

Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social

Social Organizations and State Foundations of Private Law at the Unified Health System: relation between the public and the private and social control mechanisms

Vanice Maria da Silva¹, Sheyla Maria Lemos Lima², Marcia Teixeira³

RESUMO Objetivou-se caracterizar, no âmbito nacional, os modelos de governança das Organizações Sociais e das Fundações Estatais de Direito Privado, pressupondo-se que as regras interferem no funcionamento das instituições e na atuação dos atores, com base no referencial analítico do neoinstitucionalismo histórico. Foram caracterizadas especificamente a relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle social, a partir dos marcos legais existentes. A análise evidencia diferenças importantes entre os modelos, especialmente quanto ao alinhamento aos princípios do Sistema Único de Saúde. De diferentes formas, os dois modelos são permeáveis ao setor privado e pouco abertos à participação social.

PALAVRAS-CHAVE Modernização do setor público; Políticas públicas de saúde; Participação social; Fundações; Organizações sem fins lucrativos.

ABSTRACT *This article aimed to characterize, at national level, the governance models of Social Organizations and State Foundations of Private Law, assuming that the rules interfere with the functioning of institutions and the performance of the actors, based on the analytical framework of historical neo-institutionalism, specifically regarding the relation between the public and the private and the mechanisms of social control, from the existing legal frameworks. The analysis shows important differences between models, especially regarding the alignment to the principles of the Unified Health System. However, in different ways, both models are penetrable to the private sector and less open to social participation.*

KEYWORDS *Modernization of the public sector; Public health policy; Social participation; Foundations; Non-profit Organizations.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. vanice.silva@iff.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. slemos@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. txmarcia@hotmail.com

Introdução

Ao final da década de 1970, em um cenário global de crises econômicas e de questionamento do modelo de intervenção estatal, foram propagadas propostas de reformas destinadas a redefinir o papel do Estado e suas margens de atuação. Essas propostas de cunho mais amplo incidiram sobre a administração pública, promovendo questionamentos quanto ao modelo burocrático, em moldes weberiano, apontado como moroso, autorreferenciado e deslocado das necessidades dos cidadãos (PAES DE PAULA, 2005).

Nos governos de Margareth Thatcher, Inglaterra, e Ronald Reagan, EUA, foram identificados os marcos iniciais dessa conjuntura internacional de reforma de Estado e do desenvolvimento, no campo da gestão pública, do modelo gerencialista. Este modelo incorpora conceitos, discursos e práticas oriundas do setor privado para organizações da esfera pública em diferentes áreas do governo (SECCHI, 2009).

Santos (1999) aponta que os governos de concepção neoliberal diante do cenário de crise econômica optaram por um processo de privatização dos serviços sociais, incluindo áreas como a saúde e a educação, o que caracterizou um momento de inflexão do Estado de Bem-Estar Social. O setor privado passou a ser considerado o mais eficiente na gestão dos recursos, em uma relação de oposição ao funcionamento burocrático do Estado.

O Brasil, mesmo sem possuir um aparelho de Estado com uma burocracia estruturada, foi atravessado por críticas ao modelo de administração pública semelhantes ao de países centrais, com burocracias fortes e efetiva participação do Estado na provisão de serviços sociais.

O gerencialismo, traduzido no Brasil como Administração Pública Gerencial ou Nova Gestão Pública (BRESSER-PEREIRA, 1998; ABRUCIO; SANO, 2008; PAES DE PAULA, 2005), busca criar uma cultura organizacional

orientada pela eficiência, competitividade interna e externa, foco nos resultados, flexibilidade, desempenho crescente e pagamento por desempenho/productividade, terceirização e regimes temporários de emprego, entre outras características (MARTINS, 2003; DE PAULA, 2005).

No Brasil, esse modelo se destacou durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), na década de 1990, que instituiu o Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), em 1995, mesmo ano em que publicou o 'Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado', documento que estabelece diretrizes e desenhos institucionais para o desenvolvimento de atividades ligadas ao Estado, com base no paradigma da Nova Gestão Pública. Esse documento expressava uma redefinição do papel do Estado, o qual não teria mais a responsabilidade direta no desenvolvimento social e econômico, por meio da produção de bens e serviços, restringindo sua atuação ao financiamento e à regulação das atividades.

Além do processo de privatização, preconizava a 'publicização', caracterizada pela transferência da execução de atividades, anteriormente consideradas de caráter estatal, para entes privados sem fins lucrativos, a partir da concessão de equipamentos estatais, recursos humanos e financeiros. Dessa forma, a execução de serviços na área da saúde, educação, cultura e pesquisa científica, considerados como "serviços competitivos ou não-exclusivos", seriam transferidos para entidades do setor público não estatal, qualificadas como Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1995, P. 13).

Contudo, a reforma pretendida não ocorreu de forma plena. Segundo Abrucio e Sano (2008), a implantação do modelo gerencialista no Brasil foi marcado por divergências no Congresso Nacional. Martins (2003) aponta para falta de uma estratégia de desenvolvimento que sustentasse as mudanças pretendidas.

É nessa conjuntura que vários modelos jurídico-institucionais foram utilizados como alternativas à administração direta. No campo da saúde, alguns se destacam, em especial as próprias OS, as Fundações Privadas de Apoio, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Cooperativas.

Nos governos seguintes, presididos pelo Partido dos Trabalhadores (PT), a introdução de novos mecanismos institucionais foi delegada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) (BRASIL, 2003), que publicou, em 2003, o documento ‘Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula’. Diferentemente do plano do governo anterior, que defendia um Estado regulador e financiador, o Plano de governo de Lula apresentou como proposta um “Estado atuante, promotor de crescimento e da justiça social e fiscalmente sustentável, a partir das reformas que a sociedade apoiar”, tendo como foco a qualidade do Estado (BRASIL, 2003, P. 8).

