federal de São Carlos.
- SÃO PAULO (Estado). (1998), "Lei Complementar 846, de 4 de junho de 1998". Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 106 (108), 5/6.
- _____. Secretaria da Saúde. "Organizações sociais de saúde (OSS)". *Secretaria de Estado da Saúde*. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>, consultado em 1/11/2011.
- SILVA, Alessandra Ximenes da. (2011), "A reforma sanitária brasileira em debate". Trabalho

apresentado na V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital, São Luís.

SILVA, Monika Weronika Dowbor da. (2012), *A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)*. São Paulo, tese de doutorado, Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo.

USEEM, Michael. (1993), *Executive defense: shareholder power & corporate reorganization*. Cambridge, Harvard University Press.

Resumo

Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro: um estudo sobre as organizações sociais de saúde

O artigo pretende discutir o surgimento e a configuração da intermediação, tomando como ponto de partida as transformações dos espaços organizacionais. Para tanto, utiliza como objeto de pesquisa a figura das organizações sociais de saúde, responsáveis por uma parte significativa dos hospitais estaduais em São Paulo. Enfatiza-se a reconfiguração do hospital causada pelas novas estratégias de gerenciamento provindas da intermediação que se estabelece, na saúde, entre o Estado e as organizações sociais. Assim, busca-se contribuir para a caracterização das formas de atuação e configuração dos intermediários no espaço social brasileiro.

Palavras-chave: Intermediários; Organizações sociais; Organizações sociais de saúde.

Abstract

Intermediaries and the organizational space in Brazil: a study on social health organizations

The article analyses the emergence and the configuration of intermediation in social spaces, taking organizational changes as its departure point. It focuses on social health organizations, responsible for managing some of the public hospitals in São Paulo. It emphasizes the reconfiguration that takes place in the hospitals under new management strategies allowing the presence of the so-called “social organizations” as intermediaries between the State and the health services beneficiaries. The empirical analysis enables to characterize the performance and configuration of this specific type of intermediary in the Brazilian social space, and enhances the knowledge on intermediation as a more general phenomenon.

Keywords: Intermediaries; Social organizations; Social health organizations.

Texto recebido em 4/9/2016 e aprovado em 14/10/2016. DOI: 10.11606/0103-2070.ts.2017.2017.120270.

JULIO CESAR DONADONE é professor associado da UFSCar e coordenador do Núcleo de Estudos em Sociologia Econômica e das Finanças (Nesefi-UFSCar). E-mail: donadojc@uol.com.br. SALLI BAGGENSTOSS é professora da Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat) e pesquisadora do Nesefi-UFSCar. E-mail: sallibaggenstoss@gmail.com.