

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Ciências Sociais

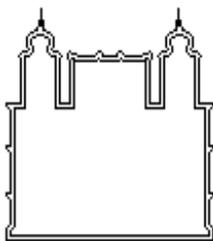
**GESTÃO COMUNITÁRIA: estudo de uma nova articulação
Estado/sociedade civil no Parque Proletário de Vigário Geral**

por

Itamar Bento Claro

Dissertação de mestrado em Políticas Públicas e Saúde apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, sob orientação da Prof^a. Dr.^a Jeni Vaitsman, com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública.

Rio de Janeiro - 2002



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Ciências Sociais

Orientadora:

Prof^ª. Dr.^a Jeni Vaitsman

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr.^a Maria Eliana Labra Gonzalez

Prof^ª. Dr.^a Lenaura Vasconcelos Costa Lobato

Suplentes:

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. José Augusto Vaz Sampaio Bisneto

Março – 2002

RESUMO

Este trabalho analisa a relação de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as ONGs que gerenciam postos de saúde em comunidades de baixa renda e com a presença do tráfico de drogas. Trata-se de um estudo de caso de caráter qualitativo com o objetivo de examinar os conflitos que envolvem a implementação da Gestão Comunitária em Vigário Geral, onde um posto de saúde é administrado por uma ONG em conjunto com a SMS/RJ.

A experiência de gestão comunitária está inserida no processo de reforma do Estado, com o uma nova forma de provisão de serviços públicos em parceria com organizações da sociedade civil. Dentre as alternativas que se apresentam para reordenar o lugar do Estado, verifica-se a presença cada vez maior de organizações que não são nem do Estado, nem do setor privado, prestando serviços de caráter público. É um cenário onde as mudanças do setor saúde ocorrem de modo fragmentado, localizado e experimental.

O estudo mostra que a inovação social com a delegação das responsabilidades gerenciais das unidades de saúde para os moradores locais é perpassada por questões que envolvem aspectos de ordem conjuntural como a flexibilização e a pluralização da oferta de serviços públicos como também questões específicas como ética, poder técnico, poder local, cultura política, segurança, violência e participação.

ABSTRACT

The work focuses on the partnership between Rio de Janeiro's Municipal Health Secretary (MHS-RJ) and nongovernmental organizations (NGOs) in the management of health units located in low-income areas where drug trafficking is a permanent presence. It is a qualitative case study, with the purpose of examining the conflicts involving communitarian management in Vigário Geral, where the health unit is managed by an NGO and MHS-RJ.

Communitarian management is seen, from the perspective of State reform, as a new form for supplying public services by social organizations. Among the alternatives in the restructuring of State functions, there are the organizations that don't belong either to the State or private sector. It's a scenario where changes in health's services occur in a fragmented, localized and experimental way.

The research shows that social innovation with delegation of responsibilities of the health unit to community members involves conjectural aspects like flexibility and multiplies public job's offer. Also, specific questions related to ethics, technical ability, local power, security, violence and participation arise.

SIGLÁRIO

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP 3.1 - Área Programática 3.1

CAP 3.1 – Coordenação da Saúde da Área Programática 3.1

CGC – Curso de Capacitação de Gestores Comunitários

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública

Mogec – Movimento Organizado de Gestores Comunitários

MSF – Médicos Sem Fronteiras

ONG – Organização Não-Governamental

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SME – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

Uerj – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Ufrj – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Unirio – Universidade do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	06
Síglário.....	08
Apresentação.....	09
Introdução.....	11
Capítulo 1 – Percurso metodológico	15
Capítulo 2 – Estado e terceiro setor: novas formas de provisão de serviços públicos	18
Capítulo 3 – A experiência de parceria com o poder público na área da saúde em Vigário Geral	38
Capítulo 4 – Gestão comunitária	52
Considerações finais.....	75
Bibliografia.....	81
Anexos	

AGRADECIMENTOS

Agradecer é momento de refletir sobre o caminho trilhado e lembrar de todos aqueles que contribuíram para que pudéssemos chegar ao destino final, o que, em nosso caso, é a dissertação concluída e aprovada.

Agradeço à orientadora, Jeni Vaitsman, que na simplicidade demonstrou a grandeza de ser uma pesquisadora reconhecida pelo compromisso e desempenho com que abraça todas as tarefas.

Aos professores que aceitaram o convite de fazer parte da banca examinadora – Maria Eliana Labra Gonzalez, Lenaura Vaconcelos Costa Lobato, José Mendes Ribeiro e José Augusto Vaz Sampaio Bisneto .

A todas as pessoas entrevistadas: funcionários do Posto de Saúde em Vigário Geral, coordenadores da AP 3.1 e gestores da SMS, que gentilmente me concederam a honra de compartilhar suas apreensões sobre a experiência realizada.

À Capes pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste estudo e à Fundação Oswaldo Cruz, instituição da qual tão orgulhosamente me sinto parte.

Aos amigos e companheiros da turma de Políticas Públicas e Saúde – Márcia Pereira de Mattos, Patty Fidelis de Almeida, Mário S. Moreira, Deise de Araújo Gregório, Sandra Goulart Magalhães, Maria Souto, Eduardo Henrique G. Torres, Susydarley Fidéles M. Borges, Márcia Adriene Vieira de Souza, Sérgio Alarcon – e aos demais amigos conquistados durante a realização do curso, com os quais tive a oportunidade de compartilhar momentos de crescimento intelectual, pessoal e também de lazer.

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Ciências Sociais e ao Luiz Otávio de Farias, sem os quais não teria disponibilizado os recursos necessários à elaboração desta dissertação.

Aos meus pais, amigos e familiares, que sempre torceram pelo sucesso de minhas escolhas.

A Deus,
pela vida,
por tudo.

SIGLÁRIO

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP 3.1 - Área de Planejamento da Saúde 3.1

CAP 3.1 – Coordenação da Área de Planejamento da Saúde 3.1

CGC – Curso de Capacitação de Gestores Comunitários

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

Mogec – Movimento Organizado de Gestores Comunitários

MSF – Médicos Sem Fronteiras

ONG – Organização Não Governamental

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SME – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

Uerj – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Ufrj – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Uni-Rio – Universidade do Rio de Janeiro

APRESENTAÇÃO

Não será realizada neste trabalho uma discussão sobre a natureza do terceiro setor. Muitos autores já a fizeram, e alguns com acentuada notoriedade, fruto de extensivas pesquisas. A ênfase deste estudo está na relação de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro e as organizações não governamentais que gerenciam os postos de saúde em comunidades de baixa renda.

Trata-se de um estudo de caso, com enfoque na experiência de Vigário Geral, onde um posto de saúde é administrado por uma ONG em parceria com a SMS-RJ. O gerenciamento dessa unidade de saúde é realizado pelos denominados "gestores comunitários", contratados em meio aos moradores da própria comunidade.

Verifica-se que essa parceria não representa um fato isolado, destacado de contexto mais amplo, pois é parte de uma conjuntura perpassada por questões que refletem a reforma do Estado, em curso não apenas em nosso país, mas também no cenário internacional. Nesse cenário são enfatizados a redução da participação do Estado na produção direta dos serviços sociais e o estímulo a parcerias com o terceiro setor. O Estado deixa de fornecer diretamente os serviços e assume postura regulatória, transferindo para a sociedade civil, total ou parcialmente, a responsabilidade de sua execução. Observa-se, no entanto, que essa realidade é muito mais complexa e dinâmica, fazendo-se necessário considerar as contradições que estão presentes nesse processo.

É preciso lembrar que, de acordo com a Norma de Operação Básica n. 1 de 1996 – NOB/96, instrumento legal de regulação do SUS, a gerência está relacionada ao comando dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município; gerente é a pessoa jurídica que opera o serviço, seja esse estatal (federal, estadual ou municipal) ou privado; e gestor é o responsável pelo controle, avaliação e auditoria dos prestadores.

Dessa forma, a expressão "gestores comunitários" não seria apropriada para denominar as pessoas responsáveis pelas "gerência" das unidades de saúde; a nomenclatura correta seria "gerentes comunitários". No entanto, neste trabalho será mantida essa expressão, uma vez que foi estabelecida para nomear os responsáveis pelas unidades de saúde no convênio firmado com a SMS-RJ.

INTRODUÇÃO

O Parque Proletário de Vigário Geral está localizado na XI Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro, bairro de Vigário Geral. Considerado uma das favelas mais violentas do município, tornou-se objeto de interesse para a ONG Médicos Sem Fronteiras – MSF, após a chacina ocorrida em agosto de 1993, episódio que ficou mundialmente conhecido como a “chacina de Vigário Geral”, emblema da violência nas comunidades periféricas, quando foram assassinadas 22 pessoas e “que chamou a atenção do mundo para o confronto entre traficantes e Polícia Militar, cuja principal vítima é o cidadão comum” (Alves Filho, 1998).

O início das atividades da ONG MSF em Vigário Geral ocorreu em janeiro de 1994, quando a organização implantou um ambulatório com o objetivo não só de prestar assistência à saúde, como também de contribuir para que as pessoas da comunidade se capacitassem e se organizassem, de modo que pudessem lutar por seus direitos (MSF, 1999). Inicialmente voltou-se para o atendimento de crianças e adolescentes, sendo os profissionais remunerados com financiamento da ONG.

Nessa mesma ocasião, aconteceram paulatinamente inovações na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RJ, com o objetivo de alcançar maior cobertura nas áreas periféricas da cidade. Essas inovações abriram espaço para que um amplo conjunto de propostas encontrasse oportunidades no cenário político. Delas, este estudo destaca a crescente utilização de organizações da sociedade civil na prestação de serviços de saúde e assistência.

A partir de 1996, a SMS-RJ tomou a iniciativa de reorganizar o modelo de atenção à saúde, mediante a implantação de consultórios simplificados – CS, voltados para a incorporação de contingentes populacionais historicamente excluídos da distribuição social dos bens públicos (Borga, 1999). Esses consultórios, definidos como serviços básicos de saúde, contavam com os agentes comunitários do Programa de Agentes Comunitários

de Saúde – Pacs e módulos do Programa de Saúde da Família – PSF.

Partindo, portanto, de uma proposta inicial de prestação de assistência à saúde do escolar, a experiência amadureceu gradativamente para o atendimento à família, ampliando-se para ação de maior impacto na comunidade com a implantação de serviços de atenção básica.

Experiências semelhantes foram realizadas em outras localidades da cidade do Rio de Janeiro e, na coordenação da Área de Planejamento da Saúde 3.1 – AP 3.1, receberam o nome de Projetos Alternativos. Neste último caso, a título de viabilizar o acesso à saúde em áreas antes desassistidas, a prefeitura promoveu em algumas localidades, por intermédio de parcerias com ONGs e associações de moradores, a implementação de unidades básicas de saúde.

As Áreas de Planejamento da Saúde fazem parte da Superintendência de Serviços de Saúde como órgãos executores de ações, criadas para reduzir a excessiva centralização e aproximar as unidades hospitalares das ambulatoriais em bases distritais. Na estrutura organizacional da SMS – em anexo – os Projetos Alternativos estão subordinados administrativamente à Coordenação da AP 3.1 e tecnicamente à Coordenação de Saúde Coletiva.

Segundo Edson Borga, então subcoordenador da AP 3.1, a concepção que tem norteado a reorganização do modelo de atenção básica mediante a implantação de projetos baseados em diretrizes de descentralização e participação comunitária está de acordo com a NOB/96, que determina a necessidade de que a concepção de um novo modelo de atenção à saúde garanta que ele esteja “centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu ambiente, bem como na relação de equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (NOB/96:46).

Atualmente, na área abrangida pela coordenação da AP 3.1, encontram-se cadastradas sob o título de Projeto Alternativo oito unidades no Complexo da Maré – PS Operário Vicente Mariano, PS Hélio Schmidt, PS Samora Machel,

PS Elis Regina, PS Gustavo Capanema, PS 14 de Julho, PS Vila do João e PS Nova Holanda, além do Mini-Posto de Saúde de Vigário Geral. Todas essas unidades são administrados por “gestores comunitários”, moradores locais que, vinculados a uma ONG ou associação de moradores, são os responsáveis pela gestão das unidades de saúde localizadas em suas comunidades.

Para a realização deste estudo foi selecionado o Mini-Posto de Saúde do Parque Proletário de Vigário Geral, unidade de saúde viabilizada por meio de convênio entre a SMS-RJ e a ONG Mogec – Movimento Organizado de Gestores Comunitários, com o objetivo de estabelecer as condições para o desenvolvimento de ações programáticas básicas, bem como garantir o atendimento a desnutridos, hipertensos, diabéticos e gestantes, além de assistência a domicílios com características de risco.

Constata-se que a utilização de pessoal sem qualificação profissional apropriada, com grau de instrução primário ou ensino médio, para executar funções gerenciais nessas unidades tem sido estabelecida em meio a uma relação conflituosa entre esses “gestores” e os profissionais de nível superior, que reclamam da interferência em suas atividades técnicas.

O objetivo deste estudo é analisar alguns aspectos dessas novas modalidades de gerência propostas para as unidades de saúde localizadas em comunidades de baixo poder aquisitivo. Busca-se compreender o **porquê** da proposta de gestão comunitária e **como** essa se concretiza e, ainda, analisar as contradições que a questão envolve nos aspectos referentes

- a) à co-responsabilidade do gerenciamento entre a SMS e a ONG responsável pela gestão;
- b) aos conflitos advindos do processo de delegação de gestão por parte da SMS às ONGs;
- c) às relações entre os gestores comunitários e os demais profissionais da unidade.

No Capítulo 1 descreve-se a metodologia utilizada para a realização deste estudo. O Capítulo 2, relativo ao referencial teórico, traz indicações das questões presentes na parceria instituída entre o Estado e a sociedade civil, e aponta a "gestão comunitária" como estratégia de delegação no contexto das comunidades de baixo poder aquisitivo e acentuado grau de violência, no Rio de Janeiro. O Capítulo 3 caracteriza o cenário em que o estudo foi realizado e aponta os antecedentes do processo histórico que constitui a experiência de gestão comunitária em Vigário Geral, acenando para algumas das contradições observadas. No Capítulo 4 são discutidos os pontos de vista dos gestores comunitários, técnicos da SMS e profissionais de saúde da unidade estudada sobre a proposta de gestão comunitária.

Capítulo 1

Percurso metodológico

O esforço aqui empreendido se faz no sentido da realização de um estudo de caso, com proposta de metodologia qualitativa. Os estudos de casos são comumente executados para o reconhecimento de situações específicas, que pode levar a conhecimento "generalizável" com o objetivo de contribuir para a compreensão de situações análogas e a conseqüente aplicação de conduta compatível. O dilema dessa metodologia está, portanto, na identificação adequada do que o caso escolhido tem de particular e o que pode constituir instrumental para o reconhecimento das questões enfrentadas na prática, "sem cair na tentação da busca de generalizações apressadas ou ilegítimas" (Tanaka *et al.*, 1999:221). Partindo de uma perspectiva qualitativa, a preocupação se dá "menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão" (Minayo,1992:102).

O estudo de caso necessita ser efetuado em um processo de "impregnação e investigação", como bem define Richard Fenno (*apud* Putnam, 1996:27), em que o pesquisador precisa embeber-se das minúcias de uma instituição a fim de conhecer seus costumes e suas práticas, seus pontos fortes e fracos, tal como fazem os que vivem seu dia-a-dia. Essa imersão, segundo Putnam, aguça as intuições do pesquisador e fornece muitas pistas para entender o objeto estudado.

A afirmação de Putnam, de que o estudo de caso levado a cabo por ele nas comunidades italianas se valeu de exemplos e *insights* colhidos durante as inquirições e de impregnação do ambiente local, serviu de orientação para empreender este estudo de caso, que enfoca o Posto de Saúde de Vigário Geral. Dessa forma, o trabalho foi escrito com base nas inquirições com profissionais do nível central na SMS, com profissionais da unidade de saúde e com os gestores comunitários. Esse universo de pesquisa foi constituído especificamente pela coordenadora da AP 3.1, pela gerente da Coordenação

de Saúde da Comunidade da SMS, pela subcoordenadora da AP 3.1 responsável pelos Projetos Alternativos, pelo vice-coordenador da AP 3.1, pelas duas gestoras comunitárias, pela sanitarista da unidade de saúde em Vigário Geral e pela sanitarista supervisora do Projeto Saúde do Complexo da Maré, que acompanhou a implantação do projeto em Vigário Geral na época em que trabalhou naquela unidade. A título de manter seus nomes resguardados serão denominadas aqui gestora comunitária X (GX), gestora comunitária Y (GY), sanitarista X (SX) e sanitarista Y (SY).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas como forma de garantir a livre expressão de opiniões pelos entrevistados. Embora as informações se limitem à pesquisa na unidade localizada em Vigário Geral, representam características que tendem a se fazer presentes nas demais unidades de saúde administradas pelos gestores comunitários, de modo que o conjunto de informações produzido forma uma base empírica que agrega dados para a reflexão sobre as unidades de saúde situadas nas comunidades de baixo poder aquisitivo em geral e poderá fornecer subsídios para o planejamento e a tomada de decisões pelos gestores municipais de saúde.

A impregnação pelo ambiente local ocorreu durante a experiência obtida enquanto assistente social no Posto de Saúde de Vigário Geral. Essa experiência possibilitou o contato direto com a dinâmica institucional e seus atores, e constituiu fator relevante para a escolha dessa unidade de saúde como objeto da análise do estudo aqui apresentado.

O Posto de Saúde de Vigário Geral é atualmente composto de 28 pessoas: quatro médicos (dois pediatras, um ginecologista e um clínico geral), dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, um sanitarista, um assistente social, 14 agentes de saúde, equipe de administração (dois gestores comunitários) e equipe de apoio (uma faxineira e um vigia), profissionais que têm a missão de prestar cuidados essenciais de saúde a uma população que soma mais de 50 mil pessoas – comunidade de Vigário Geral, Parada de Lucas e adjacências (*Informativo MSF*, 1999).

Ao centrar a atenção nessa experiência denominada “gestão comunitária”, o estudo tem como objetivo examinar as tensões que envolvem sua implementação na comunidade de Vigário Geral. No entanto, para se apreender seus efeitos em termos mais amplos do que os estritamente institucionais, é fundamental considerar o fato de que as experiências não se realizam num vazio sociológico (Bezerra, 1999). Parte-se do princípio de que a proposta de implementação de uma gestão comunitária está inserida no debate sobre a reforma do Estado e representa uma estratégia de delegação no contexto específico das comunidades de baixa renda da cidade do Rio de Janeiro. Ressalta-se que as análises nessa perspectiva qualitativa precisam contemplar as especificidades, as interações com outros atores, as contradições e as relações entre os aspectos micro e macropolíticos e econômicos (Deslandes, 1997) de modo a promover uma visão da totalidade.

Capítulo 2

Estado e terceiro setor: novas formas de provisão de serviços públicos

Neste capítulo serão abordadas algumas das questões teóricas referentes às novas formas de provisão de serviços públicos que perpassam o tema deste trabalho.

Desde o início da década de 1990, observa-se no Brasil um contexto de redefinição do papel do Estado. Verifica-se que grande parte dos debates na área de políticas faz alusões às mudanças enfatizadas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – Mare (1995), que preconiza a regulamentação estatal, segundo o qual o governo deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, fortalecendo-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.

Essas mudanças apontam para o fortalecimento das funções de regulação e de coordenação do Estado no nível federal. Nos níveis estaduais e municipais traduzem-se na progressiva descentralização das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e de infra-estrutura. Tais modificações no panorama nacional nos levam a refletir sobre o princípio da subsidiaridade no qual Bresser Pereira (1998:105) inscreve a descentralização ao afirmar: “o que pode ser feito pela cidade não deve ser feito pela região; o que pode ser feito pela região não deve ser feito pelo poder central”. Parafraseando o autor, poder-se-ia chegar à conclusão de que o que pode ser feito pela sociedade civil não deverá ser feito pelo Estado.

É nessa conjuntura que algumas propostas apontam o mercado como principal alternativa para o desenvolvimento socioeconômico e outras buscam o fortalecimento da sociedade civil enquanto parceira e agente de políticas

públicas. Rosanvalon (1985) as classifica como “redução negativa” e “redução positiva” do papel do Estado, respectivamente. Negativa porque o mercado se mostra incapaz de conduzir a um desenvolvimento social que diminua a concentração de renda e a exclusão de grupos populacionais do acesso aos bens de serviço e consumo. E positiva porque favorece a socialização dos equipamentos públicos – a descentralização tornando os serviços mais próximos dos usuários, e a autonomização transferindo para as organizações da sociedade civil parte das tarefas relacionadas ao serviço de assistência à população.

Todas essas mudanças são características da crise do Estado que marca o final do século 20, no momento em que a arena de discussões, segundo Abreu Mendes (1999), é pontuada por questões que envolvem os limites e as possibilidades de relacionamento entre o Estado e o terceiro setor. Mudanças que ocorrem, segundo Bresser Pereira e Cunill Grau (2000), quando começa a se evidenciar o irrealismo da proposta neoliberal, pois torna-se cada vez mais notório que até mesmo o desenvolvimento do mercado não se pode assegurar sem um Estado democrático que, entre outras questões, preserve a própria atribuição enquanto bem público e exerça as funções protetoras, mediadoras e redistributivas necessárias ao desenvolvimento socioeconômico.

Morales (1999) afirma que, em razão da crise do Estado, a provisão dos serviços públicos sociais teria ganho “tons dramáticos” nas últimas duas décadas.