A incapacidade do Estado em assegurar os direitos civis e sociais básicos é tratada, nesse documento, em termos de déficit institucional, consequência de uma trajetória histórica que produziu um Estado sem uma estrutura coesa, possibilitando a atuação de entes não estatais. A superação desse cenário demandaria, entre outros aspectos, o fortalecimento nas instituições públicas de características atreladas ao modelo burocrático, como a impessoalidade e o universalismo de procedimento, tendo em vista o reconhecimento na cultura nacional de um caráter patrimonialista (BRASIL, 2003).

O debate acerca de novos mecanismos institucionais se destaca com a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro em 2004. A adoção pelos hospitais de Fundações de Apoio para flexibilizar e agilizar a gestão gerou questionamentos quanto à legalidade desse arranjo, incitando ainda mais a discussão sobre esses mecanismos. É nesse contexto que as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), modelo jurídico-institucional da

administração pública indireta, são propostas pelo MPOG como alternativa para responder aos impasses identificados.

Em que pesem o repúdio do Conselho Nacional de Saúde, instância de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere às OS, e todos os questionamentos sofridos, em especial na forma de ações de inconstitucionalidade, com relação às OS e às FEDP, essas duas propostas se destacaram no cenário nacional como modelos jurídico-institucionais preconizados nos documentos oficiais e adotados por estados e municípios, que justificam sua implementação pelas dificuldades encontradas na área de gestão de serviços de saúde.

Objetivou-se caracterizar as regras de funcionamento das OS e das FEDP, especificamente no que concerne à relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle social no SUS, a partir dos marcos legais existentes sobre seus modelos jurídico-institucionais, pressupondo-se que as regras interferem no funcionamento das organizações e na atuação dos atores sociais (institucionais e da sociedade).

A discussão sobre qual deva ser a modalidade adequada para a gestão desses serviços ainda é um debate inconcluso, conflituoso e candente no cenário nacional, reconhecendo os problemas enfrentados e a relevância social da gestão dos serviços de saúde. Trazer à tona modelos de governança propostos, especificamente no tocante à relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle, a partir da análise dos marcos legais destas duas modalidades jurídico-institucionais, OS e FEDP, considerando as diretrizes do SUS, pode oferecer elementos importantes para o referido debate.

A governança está sendo compreendida, em sua acepção ampla, como a capacidade do Estado e do governo em implementar políticas públicas e os aspectos institucionais referentes aos mecanismos para lidar com a dimensão participativa e com a administração dos conflitos (DINIZ, 1996). Esse conceito consegue abarcar aspectos

importantes, como a relação entre o público e o privado e o controle social, o que possibilita sua utilização como instrumento de análise dos arranjos institucionais dos Estados, governos e entidades que buscam operacionalizar as políticas públicas, tais como as OS e as FEDP, a partir de um conjunto de regras legais editadas pelo Poder Público. Essas regras que normatizam aspectos que podem caracterizar o modelo de governança das entidades também possibilitam verificar o alinhamento desses modelos às normatizações do SUS.

Métodos

Foram analisados leis e decretos para a compreensão do modelo de governança, como acima explicitado, desses dois arranjos jurídico-institucionais, OS e FEDP, adotados na área da saúde em âmbito nacional, utilizando-se como referencial analítico o neoinstitucionalismo histórico, que compreende que as normas podem funcionar como um constrangimento que influencia as atuações e decisões dos atores sociais.

O neoinstitucionalismo histórico tem como foco o papel das instituições, que são consideradas como estruturas intermediárias que realizam a mediação da relação Estado-Sociedade. Parte de uma racionalidade política, na qual se reconhece nas instituições a capacidade de influenciar as preferências, objetivos e comportamentos dos atores sociais. Destaca a necessidade da análise histórica do contexto institucional, no qual certas concepções e ações são priorizadas em detrimento de outras (LUSTOSA, 2010; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011), e enfatiza a dimensão temporal, no sentido de que “a trajetória histórica, o momento e a sequência dos eventos importam para a definição das políticas” (LIMA, MACHADO; GERASSI, 2011, p. 129). Nesse sentido, compreende-se que o contexto político-institucional em que surgem as OS e as FEDP exerce influência sobre suas ‘trajetórias’ no campo da saúde.

Outra questão importante é a relevância atribuída à distribuição do poder, em especial em como as instituições o repartem de forma não igualitária entre os diferentes grupos sociais. O modelo de governança das OS e das FEDP, delimitado por suas leis e decretos, informam, em certo grau, a distribuição de poder a partir da análise da configuração dos seus órgãos de deliberação e controle.

Este estudo, de caráter exploratório, implicou no levantamento e análise documental dos marcos legais, leis e decretos, identificados no âmbito federal, estadual e municipal; sobre a qualificação das OS e constituição das FEDP na área da saúde. Não foram consideradas outras normatizações, como, por exemplo, os Contratos de Gestão.

A maior parte das normatizações sobre OS foi obtida por meio de um levantamento realizado pela Secretaria de Gestão do MPOG, o qual foi cedido para o referido estudo; parte complementar foi selecionada do acervo jurídico do site JusBrasil, acessado no período de setembro de 2011 a outubro de 2013.

Para o mapeamento dos marcos legais que autorizam a instituição de FEDP, foram consultados sítios eletrônicos das secretarias de saúde estaduais e municipais, bem como o acervo jurídico do site JusBrasil, durante o período já mencionado.

Foi construída uma matriz de análise com 4 grandes categorias: Aspectos Gerais, Aspectos da Relação entre o Público e o Privado, Controle Interno e Externo, contendo 29 variáveis ao todo (*quadro 1*), considerando-se os aspectos de governança referentes à relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle internos e externos. Estas variáveis foram delimitadas com base nos temas recorrentes nas normatizações das OS e das FEDP e no Levantamento Nacional de modelos de parceria entre Poder Público e entes de cooperação e colaboração, que integra a publicação ‘Relações de parceria entre Poder Público e entes de cooperação e colaboração no Brasil’ (BRASIL, 2010).

Quadro 1. Modelo analítico de governança das OS e FEDP

| Categorias | Variáveis |
|---|--|
| Aspectos Gerais | Tipo de lei |
| | Disposição da lei |
| | Objeto de prestação de serviços |
| | Natureza jurídica |
| | Alinhamento às leis e normatizações do SUS |
| | Proibição de distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese |
| | Obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades |
| Aspectos da Relação entre o Público e o Privado | Atuação não remunerada dos conselheiros |
| | Incorporação integral do patrimônio, doações e excedentes financeiros no caso de extinção ou desqualificação ao patrimônio do estado |
| | Atendimento exclusivo aos usuários do SUS |
| | Possibilidade de recebimento de recursos advindos não SUS |
| | Obrigatoriedade de publicação anual, em Diário Oficial, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão |
| | Repasse de recurso associado ao desempenho |
| | Órgãos de Deliberação e Direção |
| | Conselho de Administração |
| | Composição do Conselho de Deliberação |
| | Periodicidade de reunião do Conselho de Deliberação |
| Controle Interno | Vedação de ser conselheiro e da diretoria |
| | Atribuições privativas do Conselho de Administração para qualificação das entidades |
| | Comissão de Acompanhamento dos Contratos (CAC) |
| | Composição da Comissão de Acompanhamento dos Contratos (CAC) |
| | Atribuições da Comissão de Acompanhamento dos Contratos (CAC) |
| | Elaboração de relatórios |
| | Prestação de contas ao órgão ou à entidade supervisora da área de atuação correspondente |
| Controle Externo | Prestação de contas ao Conselho de Saúde |
| | Prestação de contas à sociedade civil |
| | Prestação de contas ao órgão Legislativo |
| | Prestação de contas ao Judiciário e/ou Ministério Público |
| | Prestação de contas a outra secretaria de estado |

Fonte: Elaboração própria a partir da publicação 'Relações de parceria entre poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil' (BRASIL, 2010).

Resultados

Como resultado do levantamento nas fontes utilizadas, foram identificadas 91 peças legais que regulam as OS em várias áreas de atuação; destas, foram selecionadas 72 que possuíam como objeto a prestação de serviços de saúde, correspondendo a 16 estados e 39 municípios. Só no estado de São Paulo, foram identificados 15 municípios com legislação sobre OS, correspondendo a 38,5% dos municípios considerados no estudo (*quadros 2 e 3*).

No que diz respeito aos marcos legais sobre FEDP, foram consultadas 11 legislações

referentes a 5 estados – São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e Pernambuco – e a 2 municípios – Petrolina/PE e Foz do Iguaçu/PR. Os estados de São Paulo, Sergipe e Rio de Janeiro possuem leis complementares e específicas, sendo as primeiras leis que definem a área de atuação e as últimas leis que dispõem sobre a criação de Fundações (*quadros 2 e 3*).

O número de peças legais para OS e FEDP é maior que o número de estados e municípios, pois, em alguns entes federativos, foram aprovadas mais de uma lei ou decreto. Além disso, há um número maior de legislações que dispõem sobre a qualificação de OS do que sobre a criação de FEDP.

Quadro 2. Legislação estadual consultada sobre OS e FEDP na área de saúde por estado

| Estado | Legislação sobre OS | Legislação sobre FEDP | |
|------------------|--|---|--|
| | | Leis complementares | Leis específicas |
| São Paulo | Lei Complementar N.º 846, de 4 de junho de 1998 | Lei Complementar N.º 118, de 29 de novembro de 2007 | Lei N.º 5.164, de 17 de dezembro de 2007 |
| Distrito Federal | Lei N.º 4.081, de 04 de janeiro de 2008 | - | - |
| Mato Grosso | Lei Complementar N.º 150, de 08 de janeiro de 2004 | - | - |
| Espírito Santo | Lei Complementar N.º 158, de 01 de julho de 1999; Lei Complementar N.º 416, de 2007; Decreto N.º 1.645-R, de 27 de março de 2006 | - | - |
| Pará | Lei N.º 5.980, de 19 de julho de 1996, Decreto N.º 3.876, de 21 de janeiro de 2000; Lei N.º 6.773, de 23 de agosto de 2005 | - | - |
| Pernambuco | Lei N.º 11.743, de 20 de janeiro de 2000 | Lei complementar N.º 126, de 29 de agosto de 2008 | - |
| Sergipe | Lei N.º 5.217, de 15 de dezembro de 2003; Lei N.º 5.285, de 16 de março de 2004; Lei N.º 5.467, de 17 de novembro de 2004 | Lei N.º 6.343, de 02 de janeiro de 2008 | Lei N.º 6.347, de 02 de janeiro de 2007; Lei N.º 6.348, de 02 de janeiro de 2008 |
| Piauí | Lei Ordinária N.º 5.519, de 13 de dezembro de 2005 | - | - |
| Santa Catarina | Lei N.º 12.929, de 04 de fevereiro de 2004; Lei N.º 13.343, de 10 de março de 2005 | - | - |
| Ceará | Lei N.º 12.781, de 30 de dezembro de 1997 | - | - |
| Maranhão | Lei N.º 7.066, de 03 de fevereiro de 1998 | - | - |
| Goiás | Lei N.º 15.503, de 28 de dezembro de 2005 | - | - |
| Amapá | Lei N.º 0599, de 25 de abril de 2001 | - | - |
| Bahia* | Lei N.º 7.027, de 29 de janeiro de 1997; Lei N.º 8.647, de 29 de julho de 2003; Decreto N.º 7.007, de 14 de novembro de 1997 | Lei Complementar N.º 29, de 21 de dezembro de 2007 | - |
| Rio de Janeiro | Lei N.º 6043, de 19 de setembro de 2011 | Lei Complementar N.º 118, de 29 de novembro de 2007 | Lei N.º 5.164, de 17 de dezembro de 2007 |
| Rondônia | Lei N.º 2387, de 7 de janeiro de 2011 | - | - |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *No caso da Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf-SUS) do estado da Bahia, que consiste em um modelo de gestão interfederativa direcionada à Estratégia Saúde da Família, não foi possível a identificação das leis referentes aos 69 municípios da Bahia que constituíam essa entidade até o ano de 2012. Para essa caracterização, seria necessário um estudo específico sobre a Fesf-SUS devido ao número de municípios inseridos nesta FEDP. Contudo, foi considerada a Lei Complementar n.º 29, de 21 de dezembro de 2007, que autoriza a instituição de FEDP no território da Bahia.