“Esta crise, correntemente definida como crise de governança, tem três componentes; um de natureza financeira, referente ao déficit das contas públicas; outro de natureza administrativa, decorrente da ineficiência do modo burocrático de gerir organizações estatais; e um terceiro de caráter estratégico, que corresponde à maneira inadequada na qual o Estado está organizado para intervir nas atividades sociais e econômicas.”
(Morales, 1999:52)

É a partir da crise do pacto político-social materializado no *Welfare State*, pelo qual o Estado procurava responder de forma direta às necessidades da sociedade, que entram em cena na arena das discussões

políticas as novas propostas para o desenvolvimento social, sugerindo a realocação e a transformação de posições dos diferentes atores sociais.

Segundo Coelho (2000), emergiram nas últimas décadas duas concepções extremas e opostas que descrevem orientações à nova ordem político-econômico-social. Uma radicaliza o credo liberal, sustentando a supremacia e a inexorabilidade do mercado, e propõe o deslocamento para o mercado de todas as responsabilidades sociais, com exceção da segurança pública, cuja privatização poderia implicar a desagregação da ordem social. A outra descrê de modo radical nas virtudes públicas do mercado e desqualifica qualquer possibilidade de atendimento às demandas sociais fora da ordem estatal. Com posições radicais, essas duas concepções definem os limites do debate entre o mercado e o Estado; no entanto, no cenário atual figuram diferentes alternativas que buscam o equilíbrio entre a intervenção do Estado e as ações do mercado.

Nessas alternativas que se apresentam para reordenar a intervenção estatal, verifica-se que cada vez mais organizações que não são nem do Estado, nem do setor privado prestam serviços de caráter público. Em meio ao debate que aborda os aspectos estratégicos, envolvidos na emergência de uma terceira via para a provisão de serviços públicos, Morales presta uma contribuição à análise das formas pelas quais o Estado e a sociedade se organizam para intervir no campo das políticas públicas sociais. Esse autor problematiza o papel do Estado em função da emergência de uma nova esfera de relações societárias, impulsionada pela multiplicação das organizações públicas não estatais (Morales, 1998:117).

Para Morales, parece indiscutível na atualidade a constituição de uma esfera pública, não estatal, que venha a atuar em simetria com o Estado e o mercado na produção de bens e serviços sociais. Ao examinar as alternativas para reordenar as possíveis formas de intervenção estatal, ele aponta três possibilidades de organizar a provisão de serviços, por meio das organizações estatais, do mercado ou das instituições públicas não estatais que são financiadas pelo Estado e, portanto, precisam manter o caráter público dos serviços.

Para os autores Bresser Pereira e Cunill Grau, a crise do Estado teria incentivado a inovação social na resolução dos problemas coletivos, de forma que seria possível presumir que no século 21 o setor público não estatal poderá constituir-se numa dimensão-chave da vida social, porque grande parte das inovações estão vinculadas às formas de propriedade e de controle social públicos não estatais, que adquirem crescente importância no cenário globalizado.

“Na mesma época em que se faz evidente a crise do modelo social-burocrático do Estado e em que a globalização exige novas modalidades, mais eficientes, de administração pública, cresce a importância de uma forma nem privada, nem estatal de executar os serviços sociais garantidos pelo Estado: as organizações de serviço público não estatais, operando na área de oferta de serviços de educação, saúde e cultura com financiamento do Estado.” (Bresser Pereira e Cunill Grau, 2000:16)

As organizações que fazem parte desse setor público não estatal, também denominado terceiro setor, setor não governamental ou setor sem fins lucrativos, são definidas por esses autores como “organizações públicas”, porque estão voltadas para o interesse geral; e como “não estatais”, porque não fazem parte do aparato do Estado.

O fato de os autores atribuírem à sociedade uma responsabilidade na satisfação de necessidades coletivas evidencia a compreensão de que a esfera pública transcende cada vez mais os limites do Estado e de que a produção dos bens públicos não constitui monopólio do Estado nem do mercado. Para atender tanto aos limites do Estado e do mercado como às crescentes exigências de auto-organização social, a propriedade pública não estatal, segundo Bresser Pereira e Cunill Grau (1999:35), poderá constituir

“a forma por excelência através da qual a sociedade organizará seus serviços sociais e científicos de forma competitiva, com financiamento em parte pelo Estado e em parte diretamente do setor privado em forma de contribuições ou de pagamentos por serviços prestados”.

No processo de articulação do Estado com a sociedade civil para a provisão de serviços públicos, os autores identificam três grandes vantagens:

a pluralização da oferta de serviços sociais; a possibilidade de tornar mais flexível e desburocratizada a gestão e a responsabilização de dirigentes e participantes da organização.

A competitividade, que poderá ser desenvolvida com a pluralização dos serviços sociais, é considerada pelos autores elemento fundamental para estimular melhores qualidade e eficiência nos serviços prestados. Essa pluralização teria ainda como resultado previsível mais economia nos gastos, até pelo fato de recorrer ao trabalho voluntário.

Consideram que a produção não estatal de serviços sociais possibilitaria obter prestações adaptadas aos públicos envolvidos, em oposição às prestações uniformes que tendem a caracterizar a oferta pública estatal, enquanto a autonomia financeira e administrativa criaria as condições necessárias para que as organizações fossem menos burocratizadas.

“ (...) a flexibilidade, a experiência especializada e a habilidade para chegar a clientes difíceis de alcançar são exibidas como algumas das maiores vantagens que o setor não-lucrativo ou público não-estatal teria sobre o setor público estatal.” (*Op. cit.*, 2000:34)

Os autores consideram que os integrantes dos serviços públicos não estatais tenderiam a ser mais responsáveis pelos destinos de suas organizações e que os contratos podem constituir-se em instrumentos da *accountability* das organizações, uma vez que estejam definidas as obrigações de cada um dos parceiros envolvidos.

Na medida em que fornece recursos financeiros, o Estado, segundo Coelho (2000), deve impor limites e regras para o uso dos recursos públicos pelas organizações públicas não estatais, o que, de acordo com o Conselho do Programa da Comunidade Solidária, pode ser realizado com a elaboração de um “contrato de parceria” que dê conta da especificidade dessa relação entre o Estado e o terceiro setor, contemplando mecanismos institucionais de responsabilização, para o bom uso das verbas públicas pelas organizações.

“É preciso, então, estabelecer tanto mecanismos que responsabilizem os gestores das entidades pela administração dos recursos como também normas claras que definam as responsabilidades e os direitos de cada um dos parceiros.” (Coelho, 2000:101)

Toda discussão sobre controle, avaliação e estabelecimento de parâmetros para a relação entre o Estado e o terceiro setor é justificada e se faz necessária, uma vez que trata de repasse de verbas públicas (Coelho, 2000:149). Necessidades implícitas no estabelecimento de parcerias, segundo a autora, são a prestação de contas dos recursos envolvidos e o controle da maneira pela qual esses recursos estão sendo empregados.

“O governo precisa conhecer mais profundamente o parceiro, avaliar seus objetivos institucionais, suas dificuldades e sua capacidade gerencial e financeira de suportar determinados programas, bem como sua agilidade na captação de recursos. Para as organizações, a relação com o Estado pode significar mais recursos, o que, por um lado, leva ao crescimento da instituição, mas, por outro, gera a necessidade de estrutura e do cumprimento das exigências que vêm atreladas aos recursos.” (Coelho, 2000:151)

Analisando as vantagens e a propagação eficiência do terceiro setor, a autora aponta os seguintes argumentos: o gerenciamento facilitado, devido ao fato de os serviços serem prestados em escala muito menor do que os oferecidos pelas instituições públicas; o favorecimento de certo controle comunitário, propiciando melhor qualidade dos serviços, devido ao fato de essas organizações atuarem vinculadas a uma comunidade e/ou a um grupo específico; e a redução de custo dos serviços produzidos, porque a isenção fiscal favorece positivamente a relação custo/benefício em comparação à produção ofertada pelo mercado ou pelo Estado.

O terceiro setor é enfatizado pelo Conselho do Programa da Comunidade Solidária como orientação estratégica nacional, em virtude da capacidade de gerar projetos, assumir responsabilidades, empreender iniciativas e mobilizar recursos necessários ao desenvolvimento social do país (Abreu Mendes, 1999).

Cunill Grau (1999) afirma que a “explosão” de iniciativas nos campos referentes ao terceiro setor serve para demonstrar que há em curso uma real transformação dos modelos institucionais de prestação de serviços públicos, que aponta para a criação de uma cultura de co-responsabilidade política e social entre o Estado e a sociedade civil. Transformação essa que não só assegura maior peso à sociedade civil, mas também promoveria melhor qualidade nos serviços prestados.

E, partindo do pressuposto de que o Estado teria esgotado sua capacidade de expandir os investimentos sociais, Morales aponta os aspectos vantajosos dessa nova via, em que, financiando as organizações públicas não estatais que prestam serviços de educação, saúde, assistência social, apoio à pesquisa e à cultura, o Estado “estaria se comprometendo com a garantia dos direitos sociais, de modo muito mais participativo e permeável ao controle social do que na forma de provisão monopolista estatal” (Morales, 1999:133).

A seguinte colocação de Morales dá uma boa dimensão da importância que o autor destaca para a esfera pública não estatal na organização dos recursos do Estado e da sociedade para atender às demandas da população:

“A importância da construção e consolidação de novas arenas de relações públicas não-estatais, a partir da emergência e afirmação do terceiro setor, está na possibilidade de se vir a ter uma equação viável para prover os serviços sociais e políticas sociais, capazes de superar os obstáculos que as soluções, através do Estado ou do mercado, apresentam”. (Morales, 1999:120)

O autor chama atenção para o fato de um número cada vez maior de instituições que não são nem do Estado, nem do setor privado estar prestando serviços sociais de caráter público. No entanto, apesar de considerar possível verificar que o terceiro setor emerge de uma “virtual evolução associativa” (Salamon *apud* Morales, 1999:53) que estaria em curso no mundo inteiro, a visão dicotômica da relação entre o público e o privado não permite que se aproveite toda a potencialidade que a sociedade apresenta com as organizações sem fins lucrativos, que promovem atividades relacionadas aos direitos sociais dos cidadãos e expressam a vitalidade da

sociedade civil ao ocupar os espaços vazios deixados pelo mercado e o Estado (Morales, 1999).

De forma semelhante, Dowbor (1999) sugere que a discussão sobre o terceiro setor aponta para a necessidade de uma revisão dos paradigmas segundo os quais a sociedade se gere, pois eles estariam ainda impregnados pela visão de que organizar a participação da sociedade civil representa apenas uma forma de desresponsabilizar o Estado.

“É muito significativo constatar que uma série de conceitos básicos da reformulação política e social que está ocorrendo em muitos países sequer encontra tradução em português: é o caso de *empowerment*, que os hispano-americanos já traduzem de *empoderamiento*, no sentido de resgate do poder político pela sociedade; de *stakeholder*, ou seja, de ator social que tem um interesse numa determinada decisão; de *advocacy*, que representa o original etimológico de *ad-vocare*, de criar capacidade de voz e defesa a uma causa, a um grupo social; de *accountability*, ou seja, da responsabilização dos representantes da sociedade em termos de prestação de contas; de *devolution*, recuperação da capacidade política de decisão pelas comunidades, como contraposição ao conceito de privatização; trata-se também de *entitlement*, de *self-reliance* e tantos outros. Além do conceito-chave de *governance*, que envolve capacidade de governo do conjunto dos atores sociais, públicos e privados, onde o conceito tradicional de governança, tal com existe no Aurélio, tem de ser reconstruído.” (Dowbor, 1999:13)

Para esse autor, a área social precisaria hoje mais de uma reformulação político-administrativa do que propriamente de mais dinheiro.¹ Ele aponta que o terceiro setor, ao se articular com o Estado, aparece como uma alternativa de organização que pode trazer respostas inovadoras e assegurar a participação cidadã.

¹ Segundo Ladislau Dowbor (1999:10), “O Brasil não é um país que gasta pouco com o social. Essencialmente gasta mal”. No entanto, é possível constatar que a percentagem dos gastos com saúde no Brasil é ainda muito pequena em comparação com a de outros países; nos EUA, por exemplo, só os gastos com os programas de assistência médica e hospitalar (*Medicare e Medicaid*) nas três esferas montavam a 6,3% do PIB ou US\$ 457 bilhões, em 1995; no caso brasileiro, a participação dos gastos com saúde no total dos gastos do setor público tem caído continuamente; em 1989 representava 3,4% do PIB; em 1993, 2,6% do PIB; e, em 1997, chegou a R\$ 29,9 bilhões ou 3,5% do PIB (*Conjuntura Econômica/FGV,1997*).

Para Navarro, a resposta mais comum à pergunta de por que o Estado deveria estabelecer parcerias com as ONGs está relacionada às limitações da rede de distribuição de benefícios. Segundo o autor, é provável que o Estado,

“com consideráveis limitações de sua rede de distribuição de benefícios sociais, tenha que valer-se de ONGs com experiência e alcance próprios em certos tipos de programas, criando mecanismos de execução delegada, nos quais, tipicamente, se transferem fundos públicos para ONGs para que estas implementem determinado programa governamental”. (Navarro, 1999:93)

De acordo com esse autor, as organizações públicas não governamentais representam uma nova forma de enfrentar a pobreza e a prestação de serviços sociais, e derivam sua ação do trabalho social com grupos excluídos, para os quais a oferta governamental de serviços sociais seria inadequada, insuficiente ou inacessível.

“(...) as ONGs estão geralmente associadas a modelos participativos e inovadores de gestão; costumam estar em estreito contato com grupos tradicionalmente sub-representados no processo de formação de políticas públicas; são capazes de melhorar a eficiência e pertinência dos programas sociais públicos, quando se associam a eles no campo adequado, e de atuar como provedores não-estatais de serviços sociais onde o Estado não pode satisfazer diretamente a demanda de serviços ou onde convém introduzir elementos de competição entre servidores.” (Navarro, 1999:103)

Sendo assim, na relação com o terceiro setor, o governo adquiriria um importante parceiro para implementar as políticas sociais, principalmente em áreas em que sua ação é mais ineficaz ou onerosa. No entanto, Coelho enfatiza que, se essa parceria não acontecer sob a égide de uma política social explícita, com metas claras a serem alcançadas, haverá apenas uma distribuição de fundos públicos que, além de não contribuir para a construção de um exercício de cidadania, poderá concorrer para a apropriação indevida do Estado por parte da sociedade civil (Coelho,2000).

O calcanhar-de-aquiles dos defensores do terceiro setor, ou seja, a fragilidade existente nos argumentos favoráveis, é a impossibilidade de uma prestação dos serviços públicos sociais de forma a atingir a totalidade da

população, porque o terceiro setor jamais será expressivo o suficiente para abarcar todas as questões sociais e atender plenamente às demandas da população.

É nesse sentido que Bresser Pereira e Cunill Grau (*op. cit.*: 34) salientam que o reconhecimento da relevância do setor público não estatal na produção de bens públicos não poderá conduzir a uma negação do aporte do Estado para seu sustento e que a transformação de serviços sociais estatais em públicos não estatais não significa que o Estado deixará de ser responsável por eles, pelo contrário, "todas as evidências apontam para a conclusão de que o financiamento público estatal será cada vez mais necessário", pois só por meio da tributação obrigatória é possível assegurar a produção dos bens coletivos em quantidades socialmente desejáveis.

A idéia de que o Estado venha algum dia a ser substituído pelo terceiro setor na resolução dos problemas sociais, segundo Coelho, não passa de uma utopia, dadas a magnitude dos problemas sociais e a tradição de centralização estatal no Brasil. Embora considerando que a ênfase nas soluções locais e nas iniciativas comunitárias seja importante e possa significar melhoria nas condições de vida de determinada comunidade, a autora avalia que essa será sempre uma solução paliativa, com dimensões reduzidas. "Se quisermos uma ação ampla, é preciso atuar não apenas no local, mas em nível estadual e federal" (Coelho, *op. cit.*: 194). De forma semelhante, Cunill Grau (1999) chama atenção para o fato de que os estudos sobre os trabalhos referentes à prestação de serviços públicos por parte de ONGs reconhecem que a eficiência e efetividade declaradas estão em grande parte associadas ao fato de esses serviços serem desenvolvidos em pequena escala.

No prefácio do livro escrito por Coelho, Luiz Eduardo Soares chama a atenção para o fato de o terceiro setor no Brasil não ser uma realidade nova, embora seja bastante recente a consciência que atribui determinada unidade e um sentido relativamente homogêneo às práticas identificadas pelas abordagens tradicionais como características da filantropia ou da solidariedade cívica. Ele analisa que a sociedade brasileira tem ampliado esse setor e progressivamente lhe tem transferido responsabilidades, seja pela ausência do

Estado, seja pelas crescentes iniciativas por parte da sociedade civil. Soares comenta que seria perfeitamente possível compatibilizar a demanda da presença mais incisiva e responsável do Estado com o reconhecimento da importância do terceiro setor, que representa um “fenômeno histórico, cujo impacto, além de economicamente estratégico, transcende a economia, ultrapassa o mercado e faz sentir seus efeitos em todas as esferas-chave para a construção e a consolidação de uma ordem social verdadeiramente democrática” (Soares *in* Coelho, *op. cit.*: 14).

A emergência, o crescimento e a diversificação do terceiro setor tem trazido importantes conseqüências para a esfera pública. Segundo Barbosa (2000), o Estado estaria impulsionando, mediante o repasse de verbas, o crescente número de serviços executados por organizações não governamentais na área de educação, saúde e capacitação profissional, por considerar que esses serviços estariam sendo realizados com mais eficiência e menor custo pelo terceiro setor do que os prestados diretamente pelo governo.

Analisando os convênios e parcerias entre o setor público e o terceiro setor, Barbosa aponta que é possível verificar, já na década de 1970, a percepção da conveniência de viabilizar parcerias entre as instâncias pública e privada, como indica o Decreto Municipal n.º 12.429, de 04.12.75, da Prefeitura de São Paulo, que estimulou a criação de entidades sem fins lucrativos com o objetivo de funcionar como clubes desportivos municipais. O Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes, idealizado pelo Governo Federal em 1986, é outro exemplo utilizado pela autora para ilustrar parcerias do Estado com a sociedade civil, uma vez que a operacionalização desse programa ocorreu por intermédio não só de instituições públicas e entidades filantrópicas, mas também de organizações da sociedade civil, como as associações de moradores.

De acordo com Barbosa, a legislação sempre teve um papel indutor na criação dessas entidades, e o repasse de verbas representou seu maior estímulo. No entanto, a autora considera que, se esse repasse de verbas não obedecer aos princípios de transparência (*disclosure*) e responsabilidade

(*accountability*), em nada contribuirão para fomentar a vida associativa. Ela salienta que, historicamente, os estímulos, isenções e subvenções garantidos nos convênios e parcerias com o setor público tendiam a beneficiar indistintamente as entidades tidas como filantrópicas e eram permeáveis em alto nível ao clientelismo, uma vez que os critérios de escolha de entidades beneficiadas com o repasse direto de verbas, em sua maioria, eram apenas formais.

No que se refere às práticas clientelistas, Carvalho (2000) mostra que elas perpassam as instituições brasileiras desde o antigo regime e que o princípio republicano sobre igualdade e mérito era em grande parte simples retórica. Segundo o autor, o clientelismo político pode ser visto como troca desigual, entre partes desiguais, envolvendo bens públicos, prática essa enraizada em uma sociedade hierárquica, composta de protetores e protegidos. Ele registra que a troca desigual no campo político representa uma extensão de trocas desiguais no campo social.

No contexto das comunidades de baixo poder aquisitivo e alto índice de violência, as relações são ainda mais desiguais, além de tornadas mais complexas pelo domínio do tráfico de drogas, como é possível constatar na declaração de Duarte *et al.* (1992) de que o poder jurisdicional do crime organizado atinge grau de penetrabilidade e capacidade de obtenção de legitimidade que constroem e impõem limites muito singulares às possibilidades de consolidação da cidadania por parte dos moradores das comunidades afetadas.

Em oposição à cultura clientelística, que segundo diversos autores está enraizada na sociedade brasileira, Barbosa (2001) mostra que as tendências atuais na legislação trazem em seu bojo uma nova política de estímulos seletivos. Em resposta à demanda de transparência em relação aos critérios de escolhas das entidades "conveniadas" com o poder público, foram promulgados a Lei Federal n.º 9.790/99 e o Decreto Federal n.º 3.100/99 (em anexo), estabelecendo que a escolha das organizações da sociedade civil para realização de atividades, eventos, consultorias, cooperação técnica e assessoria deverá ser feita por meio de publicação de edital de concurso de

projetos, pelo órgão estatal parceiro, que firmará um termo de parceria no qual deverão constar os direitos, as responsabilidades e as obrigações de ambas as partes. Sabe-se que a mera promulgação da lei não garante a transparência na escolha das entidades que recebem recursos governamentais; no entanto, representa um recurso legal ao qual as entidades podem recorrer para tomar conhecimento dos critérios do processo.