Quadro 3. Legislação municipal consultada sobre OS e FEDP na área da saúde por município no Brasil

| Estados | Municípios | Legislação sobre OS | Legislação sobre FEDP (Leis específicas) |
|----------------------|---------------------------------------|---|---|
| SP | Barueri | Lei N.º 1.360, de 30 de abril de 2003; Lei N.º 1.675, de 10 setembro de 2007 | - |
| | Campo Limpo Paulista | Lei N.º 1.905, de 25 de março de 2008 | - |
| | Atibaia | Lei Complementar N.º 457, de 11 de janeiro de 2005; Decreto N.º 4.954, de 10 de maio de 2006 | - |
| | Cajamar | Lei N.º 1.186, de 11 de novembro de 2005; Lei N.º 1.199, de 01 de março de 2006 | - |
| | Morro Agudo | Lei N.º 2.381, de 24 de janeiro de 2005 | - |
| | Nova Odessa | Lei N.º 2.137, de 13 de abril de 2006 | - |
| | São Paulo | Lei Municipal N.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006 | - |
| | Castilho | Lei N.º 1.608, de 24 de dezembro de 2003 | - |
| | Santo André | Lei N.º 8.294, de 14 de dezembro de 2001 | - |
| | Lins | Lei N.º 5.063, de 20 de março de 2008 | - |
| | Cubatão | Lei N.º 2.764, de 25 de julho de 2002; Decreto N.º 8.374, de 26 de dezembro de 2002 | - |
| | Hortolândia | Lei N.º 1.395, de 31 de maio de 2004; Lei N.º 1.519, de 29 de abril de 2005 | - |
| | Jundiaí | Lei N.º 7.116, de 06 de agosto de 2008 | - |
| | São José dos Campos | Lei Municipal N.º 6.469, de 16 de dezembro de 2003 – Pub. BM N.º 1.591, de 19 de dezembro de 2003 | - |
| São Sebastião | Lei N.º 1.872, de 04 de julho de 2007 | - | |
| MG | Campo Verde | Lei N.º 1.198, de 16 de agosto de 2006 | - |
| | Juiz de Fora | Lei N.º 10.330, de 06 de novembro de 2002 | - |
| | Passos | Lei N.º 2.345/2003, de 27 de junho de 2003 | - |
| RJ | Itaboraí | Lei N.º 1.690, de 03 de setembro de 2001 | - |
| | Casimiro de Abreu | Lei N.º 1.114, de 08 de março de 2007; Lei N.º 1.175, de 31 de outubro de 2007 | - |
| | Rio de Janeiro | Lei N.º 5.026, de 19 de maio de 2009 | - |
| PR | Castro | Lei N.º 1.041, de 12 de dezembro de 2000 | - |
| | Fazenda rio Grande | Lei N.º 42 de 10 de agosto de 2001 | - |
| | Foz do Iguaçu | - | Lei N.º 3.592, de 24 de setembro de 2009 |
| | Curitiba | Lei N.º 9.226, de 23 de dezembro de 1997 | - |
| RS | Carazinho | Lei Municipal N.º 5.708, de 25 de julho de 2002 | - |
| | Serafina Corrêa | Lei N.º 1.842, de 31 de dezembro de 2001; Decreto N.º 2.302, de 15 de agosto de 2006 | - |
| | Vila Maria | Lei N.º 1.364, de 25 de junho de 2002 | - |
| | Antônio prado | Lei Municipal N.º 2.386, de 14 de dezembro de 2005 | - |
| | Guaporé | Lei N.º 2.623, de 06 de setembro de 2005 | - |
| MT | Nova Mutum | Lei N.º 675, de 13 de junho de 2002 | - |
| | Campo Novo do Parecis | Lei N.º 852, de 28 de dezembro de 2001 | - |
| | Lucas do rio verde | Lei N.º 2.381, de 24 de janeiro de 2005; Lei N.º 1.026, de 04 de fevereiro de 2004 | - |

Quadro 3. (cont.)

| | | | |
|----|-----------|--|--|
| CE | Sobral | Lei N.º 261, de 18 de maio de 2000 | - |
| | Fortaleza | Lei N.º 8.704, de 13 maio de 2003 | - |
| GO | Goiânia | Lei N.º 8.411, de 04 de janeiro de 2006 | - |
| SC | Joinville | Lei N.º 3.876, de 17 de dezembro de 1998 | - |
| PI | Parnaíba | Lei N.º 2.261, de 02 de agosto de 2006 | - |
| PE | Petrolina | Lei N.º 2.079/08, de 16 de maio de 2008 | Lei N.º 2.038, de 18 de dezembro de 2007 |
| ES | Vitória | Lei N.º 5.811, de 30 de dezembro de 2002 | - |

Fonte: Elaboração própria.

Relação entre o público e o privado

A Lei Federal n.º 9.637, de 15 de maio de 1988, que autoriza a instituição de OS, define sua natureza como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Toda a legislação estadual e municipal consultada estabelece a mesma natureza jurídica. Quanto às FEDP, o Projeto de Lei Complementar n.º 92-A/2007, do poder executivo, permite aos entes federativos que a lei instituída defina a natureza jurídica da Fundação como de direito privado ou público (BRASIL, 2007A). Todas as leis consultadas definem a natureza de suas Fundações como de direito privado, com exceção da lei complementar da Bahia, que permite a instituição de Fundação estatal com personalidade jurídica de direito público ou privado. É importante ressaltar que, enquanto as normatizações sobre OS permitem que o Poder Público qualifique entidades já existentes, as legislações específicas sobre FEDP possibilitam a constituição de uma nova entidade criada pelo Estado.

As propostas das OS e das FEDP não foram elaboradas exclusivamente para a saúde, e sim para uma diversidade de áreas sociais, como arranjos que realizariam a intermediação entre Estado, na forma de suas políticas sociais, e sociedade. Esses modelos jurídico-institucionais não específicos para a saúde tiveram efeitos nas legislações subnacionais das OS, com uma reduzida formulação de

leis dirigidas especificamente para a saúde e, por consequência, com pouca proximidade à normatização do SUS, no que se refere à incorporação dos parâmetros legais norteadores desse sistema. Apenas 25% dos estados e 41% dos municípios com legislação sobre OS observam em seu texto legal a exigência de alinhamentos às diretrizes e aos princípios do SUS. Essa falta de alinhamento das legislações às diretrizes do SUS não foi encontrada nas normatizações sobre FEDP, ao contrário, estas estabelecem que as atividades desenvolvidas devam ser realizadas em conformidade com o SUS.

Em relação ao atendimento exclusivo de usuários do SUS, a lei federal sobre OS não trata desse aspecto. Todavia as leis do estado de São Paulo e dos municípios do Rio de Janeiro, Curitiba e Espírito Santo delimitam que o atendimento realizado seja exclusivo aos usuários do SUS.

No caso das FEDP, a normatização federal também não trata do tema, assim como a legislação do estado de Pernambuco. Já nos estados de Sergipe e Bahia, as leis estabelecem a exigência de exclusividade. No Rio de Janeiro, a lei específica proíbe a prestação de serviços de saúde à iniciativa privada, assim como a lei de Foz do Iguaçu (RS), que ainda veta a realização de cobrança de qualquer forma aos usuários. A lei de Petrolina (PE) dispõe que a prestação de serviços deve ser de acesso universal e gratuito à população.

No que diz respeito ao financiamento, as legislações referentes às OS possibilitam em 18% dos estados (Sergipe, Ceará e Bahia) e 13% dos municípios (Castro/PR, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Cubatão/SP e Sobral/CE) o recebimento de recursos do setor privado, doações e contribuições de entes nacionais ou estrangeiros, além dos rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros.

Por sua vez, as legislações sobre FEDP, mesmo estipulando exclusividade na atenção, apresentam em 80% dos estados (São Paulo, Sergipe, Bahia e Rio de Janeiro) e 100% dos municípios (Foz do Iguaçu/RS e Petrolina/PE) pelo menos uma lei que possibilita financiamento advindo da iniciativa privada a partir de diferentes mecanismos, sendo algumas dessas fontes não definidas claramente, denominadas nas legislações como rendas eventuais.

Essa abertura para recursos privados, principalmente quando as fontes não são delimitadas claramente em lei, pode gerar iniquidades semelhantes às dos serviços que não estabelecem exclusividade na atenção a usuários do SUS. Além disso, ela torna o controle dos recursos públicos mais complexo, dada a dificuldade no âmbito do SUS de se identificar, em entidades que recebem recursos públicos e privados, como os recursos públicos estão sendo utilizados: se apenas no custeio de ações dirigidas aos usuários do SUS ou também no atendimento de usuários advindos do setor privado (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

O modelo gerencialista tem como um dos seus principais alicerces o controle de resultados, que no caso das OS se faz a partir da estipulação de metas de desempenho, que devem ter seus resultados avaliados para que ocorra o repasse de recursos financeiros. Mesmo tendo esse referencial, o número de legislações sobre OS que estipulam explicitamente o atrelamento do repasse de recursos ao alcance de metas de desempenho é reduzido. Apenas as legislações dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rondônia definem em seu texto

legal que o repasse está vinculado ao cumprimento das metas. As demais legislações fazem referência, em seu texto, à definição de metas de desempenho no Contrato de Gestão, mas não expressam, de forma explícita, a vinculação do repasse financeiro às referidas metas. Tal fato não exclui que esse atrelamento seja estipulado nos contratos de gestão, contudo, como se trata de um aspecto definidor do modelo de governança pautado no gerencialismo, a ausência dessa prerrogativa na maioria das leis se destaca.

As FEDP, que segundo documento do MPOG também devem estabelecer contratos de prestação de serviços com o Poder Público, estabelecem somente nas leis específicas do Rio de Janeiro e Foz do Iguaçu o condicionamento do repasse de recursos ao alcance de metas (BRASIL, 2007B).

Na lei federal sobre OS, são estabelecidos critérios para qualificação de entidades como tal. Alguns desses critérios são fundamentais para a própria definição da OS como um ente, embora privado, sem fins lucrativos. Entre eles, destacam-se: a proibição de distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, encontrada em 14 estados e 37 municípios, e a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades, identificada em 15 estados e 38 municípios. Dado que a principal diferença entre as empresas privadas e os entes sem fins lucrativos é o fato dos membros destes últimos não poderem se apropriar do excedente da organização, a instituição dessas prerrogativas em lei se constitui como um elemento definidor do caráter dessas entidades e um mecanismo de controle do recurso público. Nesse sentido, a identificação de municípios e estados que não estabelecem tais obrigatoriedades aponta, nessas unidades federativas, para uma distorção do modelo federal da OS.

Mecanismos de controle interno e externo

Os órgãos de deliberação internos fazem parte dos mecanismos de controle adotados pelas OS e pelas FEDP e podem expressar em sua composição o quanto essas entidades são abertas à participação do controle social.

Em relação às OS, em consonância com a legislação federal, que estipula como órgãos de deliberação o Conselho de Administração (CA), a maioria dos estados (15) e municípios (37) apresenta em seu texto legal essa estrutura, à exceção do estado de Mato Grosso e dos municípios de Fazenda Rio Grande (MT) e Itaboraí (RJ).

No caso das FEDP, a lei federal não prevê a obrigatoriedade de existência de CA (ou Conselho Curador), contudo nas normatizações específicas dos estados do Rio de Janeiro e de Sergipe estas estruturas estão presentes, assim como nas legislações de Petrolina (PE) e Foz do Iguaçu (PR).