Segundo Barbosa, seria possível identificar no terceiro setor uma especial "aptidão" para a prestação de determinados serviços, sobretudo aqueles que requerem contato direto e atenção pessoal. Ela considera que os serviços que exigem comprometimento e confiança por parte dos usuários – saúde, educação, capacitação profissional, etc. – são geralmente prestados com mais eficiência e menor custo por entidades sem fins lucrativos do que quando prestados diretamente pelo governo. Dessa forma, afirma que seria mais do que razoável a realização de convênios ou parcerias entre o governo e o terceiro setor no atendimento de determinados serviços. A autora aponta, entretanto, que na formalização do acordo entre o poder público e o terceiro setor são encontradas dificuldades, como as seguintes:

- a) excesso de exigências burocráticas para a participação em licitações e celebração de contratos com o poder público;
- b) ausência de responsabilização de dirigentes de entidades por desvio na aplicação de fundos públicos, bem como prevalência de aspectos meramente formais na avaliação da prestação de contas;
- c) insuficiência dos recursos repassados, que não cobrem todos os custos administrativos e de pessoal.

Verifica-se que, apesar das dificuldades apontadas, todas as mudanças que vêm ocorrendo nas relações entre o Estado e a sociedade civil tendem a conferir importância cada vez maior às organizações comunitárias não apenas no campo da participação social, como também com relação à implementação e gestão de serviços locais.

Farah (1997) destaca a emergência de uma série de iniciativas promovidas por governos municipais nas mais diversas áreas de ação (saúde, segurança, educação, etc.) que aponta para a tendência referida. Seriam iniciativas que promovem mudanças nas relações entre Estado e cidadão, no sentido de participação mais ampla na formulação, na implementação e no controle das políticas públicas, bem como nas relações entre esferas do governo, no sentido da co-responsabilização por programas voltados para a melhoria das condições de vida da população. Essas mudanças nas relações entre Estado e sociedade civil, com a participação não apenas da comunidade, mas também de ONGs e do setor privado na formulação e implementação de projetos de caráter social, em particular na provisão e gestão de serviços públicos, têm, segundo a autora, o objetivo de proporcionar mais agilidade, eficiência e qualidade aos serviços oferecidos.

Boschi (1999) salienta que a instauração de novos recortes na relação público/privado, por meio de mecanismos descentralizadores, poderá tanto eximir o setor público de sua responsabilidade quanto implicar seu fortalecimento.

“A existência de forte vezo de enaltecimento de práticas descentralizadoras, sem se levar em conta a contrapartida de aumento da capacidade regulatória do Estado que tais propostas deveriam implicar, torna imperativa a reflexão sobre algumas das práticas vigentes. Que fatores explicariam os diferentes graus de sucesso na instauração de formatos institucionais capazes de assegurar não só o acesso da população à produção de políticas, como também respostas concretas, por parte do governo, em termos de atuação eficaz e responsável?”

Segundo o autor, a resposta a essa pergunta perpassa determinados fatores que incidem sobre o conceito de governança, entendido como “formatos de gestão pública que, fundados na interação público/privado, tenderiam a assegurar transparência na formulação e eficácia na implementação de políticas” (Mac Carney, 1996 *apud* Boschi, 1999:656).

Boschi procura mostrar que existem três diferentes níveis em que podem ser pensados a viabilidade e o alcance de arranjos de governança. No

primeiro nível estariam certas características do contexto político e configurações estruturais associadas a políticas macrorregulatórias. No segundo, os processos dependentes de trajetórias, aos quais se poderiam vincular políticas de gestão na alocação de recursos. Por último, o terceiro nível, no qual a instauração de práticas consultivas e deliberativas estaria associada à natureza setorial e pontual de políticas regulatórias (*idem*).

O autor salienta que o imponderável sobre a institucionalização das práticas de governança é, talvez, seu aspecto mais fascinante: “trata-se de apostar, a longo prazo, na capacidade que certas iniciativas, por perdurarem no tempo e terem efeitos multiplicadores, terão de gerar maior capital social, favorecendo uma perspectiva de recuperação do papel do Estado a partir de uma ótica descentralizada” (*ibidem*:682). Ele chama atenção para o fato de que descentralização e governo participativo não são uma panacéia e que, como em qualquer outro caso de desenho institucional, são adequados a casos específicos, não substituindo, no vazio, o poder de coordenação por parte do Estado.

“Uma vez que parecem inscrever-se num processo de causação circular, práticas de governança têm tanto maior chance de vingar, quanto mais forte for o Estado e a própria sociedade civil. Em caso contrário, isto é, na dificuldade de sua generalização ao longo do espectro social, as práticas de governança e participação correm o risco de se constituírem em alternativas fadadas ao insucesso para os que delas mais necessitam: os desorganizados e destituídos de recursos. E, em vez de propiciarem a redefinição dos recortes Estado/sociedade em bases mais pluralistas, podem terminar por se constituírem num mecanismo seletivo de conferir aos ricos as políticas, aos pobres o mutirão; a quem pode, o poder, a quem não pode, a participação.” (Boschi, 1999:683)

É nessa perspectiva que, segundo Guimarães da Silva e Rivière D’Arc (1996), seria possível afirmar a existência de consenso no sentido de que a gestão democrática e a participação popular requerem, combinadamente, o fortalecimento da sociedade civil e um processo real de democratização do Estado. Os autores enfatizam que o conceito de descentralização é muito amplo, com limites definidos por quatro tipos de processo: descentralização, delegação, devolução e privatização.

“Se a participação pode tornar-se uma panacéia, a descentralização transforma-se num camaleão político, adquirindo uma funcionalidade particular em cada caso, de acordo com as características de seus usuários, dos momentos e dos lugares de sua enunciação.” (Guimarães da Silva e Rivière D´Arc, 1996:50)

Os autores demonstram que a história dos projetos políticos urbanos durante os anos 80 é impregnada pela necessidade consensual do estabelecimento da participação social nas instâncias públicas e pela implementação da participação como instrumento-chave do exercício da democracia local e meio de legitimação das aspirações populares em matéria de vida quotidiana. “A palavra participação assume tamanha força que seu sentido parece mágico, fazendo esquecer sua fluidez, sua ambigüidade e suas filiações diversas” (*idem*: 46). Demonstram ainda que, nos anos 90, a discussão sobre participação popular no Estado democrático adquire importância particular com a conquista de diversas e importantes prefeituras pelos setores progressistas no país, quando se percebem a “insuficiência do acúmulo teórico anterior a essas gestões e a necessidade de reflexão e revisão permanente da conceituação de participação popular, bem como a necessidade de outros conceitos, tais como parceria, qualidade de vida e do meio ambiente, desenvolvimento e empreendedorismo local, modos de vida, cultura urbana, etnicidade etc.” (*ibidem*).

Em meio a toda a problemática que pode envolver o conceito de participação, verifica-se que a tendência das reformas nas políticas de saúde, em curso nas últimas décadas, no Brasil e em outros vários países, tem na participação comunitária um de seus pilares e na descentralização um dos pontos principais para se pensar e implementar a gestão dos sistemas de saúde.

No entanto, Cunill Grau (1998) adverte que, de acordo com as conclusões da conferência da Organização Pan-Americana de Saúde realizada em 1998, as experiências obtidas dentro e fora das Américas parecem demonstrar que os processos de reforma na saúde têm alcançado como resultado principal a contenção dos custos e a criação de novas oportunidades

de lucro e não alguma melhora na qualidade e cobertura dos serviços básicos. Segundo a autora, porém, ainda acredita-se ser possível que essas práticas possam ser capazes de estimular a eficiência e propiciar a cooperação voluntária, desenvolvendo uma ética de solidariedade e responsabilidade, assim como de acumular capacidades para resolver problemas sociais. Essas características são necessárias ao desenvolvimento de capital social que, segundo Putnam (1996), é determinante no desenvolvimento político e econômico de uma comunidade.

De acordo com Putnam, o conceito de capital social fundamentado nas práticas associativas acumuladas historicamente tem sido utilizado para explicar diferenças na qualidade do governo e nos níveis de desenvolvimento econômico. Analisando esse conceito, Boschi (1999) salienta que, sem o capital social, tenderiam a vigorar relações clientelistas fundadas em relações assimétricas, hierárquicas e verticais, com a conseqüente utilização de bens públicos como moeda de troca para se auferirem benefícios privados, ou seja, relações verticais, assimétricas e hierárquicas que dariam lugar à instauração de práticas autoritárias e de relações sociais predatórias, que impediriam a geração de políticas conducentes ao desenvolvimento.

Nesse contexto da reforma do Estado, entre mecanismo de participação e descentralização, foi possível à Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro estruturar experiências locais que propiciaram a participação popular na gerência das unidades de saúde na Área de Planejamento da Saúde 3.1, criando condições para a institucionalização de práticas de gestão fundadas na parceria Estado/sociedade civil.

Inserida nessa dinâmica, a proposta do Projeto Alternativo da CAP 3.1 da SMS-RJ encontrou espaço para contratar parceiros, junto à sociedade civil, visando ao gerenciamento das unidades de saúde localizadas em comunidades de baixo poder aquisitivo e com alto índice de violência.

A característica típica dessas unidades de saúde inscritas no "Projeto Alternativo" é o fato de serem gerenciadas por moradores da própria comunidade, os gestores comunitários, contratados por uma ONG, que,

mediante convênio de parceria com o poder público municipal, são os responsáveis pela administração da unidade local.

Verifica-se, entretanto, que as unidades de saúde se enquadram em meio àquelas classificadas como organizações profissionais ou de especialistas (Mintzberg, 1995), cuja característica central é o papel exercido pelos profissionais – detentores de um saber especializado – na execução dos objetivos da organização e ocupando o ápice da pirâmide de estratificação interna, constituindo fonte de autoridade que se sobrepõe à autoridade administrativa.

Nas estruturas de burocracia profissional tradicional, o poder dos profissionais advém do fato de executarem trabalhos por demais complexos para serem supervisionados por gestores ou padronizados por analistas. Assim, poder-se-ia esperar, em uma unidade cujos gestores possuem apenas formação primária ou ensino médio, maior autonomia dos profissionais de nível superior. Seria natural pensar que a estrutura administrativa das unidades de saúde administradas pelos gestores comunitários se caracterizasse de acordo com o modelo descrito por Mintzberg, como uma “pirâmide invertida”², em que os profissionais mais qualificados estariam no topo, e os administrativos, abaixo, para servi-los e assegurar a infra-estrutura necessária à realização das atividades profissionais. A expressão “pirâmide invertida” é utilizada por Mintzberg em comparação às organizações burocráticas simples, nas quais a cúpula estratégica é o componente-chave, e no topo da pirâmide são encontrados os administradores, encarregados de assegurar que a organização cumpra sua missão, satisfazendo as exigências daqueles que controlam ou exercem poder sobre a mesma. Nas burocracias profissionais, o componente-chave é o núcleo operacional, ou seja, o conjunto de profissionais que realizam o trabalho diretamente relacionado com a produção de bens ou prestação de serviços que mantêm com vida a organização (Mintzberg, 1995:197).

Também nas unidade de saúde do Projeto Alternativo, o componente-

² Apesar de o autor utilizar essas categorias para a análise de instituições de grande porte, consideramos pertinente sua apropriação neste trabalho.

chave pode ser considerado o núcleo operacional, pois, como toda unidade de saúde, trata-se de uma organização profissional. No entanto, o fato de estarem localizadas em comunidades permeadas por alto índice de violência dá ao gestor comunitário um poder paralelo, já que, sendo morador da comunidade, é caracterizado como elemento fundamental para viabilizar a prestação da assistência ao proporcionar mais segurança aos profissionais contratados para a realização do trabalho técnico.

A modalidade de parceria adotada pela SMS-RJ no convênio com as ONGs responsáveis pela gestão das unidades que participam dessas experiências é caracterizada por Borga como uma parceria de delegação, "uma vez que envolve as relações entre o Estado e a sociedade civil, nas quais há transferência de responsabilidades gerenciais para organizações não-governamentais com financiamento e regulação do Estado" (Borga, 1999:18).

Delegação é uma forma de descentralização e refere-se à transferência de responsabilidades gerenciais, estando associada, muitas vezes, à introdução de formas mais modernas e flexíveis de gestão. Nas parcerias, o ajuste que a delegação faz entre o Estado e a sociedade significa uma modernização institucional segundo uma lógica nova, presidida pelas necessidades sociais e não pelo mercado (Mendes, 1997).

Segundo Fernandes e Monteiro (1997), o desenvolvimento de um modelo de prestação de serviço organizado de forma que a população tenha mais poder participativo pode conduzir a nível mais elevado de controle social, contribuindo para o desenvolvimento de um padrão mais sustentado e para a própria eficiência e adequação desses serviços à realidade local.

Valla (1998) ressalta que, no conjunto de discussões que há alguns anos vêm se intensificando sobre os rumos técnicos e políticos do Sistema Nacional de Saúde, a questão da participação popular tem adquirido importante destaque, assumindo um papel central nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Segundo o autor, essa participação tem contribuído para a construção e o fortalecimento das propostas

progressivas de reorientação da política do setor, e foi elemento de grande relevância para a consagração institucional da saúde como "direito de todos e dever do Estado".

Parece haver consenso quanto à importância da participação popular, direito garantido no texto constitucional, no exercício de cidadania no campo da saúde e como estratégia necessária ao desenvolvimento de ações de saúde com melhor conhecimento da realidade local. Entretanto, não há consenso no que se refere à forma de participação nem se essa deveria estar diretamente vinculada ao gerenciamento da unidade de saúde ou deveria ser concretizada mediante a participação efetiva em um conselho gestor, em conjunto com a equipe de profissionais e outras lideranças locais.

De acordo com Rosanvalon (2000), as interrogações sobre os significados e as formas adequadas da participação popular não pertencem apenas aos dias atuais. Ele enfatiza que, apesar das simplificações contemporâneas que o termo democracia adquire, o projeto de participação popular mais ampla é sempre pertinente e pode ser compreendido entre os temas que reforçam as práticas democráticas.

A experiência de parceria realizada na comunidade de Vigário Geral está inserida nesse cenário composto pelo processo de mudança, em que a reforma do setor saúde tem ocorrido de modo fragmentado, localizado e experimental (Costa *et al.*, 2000). No capítulo seguinte será descrito o contexto em que representantes da comunidade em parceria com o poder público assumiram a responsabilidade pela gerência administrativa da unidade de saúde.

Capítulo 3

A experiência de parceria com o poder público na área da saúde em Vigário Geral

Para melhor situar o leitor em relação ao contexto do estudo, segue-se uma sucinta descrição dos fatos que antecederam a assinatura do convênio, de modo a caracterizar o momento em que ocorreu a parceria da SMS com a comunidade de Vigário Geral.

CENÁRIO

"O carro avança com dificuldade pelo labirinto tortuoso e esburacado da favela de Parada de Lucas, no subúrbio do Rio de Janeiro. A cada cinqüenta metros, o motorista repete a mesma pergunta: "Onde fica o Ciep Mestre Cartola?" A pergunta é útil e inútil ao mesmo tempo. Ele sabe exatamente onde quer chegar. A repetição serve para avisar os "soldados" do tráfico de drogas de que aquele carro desconhecido se dirige à escola. Funciona como um salvo-conduto nesse território explosivo e miserável, onde cabras passeiam entre poças de lama, procurando qualquer coisa para comer. Estamos em terreno dominado pela quadrilha chamada de Terceiro Comando; Vigário Geral, mais adiante, pertence ao Comando Vermelho. Entre as duas favelas fica a escola."
(Prado, 1999)

Até pouco tempo atrás, esse seria o relato de todas as pessoas que se dirigissem de carro ao Parque Proletário de Vigário Geral, pois a única estrada possível era por dentro da comunidade de Parada de Lucas, sob o poder jurisdicional da facção rival ao Comando Vermelho, que domina Vigário Geral. Em março de 2001, com a inauguração do Viaduto de Vigário Geral, a comunidade ganhou mais liberdade de ir e vir, e o reduzido número de moradores que possui automóvel não precisa mais se arriscar cruzando a comunidade rival para ter acesso ao mundo exterior à favela. Com o inauguração do viaduto, a comunidade tem mais facilidade de acesso aos

serviços assistenciais, pois pode contar agora com transportes coletivos – kombis – cujo itinerário inclui os bairros vizinhos. Já não precisa mais subir as escadas da Passarela Verde, que passa por cima da linha férrea – único acesso para quem quer chegar ao Parque ou de lá sair sem cruzar a comunidade de Parada de Lucas –, o que limitava o trânsito sobretudo de idosos e deficientes.

Anterior à construção do viaduto de acesso à comunidade, a história do Parque Proletário de Vigário Geral foi profundamente marcada pelo episódio da chacina ocorrida em 1993, quando 21 moradores foram assassinados. Esse fato foi determinante para a construção do cenário que a comunidade apresenta no momento atual, como demonstram algumas frases escritas pelos participantes do Curso de Capacitação de Gestores Comunitários:

“Depois da tragédia, descobriu-se que a comunidade carecia de investimento na área social, educativa e sanitária.”

“Antes era pior, não tínhamos liberdade de nos comunicar com Parada de Lucas e os tiroteios eram mais constantes. Foi preciso que inocentes morressem para criar uma nova realidade.”

“Após a morte de 21 moradores, coisas que nem sonhávamos em nossa comunidade hoje são realidade.”

No momento atual, apesar de o Parque Proletário de Vigário Geral ainda ser considerada uma das comunidades mais violentas do Município do Rio de Janeiro, verifica-se a construção de uma nova realidade, bastante diversa da existente antes do lamentável episódio. Atualmente a comunidade pode contar com a presença de algumas organizações que oferecem aos moradores oportunidades em diferentes áreas:

1. **Grupo Cultural Afro-Reggae:** ONG que se propõe a resgatar a cidadania dos jovens moradores das favelas, promovendo e fortalecendo a cultura negra, oferecendo alternativas à criminalidade e, principalmente, transformando a violência em música, dança, canto, arte, poesia.
2. **Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula – Funlar:** Programa da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS, que

presta atendimento a pessoas portadoras de qualquer tipo de deficiência que residam em comunidades de baixa renda do Município do Rio de Janeiro.

3. **Projeto Vida Nova:** Programa de ação social prioritário da agenda da Secretaria de Ação Social e Cidadania do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de promover a educação de jovens de comunidades populares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.
4. **Creche Coração de Gênève:** ONG destinada ao acolhimento de crianças de zero a três anos de idade em parceria com a SMDS;
5. **Mini-Posto de Saúde:** Parceria da SMS com a ONG Movimento Organizado de Gestores Comunitários para o atendimento da atenção básica das comunidades de Vigário Geral e Parada de Lucas;
6. **Mogec – Organização Não Governamental Movimento Organizado de Gestores Comunitários:** Além da administração do Posto de Saúde de Vigário Geral, a ONG Mogec ainda tem programas de alfabetização para a terceira idade, de incentivo à leitura para crianças, reforço escolar, da multimistura e de capacitação profissional para jovens de 16 a 21 anos.

Todas essas organizações contribuem para a construção de uma nova realidade na comunidade, seja proporcionando diversão, cultura, atendimento à saúde ou como fonte de geração de renda, possibilitando aos moradores maior interação e participação em assuntos de interesse coletivo; práticas cotidianas favorecedoras da formação de tradições cívicas que, segundo a teoria do capital social (Putnam, 1996), podem influenciar fortemente o desenvolvimento econômico e o bem-estar social. Sendo assim, espera-se que as relações sociais impulsionadas por essa nova realidade possam vir a fomentar a construção de “círculos virtuosos” capazes de preservar as inovações construídas e não permitam que os “círculos viciosos” perpetuem a exploração e a violência (Putnam, 1996:177).

Segundo Kliksberg (1999), é possível considerar que um dos problemas básicos enfrentados pelos moradores das comunidades periféricas é a exclusão social, que dificulta severamente o acesso aos mercados de trabalho e de consumo, tornando impossível a integração social e favorecendo a configuração de círculos perversos. O autor, no entanto, considera que a democratização da cultura pode romper esses círculos, mediante a criação de espaços acessíveis aos setores desfavorecidos, possibilitando canais de integração inéditos

Portes & Landolt (*apud* Reilly, 1999), porém, afirmam que a exigência de maior capital social como solução para os problemas das áreas carentes das cidades parte de um diagnóstico errado do problema e pode conduzir ao esbanjamento de recursos e a novas frustrações.

“Não é a falta de capital social, e sim a falta de recursos econômicos concretos – a começar por trabalhos decentes – que está subjacente à situação dos grupos urbanos empobrecidos. Mesmo aceitando que o fortalecimento das redes sociais e da participação comunitária contribuiriam para superar os traumas de pobreza, ninguém saberia dizer como se poderiam alcançar esses resultados. Indubitavelmente, tanto os indivíduos como as comunidades podem beneficiar-se enormemente com a participação e a confiança social, mas os resultados variam dependendo dos recursos que se obtenham, de quem se beneficia com eles e do que se pede em troca.” (Portes & Landolt *apud* Reilly, 1999:408)

No entanto, talvez seja possível que essas novas instituições possibilitem a criação de um “nicho de sociabilidade e vida pública” capaz de proporcionar mais segurança na comunidade (Vaitsman, 1997). De acordo com Vaitsman, as mudanças culturais fazem parte de processos socioeconômicos, políticos e institucionais que afetam os segmentos de formas diversas:

“a mudança, além de diferenciação, pode conformar similaridades, ainda que tangenciais, à medida que produz novos universos comuns (...) novos contextos prático-simbólicos, nos quais os atores sociais interagem, disputam e compartilham situações, trocam idéias, emoções, sentimentos, discursos, numa circulação permanente de valores, idéias, imagens”. (Vaitsman, 1997:317)

Dessa forma, a participação em distintos contextos e jogos discursivos implicaria simultaneamente produção de similaridade e de diferença, possibilitando que os moradores da comunidade de Vigário Geral participem de universos comuns, os quais poderiam estimular a produção de círculos virtuosos.