Quanto ao controle social, a legislação do SUS define como principal órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo o Conselho de Saúde, que expressaria a participação institucionalizada da sociedade na gestão do sistema de saúde. Esta definição foi normatizada principalmente pela Lei n.º 8.142, de 1990, e pela Resolução n.º 333, de 2003, que dispõem sobre a participação dos Conselhos na formulação e no controle das políticas de saúde, incluindo seus aspectos financeiros e econômicos, além da aprovação ou não dos processos a serem encaminhados ao Poder Legislativo e da realização de avaliação e deliberação dos contratos estabelecidos por estados e município.

Os Conselhos de Saúde, de acordo com a legislação do SUS, deveriam não apenas aprovar os contratos de gestão estabelecidos entre as secretarias de saúde e OS e FEDP como também avaliar e controlar os repasses financeiros realizados pelas

secretarias. No entanto, a grande maioria das leis sobre OS – referentes a 15 estados e a 36 municípios – não faz qualquer menção à prestação de contas aos Conselhos de Saúde, tendo em consideração o acompanhamento e a fiscalização da execução dos contratos de gestão. A grande maioria das leis sequer os citam em seu texto legal, o que demonstra um afastamento dessas normatizações aos mecanismos de gestão e participação do SUS.

As FEDP, por sua vez, estabelecem na maioria de suas leis específicas essa prestação de contas ao Conselho de Saúde. As leis do estado do Rio de Janeiro, as leis específicas de Sergipe e de Foz do Iguaçu (PR) estabelecem a participação do Conselho no processo de acompanhamento e fiscalização. Na legislação do município de Petrolina (PE), há previsão de que o Conselho de Saúde estabeleça diretrizes dos Contratos de Gestão e realize sua aprovação.

Essa falta de alinhamento das normatizações das OS pode estar relacionada à previsão de instalação de Conselhos de Administração (CAs). Enquanto nas FEDP os CAs parecem se constituir como um mecanismo interno de controle e deliberação, no caso das OS estes Conselhos parecem atuar como o espaço colegiado privilegiado de deliberação, em detrimento dos Conselhos de Saúde.

A composição dos CAs também é um aspecto importante, principalmente nos casos das OS devido ao aparente privilegiamento desses espaços. Esses colegiados são compostos de diversas formas e, de acordo com as legislações tanto das OS quanto das FEDP, não preconizam a participação majoritária da população e dos trabalhadores. Diferentemente do que ocorre com os Conselhos de Saúde, nos quais se prevê para sua composição 50% de representação dos usuários e 25% dos trabalhadores. Segundo as normatizações consultadas, o percentual de representação da população e dos trabalhadores é reduzido. No caso das OS, a participação de trabalhadores sequer é prevista na maioria das leis (*tabela 1*).

Tabela 1. Composição dos participantes do Conselho Administrativo nas OS e FEDP segundo as leis estaduais e municipais

| Composição do CA | OS | | | | FEDP* | | | |
|---|---------------------|------|----------------------|------|--------------------------------|------|---------------------------------|-----|
| | Leis estaduais (16) | | Leis municipais (39) | | Leis específicas estaduais (3) | | Leis específicas municipais (2) | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Participação da Sociedade Civil (incluindo entidades da sociedade civil) | 12 | 75,0 | 26 | 66,6 | 1 | 33,3 | 2 | 100 |
| Participação do Poder Público | 13 | 81,2 | 26 | 66,6 | 3 | 100 | 2 | 100 |
| Representação do Poder Público e Sociedade Civil superior a 50% do total de membros | 8 | 50,0 | 23 | 58,9 | 3 | 100 | 2 | 100 |
| Representação de Trabalhadores | 6 | 37,5 | 9 | 23,0 | 1 | 33,3 | 2 | 100 |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *Foram consideradas apenas as leis específicas dos estados e municípios, por causa do entendimento, derivado da Emenda Constitucional 19/1998, de que enquanto a lei complementar tem como objetivo dispor sobre a área de atuação, a lei específica é mais ampla, permitindo a caracterização das FEDP quanto à participação dos diferentes atores em seus espaços de deliberação. Assim, não se espera que a lei complementar disponha sobre esses aspectos, como de fato não dispõem. Agrupar as leis complementares e específicas daria uma falsa impressão de que esse modelo de governança é menos permeável à participação social.

O controle de resultados proposto para as OS é realizado a partir da análise das metas atingidas na execução do contrato de gestão e da emissão de relatório conclusivo. O principal mecanismo externo de controle desses resultados são as Comissões de Acompanhamento de Contratos (CAC). Estas estruturas, preconizadas na lei federal de qualificação das OS, são adotadas nas legislações da maioria dos estados (14) e dos municípios (34), mas não em todas elas. A ausência dessas comissões em 2 estados e 5 municípios deve servir de alerta para o uso indevido da flexibilidade dispensada às OS, que se desvinculam do controle por procedimentos, mas também não aderem, nesses casos, aos mecanismos institucionais de controle por resultados.

A existência dessas Comissões, por outro lado, não garante *per se* o controle dos resultados atingidos, é necessária a definição de seus membros de forma mais criteriosa possível e expressa claramente nas legislações, além do funcionamento regular das referidas comissões.

Em se tratando da composição das CAC, as legislações são pouco específicas. A maioria dos estados (12) e dos municípios

(30) possuem leis que apenas determinam que as referidas Comissões devam ser integradas por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

Quanto ao órgão que realiza a indicação dos membros, as secretarias de saúde são apontadas como responsáveis por essa indicação na maioria das leis. Contudo, em 21% dos municípios e 15% dos estados, que preveem a existência dessa Comissão em seu desenho institucional, não há qualquer definição de quem indicará os seus membros. Esses dados expressam uma falta de transparência quanto à definição dos segmentos responsáveis pelo controle dos resultados, sendo esta forma de controle o que respalda a maior flexibilidade na gestão dos recursos dirigidos às OS.