O Mini-Posto de Saúde de Vigário Geral, objeto de análise deste estudo, foi inaugurado no início de 1995, por intermédio da ONG Médicos Sem Fronteiras, e, desde o princípio, representou um importante nicho de vida pública na comunidade. A ONG MSF é uma organização não governamental que teve sua origem na Europa, em 1971, com o objetivo de oferecer ajuda às vítimas de catástrofes naturais, guerras, epidemias e aos excluídos socialmente, desenvolvendo ações no campo da saúde e da assistência social. Trata-se de uma instituição reconhecida pelos trabalhos executados em áreas de risco e grande violência (*Informativo Médicos Sem Fronteiras*, 1999).

Em dezembro de 1994, a ONG MSF iniciou suas atividades no interior da comunidade de Vigário Geral, com a implantação de um ambulatório básico de atenção à saúde. Conforme à filosofia de que a realização de um trabalho no interior das comunidades de baixa renda precisa possibilitar a formação de lideranças comunitárias capazes de conduzir as instituições e os movimentos locais, a organização estabeleceu desde o início um tempo definido para sua atuação na comunidade.

“A comunidade de Vigário Geral, entretanto, possuía uma frágil história de participação comunitária e política. A ausência de experiências definidas e concretas nesse campo impedia a viabilização de um espaço plural de consulta, avaliação e planejamento do próprio trabalho, espaço embrionário de um movimento que amadurecido poderia vir a viabilizar a gestão de serviços sociais e comunitários pela própria comunidade.” (MSF, 1999:09)

Diante dessa ausência de capital social capaz de viabilizar a participação imediata da comunidade na gerência da unidade de saúde, verificou-se a necessidade de capacitar lideranças locais para a gestão do ambulatório de saúde e assistência. Dessa forma, a ONG MSF propôs à Secretaria Especial do Trabalho do Município do Rio de Janeiro e à União Européia a realização do

Curso de Capacitação de Gestores Comunitários – CGC, visando garantir a continuidade do trabalho implantado na comunidade.

A organização ONG MSF encerrou sua gestão no Posto de Saúde em março de 1998, após ter assegurado a continuidade do trabalho na comunidade mediante a assinatura de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio Janeiro e a ONG Mogec, organizada pelos moradores da comunidade de Vigário Geral que participaram do CGC, com o objetivo específico de assumir a gestão do miniposto de saúde após a assinatura do convênio com a prefeitura.

HISTÓRICO

A realização dos primeiros convênios com uma ONG para gestão de uma unidade básica de saúde na AP 3.1 ocorreu em 1996, quando o então subsecretário municipal de saúde, Dr. Ronaldo Gazolla, em conjunto com a Assessoria Jurídica da SMS, viabilizou uma nova forma de contratação de recursos humanos, mediante a realização de um convênio com a Associação de Moradores da Comunidade Nova Holanda e com a ONG Movimento Maré Limpa (Borga, 1999).

Essa parceria entre a SMS-RJ e a comunidade no Complexo da Maré foi motivada, segundo o relato da então coordenadora da AP 3.1, pelos seguintes fatores: 1) altos índices de violência registrados na área em consequência do forte domínio do tráfico de drogas ilícitas; 2) tentativa de não aumentar a folha de funcionalismo com concurso público;³ 3) interesse do então secretário de saúde em experimentar a co-responsabilidade do gerenciamento com a sociedade civil; e 4) o propósito de iniciar um projeto com a participação do agente comunitário de saúde – ACS, que na época não figurava no quadro de carreira do município nem era reconhecido pelo Ministério da Educação

³ De acordo com Farias e Vaitsman (2002), o processo de reforma do Estado iniciado na década de 1990 no Brasil tem tentado promover maior flexibilidade na administração pública. Esses autores assinalam que as formas flexíveis de contratação da força de trabalho têm como consequência o estabelecimento de vínculos mais fluidos entre o trabalhador e a organização, o que contrasta com o caráter estável que caracteriza o vínculo do servidor em outras unidades gerenciadas pela SMS.

enquanto categoria profissional.⁴

Em 1996, no momento em que foram assinados os dois primeiros convênios, o Complexo da Maré não tinha a organização comunitária que apresenta atualmente, quando conta com uma grande gama de organizações não governamentais que realizam serviços na área de saúde, educação e esportes. Esses convênios foram firmados com as duas entidades que naquele momento estavam mais bem estruturadas: a Associação de Moradores de Nova Holanda e a ONG Maré Limpa, esta última criada em função do projeto de despoluição da Baía de Guanabara desenvolvido pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

A experiência de parceria entre a SMS e a comunidade realizada no Complexo da Maré para gestão de um serviço de saúde abriu caminho para a implantação de novas experiências de gestão comunitária. Dessa forma, possibilitou que, em 1998, a ONG Médicos Sem Fronteiras repassasse para o Município do Rio de Janeiro, por meio de um convênio com a prefeitura, o prédio em que funcionava a unidade de saúde implantada pela organização no Parque Proletário de Vigário Geral.

Esse posto de saúde repassado pela ONG MSF à Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro foi construído no mês de janeiro de 1995, quando a organização iniciou sua primeira experiência em áreas empobrecidas e violentas no município, com projeto que visava implantar um serviço de atenção à saúde para a população infanto-juvenil, financiado pelo Programa da União Européia para a Infância Desfavorecida em Meio Urbano.

A filosofia da ONG MSF é desenvolver programas com princípio, meio e fim. Segundo seus boletins informativos, todo o trabalho desenvolvido em Vigário Geral foi baseado na tríade: atender, consolidar e repassar o posto de saúde de uma forma responsável (MSF, 1999). Seus coordenadores avaliam ser muito nociva a atuação de algumas ONGs que se perpetuam nas

⁴ Apesar de o Programa de Agentes Comunitários de Saúde ter sido implantado em 1991, só foi regulamentado em 1997, ano em que se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde

comunidades. "Quando iniciamos um trabalho, programamos nossa saída para a entrada do poder público", aponta Elaine Monteiro, coordenadora social da ONG no Rio. E foi com o objetivo de repassar a unidade de saúde ao município que elaboraram em 1997 o Curso de Capacitação de Gestores Comunitários – CGC, originalmente previsto para aqueles moradores de Vigário Geral que assumiriam a gestão da unidade a partir de sua municipalização, seguindo o que estava indicado no Plano Trienal da ONG MSF (1995/1997), que previa a participação da comunidade na futura gestão do posto.

O CGC teve como objetivos: "1. definir uma metodologia de trabalho que formasse gestores sociais/comunitários em uma discussão plural e participativa com equipamentos comunitários regionais (governamentais e não governamentais); 2. estimular a formação de novas experiências sociais nas comunidades de origem dos alunos; 3. fortalecer os movimentos comunitários locais a partir de uma sólida capacitação política e administrativa e 4. sistematizar o debate acerca da Participação/Organização Popular e do Desenvolvimento Comunitário" (Médicos Sem Fronteiras, *op. cit.*).

Esse curso acabou por beneficiar não apenas os moradores de Vigário Geral, mas também as comunidade de Parada de Lucas, do Morro de Santa Marta, da Vila do João e de Costa Barros. Durante oito meses os alunos, selecionados entre os inscritos para o curso nas respectivas comunidades, participaram de algumas experiências comunitárias e foram monitorados por assistentes sociais na criação e execução dos projetos que visavam à identificação das necessidades locais e à implementação de atividades nas comunidades.

Com o propósito de envolver os moradores na realização de atividades de cunho social, com o intuito de capacitá-los para o gerenciamento de trabalhos sociais a serem desenvolvidos em suas respectivas comunidades, esse curso teve ainda, com relação a Vigário Geral, o objetivo específico de capacitar os moradores para a gestão do posto de saúde local.

Encerrado o CGC, foi organizada pelos moradores de Vigário Geral, sob a orientação da ONG MSF, uma organização não governamental de nome Mogec – Movimento Organizado de Gestores Comunitários, com o objetivo de assumir a gestão da unidade de saúde na comunidade. Dos oito moradores de Vigário Geral que realizaram o curso, dois foram contratados para a gestão da ONG, ocupando os cargos de coordenador de projeto e de coordenador administrativo. No posto de saúde, foram admitidas outras duas pessoas para trabalhar como gestores comunitários, e os demais alunos foram contratados para a função de agentes comunitários de saúde. A ONG MSF continuou com a coordenação do posto de saúde pelo período de três meses, até que estivesse pronta a documentação necessária para a assinatura do convênio de parceria com a SMS-RJ, passando a responsabilidade da gestão do posto de saúde para a ONG Mogec.

A realização do CGC e a conseqüente organização da ONG Mogec foram duas grandes contribuições da ONG MSF em Vigário Geral, pois capacitou e instrumentalizou os moradores locais para a gestão da unidade de saúde, o que constituiu um diferencial com relação aos demais convênios realizados na AP 3.1, que foram assinados com as associações de moradores sem que houvesse prévia capacitação dos gestores.

Sendo assim, o CGC constituiu uma inovação de grande relevância para a realização do convênio que possibilitou o desenvolvimento de atividades de cuidados primários em saúde no miniposto localizado no Parque Proletário de Vigário Geral em abril de 1998. Por outro lado, a coordenadora da área ressalta que a experiência adquirida com os projetos de gestão comunitária realizados na Maré, área em que se verificou elevada instabilidade com relação à permanência dos dirigentes das associações de moradores em decorrência da forte influência do narcotráfico, também contribuiu para a escolha de uma ONG na gestão da unidade de saúde em Vigário Geral.

A ocorrência de problemas nos convênios firmados com as associações de moradores, ocasionados em grande parte pelas freqüentes mudanças de seus presidentes, os quais eram os responsáveis pela gestão das unidades de saúde, levou a coordenação da AP 3.1 – CAP 3.1, a concluir que a parceria

com ONGs que tivessem alguma experiência na realização de trabalhos referentes à promoção e educação em saúde poderia ter mais eficiência e estabilidade.

MINI-POSTO DE SAÚDE DO PARQUE PROLETÁRIO DE VIGÁRIO GERAL: UMA PARCERIA ENTRE A SMS E A ONG MOGEC

O miniposto de saúde em Vigário Geral foi organizado com os objetivos de “estruturar uma porta de entrada para os programas implantados nas unidades básicas de saúde da área, prestar assistência integral a usuários cujos problemas de saúde não tenham estruturação como programas, desenvolver ações programáticas nível I e garantir assistência familiar para domicílios de riscos”, contando fundamentalmente com o trabalho de agentes comunitários de saúde (SMS/CAP 3.1, 1998:2).

O desenvolvimento de ações programáticas do Tipo I compreende: acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças menores de três anos (puericultura), diagnosticar e tratar doenças sexualmente transmissíveis, realizar preventivo e exame de mama em maiores de 40 anos, organizar banco de preservativos para sadios com ações educativas periódicas, incentivar o aleitamento materno, a prevenção de desidratação e a vigilância nutricional, realizar pré-natal de baixo risco, dar assistência integral ao hipertenso leve e ao portador de *diabetes mellitus* tipos I e II sem uso de hipoglicemiante, promover ações educativas para familiares dos portadores de hipertensão e diabetes, criar grupo de planejamento familiar, prestar assistência domiciliar a portadores de hipertensão arterial severa e moderada com mais de 50 anos, bem como a recém-nascidos de risco (SMS/CAP 3.1, *op. cit.*).

No convênio (em anexo) que estabeleceu as bases de cooperação entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e a ONG Mogec para o desenvolvimento de atividades de cuidados primários de saúde no miniposto localizado no Parque Proletário de Vigário Geral, ficou deliberado que as obrigações da ONG seriam:

1. manter os dois imóveis de propriedade do município, em que funciona o miniposto de saúde;
2. manter em exercício o quadro de pessoal de nível superior e auxiliar necessário ao desenvolvimento das atividades de cuidados primários;
3. elaborar e remeter mensalmente à Coordenação da Área de Planejamento da Saúde 3.1 relatórios técnico e administrativo sobre as atividades desempenhadas, para que seja efetuado o repasse;
4. contribuir com o município na definição e recomendação relativas às normas sobre assuntos correlatos e conexos às atividades desenvolvidas;
5. designar coordenador para responsabilizar-se pelas atividades técnico-administrativas junto à Coordenação da Área de Planejamento da Saúde 3.1;
6. acatar as determinações técnicas e administrativas da supervisão da SMS;
7. garantir o acesso ao atendimento de ambas as comunidades (Vigário Geral e Parada de Lucas), viabilizando as estratégias necessárias.

Como obrigações do município, o convênio institui:

1. destinar e manter, na medida de suas disponibilidades orçamentária e financeira, equipamento e material permanente de consumo, incluindo medicamentos para o bom funcionamento do miniposto;
2. apoiar, por intermédio das unidades municipais de saúde da Área de Planejamento da Saúde 3.1 as atividades dos referidos ambulatórios;
3. utilizar as unidades municipais de saúde da Área de Planejamento da Saúde 3.1 nos casos que demandem atenção médica especializada, análises clínicas laboratoriais e radiologia;
4. desenvolver programas de treinamento em cuidados primários de saúde destinados ao pessoal auxiliar e de nível superior da área de saúde;

5. supervisionar e fiscalizar a execução das atividades previstas no convênio e apreciar as prestações de contas, por intermédio da Coordenação da Área Planejamento da Saúde 3.1;
6. repassar os recursos financeiros necessários à execução das atividades estabelecidas no convênio.

Observa-se a existência de uma cláusula no convênio estabelecendo que as responsabilidades e os encargos para com o trabalhador são atribuições que cabem às instituições conveniadas. No entanto, a Coordenação da AP 3.1 tem realizado algumas interferências nas questões trabalhistas, com a preocupação de não permitir que ocorram em Vigário Geral os mesmos problemas verificados nas unidades de saúde do Complexo da Maré, cujos gestores comunitários – presidentes das associações de moradores da Maré – demitem e contratam funcionários sem consultar a Coordenação da AP 3.1, estabelecendo uma política clientelista, pondo em risco a qualificação dos profissionais contratados e, por conseqüência, a qualidade dos serviços prestados à população.

O instrumento jurídico dá autoridade ao gestor comunitário, seja ele o dirigente da associação de moradores ou da ONG, para selecionar, contratar ou demitir tanto os profissionais de nível superior quanto auxiliares, não cabendo nenhuma interferência da Coordenação da AP 3.1 em relação a esse processo. A Coordenação, no entanto, argumenta a necessidade de que ela se responsabilize pelo processo seletivo e avalie a contratação dos profissionais de saúde para que possa assegurar a qualidade da assistência junto à população local e assumir as atribuições que lhe cabem como órgão responsável pelo estabelecimento e fiscalização dos parâmetros técnicos.

Na viabilização do projeto a CAP 3.1 procurou estabelecer um trabalho fundamentado em uma proposta de ação programática e nos pressupostos do Pacs, preconizado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população atendida, trabalhando em parceria com os diversos segmentos sociais. Isso configurou uma orientação diversa da adotada pela ONG MSF que, apesar de contar com agentes comunitários de

saúde na realização de visitas domiciliares, enfatizava o atendimento ambulatorial.

A implantação do trabalho organizado com base nas metas e objetivos dos programas de saúde preconizados pela SMS e ainda com gerência administrativa formada por pessoas oriundas da própria comunidade ocasionou grandes mudanças na unidade de saúde em Vigário Geral e originou variados conflitos. Os profissionais de nível superior viam com muita resistência o fato de a gestão da unidade de saúde estar a cargo de pessoas que não possuíam formação técnica; por outro lado, nos gestores comunitários prevalecia a idéia de que os profissionais não conheciam a realidade local.

Nesse conflito, os gestores comunitários tendem a desacreditar de qualquer inovação proposta pelos profissionais, alegando que tais objetivos não dariam certo por estar distantes da realidade local. O sentimento de que o outro não se importa ou não conhece porque não mora na comunidade está sempre presente na fala dos gestores entrevistados, para os quais o saber formalmente instituído dos profissionais da área de saúde representa um conhecimento distante da realidade por eles quotidianamente vivenciada.

As cobranças que passaram e ser realizadas pelos gestores comunitários na unidade de saúde, como, por exemplo, o controle do horário de entrada e saída, causaram muitos conflitos com os profissionais, que não estavam acostumados a essas exigências durante a gestão da ONG MSF. Tais cobranças eram tidas como uma interferência indevida na autonomia profissional, e o fato de serem feitas por pessoas de nível técnico e mesmo moradores locais acirrava o conflito. Os gestores, por sua vez, justificavam sua atitude alegando que a eles cabia responder perante a coordenação da AP 3.1 sobre as questões relacionadas ao cumprimento da carga horária exigida.

Por outra parte, a inserção de sanitaristas com competência no planejamento, na coordenação técnica, na organização e na avaliação dos programas e da unidade de saúde constituiu um diferencial entre o posto de saúde localizado em Vigário Geral e as unidades das demais comunidades da área, que não possuíam, na época, esse profissional em seu quadro de

funcionários.⁵ A contratação de sanitaristas vinculados diretamente à Coordenação de Saúde, admitidos de forma estratégica para viabilizar a implantação dos programas segundo o modelo proposto pela SMS, possibilitou mais controle sobre as ações dos gestores comunitários responsáveis pela administração da unidade.

Essa contratação foi uma iniciativa da CAP 3.1 por considerar que o desenvolvimento de um projeto de comunidade iria abraçar outros programas de saúde e, portanto, deveria contar com um profissional habilitado para assumir a coordenação técnica, capacitado para trabalhar com os indicadores de saúde preconizados pela SMS, além de instruir os demais profissionais no cumprimento das metas estabelecidas.

A presença de um sanitarista como coordenador técnico contribuiu para diluir os conflitos entre os profissionais de saúde e os gestores comunitários, o que é significativo para o fato de reclamações com relação à gerência administrativa de Vigário Geral não serem freqüentes na CAP 3.1, levando a então coordenadora da área a concluir que a ONG Mogec não interfere tecnicamente no trabalho realizado. No entanto, como será observado adiante, os profissionais de saúde fazem afirmações contrárias.

⁵ Na época em que a pesquisa foi realizada (2001), as unidades do Complexo da Maré contavam com sanitaristas que faziam parte de uma equipe de supervisão, sendo cada um responsável por quatro unidades.

Capítulo 4

Gestão comunitária

Este capítulo tem como base as entrevistas realizadas com as gestoras comunitárias, funcionários da unidade de saúde e gerentes da SMS. Os relatos apontam importantes elementos que auxiliam a compreensão das vicissitudes entre a coordenação técnica, desempenhada pela SMS e seus representantes, e a coordenação administrativa, desempenhada pela ONG Mogec.

O PONTO DE VISTA DAS GESTORAS COMUNITÁRIAS

Segundo a gestora comunitária X, no início ocorreram muitas dificuldades para a implantação do projeto em Vigário Geral, pois, além da insatisfação dos profissionais de nível superior por perderem o *status* de pertencer à ONG Médicos Sem Fronteiras, organização que conta com reconhecimento internacional – eles passavam a ser funcionários da ONG Mogec pagos pela SMS-RJ –, havia descontentamento pela perda da total autonomia com que realizavam os serviços na comunidade. A entrevistada considera que a necessidade de cumprir o horário e prestar contas do trabalho realizado provocou forte sentimento de desagrado entre os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, assistentes sociais). Acrescenta que os profissionais da ONG MSF não aceitavam o fato de o posto ser gerenciado por moradores locais, “por ralés”, e que os profissionais de nível superior contratados pela CAP 3.1 possuíam visão muito distante da realidade vivenciada pela comunidade.

As gestoras comunitárias consideram que os profissionais de nível superior viam-nas como meros controladores e não como pessoas capazes de contribuir para a organização do serviço. Afirmam que, se não realizassem o trabalho exigido com relação ao controle dos horários, seriam repreendidas pela Coordenação de Saúde, pois havia regras a cumprir, metas a alcançar e “o trabalho não poderiam ser feito de qualquer maneira”(GX).

Uma vez que eram as responsáveis pela parte administrativa, as gestoras comunitárias precisavam cobrar de todos os funcionários o cumprimento do número de horas constante em seus contratos. Essa determinação provocou muitas discussões entre os profissionais, principalmente os médicos, habituados a sair depois do último atendimento agendado, independentemente do horário que devessem cumprir. Em relação aos horários, as gestoras comunitárias relatam que no início foram por demais flexíveis, de forma que muitos profissionais continuaram descumprindo a carga horária para as quais haviam sido contratados. Consideram que essa não foi uma boa estratégia e que deveriam ter “vetado todos os abusos”, pois, assim, teriam evitado muitos aborrecimentos.

Alguns depoimentos recolhidos junto às gestoras comunitárias revelam que elas acreditam ser possível que o posto de saúde funcione com uma gerência formada por não moradores da comunidade, o que, entretanto, implicaria mais dificuldade para a realização do trabalho de cunho preventivo, que exige a realização de atividades externas para o reconhecimento da área e visitas domiciliares. O fato de serem moradores locais é considerado fator de grande importância para a viabilidade do posto de saúde, até oferecendo mais segurança para todos os funcionários. Exemplificam que todas as visitas domiciliares e demais atividades externas devem ser realizadas na companhia de algum agente de saúde local; o profissional não poderia andar livremente pela comunidade, pois “os caras não deixam passar” (GX). Esse argumento reforça a afirmação de que o crime organizado constrange e impõe limites às possibilidades da consolidação de cidadania por parte dos moradores das áreas circunscrita pelo poder jurisdicional das facções criminosas.

A gestora comunitária Y, no entanto, considera que o fato de ser morador da comunidade não basta para ser um gestor comunitário: “É preciso avaliar se a postura desta pessoa é adequada ao cargo”. Ratificando essa afirmação, a gestora comunitária X declara que, ao assumir o cargo de gerente no posto de saúde, mudou não só a forma de divertir-se como também a maneira de vestir-se; é enfática ao afirmar que a pessoa que vai trabalhar na comunidade precisa estar disposta a modificar a forma de viver.

Segundo as entrevistadas, a principal qualidade para um gestor comunitário é ser capaz de reconhecer as necessidades locais mais importantes

O interesse em “ajudar as pessoas” é mencionado pela gestora comunitária X como o motivo primordial que a levou a participar do Curso de Capacitação de Gestores Comunitários promovido pelo ONG MSF, pois foi uma oportunidade para realizar um trabalho que trouxesse benefício para os moradores da comunidade.

Relata que, ao assumir a gerência, tinha clareza de que não seria a diretora do posto e sim um agente administrativo, com a tarefa de verificar a folha de ponto dos funcionários e as questões administrativas referentes ao funcionamento do posto de saúde. De forma análoga, a gestora comunitária Y afirma ter consciência de não ser diretora da unidade, bem como de que o trabalho da diretora de um posto de saúde seria muito diferente, pois “tem um poder maior e é muito mais complexo, um pouco do trabalho administrativo com o trabalho do coordenador técnico”. Acrescenta que não percebe necessidade de um diretor no Posto de Vigário Geral, por tratar-se de uma unidade pequena; um diretor, em sua opinião, seria mais necessário nos hospitais, nas unidade maiores.

A gestora comunitária X considera o fato de não ter formação de nível superior, mas estar em posição hierárquica que a obriga a dar ordens para aos profissionais graduados, uma questão que suscita muitos conflitos. Para os funcionários faria uma grande diferença se ela tivesse formação de nível superior – seria mais respeitada, afirma e lembra que os próprios moradores da comunidade questionaram: que formação possui para estar na gerência de um posto de saúde? No entanto, procura esclarecer que sua intervenção é restrita ao que lhe cabe na organização do serviço e que jamais interveio nas questões técnicas específicas de qualquer profissional. Verificar-se-á adiante que o relato das sanitaristas entrevistadas contradiz essa afirmação, pois, segundo a coordenação técnica, a interferência das gestoras comunitárias esteve presente durante o processo de implantação dos programa e ainda se faz presente na atualidade.

A gestora comunitária Y relata que no princípio teve receio com relação ao cargo que ocuparia, acreditando ser nova demais para exercer uma função com tanta responsabilidade. Avalia, contudo, que, com o passar do tempo, adquiriu experiência e mais confiança, tanto nos relacionamentos com os profissionais quanto nas respostas para a comunidade. Quando assumiu a função, sabia apenas que desempenharia atividades administrativas e só quando começou a atuar no posto de saúde teve “a verdadeira noção do que era o trabalho”.

Declara que a princípio percebeu haver “uma relação de poder com respeito às pessoas que trabalhavam no posto”, o que a deixava muito insegura, com o sentimento de não estar preparada para exercer a função; mas que, após alguns anos à frente do posto, sua visão do que é a gerência administrativa foi modificada. Considera que o trabalho do gestor comunitário é garantir os insumos básicos na unidade para que os profissionais possam realizar suas atividades da melhor forma possível. Salaria que, ao verificar que o trabalho de um outro profissional está por fazer, atrapalhando as atividades de toda a equipe, procura saber o que pode ser feito para ajudar. “Porque, se der errado, vai prejudicar a todos, não vai cair um único profissional, vai cair o Posto de Saúde de Vigário Geral”, afirma a gestora comunitária Y.

Durante os três primeiros anos à frente do posto, como gestoras comunitárias, relatam ter percebido a necessidade de estar presentes, ao lado da sanitarista, na coordenação de programa, uma vez que seria necessário que soubessem resolver eventuais problemas com relação aos programas de saúde executados na unidade – Programa da Mulher, Programa da Criança, Programa do Adulto (Hipertensão, Diabetes, Tuberculose e Hanseníase) – e à própria rotina de atendimento, dado que os profissionais responsáveis por esta parte, os sanitaristas, não podem estar em tempo integral na comunidade devido às constantes reuniões com a CAP 3.1.

Reconhecem que tais atividades são de fato atribuições do coordenador técnico, o sanitarista; no entanto, justificam que a CAP 3.1 exige que saibam responder quais as atribuições e metas de cada profissional, porque, como

gestoras comunitárias do miniposto de saúde em Vigário Geral, participam de reuniões em que estão presentes todos os gestores comunitários e até mesmo os diretores dos postos de saúde da AP 3.1, quando são discutidos os problemas de cada unidade.

“Não que precisamos saber a fundo o que cada um faz, mas temos que saber, por exemplo, se quando um assistente social abre um prontuário, ele faz um levantamento dos problemas sociais e de saúde. E aí temos que saber pelo menos se ele realmente está encaminhando, se entra em contato com as escolas. No mínimo temos que saber se realmente ele dá uma continuidade ao trabalho. Se um médico referencia as crianças que precisam ser referenciadas, se ele remarca as crianças que precisam ser remarcadas, pelo menos um mínimo a gente precisa saber.”

É curioso o fato de as gerentes não considerarem que a busca de controle sobre o trabalho dos profissionais constitua uma interferência na parte técnica e replicarem afirmando que em nenhum momento disseram que os profissionais estariam errados; apenas davam “um toque ou outro” e discutiam a melhor forma de eles executarem determinadas atividades para a comunidade aceitar. Relatam que foram muitos os momentos em que alguns profissionais lhes disseram que não precisavam ensinar a eles o que tinham que fazer, porque elas não possuíam capacidade técnica para lhes ensinar o trabalho.

Após três anos à frente da unidade de saúde, a gerente comunitária Y considera ser capaz de “chegar para qualquer profissional e falar se o trabalho não estiver indo bem, chamá-lo para conversar e ver o que está acontecendo”. Relata haver discutido com determinado profissional de nível superior por achar que esse não estava tratando bem os usuários, argumentando para o mesmo que as pessoas humildes sempre foram maltratadas nos serviços públicos e que acreditava que, pelo menos dentro da comunidade, elas deveriam ser respeitadas. Afirma que não pretende interferir no trabalho profissional, porque sabe que é apenas um agente administrativo. Mas, se escutar um paciente reclamando, deve chegar para o profissional referido e dizer, na tentativa de não permitir que todo o trabalho da equipe seja prejudicado por um único profissional.

“As pessoas que eram mais resistentes a este tipo de intervenção, chegavam a dizer que eu não sabia nada e não possuía competência técnica para querer avaliar o trabalho profissional. Mas, com o tempo, fomos adquirindo maior confiança das pessoas, fomos conquistando o nosso espaço dentro do posto. Hoje, eu acredito que consolidamos um espaço.”

Argumenta que além de ouvir o que as pessoas estão reclamando, precisa tomar determinadas atitudes, pois, do contrário, de nada adiantaria ouvir o que o usuário tem a dizer. Considera que é necessário procurar o profissional e saber o que de fato aconteceu e, se for preciso, pedir que mude a postura, e, se ele se recusar a ouvir, procurar a pessoa responsável pela área técnica, o sanitarista, solicitando que tome as providências necessárias.

A gerente comunitária Y relata que sempre procurou “não se meter” no trabalho dos profissionais; mas, quando verifica que há algum trabalho por fazer, é preciso interferir de alguma forma, porque não pode deixar que “o trabalho acabe, por causa de uma única pessoa”. Visando ao bom andamento das atividades no posto de saúde, relata procurar fazer de tudo e ir até onde tem consciência de que pode, ilustrando, como limite de sua intervenção, com a declaração de que nunca prescreveria um medicamento. No entanto, não considera ser um problema entrar em contato com outras unidades ou com outros profissionais, se houver necessidade. Relata que na ocasião em que faltou material para curativo teve que ir até a CAP 3.1 da área tentar resolver o problema para não prejudicar o trabalho, mesmo considerando que era uma atribuição da sanitarista, “porque não poderia ficar apenas fazendo o trabalho administrativo e deixar que o restante fosse prejudicado, porque o profissional responsável não estava presente ou estivesse ocupado com outras coisas”.

Segundo as gestoras comunitárias, alguns programas “mandados” pela CAP 3.1 precisam ser modificados e adequados ao “perfil da comunidade”. As gestoras consideram ser necessário discutir com os profissionais no sentido de que conheçam melhor a comunidade para “aperfeiçoar” as atividades de acordo com a realidade local. Tais afirmações evidenciam o fato de as

gestoras comunitárias considerarem os profissionais de saúde demasiadamente submissos às propostas das autoridades governamentais.

“Quando eu bato no pé e digo que as pessoas têm que conhecer a comunidade é porque eu acho que não é todo programa que vem da SMS que dá para entrar perfeito aqui dentro, tem coisas que as pessoas não vão aderir, outras que podem aderir numa boa. É preciso que o profissional ande pela comunidade, converse mais com as pessoas, para saber a melhor forma de encaminhar as coisas aqui dentro. Porque quando as pessoas não gostam, não gostam mesmo e se quiserem botar para fora botam mesmo e acabou. O meu medo sempre foi esse porque, querendo ou não, a gente sabe que aqui dentro existe o tráfico.”

Em alguns trechos dos depoimentos dos gestores comunitários, evidencia-se a idéia de que os profissionais de saúde não compreendem a realidade da área na qual trabalham e nem são capazes de identificar as necessidades da população, uma vez que não pertencem a essa realidade, ao contrário dos gestores comunitários, que têm a vivência local. Enfatizam que, embora os profissionais graduados possam ter formação universitária e conhecimento técnico, chegam na comunidade com muita “teoria na cabeça”. Portanto, mais do que um desconhecimento da realidade local, os profissionais teriam um estranhamento, que seria inerente a sua própria origem de classe.

“A gente tem a vivência, sabemos o que a comunidade precisa. Se o médico diz que as crianças precisam de um elefante cor-de-rosa, eu digo que não, que as crianças não precisam de um elefante cor-de-rosa, que as crianças aqui precisam é de comida.” (GY)

Considerando, como Bakhtin (*apud* Minayo, 1992:110), que a palavra é “o fenômeno ideológico por excelência”, definindo o “caráter histórico e social da fala” é possível perceber mais uma vez no conteúdo simbólico da frase expressa pela entrevistada a concepção de que os profissionais não conhecem a realidade da comunidade, sendo o gerente comunitário a pessoa capaz de fazê-los entender as verdadeiras necessidades da população.

Essa afirmação faz lembrar uma citação de Valla (*apud* Bosi, 1998:91), que considera que alguns dos impasses entre os profissionais de saúde e a

comunidade decorrem, em parte, "de suas formações universitárias que revelam lacunas justamente nas áreas que se relacionam com os problemas agudos da população trabalhadora (...). Nesse sentido, a ótica elitista dos currículos universitários faz com que assuntos tratados nas universidades, freqüentemente, passem ao largo de questões de educação e saúde ligadas às necessidades da população".

Os argumentos dos gestores comunitários explicitam que a importância da parceria está no fato de eles conhecerem aquilo de que a comunidade realmente precisa. Acrescenta que, além de ser uma iniciativa muito positiva da prefeitura, é um ato de coragem, pois é muita responsabilidade confiar às mãos de pessoas da comunidade a administração de um serviço de saúde.

Quanto ao fato de trabalhar na localidade em que mora, a gerente comunitária Y reconhece ser algo difícil, porque, além de sempre extrapolar o horário de trabalho, passa a ser muito visada. Relata que nunca parou para pensar como a comunidade a olha, mas reconhece que tem uma posição diferenciada e que, ao assumir sua função na gerência do posto de saúde deixou de ter uma vida normal, porque as pessoas batem na sua porta às 11 horas da noite querendo saber se vai haver vaga para o filho ser atendido no dia seguinte; procuram-na no domingo para saber se há remédios, quando retornam do hospital e o posto está fechado. No que se refere aos remédios, considera ser necessário dizer que infelizmente a pessoa terá que esperar até o posto abrir no outro dia, pois, mesmo que tenha algum medicamento de uso pessoal, não pode dar, ou irão dizer que pega remédio do posto e leva para casa.

"A vida da gente muda muito, qualquer coisa que fizer no meio da rua, as pessoas vão reparar e falar, a gente passa a ser muito visado. Tem momento em que o vizinho chega e quer ser atendido primeiro porque nos conhece. Às vezes querem usar o nosso nome para conseguir vagas. Existem muitas reclamações dizendo que a gente guarda a vez para as pessoas da nossa família."

A gerente comunitária X considera que o fato de precisar dizer a um

parente ou a um amigo que não tem mais número e ele vai ter que voltar no outro dia seria, em alguns aspectos, positivo, pois as pessoas começarão a entender que o posto é um local de trabalho e vão respeitá-las enquanto profissionais. Reconhece que em alguns momentos teve receio de possíveis retaliações por parte de determinados usuários, como no caso de parentes de "pessoas envolvidas" chegarem no posto de saúde dizendo que o filho estava baleado e querendo que o médico fosse atendê-lo, porque tinha a obrigação de fazer visitas domiciliares, e teve que dizer várias vezes que o médico não poderia ir, porque era uma ocasião em que havia muitos policiais na comunidade e a situação era de grande tensão. Considera que casos semelhantes, de pessoas insistirem em determinado atendimento, alegando tratar-se de alguém envolvido com o tráfico, criam situações muito delicadas, pois tem de pensar na segurança dos profissionais ou se amedronta com a possibilidade de amanhã ou depois poder "desenrolar" uma represália contra sua pessoa. Tais afirmações reforçam a concepção de que o gestor comunitário representa um elemento de grande importância para a viabilização do trabalho técnico, dando mais segurança aos profissionais contratados.

"Já aconteceu um outro caso em que vieram até a gente querendo que o médico atendesse uma pessoa que havia levado um tiro e estava muito mal, e o médico disse para mim que não poderia atendê-lo porque não havia recursos no Posto de Saúde, e eles acharam que era sacanagem, que a gente simplesmente não queria atender o cara, e aí nós levamos eles até dentro do posto e mostramos para eles os nossos recursos. Foi preciso que eles vissem que realmente não tínhamos recursos para realizar aquele tipo de atendimento e que precisavam procurar um hospital de emergência. Se, nesse caso, eu fecho o posto e me amedronto, pode significar que eu posso fazer, mas não quero."

Verifica-se, assim, como o crescimento da violência e de novas formas de dominação presentes nas comunidades periféricas, sobretudo o narcotráfico com seus desdobramentos na organização popular, afeta sobremaneira a prestação de serviços públicos assistenciais aos moradores de áreas consideradas de risco (Bosi e Affonso, 1998).

Em relação à parceria com a SMS, as gestoras relatam que poderia “ser melhor”, mas consideram que está havendo um reconhecimento do trabalho que realizam à frente do posto de saúde, tanto que o funcionário responsável pela parte contábil da ONG Mogec, está sendo mencionado pela CAP 3.1 com um exemplo de prestação de contas a ser seguido pelas demais unidades. Consideram que o fato de a coordenação estar acompanhando mais de perto o trabalho realizado na comunidade favorece a realização do convênio, pois aumenta a possibilidade de diálogo, diferente de simplesmente ditar as normas, dar o dinheiro e esperar que o repassem com eficiência.

Entendem que deveria haver mais dedicação e apoio por parte da SMS, pois, além da verba para cobrir os salários, é necessário providenciar condições adequadas para executar um bom serviço. Essa insuficiência de recursos repassados e incapazes de cobrir todos os custos administrativos e de pessoal é apontada como uma das dificuldades encontradas na formalização de acordo com o poder público.

Esclarecem que, em nome da ONG Mogec, foram adquiridos muitos materiais para o posto de saúde, como, por exemplo: mesas, macas, material para a reforma das salas, artigos de papelaria, café, açúcar e utensílios de cozinha, como pratos, fogão e geladeira. Salientam, porém, que, caso o convênio seja extinto, esses objetos passam a ser propriedade da organização e não do município. Essa mobilização de recursos e empreendimentos de iniciativas junto à comunidade favorece a relação custo/benefício em comparação à produção estatal, até por se recorrer ao trabalho voluntário na prestação de determinadas atividades para a manutenção da estrutura e doação de materiais.

O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS

Segundo SX, o fato de propostas, ações e objetivos estarem definidos *a priori* em um projeto elaborado pela CAP 3.1 foi um dos fatores que contribuíram para que o trabalho realizado em Vigário Geral fosse bem-sucedido. A implantação de programas de saúde e de ações voltadas para

estruturar a assistência prestada na comunidade de acordo com o padrão preconizado pela SMS-RJ representou, segundo a sanitarista, um avanço em relação às atividades antes desempenhadas pela ONG MSF, de caráter predominantemente assistencial.

De acordo com SX, a possibilidade de ter estabelecido uma rede de referência e contra-referência favoreceu o bom desempenho do projeto em Vigário Geral, pois, sendo o miniposto uma unidade de atenção básica com práticas bastante restritas em decorrência do número de profissionais e pela própria estrutura, seria necessário estabelecer um acordo com as demais unidades de saúde da área no sentido de que oferecessem atendimento nas situações em que os usuários não pudessem ter respostas na comunidade. Dessa forma, estabeleceram junto à CAP 3.1 as unidades de saúde para as quais poderiam encaminhar os casos que demandassem atendimento especializado e definiram com essas "unidades-mães" o que poderia ser encaminhado e o número de encaminhamentos que poderiam ser agendados para cada especialidade.

Para SY, Vigário Geral tem uma característica muito forte, que é o fato de todos os profissionais contratados terem passado pela avaliação da CAP 3.1, que os selecionou de acordo com o perfil necessário aos objetivos do projeto. Dessa forma, o mérito da unidade estaria também relacionado à qualidade e ao comprometimento de todos os profissionais que ali trabalham.

Questionada se o fato de a CAP 3.1 ter presença consolidada e representada pela coordenação técnica na unidade constituiria um dos fatores que favoreceram o bom desempenho do projeto em Vigário Geral, SY pondera que a Coordenação de Saúde estaria mais presente no Complexo da Maré, onde seus técnicos desempenham constante supervisão. A sanitarista avalia que o que realmente constitui uma grande diferença é o fato de todos os profissionais que trabalham na unidade de Vigário Geral terem passado por um processo seletivo na Coordenação de Saúde da Área, diferente daquele por que passaram os profissionais que trabalham no Complexo da Maré, contratados diretamente pelos gestores, sem avaliação prévia da CAP 3.1.

“Eu vejo é que eles escolheram os profissionais e são estes profissionais que dão contam do serviço, a coordenação apenas é chamada quando os problemas fogem às competências internas. Diferente do que acontece na Maré, onde por exemplo durante a campanha de vacinação a coordenadora percorre todos os postos para fiscalizar a execução da campanha, em Vigário Geral ninguém vem fiscalizar. Eles confiam na equipe e por isto não sentem a necessidade de estarem fisicamente presentes.”(SY)

De acordo com a concepção das duas sanitaristas entrevistadas, uma das cláusulas que precisam ser revistas no contrato é exatamente a referente ao item sobre seleção de pessoal, que, segundo elas, não pode ficar na mãos dos gestores comunitários. Declaram que o processo seletivo precisa estar vinculado à SMS ou à CAP, pois, diferente do que ocorre em Vigário Geral, onde a Coordenação de Saúde tem mantido o controle sobre esse processo, no Complexo da Maré os gestores comunitários fazem jus ao que está instituído no convênio e realizam com total autonomia a contratação e a demissão dos profissionais, instituindo relações clientelística e pondo em risco a qualidade da assistência prestada a população local.

Verifica-se que a convivência entre a coordenação técnica – as sanitaristas – e a coordenação administrativa – as gestoras comunitárias – apresenta momentos de grande divergência. O coordenador de programa é visto pelos gestores como a pessoa que foi indicada pela CAP 3.1 e está na unidade como seu representante direto. As gestoras comunitárias, segundo SX, achavam que a coordenação técnica havia sido uma imposição da CAP 3.1, com o objetivo de fiscalizar o trabalho desenvolvido e o funcionamento da unidade. Relata que só quando conseguiram estabelecer mais proximidade com a coordenação administrativa, esclarecendo que não estavam ameaçando o espaço delas, foi que puderam trabalhar sem maiores interferências. As gestoras comunitárias que foram “capacitadas e treinadas” pela ONG Médicos Sem Fronteiras para assumir a parte administrativa do posto sentiram-se ameaçadas pela imposição de um profissional que estaria subordinado diretamente à CAP 3.1 na coordenação das ações de saúde.

Para SY, o gestor comunitário precisa deixar de ver os profissionais de nível superior como rivais; é necessário viabilizar o estabelecimento de uma relação de parceria, para que os objetivos em comum sejam consolidados em propostas que visem ao crescimento do projeto. No entanto, considera que existe forte complexo de inferioridade da parte das gestoras, o que interfere nas relações e em sua permanente afirmação de que é evidente que os problemas são sempre relativos aos profissionais de nível superior, bem como no fato de estabelecerem uma disputa para mostrar que o trabalho da coordenação administrativa é melhor do que o da coordenação técnica.

Segundo SX, faltou à CAP 3.1 delimitar até onde iria o papel administrativo e até onde iria o papel técnico. Os limites foram construídos no enfrentamento cotidiano das relações entre as gestoras comunitárias e as sanitaristas, que foram definindo em meio aos muitos embates o que caberia à gerência administrativa e à coordenação técnica. Entretanto, para SY, a proximidade de determinados papéis pertinentes aos gestores e ao coordenador técnico faz com que até hoje esse embate aconteça, pois, entre a responsabilidade com a qualidade do atendimento, que cabe ao coordenador técnico, e o controle da carga horária, que cabe aos gestores comunitários, existem meandros que se entrelaçam e interferem no desempenho de cada profissional no cumprimento das metas estipuladas.

A ingerência sobre o trabalho realizado pelas ACSs constituiu um dos temas de maior conflito entre a coordenação técnica e a coordenação administrativa. Segundo SY, em todas as reuniões que realizava com as agentes de saúde, a gestora comunitária X fazia questão de estar presente e procurava falar pelas agentes comunitárias. Para SX, o fato de os gestores comunitários solicitarem com frequência que as ACSs assumissem funções administrativas, "tapando buracos", no arquivo e nos agendamentos, interferia na qualidade do trabalho que elas deveriam executar enquanto agentes comunitárias de saúde.

Fazer com que os gestores comunitários entendessem que em primeiro lugar era preciso que as ACSs realizassem o que era prioritário no trabalho delas, ou seja, estar na comunidade, realizar as visitas domiciliares, foi tarefa

difícil para as sanitaristas, pois os próprios agentes comunitários começavam a priorizar o trabalho interno. Foi necessário um trabalho sistemático de orientação e esclarecimento para que se sentissem estimulados e valorizassem o trabalho que deveriam realizar. “Elas precisavam entender que a linha de frente do projeto era justamente o trabalho de prevenção, no qual o trabalho delas era fundamental”, declara SX.

“Nós concedemos certas coisas e eles concederam outras. As ACSs tinham um horário que poderiam realizar determinadas tarefas administrativas e tinham o horário reservado para as visitas domiciliares. As gestoras comunitárias começaram a pedir nossa opinião quando precisavam que alguma agente comunitária trabalhasse nas atividades internas administrativas. Nós avaliávamos quem já havia realizado as visitas, quem estava com a sua quota em dia e autorizávamos que realizassem as atividades internas. Trabalhávamos numa base de concessão.” (SX)

Ambas as sanitaristas consideram a necessidade de haver uma capacitação contínua para os gestores comunitários. Segundo o relato das entrevistadas, a ONG MSF tinha o propósito de realizar esse acompanhamento, no entanto, não houve possibilidades de dar seguimento a esse intuito após a transferência do posto de saúde ao município. No entanto, pode-se considerar que a realização da capacitação contínua para os gestores comunitários, como para todos os demais profissionais da unidade, caberia à CAP 3.1 e não à ONG MSF, uma vez que não estava mais à frente do trabalho.

Segundo a opinião da atual sanitarista, SY, a falta de capacitação contínua e de orientação adequada sobre as atividades que cabem aos gestores comunitários faz com que eles acabem por “atravessar com o conhecimento de senso comum algumas atividades que são restritas às áreas técnicas”. Ambas as sanitaristas consideram a necessidade de um treinamento para que os gestores comunitários tenham noções do que seja um programa de saúde, o conceito de doença e de como devem intervir no gerenciamento da unidade, pois saber quais são as prioridades de cada programa e quais são as obrigações e direitos que lhes cabem tornaria mais fácil o relacionamento com os profissionais de saúde, que possuem competência técnicas peculiares.

SY acredita que o fato de os gestores comunitários não terem formação profissional na área da saúde dificulta muito o diálogo e a definição de prioridades. Concorde, entretanto, que o fato de serem moradores da comunidade garante-lhes um conhecimento empírico sobre a realidade local; e salienta que, para a identificação das prioridades no estabelecimento de ações, é necessário haver uma capacidade de diálogo tanto por parte do gestor comunitário como do profissional de saúde, que precisa muitas vezes “despir-se dos preconceitos” para dialogar com os gestores, que têm menor grau de instrução. Considera tratar-se de problema não apenas para o coordenador técnico, mas para os médicos, o assistente social, o enfermeiro, pois seria natural esperar que o gestor de uma unidade de saúde fosse um profissional com formação e trajetória na área de saúde.

Para SY, os aspectos positivos da gestão comunitária estariam relacionados às possibilidades de crescimento pessoal que essa experiência possibilita aos gestores, proporcionando-lhes contato com uma nova realidade, com o discurso político e com informações às quais antes não tinham acesso. Em sua opinião, porém, esse crescimento tem sido estritamente pessoal, uma vez que a comunidade tem estado apática no processo.

Para SX, entre os aspectos positivos referentes à inserção do morador enquanto gerente comunitário, em uma comunidade permeada pela violência relacionada ao tráfico de drogas, estão mais segurança e mais facilidade na realização do trabalho, porque ele saberá lidar com as peculiaridades locais. “Toda comunidade tem uma cultura própria, e, quando temos como interlocutor uma pessoa que é moradora local, a realização do trabalho é facilitada”, afirma a sanitarista.

Contudo para SY, a atual sanitarista da unidade, essa mediação com a comunidade poderia ser realizada pela associação de moradores, que apresenta uma relação mais próxima e com mais representatividade junto à comunidade. Considera, assim, que em termos de segurança e respaldo na comunidade a associação de moradores desempenharia melhor o papel e com “maior legitimidade”, e recorda que não havia gestão comunitária no momento em que a ONG MSF implantou o serviço de saúde, época em que o poder

público estava ausente, e, ainda assim, aquela organização conseguiu o respaldo da população, tornando-se uma referência na comunidade.

As duas sanitaristas sinalizam que as questões de cunho pessoal que interferem nas ações profissionais representam alguns dos pontos negativos de interferência mais intensa na realização do trabalho. “É preciso que o gerente tenha muito clara a necessidade de uma postura profissional, pois o trabalho deverá ser realizado visando ao bem da comunidade, independente de ter simpatia ou antipatia por determinada pessoa”, afirma SX.

Quanto ao risco de ser instituída uma política clientelística, SY concorda que às vezes é possível verificar que os gestores comunitários procuram agradar as pessoas que lhes são próximas. “Fazem concessões para os amigos, e as pessoas que eles não conhecem são obrigadas a obedecer todas as regras. Muitas vezes, juízos de valor os levam a deixar determinada pessoa por último, alegando tratar-se de alguém muito relapso ou irresponsável”, afirma a sanitarista.

Desde o início da implantação do projeto de gestores comunitários, há uma preocupação com as questões éticas referentes ao trabalho a ser realizado. O fato de os usuários serem vizinhos e/ou amigos das pessoas responsáveis pela administração da unidade não pode interferir nos procedimentos a serem realizados, como no caso dos agendamentos das consultas e distribuição dos números para atendimento. Muitas discussões ocorreram na comunidade em relação a esse aspecto, alguns usuários alegando haver números para atendimentos reservados para os familiares dos profissionais que trabalhavam no posto de saúde.

As informações referentes à vida dos usuários cadastrados no posto de saúde, às quais as pessoas que trabalham na unidade têm acesso, suscitam questões éticas que precisam ser discutidas não só no âmbito interno, como também exigem um trabalho externo, destinado a estabelecer uma relação de confiança com a comunidade na qual esteja pressuposto o sigilo profissional.

Segundo SX, em alguns momentos percebe-se o interesse dos gestores comunitários e até mesmo dos agentes comunitários de saúde em saber sobre determinada pessoa que frequenta o posto de saúde, ocasiões em que precisa ser reafirmada a orientação de que nenhuma das informações relativas aos usuários deve sair de dentro da unidade nem pode constituir motivo para qualquer discriminação. A entrevistada relata que no começo a comunidade ficava muito receosa; os moradores acreditavam que as pessoas poderiam conversar sobre o que era dito dentro da unidade, o que provocou episódios de discussões acirradas na porta do posto de saúde, com acusações de que profissionais da unidade teriam divulgado resultados de exames ou informações referentes à vida de determinado indivíduo.

“Quando uma pessoa trabalha em uma comunidade na qual reside, ela não pode comentar em casa os casos em que atuou, o que pode ser natural para outros trabalhadores; porque as pessoas associam e identificam de quem se fala ou, pior, podem pensar que se está falando de outra pessoa. O sigilo torna-se algo fundamental.”(SX)

No que se refere à renovação do convênio, procedimento realizado todos os anos, quando são apontadas as metas a ser alcançada no ano seguinte, a atual sanitarista salienta que, apesar de terem identificado em três anos consecutivos as mesmas necessidades – um auxiliar administrativo, um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro –, o argumento é sempre o mesmo: “não há dinheiro, não há verba para contratação”.

Somados à “permanente” falta de recursos, os entraves burocráticos ocorridos na renovação do convênio no final de 2000 acarretaram atraso dos salários durante três meses, provocando grande descontentamento nos profissionais do posto de saúde. Nesse período, os profissionais fizeram algumas propostas no sentido de haver determinadas concessões em relação ao horário de trabalho, porém os gestores comunitários se mantiveram inflexíveis aos argumentos dos profissionais de que poderiam trabalhar em escala de revezamento, de forma a ter tempo disponível para realizar outra atividade remunerada sem a paralisação dos atendimentos no posto de saúde.

De acordo com SX, todos os profissionais entendiam que não era culpa dos gestores comunitários, pois tudo o que estava na governabilidade deles havia sido realizado. No entanto, esperavam que durante aqueles três meses fosse possível realizar algum tipo de acordo, uma vez que não queriam a paralisação total das atividades porque sabiam que a população precisava do serviço. Contudo, os gestores comunitários estiveram o tempo todo irredutíveis com relação à carga horária dos profissionais. A sanitarista avalia que “os gestores sempre tiveram muito medo de entrar em confronto com a SMS e perder o contrato para o ano seguinte”.

Para a renovação ou realização de novos convênios com a SMS em 2002, foi definido e publicado no *Diário Oficial* que só organizações com no mínimo cinco anos de experiência comprovada em trabalhos comunitários na área da saúde poderiam concorrer. Essa determinação inviabilizava a renovação do convênio com a ONG Mogec, que contava, então, com apenas três anos de existência. Foi necessário que membros da organização buscassem o auxílio de pessoas com influência na esfera de decisão do poder público. O apoio de representantes da ONG MSF, de vereadores e personalidades do meio político, que interferiram junto ao secretário municipal de saúde, e o fato de a organização ter realizado uma administração satisfatória diante da coordenação de saúde da área possibilitaram-lhe continuar como gestora da unidade de saúde em Vigário Geral.

PONTO DE VISTA DA COORDENAÇÃO DE SAÚDE

CAP 3.1 /SMS – GERÊNCIA DA COMUNIDADE

Na avaliação da coordenação da área as parcerias de gestão com a comunidade não foram em geral positivas, e gerenciar um bem público, um posto de saúde, não é função da comunidade. Nas experiências realizadas com ONGs ou associações de moradores, segundo a coordenadora, constatou-se a necessidade de o gerenciamento de uma unidade de saúde ser realizado por pessoas preparadas para o cargo. Considera-se que o diferenciador existente com relação à unidade de Vigário Geral se deva à forte presença da coordenação no controle das ações, contradizendo a atual sanitarista da unidade, que destaca o compromisso da equipe e a passagem de todos os

profissionais de nível superior por processo seletivo coordenado pela CAP 3.1 como os pontos-chave da bem-sucedida experiência na comunidade.

De acordo com coordenadora, a responsabilidade de gerenciar um bem público pertence ao Estado, que pode até desenvolver parcerias para financiar os projetos, mas não repassar a gestão. Considera que um gestor de saúde, um diretor de unidade, precisa ser um profissional capacitado tecnicamente e enfatiza que a associação de moradores tem outro patamar de ação que não se confunde com a gerência de unidade públicas. Afirma que, em sua concepção de aparelho de Estado, esse tem que gerenciar o que é serviço essencial, o que não contradiz a necessidade de um Estado moderno, menos burocrático e enxuto.

Para a coordenação de saúde da área, a importância de absorver moradores da comunidade como agentes comunitários ou como gestores dessas unidades de saúde deve-se ao fato de essas pessoas se empenharem pela comunidade em que vivem, além de à oferta de emprego criada, dando oportunidade de trabalho e de crescimento para os moradores das áreas periféricas. No entanto, reconhece ser necessária uma capacitação adequada para que exerçam com qualidade as funções assumidas. E, no caso específico dos gestores comunitários, é preciso que seja esclarecida a tarefa a ser desempenhada, é preciso que tenham o entendimento de que existem determinadas atribuições que são do domínio específico de cada profissional.

Para a coordenação de saúde, o controle administrativo em Vigário Geral foi desempenhado de forma satisfatória, pois os profissionais foram aos poucos se adequando à carga horária para que haviam sido contratados. Conflitos mais graves teriam sido registrados apenas com os profissionais médicos, habituados a usufruírem de autonomia em relação ao tempo de atendimento. Segundo a coordenadora, a ONG Mogec tem realizado uma administração transparente; como exemplo da capacidade gerencial e de comportamento ético adequado, é apontado que, para cada parceria realizada, a ONG possui uma conta bancária específica, evitando que os valores depositados sejam misturados e facilitando a prestação de contas junto à SMS. Procedimento esse diferente dos observados nas demais unidades da

Maré, cujos depósitos referentes aos repasses das verbas de diferentes fontes são todos misturados em um único fundo, tornando difíceis o controle e a prestação de contas.

Das unidades do Projeto Alternativo, apenas duas das parcerias estabelecidas deixaram de apresentar problemas na prestação de conta: o PS em Vigário Geral e o PS da Vila do João. Em todas as demais unidades do Complexo da Maré, na Nova Holanda e no Parque Royal, foram verificadas irregularidades, como, por exemplo, constantes atrasos de pagamentos; profissionais que não tiveram seu FGTS depositado; desvios de dinheiro e má administração nas contas bancárias. Tais fatos evidenciam a necessidade de o Governo conhecer mais profundamente o parceiro, de forma a avaliar sua capacidade gerencial e financeira para suportar determinados programas, bem como o fato de que o contrato de parceria precisa contemplar mecanismos institucionais de responsabilização para o bom uso de verbas públicas.

Em Vigário Geral há a particularidade de o convênio ter sido realizado com “gestores” previamente capacitados. A realização do Curso de Capacitação de Gestores Comunitários organizado pela ONG MSF em Vigário Geral constitui fator de grande relevância na realização de parceria com a comunidade para a gestão das unidades de saúde. De todos os convênios realizados pela CAP 3.1, o de Vigário Geral tem sido o que apresenta menos problemas, e a realização do curso de capacitação é apontada como fator determinante no desempenho satisfatório dos gerentes.

Apesar de no convênio (em anexo) estar explícito, na cláusula referente à exclusão de responsabilidades, que o município não se responsabilizaria “por indenizações de qualquer natureza, decorrentes de atos ou fatos vinculados a fiscalizar e ao controle de execução orçamentária e da administração financeira, não respondendo por quaisquer ônus ou obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, securitária ou fiscal, porventura resultantes da execução do convênio”, considera-se que, se houvesse um órgão na SMS responsável pela fiscalização dos convênios e que realizasse o controle financeiro sobre o orçamento, esses projetos teriam sido executados com maior eficiência, evitando, assim, todos os problemas que levaram a SMS a

realizar uma auditoria em determinadas unidades, em decorrência das irregularidades encontradas e suspeitas de desvios da verba pública. Esses fatos evidenciam a necessidade de se estabelecer mecanismos que responsabilizem os gestores pela administração dos recursos, bem como normas claras que definam as responsabilidades de cada um dos parceiros. Fazem-se necessários, para o estabelecimento de parcerias com o poder público, a prestação de contas dos recursos envolvidos e o controle da maneira como esses estão sendo empregados; só assim será verificada a *accountability* propagada pelos defensores da parceria com o terceiro setor e que até o momento não foi verificada na maioria dos convênios firmados.

A atual gestão da SMS vem estudando uma forma para que na formação das novas equipes de trabalho vinculadas ao PSF não sejam repetidos os mesmos equívocos ocorridos durante a implantação dos trabalhos de gestores comunitários, e, com essa finalidade, estava prevista a formação de um comitê de seleção constituído por profissionais da própria SMS, da Ensp, da UFRJ, da Uerj, da Uni-rio e da Secretaria Municipal de Educação – SME. A contratação de todos os profissionais poderá ocorrer por meio de um concurso público, em regime de CLT, com exceção dos agentes comunitários de saúde, dada a especificidade do pré-requisito de eles serem moradores da comunidade.

A contratação dos ACSs, na opinião da gerente do Programa de Saúde da Comunidade, deverá ocorrer mediante a criação de cooperativas, “cooperativas em seu real sentido e não a exploração existente na terceirização de trabalho”, enfatiza. Verifica-se que cooperativa é termo jurídico para designar a organização ou sociedade de pessoas, visando melhorar suas condições econômicas, em defesa dos mútuos interesses e com distribuição de lucros. Dessa forma, acredita-se que uma cooperativa formada por ACSs, com o objetivo de gerenciar o trabalho por eles realizado na comunidade em defesa dos interesses coletivos, poderá ser um eficiente mecanismo para viabilizar sua contratação.

É preciso que, nos novos convênios a serem firmados ou renovados, fique estabelecido que a gerência administrativa será responsabilidade da

associação de moradores ou da ONG, mas a gerência técnica será direcionada pela SMS por intermédio da Coordenação de Saúde da Comunidade, fortalecida pelas coordenações de área. De outra forma, segundo a gerente da Coordenação de Saúde da Comunidade, "haverá diversos brasis dentro da cidade do Rio de Janeiro, ou seja, diferentes programas com diferentes técnicas e diferentes estratégias de atuação".

A SMS vem se empenhando na uniformização desse processo, buscando facilitar o controle e reduzir os gastos, pois a normalização facilita o controle sobre os resultados dos programas. De acordo com a gerente da Coordenação de Saúde da Comunidade, nos locais em que a estratégia de saúde da família vem obtendo sucesso – Inglaterra, Canadá, Israel, Cuba, Espanha – foram estabelecidos procedimentos padronizados para as ações. Contudo, afirma que é possível haver uma variação na forma como os programas serão apresentados, sem modificar o tratamento terapêutico, garantindo a prescrição dos medicamentos a que a população possa ter acesso na rede de serviços públicos: "sem modificarmos os pressupostos técnica e cientificamente estabelecidos é possível adequarmos a metodologia de implementação dos programas à realidade local".

O fato de esses projetos alternativos da AP 3.1 não estarem sob a supervisão direta da Coordenação de Saúde da Comunidade da SMS-RJ, responsável atualmente pelas diretrizes e implantação do PSF e do Pacs, é justificado pela época da sua criação, janeiro de 2000. O projeto Maré foi iniciado em 1995, e o de Vigário Geral, em 1996, e desde o início estiveram diretamente incorporados à Coordenação da AP 3.1, que os tem coordenado com relativa autonomia em relação à SMS. Sob a supervisão direta da Coordenação de Saúde da Comunidade existem dois outros projetos na AP 3.1: o Pacs do Complexo do Caricó e o PSF do Parque Royal.

Todas as unidades, entretanto, estão subordinadas administrativamente à coordenação da área respectiva e tecnicamente à Coordenação de Saúde Coletiva. Segundo a própria gerente da Coordenação de Saúde da Comunidade, a SMS não quer assumir o papel da Coordenação de Área no que diz respeito a ditar as regras locais, o que reforça o processo de

descentralização administrativa do qual esses projetos fazem parte. A Coordenação de Saúde da Comunidade apenas dá a orientação de implantação dos projetos que estão diretamente sob sua coordenação, seleciona e treina as equipes, faz o processo de seleção dos agentes comunitários, introduz os instrumentos do Ministério da Saúde a serem utilizados e recolhe informações por meio do Siab, que é o Sistema de Informação em Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com a Coordenação de Saúde da Comunidade, há uma tendência de todos os convênios de parcerias serem desenvolvidos nos moldes do PSF, seguindo orientação nacional, evitando a pulverização de parcerias e favorecendo a padronização das ações básicas de saúde. Entretanto, segundo a gerente da Coordenação, essa orientação não impedirá que unidades de saúde em que o projeto de parceria com a comunidade esteja funcionando de forma adequada sejam mantidas, a curto prazo, pois o PSF representa um programa com recurso extra de custeio da esfera federal, ou seja, valor não incluído no Teto Financeiro Global – TFG, que é a soma destinada a ações e serviços de saúde para cada estado e cada município.

O PSF tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde, e sua implantação depende também de discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. A não adaptação, entretanto, representaria abrir mão de um incentivo do Governo Federal que pode chegar até 80% do valor do Piso de Assistência Básica – PAB, recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, original do município. Dessa forma, seria difícil acreditar que a SMS-RJ poderia manter os convênios tal como se realizaram na AP 3.1.

O conteúdo das entrevistas realizadas aponta importantes elementos que necessitam ser considerados na discussão referente à gestão comunitária nas unidades de saúde. No discurso dos entrevistados perpassam questões sobre ética, poder local, saber técnico, violência, participação, delegação e descentralização. Considera-se neste estudo que a tomada de decisões para a realização de novos convênios de parceria com a comunidade precisa atentar para cada uma das questões apontadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou examinar, no cenário de reforma das organizações públicas, as inovações na área da saúde que contam com a participação da sociedade civil, entre as alternativas que se apresentam para reorganizar a intervenção estatal na produção e execução de serviços de caráter público. Nesse cenário é proposto o fortalecimento das funções regulatórias do Estado em detrimento da prestação direta dos serviços sociais.

A inovação social que ocorre com a participação mais ampla da sociedade civil na prestação de serviços de caráter público tem apontado para a assertiva de Bresser Pereira e Cunill Grau (1998) de que seria possível presumir que no século 21 o setor público não estatal poderá constituir-se numa dimensão-chave da vida social, na medida em que as organizações não governamentais adquirem crescente importância em um contexto globalizado.

A gestão comunitária representa uma experiência de parceria entre a comunidade e o poder público, com a incorporação de organizações da sociedade civil na gerência das unidades de saúde localizadas em áreas de baixo poder aquisitivo e alto grau de violência. Essa modalidade de “gestão” que conta com a presença de moradores da comunidade à frente das unidades de saúde, está inserida entre as experiências de parceria do Estado com o terceiro setor, que, na cidade do Rio de Janeiro têm sido realizadas de forma experimental e localizada.

A SMS-RJ tem experimentado diversas parcerias com organizações da sociedade civil para a gerência e o fornecimento de mão-de-obra para as unidades de saúde localizadas na periferia da cidade, em tentativa de viabilizar a assistência em áreas antes desassistidas, seja em função da violência local ou da dificuldade de acesso, que dificulta a alocação de profissionais de saúde concursados, além dos baixos salários pagos ao funcionalismo público municipal.

Em Vigário Geral, seguindo o modelo iniciado no Complexo da Maré, foi experimentada a gestão comunitária, com a diferença de que a parceria foi

realizada com uma ONG e não com a associação de moradores, como ocorreu na Maré. Segundo a Coordenação da AP 3.1, foi verificado com base na experiência da Maré que a parceria com as associações de moradores não oferece a estabilidade necessária ao bom desempenho do projeto, devido às constantes mudanças de seus dirigentes e à interferência do tráfico de drogas.

Em algumas das experiências realizadas na AP 3.1, observou-se que o fato de as associações de moradores assumirem a gestão da unidade de saúde e a administração da verba pública não propiciou o amadurecimento da participação comunitária na construção de um exercício de cidadania, mas sim o favorecimento de relações clientelística, agravadas pelas particularidades advindas da realidade local, como a interferência do narcotráfico.

No Parque Proletário de Vigário Geral a parceria foi realizada com a ONG Mogec, constituída por moradores da comunidade que receberam treinamento específico ao participar do Curso de Capacitação de Gestores Comunitários. Esse fator tem sido apontado pela própria Coordenação de Saúde como um dos elementos responsáveis pelo desempenho satisfatório dos gestores comunitários naquela comunidade. Todos os profissionais entrevistados reconhecem que a realização do CGC foi um fator importante para a parceria realizada em Vigário Geral constituir um exemplo positivo de gestão comunitária na AP 3.1. No entanto, por outro lado, afirma-se que é necessária a capacitação permanente desses gestores, devendo constar no contrato de parceria a definição das atribuições que lhes cabem no âmbito da gerência administrativa da unidade.

Em suma, a gestão comunitária faz parte do processo de articulação de Estado com a sociedade civil para a provisão de serviços públicos, em que seria possível identificar, segundo os autores estudados, três grandes vantagens: a pluralização da oferta de serviços sociais; a possibilidade de tornar mais flexível e desburocratizada a gestão e a responsabilização de dirigentes e participantes da organização.

No que se refere à pluralização da oferta de serviços assistenciais na área da saúde, verifica-se que a gestão comunitária não estimulou a

competitividade que, segundo os autores, levaria à melhoria de qualidade e eficiência nos serviços prestados – em todas as comunidades em que esse projeto foi implantado a escolha da ONG ou associação de moradores para a realização do convênio ocorreu em decorrência da avaliação de ser a única organização possível, de forma que não houve possibilidade de um concurso, em que a qualidade e eficiência dos serviços fossem elementos da competitividade na disputa por parte das organizações concorrentes. No entanto, no que se refere a uma previsível economia nos gastos, a gestão comunitária parece responder com eficiência. A iniciativa das organizações não governamentais de buscar recursos junto à sociedade civil para atender a determinadas necessidades que a verba repassada pelo Estado não cobre é apontada pelos teóricos do terceiro setor como um aspecto positivo na relação custo/benefício da realização da parceria entre o Estado e o terceiro setor, podendo as ONGs até contar com trabalho voluntários e doações, como foi verificado na comunidade de Vigário Geral.

A desburocratização, que os autores apregoam ser possível com a autonomia financeira, poderia ser exemplificada com o montante referente à taxa administrativa que as unidades recebem. No entanto, no que se refere à unidade de Vigário Geral, os gestores comunitários afirmam tratar-se de valor insuficiente até mesmo para as despesas administrativas necessárias, não possibilitando nenhum tipo de autonomia, pois a verba é toda comprometida com a manutenção da unidade.

A afirmação de que a produção não estatal de serviços sociais viabilizaria prestações adaptadas aos públicos envolvidos, em oposição às prestações uniformes características da oferta pública estatal, pode ser confirmada pela maior flexibilidade observada na adaptação dos programas de saúde à realidade da comunidade, bem como pelo fato de a experiência de gestão comunitária em uma comunidade fortemente marcada pelo poder jurisdicional do tráfico de drogas, como o Parque Proletário de Vigário Geral, ter demonstrado mais habilidade para chegar aos “clientes difíceis de alcançar”.

O “contrato de parceria”, porém, só se constituirá em um instrumento da *accountability* das organizações se contemplar os mecanismos institucionais de

responsabilização, com normas e regras claras, que definam as responsabilidades e os direitos de cada um dos parceiros; e, para que possam ser definidos, faz-se necessário que o governo conheça profundamente o parceiro e avalie seus objetivos institucionais, suas dificuldades e sua capacidade gerencial e financeira.

Quanto ao favorecimento de certo controle comunitário, que, segundo Coelho (2000), propiciaria melhor qualidade dos serviços e seria facilitado devido ao fato de as organizações não governamentais atuarem vinculadas a uma comunidade e/ou a um grupo específico, não foi observado em Vigário Geral, uma vez que se constatou que os moradores se encontram alijados de todo o processo de decisão, tendo a gestão comunitária constituído uma possibilidade de acumulação de capital social apenas para os indivíduos diretamente envolvidos.

Dado o grande número de organizações não governamentais que prestam serviços na área de educação, saúde e capacitação profissional, na comunidade de Vigário Geral é possível verificar a emergência, o crescimento e a diversificação do terceiro setor, que como aponta Barbosa (2001) estaria sendo impulsionado pelo Estado, mediante o repasse de verbas, trazendo importantes conseqüências para o setor público.

Contata-se que a parceria realizada entre a SMS e a ONG Mogec para a gerência da unidade de saúde se encontra entre as recentes mudanças nas relações entre Estado e sociedade civil que, segundo Farah (1997), tendem para a participação não só da comunidade, mas também de ONGs e do setor privado empresarial na formulação e implementação de projetos de caráter social, em particular na provisão e gestão de serviços públicos.

A gestão comunitária é parte da descentralização administrativa, com a instauração de novos recortes na relação Estado/sociedade civil para o gerenciamento de unidades de saúde em área de acentuada violência, configurando-se uma delegação em que há transferência das responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais, com financiamento e regulação do Estado; entretanto, tal como a descentralização,

não deve constituir panacéia nem substituir o poder de coordenação por parte do Estado.

Na análise das entrevistas realizadas verificou-se que grande parte dos conflitos entre os gestores e os profissionais ocorre devido ao controle no cumprimento de horários e ao fato de os profissionais não aceitarem ser questionados sobre os procedimentos técnicos realizados. No que se refere ao gestores comunitários, é explícita a compreensão de que os profissionais de saúde graduados possuem uma formação universitária distante da realidade vivenciada pela comunidade, um estranhamento que é inerente à origem de classe.

A contradição está presente no discurso dos gestores comunitários quando afirmam não interferir no trabalho técnico dos profissionais e, ao mesmo tempo, declaram a necessidade de saber se “o médico referencia as crianças, se o assistente social quando abre um prontuário faz um levantamento dos problemas sociais e de saúde”. Esse controle sobre as ações técnicas, que os gestores apregoam como tarefa sua, tem sido a causa de muitos desentendimentos na unidade de saúde. Os profissionais de saúde, habituados a terem autonomia no exercício de suas atividades, não aceitam o fato de ser gerenciados por moradores da comunidade sem preparo profissional e com grau de instrução inferior ao deles.

Para que a gestão comunitária possa se configurar como uma experiência positiva de participação social na co-responsabilidade da sociedade civil e do Estado, não pode representar apenas um mecanismo de delegação de responsabilidade aos membros da comunidade; é preciso que sejam garantidas as condições necessárias para viabilização do projeto – não basta, por exemplo, garantir os salários dos trabalhadores; é preciso garantir a infraestrutura indispensável para o bom desempenho das atividades. No entanto, como foi verificado por Barbosa (2000), um dos problemas enfrentados nas parcerias realizadas com o Estado é justamente a insuficiência dos recursos repassados, que não cobrem todos os custos administrativos e de pessoal. A ONG responsável precisa muitas vezes recorrer às contribuições de voluntários para prover algumas necessidades do serviço.

A experiência de gestão comunitária talvez possa reverter-se em uma forma de intervenção sobre as áreas marginais de cidade, com o objetivo de proporcionar ampla participação da população no processo de elaboração e gerência de projetos na área da saúde, se forem estabelecidos mecanismos que favoreçam a instituição do Conselho de Avaliação e Acompanhamento que, embora esteja definido como exigência na cláusula sétima do convênio, jamais foi estabelecido na prática. Esse conselho com atribuição de acompanhar o desenvolvimento das atividades do posto comunitário, constituído por representantes de entidades comunitária de Vigário Geral e Parada de Lucas, profissionais de saúde atuantes na unidade, representantes da CAP 3.1, poderá significar importante nicho de sociabilidade e vida pública para a formação de capital social na comunidade.

No que se refere à gerência de uma unidade de saúde, não é possível simplesmente aplicar o princípio da subsidiaridade, no qual Bresser Pereira (1998) inscreve a descentralização, pois verifica-se que tal gerência não deve ser feita pela sociedade civil, mas, sim, pelo Estado; como afirma a própria coordenadora da área, o Estado não pode abrir mão de gerenciar o que é essencial.

A gestão comunitária é parte da "explosão" de iniciativas nos campos referentes ao terceiro setor, que, segundo Cunill Grau (1999), aponta para a criação de uma cultura de co-responsabilidade política e social envolvendo o Estado e a sociedade civil. No trabalho realizado foi possível perceber que essas iniciativas asseguram maior peso da sociedade civil na prestação dos serviços sociais. Porém, frente à afirmação de que promoveriam também melhoria na qualidade dos serviços prestados, seria preciso levar a cabo um estudo com os usuários desses serviços.

Dessa forma, este trabalho termina com a perspectiva de que, em outro momento, seja possível a realização de uma pesquisa que possa abarcar partes da realidade que aqui não foram contempladas; de que, no resgate da voz dos usuários, possa ser avaliado o grau da satisfação da comunidade; e de que, na leitura das contradições presentes, a totalidade possa ser vislumbrada.

BIBLIOGRAFIA

ABREU MENDES, Luiz Carlos, 1999. Estado e Terceiro Setor: uma análise de aproximação. *Revista do Serviço Público*, ano 50, número 3, Rio de Janeiro: FGV, 73-91.

BARBOSA, Maria Nazaré Lins, 2000. Convênios e parcerias entre o setor público e o Terceiro Setor. *Integração – A revista eletrônica do Terceiro Setor*. Ano III, Nº1, abril/2000, Endereço eletrônico: <http://200.224.250.199/ano4/1/administrando.htm>

BARBOSA, Maria Nazaré Lins, 2001. Incentivos Fiscais: Uma abordagem ético-jurídica. *Integração – A revista eletrônica do Terceiro Setor*, Ano IV, Nº4, jun/2001, Endereço eletrônico: <http://200.224.250.199/ano4/4/administrando.htm>

BEZERRA, Marcos O., 1999. *Em nome das "Bases" – Política, Favor e Dependência Pessoal*. Rio de Janeiro: NUAP/Relume – Dumará.

BORGA, Edson, 1999. Avaliação de novos modelos de assistência – SMS-RJ – Dois estudos de caso da AP 3.1 (1996-1999). Trabalho apresentado para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP.

BOSCHI, Renato Raul, 1999. Descentralização, Clientelismo e Capital Social na Governança Urbana: Comparando Belo Horizonte e Salvador. Rio de Janeiro: *DADOS – Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol.42, nº 4, pp. 655 a 690.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães e AFFONSO, Kátia de Carvalho. Cidadania, Participação Popular e Saúde: Com a Palavra, os Usuários da Rede Pública de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, n.2, abr./jun., Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos e CUNILL GRAU, Nuria, 1999. Entre o Estado e o Mercado: o público não-estatal *in O público não-estatal na reforma do Estado*. Org.: Luiz Carlos Bresser Pereira, Nuria Cunill Grau. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

CARVALHO, José Murilo de, 2000. Rui Barbosa e a Razão Clientelística – Rio de Janeiro: *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v. 43, n.º 1. ISSN 0011-5258, versão impressa.

COELHO, Simone de Castro Tavares, 2000. *Terceiro Setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos*. São Paulo: Editora SENAC.

Conjuntura Econômica, 1997. Saúde Planejando o Futuro. Carta do Ibre, vol. 51, n.º 11. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

COSTA, Nilson do Rosário, RIBEIRO, José Mendes, SILVA, Luiz Barros, 2000. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos *in Ciência & Saúde Coletiva*, vol.5, número 2. Rio de Janeiro: Abrasco.

CUNILL GRAU, Nuria ,1998. La Reivención de los servicios sociales em América Latina – Algunas lecciones de la experiencia. Endereço Eletrônico: <http://tce.sc.gov.br/biblioteca/artigos/lareinvenservsoci.html>

CUNILL GRAU, Nuria, 1998. La rearticulacion de las relaciones Estado-Sociedad: em búsqueda de nuevos sentidos. Endereço Eletrônico: <http://tce.sc.gov.br/biblioteca/artigos/lareartrelest.html>

DESLANDES, Suely Ferreira, 1997. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, jan., vol.13 no.1.

DOWBOR, Ladislau, 1999. Tendência da Gestão Social. São Paulo: *Saúde e Sociedade* 8(1):3-16.

DUARTE, L. F. D. *et al.* 1992. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas Classes Populares. Rio de Janeiro, mimeo.

FARAH, Marta Ferreira Santos, 1997. Governo local e novas formas de provisão e gestão de serviços públicos no Brasil. Rio de Janeiro: *RAP*, nº 31(3):191-4, maio/jun.

FARIAS, L. O. e VAITSMAN, J., 2002. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. Rio de Janeiro, mimeo.

FERNANDES, João Cláudio Lara & MONTEIRO, João Guerra de Castro, 1997. Postos Comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, jan., vol.13, no.1.

FILHO, Francisco Alves, 1998. Guerra sem Fronteiras. Revista *ISTO É*, 1590-2/9/98, p.42-43.

GUIMARÃES DA SILVA, Paulo R. e RIVIÈRE D'ARC, Hélène, 1996. Participação Social: instrumento de gestão pública? Elementos para um debate sobre a gestão das cidades brasileiras. Quais as perspectivas nos anos 90? Rio de Janeiro: *RAP*, 30(2):44-70. mar./abr.

KLIKSBERG, Bernardo, 1999. Capital Social y Cultura, Claves Essenciales del Desarrollo. *Revista La Cepal* n.º 69.

MARE – Ministério da Administração e da Reforma do Estado, 1995. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 1999. Vigário Geral: um exemplo de parcerias *in Informativo MSF*, n.5, Jan./Ago., p.5. Rio de Janeiro.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 1999. Relatório Final do Projeto do Curso de Capacitação de Gestores Comunitários I. Rio de Janeiro, mimeo, p.09.

MENDES, V.E., 1997. A reengenharia do sistema dos serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde local *in A organização da Saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 57-86.

MINAYO, M. C.S., 1992. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.

MINTZBERG, Henry, 1995. *Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1ª ed.

MORALES, Carlos Antônio, 1998. Nem privado nem estatal: em busca de uma nova estratégia para a provisão de serviços públicos. *Revista do Serviço Público*, ano 49, número 4. Rio de Janeiro: FGV, 117-147.

MORALES, Carlos Antônio, 1999. Provisão de serviços sociais através de organizações públicas não-estatais: aspectos gerais *in O público não-estatal na reforma do Estado*. Org.: Luiz Carlos Bresser Pereira, Nuria Cunill Grau. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

NAVARRO, Juan Carlos, 1999. As ONGs e a prestação de serviços sociais na América Latina: o aprendizado começou *in O público não-estatal na reforma do Estado*. Org.: Luiz Carlos Bresser Pereira, Nuria Cunill Grau. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas.

PRADO, Ricardo, 1999. O Desarme da Violência: existem muitas formas para se enfrentar o problema, mas todas levam o mesmo ingrediente: cidadania. *Revista Nova Escola*. Endereço Eletrônico: http://www.uol.com.br/novaescola/ed/125_set99/html/repcapa.htm

REILLY, Charles A., 1999. Redistribuição de direitos e responsabilidades – cidadania e capital social *in O público não-estatal na reforma do Estado*. Org.: Luiz Carlos Bresser Pereira, Nuria Cunill Grau. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

ROSANVALON, Pierre, 1981. *La crise de l'État-Providence*. Paris: Éditions du Seuil.

ROSANVALON, Pierre, 2000. *La Démocratie Inachevée*. Paris: Ed. Gallimard.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e Coordenação da AP 3.1, 1998. Projeto Alternativo: Mini-Posto de Saúde de Vigário Geral. Rio de Janeiro, mimeo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/MOVIMENTO ORGANIZADO DE GESTORES COMUNITÁRIOS, 1999. PROJETO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: VIGÁRIO GERAL. Convênio SMS-RJ/ONG Movimento Organizado de Gestão Comunitária. Texto apresentado no 1º Concurso de Experiência em Saúde da Família. Brasília, mimeo.

TANAKA, Oswaldo Y. *et al.*, 1999. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. *Revista de Saúde Pública*, vol.33, n.3, jun., São Paulo.

VAITSMAN, Jeni, 1970. Pluralidade de Mundos entre Mulheres Urbanas de Baixa Renda. *Estudos Feministas*, vol. 5, no. 2.

VALLA, Victor Vincent, 1998. Sobre a Participação Popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl.2. Rio de Janeiro.

ANEXOS

LEI Nº 9.790, DE 23 DE MARÇO DE 1999

Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

A QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO

Art. 1º Podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se sem fins lucrativos, a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social.

§ 2º A outorga da qualificação prevista neste artigo é ato vinculado ao cumprimento dos requisitos instituídos por esta Lei.

Art. 2º Não são passíveis de qualificação como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, ainda que se dediquem de qualquer forma às atividades descritas no art. 3º desta Lei:

I - as sociedades comerciais;

II - os sindicatos, as associações de classe ou de representação de categoria profissional;

III - as instituições religiosas ou voltadas para a disseminação de credos, cultos, práticas e visões devocionais e confessionais;

IV - as organizações partidárias e assemelhadas, inclusive suas fundações;

V - as entidades de benefício mútuo destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios;

VI - as entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados;

VII - as instituições hospitalares privadas não gratuitas e suas mantenedoras;

VIII - as escolas privadas dedicadas ao ensino formal não gratuito e suas mantenedoras;

IX - as organizações sociais;

X - as cooperativas;

XI - as fundações públicas;

XII - as fundações, sociedades civis ou associações de direito privado criadas por órgão público ou por fundações públicas;

XIII - as organizações creditícias que tenham quaisquer tipo de vinculação com o sistema financeiro nacional a que se refere o art. 192 da Constituição Federal.

Art. 3º A qualificação instituída por esta Lei, observado em qualquer caso, o princípio da universalização dos serviços, no respectivo âmbito de atuação das Organizações, somente será conferida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais tenham pelo menos uma das seguintes finalidades:

I - promoção da assistência social;

II - promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;

III - promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

V - promoção da segurança alimentar e nutricional;

VI - defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;

VII - promoção do voluntariado;

VIII - promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;

IX - experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;

X - promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;

XI - promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;

XII - estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo.

Parágrafo único. Para os fins deste artigo, a dedicação às atividades nele previstas configura-se mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correlatas, por meio da doação de recursos físicos, humanos e financeiros, ou ainda pela prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuem em áreas afins.

Art. 4º Atendido o disposto no art. 3º, exige-se ainda, para qualificarem-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, que as pessoas jurídicas interessadas sejam regidas por estatutos cujas normas expressamente disponham sobre:

I - a observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

II - a adoção de práticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes a coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais, em decorrência da participação no respectivo processo decisório;

III - a constituição de conselho fiscal ou órgão equivalente, dotado de competência para opinar sobre os relatórios de desempenho financeiro e contábil, e sobre as operações patrimoniais realizadas, emitindo pareceres para os organismos superiores da entidade;

IV - a previsão de que, em caso de dissolução da entidade, o respectivo patrimônio líquido será transferido a outra pessoa jurídica qualificada nos

termos desta Lei, preferencialmente que tenham o mesmo objeto social da extinta;

V - a previsão de que, na hipótese de a pessoa jurídica perder a qualificação instituída por esta Lei, o respectivo acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos durante o período em que perdurou aquela qualificação, será transferido a outra pessoa jurídica qualificada nos termos desta Lei, preferencialmente que tenham o mesmo objeto social;

VI - a possibilidade de se instituir remuneração para os dirigentes da entidade que atuem efetivamente na gestão executiva e para aqueles que a ela prestam serviços específicos, respeitados, em ambos os casos, os valores praticados pelo mercado, na região correspondente a sua área de atuação;

VII - as normas de prestação de contas a serem observadas pela entidade, que determinarão, no mínimo:

- a) a observância dos princípios fundamentais de contabilidade e das Normas Brasileiras de Contabilidade;
- b) que se dê publicidade por qualquer meio eficaz, no encerramento do exercício fiscal, ao relatório de atividades e das demonstrações financeiras da entidade, incluindo-se as certidões negativas de débitos junto ao INSS e ao FGTS, colocando-os à disposição para exame de qualquer cidadão;
- c) a realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes se for o caso, da aplicação dos eventuais recursos objeto do termo de parceria conforme previsto em regulamento;
- d) a prestação de contas de todos os recursos e bens de origem pública recebidos pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público será feita conforme determina o parágrafo único do art. 70 da Constituição Federal.

Art. 5º Cumpridos os requisitos dos arts. 3º e 4º desta Lei, a pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, interessada em obter a qualificação instituída por esta lei, deverá formular requerimento escrito ao Ministério da Justiça, instruído com cópias autenticadas dos seguintes documentos:

I - estatuto registrado em cartório;

II - ata de eleição de sua atual diretoria;

III - balanço patrimonial e demonstração do resultado do exercício;

IV - declaração de isenção do imposto de renda;

V - inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes.

Art. 6º Recebido o requerimento previsto no artigo anterior, o Ministério da Justiça decidirá, no prazo de trinta dias, deferindo ou não o pedido.

§ 1º No caso de deferimento, o Ministério da Justiça emitirá, no prazo de quinze dias da decisão, certificado de qualificação da requerente como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

§ 2º Indeferido o pedido, o Ministério da Justiça, no prazo do § 1º, dará ciência da decisão, mediante publicação no Diário Oficial.

§ 3º O pedido de qualificação somente será indeferido quando:

I - a requerente enquadrar-se nas hipóteses previstas no art. 2º desta Lei;

II - a requerente não atender aos requisitos descritos nos arts. 3º e 4º desta Lei;

III - a documentação apresentada estiver incompleta.

Art. 7º Perde-se a qualificação de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, a pedido ou mediante decisão proferida em processo administrativo ou judicial, de iniciativa popular ou do Ministério Público, no qual serão assegurados, ampla defesa e o devido contraditório.

Art. 8º Vedado o anonimato, e desde que amparado por fundadas evidências de erro ou fraude, qualquer cidadão, respeitadas as prerrogativas do Ministério Público, é parte legítima para requerer, judicial ou administrativamente, a perda da qualificação instituída por esta Lei.

CAPÍTULO II

DO TERMO DE PARCERIA

Art. 9º Fica instituído o Termo de Parceria, assim considerado o instrumento passível de ser firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas no art. 3º desta Lei.

Art. 10. O Termo de Parceria firmado de comum acordo entre o Poder Público e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público discriminará direitos, responsabilidades e obrigações das partes signatárias.

§ 1º A celebração do Termo de Parceria será precedida de consulta aos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, nos respectivos níveis de governo.

§ 2º São cláusulas essenciais do Termo de Parceria:

I - a do objeto, que conterá a especificação do programa de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público;

II - a de estipulação das metas e dos resultados a serem atingidos e os respectivos prazos de execução ou cronograma;

III - a de previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado;

IV - a de previsão de receitas e despesas a serem realizadas em seu cumprimento, estipulando item por item as categorias contábeis usadas pela organização e o detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos, com recursos oriundos ou vinculados ao Termo de Parceria, a seus diretores, empregados e consultores;

V - a que estabelece as obrigações da Sociedade Civil de Interesse Público, entre as quais a de apresentar ao Poder Público, ao término de cada exercício, relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado de prestação de contas dos gastos e receitas efetivamente realizados, independente das previsões mencionadas no inciso IV;

VI - a de publicação, na imprensa oficial do Município, do Estado ou da União, conforme o alcance das atividades celebradas entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, de extrato do Termo de Parceria e de demonstrativo da sua execução física e financeira, conforme modelo simplificado estabelecido no regulamento desta Lei, contendo os dados principais da documentação obrigatória do inciso V, sob pena de não liberação

dos recursos previstos no Termo de Parceria.

Art. 11. A execução do objeto do Termo de Parceria será acompanhada e fiscalizada por órgão do Poder Público da área de atuação correspondente à atividade fomentada, e pelos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, em cada nível de governo.

§ 1º Os resultados atingidos com a execução do Termo de Parceria devem ser analisados por comissão de avaliação, composta de comum acordo entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

§ 2º A comissão encaminhará à autoridade competente relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

§ 3º Os Termos de Parceria destinados ao fomento de atividades nas áreas de que trata esta Lei estarão sujeitos aos mecanismos de controle social previstos na legislação.

Art. 12. Os responsáveis pela fiscalização do Termo de Parceria, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública pela organização parceira, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária.

Art. 13. Sem prejuízo da medida a que se refere o art. 12 desta Lei, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público, à Advocacia-Geral da União, para que requeiram ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o seqüestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público, além de outras medidas consubstanciadas na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e na Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990.

§ 1º O pedido de seqüestro será processado de acordo com o disposto nos arts. 822 e 825 do Código de Processo Civil.

§ 2º Quando for o caso, o pedido incluirá a investigação, o exame e o bloqueio de bens, contas bancárias e aplicações mantidas pelo demandado no País e no exterior, nos termos da lei dos tratados internacionais.

§ 3º Até o término da ação, o Poder Público permanecerá como depositário e gestor dos bens e valores seqüestrados ou indisponíveis e velará pela continuidade das atividades sociais da organização parceira.

Art. 14. A organização parceira fará publicar, no prazo máximo de trinta dias, contado da assinatura do Termo de Parceria, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, observado os princípios estabelecidos no inciso I do art. 4º desta Lei.

Art. 15. Caso a organização adquira bem imóvel com recursos provenientes da celebração do Termo de Parceria, este será gravado com cláusula de inalienabilidade.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 16. É vedada às entidades qualificadas como Organização da Sociedade Civil de interesse público a participação em campanhas de interesse político-partidário ou eleitorais, sob quaisquer meios ou formas.

Art. 17. O Ministério da Justiça permitirá, mediante requerimento dos interessados, livre acesso público a todas as informações pertinentes às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

Art. 18. As pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificadas com base em outros diplomas legais, poderão qualificar-se como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, desde que atendidos os requisitos para tanto exigidos, sendo-lhes assegurada a manutenção simultânea dessas qualificações, até dois anos contados da data de vigência desta Lei.

§ 1º Findo o prazo de dois anos, a pessoa jurídica interessada em manter a qualificação prevista nesta Lei deverá por ela optar, fato que implicará a renúncia automática de suas qualificações anteriores.

§ 2º Caso não seja feita a opção prevista no parágrafo anterior, a pessoa jurídica perderá automaticamente a qualificação obtida nos termos desta Lei.

Art. 19. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de trinta dias.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de março de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros, Pedro Malan

DECRETO Nº 3.100, DE 30 DE JUNHO DE 1999

Regulamenta a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º O pedido de qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público será dirigido, pela pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos que preencha os requisitos dos arts. 1º, 2º, 3º e 4º da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, ao Ministério da Justiça por meio do preenchimento de requerimento escrito e apresentação de cópia autenticada dos seguintes documentos:

I - estatuto registrado em Cartório;

II - ata de eleição de sua atual diretoria;

III - balanço patrimonial e demonstração do resultado do exercício;

IV - declaração de isenção do imposto de renda; e

V - inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes/Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CGC/CNPJ).

Art. 2º O responsável pela outorga da qualificação deverá verificar a adequação dos documentos citados no artigo anterior com o disposto nos arts. 2º, 3º e 4º da Lei nº 9.790, de 1999, devendo observar:

I - se a entidade tem finalidade pertencente à lista do art. 3º daquela Lei;

II - se a entidade está excluída da qualificação de acordo com o art. 2º daquela Lei;

III - se o estatuto obedece aos requisitos do art. 4º daquela Lei;

IV - na ata de eleição da diretoria, se é a autoridade competente que está solicitando a qualificação;

V - se foi apresentado o balanço patrimonial e a demonstração do resultado do exercício;

VI - se a entidade apresentou a declaração de isenção do imposto de renda à Secretaria da Receita Federal; e

VII - se foi apresentado o CGC/CNPJ.

Art. 3º O Ministério da Justiça, após o recebimento do requerimento, terá o prazo de trinta dias para deferir ou não o pedido de qualificação, ato que será publicado no Diário Oficial da União no prazo máximo de quinze dias da decisão.

§ 1º No caso de deferimento, o Ministério da Justiça emitirá, no prazo de quinze dias da decisão, o certificado da requerente como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

§ 2º Deverão constar da publicação do indeferimento as razões pelas quais foi denegado o pedido.

§ 3º A pessoa jurídica sem fins lucrativos que tiver seu pedido de qualificação indeferido poderá reapresentá-lo a qualquer tempo.

Art. 4º Qualquer cidadão, vedado o anonimato e respeitadas as prerrogativas do Ministério Público, desde que amparado por evidências de erro ou fraude, é parte legítima para requerer, judicial ou administrativamente, a perda da qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

Parágrafo único. A perda da qualificação dar-se-á mediante decisão proferida em processo administrativo, instaurado no Ministério da Justiça, de ofício ou a pedido do interessado, ou judicial, de iniciativa popular ou do Ministério Público, nos quais serão assegurados a ampla defesa e o contraditório.

Art. 5º Qualquer alteração da finalidade ou do regime de funcionamento da organização, que implique mudança das condições que instruíram sua qualificação, deverá ser comunicada ao Ministério da Justiça, acompanhada de justificativa, sob pena de cancelamento da qualificação.

Art. 6º Para fins do art. 3º da Lei nº 9.790, de 1999, entende-se:

I - como Assistência Social, o desenvolvimento das atividades previstas no art. 3º da Lei Orgânica da Assistência Social;

II - por promoção gratuita da saúde e educação, a prestação destes serviços realizada pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público mediante financiamento com seus próprios recursos.

§ 1º Não são considerados recursos próprios aqueles gerados pela cobrança de serviços de qualquer pessoa física ou jurídica, ou obtidos em virtude de repasse ou arrecadação compulsória.

§ 2º O condicionamento da prestação de serviço ao recebimento de doação, contrapartida ou equivalente não pode ser considerado como promoção gratuita do serviço.

Art. 7º Entende-se como benefícios ou vantagens pessoais, nos termos do inciso II do art. 4º da Lei nº 9.790, de 1999, os obtidos:

I - pelos dirigentes da entidade e seus cônjuges, companheiros e parentes colaterais ou afins até o terceiro grau;

II - pelas pessoas jurídicas das quais os mencionados acima sejam controladores ou detenham mais de dez por cento das participações societárias.

Art. 8º Será firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Termo de Parceria destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas no art. 3º da Lei nº 9.790, de 1999

Parágrafo único. O Órgão estatal firmará o Termo de Parceria mediante modelo padrão próprio, do qual constarão os direitos, as responsabilidades e as obrigações das partes e as cláusulas essenciais descritas no art. 10, § 2º, da Lei nº 9.790, de 1999.

Art. 9º O órgão estatal responsável pela celebração do Termo de Parceria verificará previamente o regular funcionamento da organização.

Art. 10. Para efeitos da consulta mencionada no art. 10, § 1º, da Lei nº 9.790, de 1999, o modelo a que se refere o art. 8º deverá ser preenchido e remetido ao Conselho de Política Pública competente.

§ 1º A manifestação do Conselho de Política Pública será considerada para a tomada de decisão final em relação ao Termo de Parceria.

§ 2º Caso não exista Conselho de Política Pública da área de atuação correspondente, o órgão estatal parceiro fica dispensado de realizar a consulta, não podendo haver substituição por outro Conselho.

§ 3º O Conselho de Política Pública terá o prazo de trinta dias, contado a partir da data de recebimento da consulta, para se manifestar sobre o Termo de Parceria, cabendo ao órgão estatal responsável, em última instância, a decisão final sobre a celebração do respectivo Termo de Parceria.

§ 4º O extrato do Termo de Parceria, conforme modelo constante do Anexo I deste Decreto, deverá ser publicado pelo órgão estatal parceiro no Diário Oficial, no prazo máximo de quinze dias após a sua assinatura.

Art. 11. Para efeito do disposto no art. 4º, inciso VII, alíneas "c" e "d", da Lei nº 9.790, de 1999, entende-se por prestação de contas a comprovação da correta aplicação dos recursos repassados à Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

§ 1º As prestações de contas anuais serão realizadas sobre a totalidade das operações patrimoniais e resultados das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

§ 2º A prestação de contas anuais será instruída com os seguintes documentos:

I - relatório anual de execução de atividades;

II - demonstração de resultados do exercício;

III - balanço patrimonial;

IV - demonstração das origens e aplicações de recursos;

V - demonstração das mutações do patrimônio social;

VI - notas explicativas das demonstrações contábeis, caso necessário; e

VII - parecer e relatório de auditoria nos termos do art. 20 deste Decreto, se for o caso.

Art. 12. Para efeito do disposto no § 2º, inciso V, do art. 10 da Lei nº 9.790, de 1999, entende-se por prestação de contas relativa a execução do Termo de Parceria a comprovação, perante o órgão estatal parceiro, da correta aplicação dos recursos públicos recebidos e do adimplemento do objeto do Termo de Parceria, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II - demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução;

III - parecer e relatório de auditoria, nos casos previstos no art. 20; e

IV - entrega do extrato da execução física e financeira estabelecido no art. 19.

Art. 13. O Termo de Parceria poderá ser celebrado por período superior ao do exercício fiscal.

§ 1º Caso expire a vigência do Termo de Parceria sem o adimplemento total do seu objeto pelo órgão parceiro ou havendo excedentes financeiros disponíveis com a organização da Sociedade Civil de Interesse Público, o referido Termo poderá ser prorrogado.

§ 2º As despesas previstas no Termo de Parceria e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento e a formalização de nova data de término serão consideradas como legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

Art. 14. A liberação de recursos financeiros necessários à execução do Termo de Parceria far-se-á em conta bancária específica, a ser aberta em banco a ser indicado pelo órgão estatal parceiro.

Art. 15. A liberação de recursos para a implementação do Termo de Parceria obedecerá ao respectivo cronograma, salvo se autorizada sua liberação em parcela única.

Art. 16. É possível a vigência simultânea de um ou mais Termos de Parceria, ainda que com o mesmo órgão estatal, de acordo com a capacidade operacional da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

Art. 17. O acompanhamento e a fiscalização por parte do Conselho de Política Pública de que trata o art. 11 da Lei nº 9.790, de 1999, não pode introduzir nem induzir modificação das obrigações estabelecidas pelo Termo de Parceria celebrado.

§ 1º Eventuais recomendações ou sugestões do Conselho sobre o acompanhamento dos Termos de Parceria deverão ser encaminhadas ao órgão estatal parceiro, para adoção de providências que entender cabíveis.

§ 2º O órgão estatal parceiro informará ao Conselho sobre suas atividades de acompanhamento.

Art. 18. O extrato da execução física e financeira, referido no art. 10, § 2º, inciso VI, da Lei nº 9.790, de 1999, deverá ser preenchido pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e publicado na imprensa oficial da área de abrangência do projeto, no prazo máximo de sessenta dias após o término de cada exercício financeiro, de acordo com o modelo constante do Anexo II deste Decreto.

Art. 19. A Organização da Sociedade Civil de Interesse Público deverá realizar auditoria independente da aplicação dos recursos objeto do Termo de Parceria, de acordo com a alínea "c", inciso VII, do art. 4º da Lei nº 9.790, de 1999, nos casos em que o montante de recursos for maior ou igual a R\$600.000,00 (seiscentos mil reais).

§ 1º O disposto no caput aplica-se também aos casos onde a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público celebre concomitantemente vários Termos de Parceria com um ou vários órgãos estatais e cuja soma ultrapasse aquele valor.

§ 2º A auditoria independente deverá ser realizada por pessoa física ou jurídica habilitada pelos Conselhos Regionais de Contabilidade.

§ 3º Os dispêndios decorrentes dos serviços de auditoria independente deverão ser incluídas no orçamento do projeto como item de despesa.

§ 4º Na hipótese do § 1º, poderão ser celebrados aditivos para efeito do disposto no parágrafo anterior.

Art. 20. A comissão de avaliação de que trata o art. 11, § 1º, da Lei nº 9.790, de 1999, deverá ser composta por dois membros do respectivo Poder Executivo, um da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e um membro indicado pelo Conselho de Política Pública da área de atuação correspondente, quando houver.

Parágrafo único. Competirá à comissão de avaliação monitorar a execução do Termo de Parceria.

Art. 21. A Organização da Sociedade Civil de Interesse Público fará publicar na imprensa oficial da União, do Estado ou do Município, no prazo máximo de trinta dias, contado a partir da assinatura do Termo de Parceria, o regulamento próprio a que se refere o art. 14 da Lei nº 9.790, de 1999, remetendo cópia para conhecimento do órgão estatal parceiro.

Art. 22. Para os fins dos arts.12 e 13 da Lei nº 9.790, de 1999, a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público indicará, para cada Termo de Parceria, pelo menos um dirigente, que será responsável pela boa administração dos recursos recebidos.

Parágrafo único. O nome do dirigente ou dos dirigentes indicados será publicado no extrato do Termo de Parceria.

Art. 23. A escolha da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, para a celebração do Termo de Parceria, poderá ser feita por meio de publicação de edital de concursos de projetos pelo órgão estatal parceiro para obtenção de bens e serviços e para a realização de atividades, eventos, consultorias, cooperação técnica e assessoria.

Parágrafo único. Instaurado o processo de seleção por concurso, é vedado ao Poder Público celebrar Termo de Parceria para o mesmo objeto, fora do concurso iniciado.

Art. 24. Para a realização de concurso, o órgão estatal parceiro deverá preparar, com clareza, objetividade e detalhamento, a especificação técnica do bem, do projeto, da obra ou do serviço a ser obtido ou realizado por meio do Termo de Parceria.

Art. 25. Do edital do concurso deverá constar, no mínimo, informações sobre:

I - prazos, condições e forma de apresentação das propostas;

II - especificações técnicas do objeto do Termo de Parceria;

III - critérios de seleção e julgamento das propostas;

IV - datas para apresentação de propostas;

V - local de apresentação de proposta;

VI - datas do julgamento e data provável de celebração do Termo de Parceria;

e

VII - valor máximo a ser desembolsado.

Art. 26. A Organização da Sociedade Civil de Interesse Público deverá apresentar seu projeto técnico e o detalhamento dos custos a serem realizados na sua implementação ao órgão estatal parceiro.

Art. 27. Na seleção e no julgamento dos projetos, levar-se-ão em conta:

I - o mérito intrínseco e adequação ao edital do projeto apresentado;

II - a capacidade técnica e operacional da candidata;

III - a adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados;

IV - o ajustamento da proposta às especificações técnicas;

V - a regularidade jurídica e institucional da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público; e

VI - a análise dos documentos referidos no art. 12, § 2º, deste Decreto.

Art. 28. Obedecidos aos princípios da administração pública, são inaceitáveis como critério de seleção, de desqualificação ou pontuação:

I - o local do domicílio da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público ou a exigência de experiência de trabalho da organização no local de domicílio do órgão parceiro estatal;

II - a obrigatoriedade de consórcio ou associação com entidades sediadas na localidade onde deverá ser celebrado o Termo de Parceria;

III - o volume de contrapartida ou qualquer outro benefício oferecido pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

Art. 29. O julgamento será realizado sobre o conjunto das propostas das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, não sendo aceitos como critérios de julgamento os aspectos jurídicos, administrativos, técnicos ou operacionais não estipulados no edital do concurso.

Art. 30. O órgão estatal parceiro designará a comissão julgadora do concurso, que será composta, no mínimo, por um membro do Poder Executivo, um especialista no tema do concurso e um membro do Conselho de Política Pública da área de competência, quando houver.

§ 1º O trabalho dessa comissão não será remunerado.

§ 2º O órgão estatal deverá instruir a comissão julgadora sobre a pontuação pertinente a cada item da proposta ou projeto e zelar para que a identificação da organização proponente seja omitida.

§ 3º A comissão pode solicitar ao órgão estatal parceiro informações adicionais sobre os projetos.

§ 4º A comissão classificará as propostas das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público obedecidos aos critérios estabelecidos neste Decreto e no edital.

Art. 31. Após o julgamento definitivo das propostas, a comissão apresentará, na presença dos concorrentes, os resultados de seu trabalho, indicando os aprovados.

§ 1º O órgão estatal parceiro:

I - não examinará recursos administrativos contra as decisões da comissão julgadora;

II - não poderá anular ou suspender administrativamente o resultado do concurso nem celebrar outros Termos de Parceria, com o mesmo objeto, sem antes finalizar o processo iniciado pelo concurso.

§ 2º Após o anúncio público do resultado do concurso, o órgão estatal parceiro o homologará, sendo imediata a celebração dos Termos de Parceria pela ordem de classificação dos aprovados.

Art. 32. O Ministro de Estado da Justiça baixará portaria no prazo de quinze dias, a partir da publicação deste Decreto, regulamentando os procedimentos para a qualificação.

Art. 33. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de junho de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Paulo Affonso Martins de Oliveira, Pedro Parente, Clovis de Barros Carvalho