As FEDP apresentam CAC apenas em duas leis específicas, do Rio de Janeiro e de Foz do Iguaçu, sem dispor de sua composição ou do órgão responsável pela indicação dos seus membros. As Fundações, em comparação com a administração direta, também usufruem de uma maior flexibilidade. No entanto, como são entes da administração pública indireta, estão subordinadas necessariamente a mecanismos de controle das atividades, sendo os

órgãos de controle do Estado os responsáveis por esse acompanhamento.

As OS e as FEDP são entidades financiadas pelo Poder Público a partir da assinatura de contrato de gestão, mecanismo que localiza o Estado no lugar de financiador e regulador das metas pactuadas. Contudo, no caso das OS, é o Estado regulando um ente não estatal, qualificado por este como OS e criado por grupos diferenciados, como Organizações Não Governamentais (ONGs), universidades, entre outros. No caso das FEDP, o Estado regula o próprio Estado, pois se trata de um ente criado por ele a partir de lei específica e localizado na administração pública indireta.

Discussão

Os modelos jurídico-institucionais – OS e FEDP – traduzem, no âmbito da gestão de serviços sociais, as proposições dos governos FHC (PSDB) e Lula (PT) para a administração pública brasileira, sendo estas influenciadas por reformas internacionais, que preconizam novos desenhos na relação do Estado com a sociedade, incluindo reestruturações do aparelho de Estado.

Essas influências internacionais têm repercussões distintas sobre os governos brasileiros, dados os contextos político-institucionais específicos. Contudo, mesmo com suas particularidades, a onda reformista de cunho gerencialista inspirou o governo FHC, que buscou instituir um conjunto de regras formais que balizassem a implementação desse modelo de gestão. As legislações que permitem a qualificação de entidades como OS fazem parte dessas regras.

A análise desses dois modelos jurídico-institucionais, por meio de seus marcos legais, evidencia diferenças entre as propostas de OS e FEDP federais e subnacionais. Adicionalmente, também foram identificadas diferenças nas legislações que dispõem sobre o mesmo tipo de entidade, o que

expressa as particularidades políticas e institucionais de cada governo subnacional e seus contextos locais.

Os projetos reformistas dos quais as OS e as FEDP têm origem são aspectos importantes na trajetória dessas propostas. O maior amadurecimento do projeto de reforma do governo FHC parece ter potencializado a capacidade de difusão das OS. Já o documento ‘Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula’ (BRASIL, 2003), do governo Lula, mesmo estabelecendo diretrizes importantes – tais como redução do déficit institucional, participação e transparência das ações do governo – não foi capaz de dar corpo ao projeto inicial das FEDP, o que pode ter influenciado na adesão e, em última instância, na aceitação delas. No plano da institucionalidade, as OS possuem um arcabouço legal mais consolidado do que as FEDP. A legislação federal das OS, aprovada desde 1998, estabelece um desenho institucional que serve de modelo para a formulação de leis estaduais e municipais. Já o Projeto de Lei 92/2007 das FEDP, por se tratar de uma lei complementar que busca definir as áreas de atuação da entidade, pouco delimita o modelo organizacional das Fundações. Tal fato pode criar incertezas quanto a essa entidade e quanto ao seu *modus operandi* específico. Além disso, o referido projeto até o momento não foi aprovado no Congresso Nacional.

As OS, mesmo surgindo como proposta em um governo do PSDB – caracterizado por autores, como Paes de Paula (2005), como um governo social-liberal, que preconizou a transferência da execução de parte dos serviços sociais para um ente fora da administração pública, acabam por se proliferar em um governo do PT, que no seu plano de governo propunha uma revitalização do papel do Estado.

Essa aparente contradição tem sido identificada em outros países, Paes de Paula (2005) menciona como exemplo a experiência da Inglaterra, que mesmo com a instalação de

um governo do Partido Trabalhista investiu na transferência da execução de serviços de saúde para entes não estatais. No entanto, no caso brasileiro, tal fato pode ser mais bem explicado pelo percurso dessa proposta, que ganhou espaço em estados e municípios com considerável autonomia legislativa em relação ao governo federal e que buscavam alternativas aos impasses existentes na gestão de serviços de saúde.

Essa maior adesão às OS, em comparação com as FEDP, em parte pode ser explicada pelo fôlego de seu projeto inicial e por seu arcabouço legal mais consolidado, entretanto há aspectos conjunturais a serem considerados, tais como: os questionamentos quanto à legalidade dos modelos de gestão alternativos para a administração pública direta por parte dos órgãos de controle do Estado, como os Tribunais de Contas; a maior responsabilização dos gestores públicos pelas irregularidades ocorridas na administração pública; e a necessidade de contratar pessoal sem incidir sobre o limite definido na Lei de Responsabilidade Fiscal. Nesse contexto, as OS se apresentam como um mecanismo aparentemente menos arriscado para os gestores estaduais e municipais, no que se refere a questionamentos legais, posto que já existem experiências de implementação consolidadas, principalmente no estado de São Paulo.

Contudo, o modelo de governança das OS apresenta bases diferentes das preconizadas pela Constituição Federal (CF) de 1988, principalmente em relação à universalidade da atenção, à participação da população e de trabalhadores na gestão do SUS, à atuação de forma complementar de instituições privadas, incluindo as sem fins lucrativos, e à orientação de igualdade no acesso e atenção aos cidadãos no sistema de saúde.

A ausência da prerrogativa de exclusividade na maioria das leis das OS, aqui analisadas, expressa uma maior abertura nesses arranjos à iniciativa privada e à instituição de práticas que podem distorcer a concepção de saúde contida

na CF, especialmente no tocante ao acesso universal e igualitário às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde no SUS. Nesse ponto, as FEDP parecem projetar um modelo de governança mais próximo do SUS, ao estabelecerem essa exclusividade na maioria de suas leis.

A questão da exclusividade de atendimento aos usuários do SUS em entidades contratadas é um tema discutido na saúde, principalmente por conta das diferenças que se estabelecem nos mecanismos de porta de entrada, tempo de espera e atendimento destes usuários, em comparação com os usuários com planos de saúde ou que efetuam pagamento direto, sendo estes últimos muitas vezes privilegiados.

No que diz respeito à relação entre o público e o privado, apesar da maior proximidade das FEDP aos princípios do SUS, especificamente à exclusividade da atenção aos usuários do SUS, quando se considera seus mecanismos de financiamento são observadas diferentes formas de abertura a fontes de financiamento privadas. Há, assim, uma aparente contradição interna nesse modelo, posto que estabelece a exclusividade na atenção a usuários do SUS e, paralelamente, possibilita a abertura de fontes de financiamento privadas.

De diferentes formas, as OS e as FEDP são permeáveis ao setor privado. As OS se abrem mais ao mercado ao não estipularem textualmente a exclusividade ao SUS. As FEDP, por sua vez, em relação ao financiamento, se apresentam mais abertas a recursos oriundos de outras fontes (não originárias do Poder Público). Essa permeabilidade das FEDP também contraria a matriz político-conceitual da qual teve origem, visto que foi criada pelo mesmo governo que propôs um projeto para revitalizar o Estado, apontando este não mais como problema, mas sim como parte importante da solução.

Nos dois modelos jurídico-institucionais, OS e FEDP, tendo em consideração a relação entre o Estado e a Sociedade, a participação social não está institucionalizada de forma a privilegiar o interesse da população, dada a falta de espaço para a vocalização desse segmento nos respectivos Conselhos de Deliberação.

A análise dos marcos legais evidencia que as OS apresentam maior proximidade com o setor privado, por se tratar de uma entidade fora da administração pública criada por pessoa jurídica privada. As Fundações, por sua vez, são entidades da administração pública indireta, criadas pelo Estado, que em tese estabeleceriam mais nitidamente a separação entre o público e o privado, com a minimização dos interesses particulares, principalmente no que se refere à contratação de pessoal, realizada nas FEDP por meio de concurso público.

Conclusão

O modelo burocrático em moldes weberiano, centrado em suas regras de funcionamento, com ênfase no controle por procedimentos, não foi capaz de responder às necessidades da população. A falha desse modelo sustentou a formulação da Administração Pública Gerencial, pautada na responsabilização por resultados, que, em tese, teria uma maior abertura a canais democráticos de interlocução com a sociedade. No entanto, a análise dos marcos legais das OS e das FEDP, modelos jurídico-institucionais atrelados ao modelo gerencialista, demonstra que esses modelos não dão conta de assegurar, em seus desenho jurídico-institucional, mecanismos democráticos que ampliem a participação social e que, conseqüentemente, garantam o interesse população na área da saúde.

As propostas das OS e das FEDP enfatizam as dimensões institucionais e financeiras, perpetuando a falta de investimento nas dimensões sociais e políticas, especialmente na participação e controle social. É importante frisar que o objeto de análise neste estudo foram as legislações encontradas referentes às OS e às FEDP. Como já exposto, essas regras não retratam necessariamente a forma como essas entidades serão ou foram implementadas, mas induzem a atuação dos atores envolvidos nesse processo, permitindo a identificação de diferentes características, o que torna essas regras um instrumento importante da análise social a partir do referencial neoinstitucionalista.

A caracterização das OS e das FEDP realizada neste estudo pode ser um ponto de partida para outros trabalhos. A análise crítica quanto aos modelos propostos para execução e gestão de serviços de saúde é um aspecto importante na conjuntura atual. Também é necessário formular estudos que apontem alternativas para uma gestão mais democrática e próxima das diretrizes e princípios do SUS, seja com o aprimoramento dos mecanismos já existentes, seja com a formulação de outros desenhos institucionais.

Nesse sentido, propõe-se um avanço dos estudos sobre os mecanismos jurídico-institucionais na área da saúde, em especial no tocante à análise dos contratos de gestão; à avaliação do impacto dos modelos jurídico-institucionais na redução das desigualdades de acesso e atenção à saúde; às formas de controle e participação social instituídas nesses arranjos e à avaliação de experiências institucionais alternativas. ■

Referências

ABRUCIO, F. L.; SANO, H. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *RAE – Revista de Administração de empresas*, São Paulo, v. 48, n. 03, 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei Complementar n.º 92-A (PL)*. Dispõe sobre a criação das Fundações Estatais. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/ficha>

detramitacao?idProposicao=360082>. Acesso em: 10 de maio de 2010.

_____. Lei nº 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 [da] União*. Brasília, DF, 15 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm> Acesso em: 5 mar. de 2010.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, DF: Imprensa Nacional, nov. 1995.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. *Gestão pública para um Brasil de Todos: um plano de gestão para o Governo Lula*. Brasília, DF: SEGES, 2003.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. *Relações de parceria entre poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil*. Brasília, DF: SEGES, 2010.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Reforma do Estado para a Cidadania*. São Paulo: 34 Editora, 1998.

DINIZ, E. *Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90*. São Paulo, São Paulo em Perspectiva, v. 10, n. 4, p. 13-26, 1996.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O. Neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS,

R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011, p. 111-137.

LUSTOSA, C. F. *Reforma do Estado e Contexto Brasileiro: crítica do paradigma gerencialista*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

MARTINS, H. F. O plano gestão pública para um Brasil de todos: em busca de uma nova geração de transformações da gestão pública. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8., 2003, Panamá, *Anais...* Panamá: Centro Latinoamericano de Administración para Desarrollo, 2003. Disponível em: <http://multimedia.ufrgs.br/conteudo/pnap/Biblioteca/EAD_Arquivos/CLAD_2003.pdf>. Acesso em: 10 maio 2010.

PAES DE PAULA, A. P. *Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SANTOS, B. S. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Org.). *Sociedade e Estado em Transformação*. São Paulo: Unesp; Brasília, DF: Enap, 1999, p. 243-271.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, 2008, v. 13, n. 5, p. 1431-1440.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve