

PUBLICIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

OUTSOURCING OF PUBLIC HEALTH SERVICES: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Recebido em 31.10.2021 Aprovado em 10.08.2022

Avaliado pelo sistema double blind review

DOI: 10.32888/cge.v10i1.52120

Marcos Aurélio da Silva Cruz

silvacruz22@hotmail.com

Universidade Federal Fluminense – Volta Redonda/Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

O objetivo deste artigo foi compreender as principais consequências do processo de publicização nos serviços públicos de saúde por intermédio das OSS. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática de literatura visando verificar em que medida a transferência dos serviços públicos de saúde do setor público estatal para o não-estatal afetou o SUS. Os resultados encontrados demonstraram que a introdução desse mecanismo foi sucedida da ampliação da rede pública de saúde e da expansão dos gastos com essas organizações. Infere-se que esse expediente tem sido utilizado para beneficiar primordialmente essas entidades, o que aumentou o sentimento de privatização do SUS.

Palavras-chave: Publicização. Saúde. Organizações Sociais. Privatização.

Abstract

The aim of this article was to understand the main consequences of the outsourcing process in public health services through OSS. Therefore, a systematic literature review was carried out to verify the extent to which the transfer of public health services from the state public sector to the non-state one affected the SUS. The results found showed that the introduction of this mechanism was succeed in expanding the public health network and in expanding spending on these organizations. It is inferred that this expedient has been used primarily for the benefit of these entities, which has increased the feeling of privatization of the SUS.

Keywords: Outsourcing. Health. Social Organizations. Privatization.

Introdução

Na década de 1990, em meio à onda neoliberal na América Latina, surge um novo mecanismo para operacionalizar o sistema de saúde no Brasil. A Lei n. 9.637/1998, promulgada no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), marcou a institucionalização das organizações sociais (OS), permitindo que o Poder Executivo assim qualificasse estas pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos para executar atividades “dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à *saúde* [ênfase adicionada]” (Lei n. 9.637, 1998).

Segundo essa lei, as pessoas jurídicas qualificadas como OS podem receber recursos orçamentário e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão. Na visão de Travagin (2017), as OS são produtos da Reforma Gerencial do Estado de 1995 que, seguindo recomendações do Banco Mundial, visa o desmonte dos grandes sistemas de proteção social ao reorientar os gastos públicos para a atenção básica apenas aos mais pobres e transferir serviços públicos ao setor privado, tendo como pressuposto a ineficiência do Estado.

No contexto do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (Mare) em 1995, os serviços não-exclusivos do Estado, como educação e saúde, seriam transferidos do setor estatal para o público não-estatal, através de um programa de publicização, partindo da presunção que esses serviços seriam mais eficientemente executados nesse novo modelo de gestão pública. Considera-se *publicização* a cessão da gestão de certos setores para as entidades do terceiro setor, “baseado no pressuposto de que esses serviços ganhariam em qualidade, sendo otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social” (Souza, 2013, p. 502).

No campo da saúde, as Organizações Sociais de Saúde (OSS), tornaram-se o principal instrumento de redefinição do papel e do tamanho do Estado, através da participação da sociedade civil na prestação de serviços sociais, atendendo às diretrizes da descentralização e da desconcentração expressas no ideário do movimento de reforma do Estado, como nos ensinam Carneiro Junior e Elias (2003).

A expansão desse instrumento pode ser observada na pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicada pelo Valor Econômico em 25 de setembro de 2019, onde se constata o crescimento no número dos equipamentos de saúde geridos por OSS de 997 em 2014 para 1.756 em 2018 (76%), e na quantidade de municípios que aderiram a essa forma de gestão, que saltou de 182 para 270 no mesmo período, fazendo com que as OSS administrassem 58% dos estabelecimentos municipais de saúde geridos por terceiros.

Mesmo assim, Correia e Santos (2015) asseguram que serviços públicos executados pelas OSS são ineficientes, aumentam os gastos estatais e são alvo de diversas irregularidades apontadas por órgãos de controle interno, principalmente, por conta de desvio de dinheiro público. Isso vai de encontro ao preconizado no PDRAE, que previa uma administração pública gerencial eficiente, com redução de custos e aumento da qualidade dos serviços, “tendo o cidadão como beneficiário” (Mare, 1995, p. 21).

Entretanto, durante análise preliminar da bibliografia sobre o tema, observou-se que a conclusão de alguns pesquisadores (Pacheco *et al.*, 2016; Castro & Caliman, 2018; Fagundes, 2018) são de aspectos positivos quanto à introdução dessas formas alternativas de gestão nos serviços públicos de saúde. Afirmam que nos equipamentos de saúde geridos por OSS há maior flexibilidade administrativa para contratação de recursos humanos e aquisição de insumos hospitalares, o que favoreceria um melhor gerenciamento da unidade de saúde, proporcionando maiores respostas às necessidades sanitárias da população. Essas informações coincidem com as conclusões de Barbosa e Elias (2010) de que a autonomia administrativa e financeira das OSS para provisão de bens, serviços e contratação de recursos humanos interfere positivamente a seu favor frente aos hospitais da Administração Direta.

Nessa perspectiva, diante das discussões conflitantes observadas na literatura sobre o tema, o trabalho tem como objetivo geral compreender as principais consequências do processo de publicização nos serviços públicos de saúde, por intermédio das OSS, em busca do suposto aumento da qualidade e da eficiência dos serviços prestados à população.

Para tanto, foram delineados os seguintes objetivos específicos: apresentar o cenário em que se deu o processo de publicização da saúde pública no Brasil; conceituar termos como: organização social, publicização, privatização, terceirização e contrato de gestão; demonstrar fatores que propiciaram a disseminação das OSS; identificar aspectos positivos e negativos da transferência da gestão dos equipamentos de saúde da Administração Direta para o terceiro setor.

Parte-se da hipótese de que a transferência da gestão de bens e serviços públicos de saúde da Administração Direta para as entidades do terceiro setor, conforme preconizado no PDRAE, não trouxe os benefícios esperados ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista principalmente ao que se assiste nas mídias sobre a saúde: desvio de verbas, carência de profissionais, falta de materiais, superfaturamento de produtos hospitalares, pagamentos de propinas para agentes públicos, descaso no atendimento aos usuários etc.

Desta forma, este trabalho pretende apresentar os resultados da publicização dos serviços de saúde em direção às OSS, segundo a visão dos autores que já pesquisaram sobre a temática do período de 2010 a 2020. Assim, este artigo científico pode ser caracterizado como uma revisão sistemática da literatura, estando estruturado em seis seções, além desta introdução: problema de pesquisa e objetivo, fundamentação teórica, procedimentos metodológicos, apresentação e análise dos resultados, considerações finais e referências.

A relevância do estudo está em contribuir como um conhecimento adicional para que os atores envolvidos no processo decisório de gestão do SUS, como gestores públicos, administradores de OSS, ou membros de conselhos de saúde conheçam e analisem criticamente aspectos que podem e devem ser melhorados nessa modalidade contemporânea de gestão em benefício da população, que depende de um sistema de saúde que atenda suas necessidades de forma integral e efetiva.

Problema de pesquisa e objetivo

Diante do cenário de crise das grandes economias capitalistas nas décadas de 1970 e 1980 (crises do petróleo e aumento e elevação súbita dos juros nos Estados Unidos), o *welfare state*, antes enaltecido pelo seu papel no desenvolvimento econômico, “passou a ser visto como uma ameaça à liberdade da iniciativa privada e tido como inchado, ineficiente, burocrático, rígido, irresponsável” (Travagin, 2017, p. 997).

Desta forma, segundo Contreiras e Matta (2015), ganharam legitimidade teses que defendiam a diminuição da intervenção estatal, a redução dos gastos públicos e o fortalecimento do mercado e da sociedade civil. As reformas de Estado, baseadas nessas ideias, começaram nos países centrais, caracterizadas por ajustes macroeconômicos e flexibilização administrativa. Já nos países periféricos, a exemplo dos latinos americanos, organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial mediaram a disseminação dessas reformas, que no Brasil teve como marco institucional a criação do Mare em 1995, cujo PDRAE “diagnosticou a administração burocrática como ineficiente e patrimonialista e prescreveu estratégias para os diferentes setores do Estado” (Contreiras & Matta, 2015, p. 285).

Assim, como resultado das alegadas distorções e ineficiências do Estado, optou-se transferir para o setor privado as atividades que pudessem ser controladas pelo mercado, não por meio da privatização tradicional, mas pelo chamado processo de publicização, isto é, descentralizando para o setor público não-estatal a execução de serviços que não envolvessem o exercício do poder de Estado, mas que deveriam ser por ele subsidiados, como o caso dos serviços de educação, saúde, cultura etc., de acordo com o Mare (1995).

Entretanto, parte da literatura sobre o tema sugere que os objetivos propostos no PDRAE não foram alcançados. A suposta eficiência e agilidade do setor privado, que promoveria serviços públicos com qualidade superior aos da Administração Direta e com um custo menor, não estaria confirmada. Mas alguns pesquisadores, assim como certos atores sociais participantes de entrevistas constantes nos artigos selecionados, afirmam haver vantagens no atendimento executado pelas OSS. Diante dessa antítese de ideias, surge a seguinte inquietação: Em que medida o processo de publicização dos serviços públicos por meio das OSS afetou o SUS?

Este trabalho tem como objetivo geral compreender as principais consequências do processo de publicização nos serviços públicos de saúde, por intermédio das OSS, em busca do suposto aumento da qualidade e da eficiência

dos serviços prestados à população, segundo os autores dos estudos selecionados, publicados no período de 2010-2020. Bem como, os seguintes objetivos específicos: apresentar o cenário em que se deu o processo de publicização da saúde pública no Brasil; conceituar termos como: Organizações Sociais, publicização, privatização, terceirização e contrato de gestão; demonstrar fatores que propiciaram a disseminação das OSS; identificar aspectos positivos e negativos da transferência da gestão dos equipamentos de saúde da Administração Direta para o terceiro setor.

Fundamentação teórica

Fatores históricos da publicização no Brasil

Segundo Druck *et al.* (2018), nos anos 1970 o padrão de desenvolvimento estabelecido desde o fim da segunda grande guerra, baseado na hegemonia fordista, no bem-estar social, no pleno emprego e na distribuição de renda, entrou em crise. Logo, o capital buscou se reestruturar e o papel e tipo de Estado foi redefinido, dando início à chamada era neoliberal, que previa privatizações de empresas públicas e o enxugamento da máquina do Estado, reduzindo-se as políticas públicas universais.

Já nos anos 1980, de acordo com Contreiras e Matta (2015), ganharam legitimidade teses de que o crescimento econômico e a consolidação da democracia estariam vinculados a redução da intervenção estatal e dos gastos públicos, bem como ao fortalecimento do mercado e da sociedade civil. Baseados nestas ideias, os países centrais realizaram suas reformas de Estado que também repercutiram nos sistemas de saúde, já pressionados pelo encarecimento da tecnologia médica e pelo envelhecimento populacional.

O Brasil na década de 1980 tinha outros óbices para serem resolvidos. O Professor Paulo Silvino Ribeiro ilustra um país que, no campo político, entra nos anos de 1980 sob uma ditadura militar, passa por processo de abertura política cuja pressão por eleições culmina no movimento de *Diretas Já*. No campo econômico, o país havia herdado os altos índices de endividamento dos períodos e dos planos de desenvolvimento anteriores. Havia ainda como agravantes os altos índices de inflação e a estagnação econômica. Esse período ficou conhecido como *a década perdida*.

Entretanto, houve conquistas expressivas do movimento pela Reforma Sanitária no campo da saúde nessa década. A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi considerada um marco, pois foi “a primeira com ampla participação da sociedade civil e contando com o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares” (Paim, 2008, p. 100). Segundo Moreira e Escorel (2009), seu relatório final propôs a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito. Destarte, o SUS foi criado em 1988 sob a égide da Constituição Federal Brasileira.

Correia (2005) aponta que a vitória de Fernando Collor de Melo se deu simultaneamente com o triunfo dos princípios recém consolidados pelo Consenso de Washington no Brasil. A partir daí, na visão de Giselle Silva (2011) as políticas sociais previstas na Carta Magna de 1988 passaram a sofrer ameaças, pois o projeto neoliberal impedia sua implementação. Bravo e Menezes (2011) consideram que a década de 1990 foi de redirecionamento do papel do Estado, em virtude do progresso de teses de cunho neoliberal.

Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

O Mare, coordenado por Bresser Pereira, elaborou o PDRAE no ano de 1995, durante o primeiro governo de FHC. O plano “partia do princípio de que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las” (Rezende, 2008, p. 25). Em seu texto, o governo afirmava que a Carta Magna de 1988 levava a Administração Pública a um “retrocesso burocrático sem precedentes”, promovendo um “surpreendente engessamento do aparelho estatal” (Mare, 1995, p. 21). Então, de acordo com Rezende (2008), o governo defendia uma flexibilização nos controles da sociedade sobre as ações do Poder Executivo, visando a introdução de uma administração gerencial.

Assim sendo, em 1998, o governo FHC sancionou a Lei n. 9.637/1998, dispondo sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Essa norma instituiu o contrato de gestão como “instrumento a ser firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às OS” (Rezende, 2008, p. 27).

Organizações Sociais de Saúde

Barbosa e Elias (2010) nos ensinam que a implementação dessas reformas seguiu princípios e diretrizes que tinham como objetivo a descentralização e a busca de eficiência no setor público. No caso específico da saúde, a descentralização se deu pela transferência da execução das políticas públicas a esferas subnacionais (estados e municípios) e pela incorporação de entes públicos não-estatais às tarefas de gerenciamento e execução de ações de saúde, ensejando o surgimento das organizações sociais de saúde (OSS).

Desta forma, Gislaine Silva (2015) esclarece que foi disseminada a ideia de que a gestão baseada no modelo privado seria capaz de oferecer maiores respostas à população, o que justificaria a publicização dos serviços de saúde via OSS, tendo em vista que sua administração por órgãos públicos seria ineficiente. Nesse contexto, o Estado se desresponsabilizou pela execução direta das atividades no setor hospitalar, reconhecendo e valorizando o espaço público não estatal como ator na provisão de serviços públicos, explicam Guimarães *et al.* (2004, citados em Reis & Coelho, 2018).

Contrato de gestão

Contrato de gestão é o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OS, visando a formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades. Ele deve estipular as metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução e também a previsão de critérios de avaliação de desempenho a serem utilizados, por meio de indicadores de qualidade e produtividade. É por intermédio dos contratos de gestão que os entes da federação transferem serviços e equipamentos públicos de saúde às OSS, entregando-lhes “bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros, dando-lhes autonomia de gerência para contratar, comprar sem licitação” (Rezende, 2008, p. 27).

Barbosa e Elias (2010) entendem que o expediente estabelece a orientação dos processos de trabalho para as partes envolvidas na contratualização, focando assim a busca pela eficiência. Além do controle sobre o desempenho das OSS contratadas, esses contratos serviriam “como parâmetro para definição da alocação interna de recursos e dos custos envolvidos nos procedimentos e serviços produzidos” (p. 2493).

Já na perspectiva de Lima e Bravo (2015), os contratos de gestão representam uma categoria de privatização que tem como objetivo transformar os direitos conquistados em mercadorias, promovendo a mercantilização de setores rentáveis do serviço público, como é o caso dos serviços e unidades de saúde.

Publicização versus privatização

No PDRAE *publicização* é definido como o processo de descentralizar para o setor público não-estatal a execução de serviços não-exclusivos que não envolvam o exercício do poder de Estado, mas que devam ser por ele subsidiado, “estabelecendo-se um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle” (Mare, 1995, p. 13). Já a *privatização*, nas palavras de Carneiro Júnior (2002), seria voltada às empresas estatais pertencentes ao setor de produção de bens e serviços para o mercado, mediante mecanismo de compra e venda para a iniciativa privada, visando lucro e total autonomia sobre o serviço adquirido.

Para muitos pesquisadores (Barbosa & Elias, 2010; Andreazzi & Bravo, 2014; Lima & Bravo, 2015), a publicização materializou o processo de privatização dos serviços públicos de saúde. Di Pietro (2018) assevera a publicização como um dos muitos instrumentos de privatização de que o governo pode utilizar para diminuir o tamanho do aparelhamento da Administração Pública. Para a autora, o Programa Nacional de Publicização engendra uma nova modalidade de privatização, onde um órgão público ou uma pessoa jurídica de direito público é extinto, e não vendido, e em seu lugar surge uma pessoa jurídica de direito privado não enquadrada no conceito de Administração Pública, seja Direta ou Indireta. Assim, as atividades antes prestadas pelo Poder Público seriam prestadas agora por entidades privadas, sem fins lucrativos, qualificadas como OS.

Entretanto, autores como Modesto (1997) endossam que o modelo das OS é uma estratégia oposta a privatização, ou seja, contrária à lógica do mercado. Para o autor, privatização implica numa transferência de domínio do ente estatal ao particular empresarial, o que para ele não ocorreria no processo de publicização.

Normativos referentes às diversas formas de parcerias

Posteriormente à promulgação da Lei n. 9.637/1998, outros instrumentos legais de parcerização de políticas públicas foram sendo criados e incorporados ao ordenamento jurídico, inclusive nas esferas estaduais e municipais. Na esfera federal merecem destaque as seguintes normas:

- a) Lei n. 9.790/1999 - cria as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP);
- b) Lei n. 11.079/2004 - normatiza a contratação de parceria público-privada (PPP);
- c) Lei n. 12.550/2011 - autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);
- d) Lei n. 13.019/2014 - Estabelece as parcerias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil (OCS).

Já a Lei Complementar (LC) n. 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) é evidenciada por contribuir para o processo de consolidação das OSS. Tendo em vista que objetivo dessa lei é disciplinar e limitar os gastos do administrador público, inclusive no tocante à contratação de pessoal, Lenir Santos (2010) esclarece que o limite imposto pela LRF penaliza destacadamente os municípios, pois são estes os principais responsáveis pela execução dos serviços públicos de saúde, setor que gasta em torno de 80% de seus recursos com pessoal.

Diante disso, Ramos e Seta (2019) destacam que os entes acabam por adotar as OSS numa tentativa de contornar o engessamento burocrático imposto pela LRF, flexibilizando assim a contratação de recursos humanos, já que os gastos com OSS não incidem sobre limite de gastos com pessoal. Da mesma forma discorrem Ney e Gonçalves (2020), ao concluírem que a LRF estimulou a entrada das OSS e de outras formas de terceirizações na prestação de serviços públicos, especialmente no campo da saúde.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada nas bases de dados SciELO, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) com o objetivo de buscar e analisar artigos primários relevantes, compilando-os em um único trabalho. As buscas foram feitas por meio da combinação dos descritores *organização social*, *privatização e saúde*, todos validados pela base de descritores em Ciência da Saúde (DeCS), entre os dias 14 e 19 de dezembro de 2020.

Os estudos foram encontrados utilizando-se, além dos descritores mencionados, os filtros *período específico e ordenar por relevância*. O *período específico* para a procura dos artigos foi de 2010-2020. Desta maneira, preliminarmente, foram selecionados 70 estudos, sendo mantidos apenas 19 após a adoção criteriosa de inclusão e exclusão, da seguinte forma:

Quadro 1

Inclusão e exclusão dos estudos selecionados preliminarmente

Periódicos	Preliminarmente	Após critérios de inclusão e exclusão
SciELO	07	05
BDTD	17	09
Capes	46	05

Fonte: Elaborado pelo autor.

Critérios de inclusão

Foram adotados como critério de inclusão: 1) estudos primários ou originais; 2) estudos que versassem sobre a transferência das ações e serviços de saúde do poder público às organizações sociais; 3) estudos publicados entre o período de 2010 e 2020 redigidos em português; 4) estudos que relatassem eventuais consequências do processo de publicização das políticas públicas de saúde. Foram mantidos somente artigos que preenchessem todos os critérios acima.

Critérios de exclusão

Durante a seleção de artigos para a presente revisão, foram excluídos: 1) artigos que não tratassem sobre organizações sociais de saúde; 2) estudos secundários como artigos de revisão sistemática, resenhas ou comentários editoriais; 3) artigos duplicados; 4) Livros.

Análise dos artigos selecionados

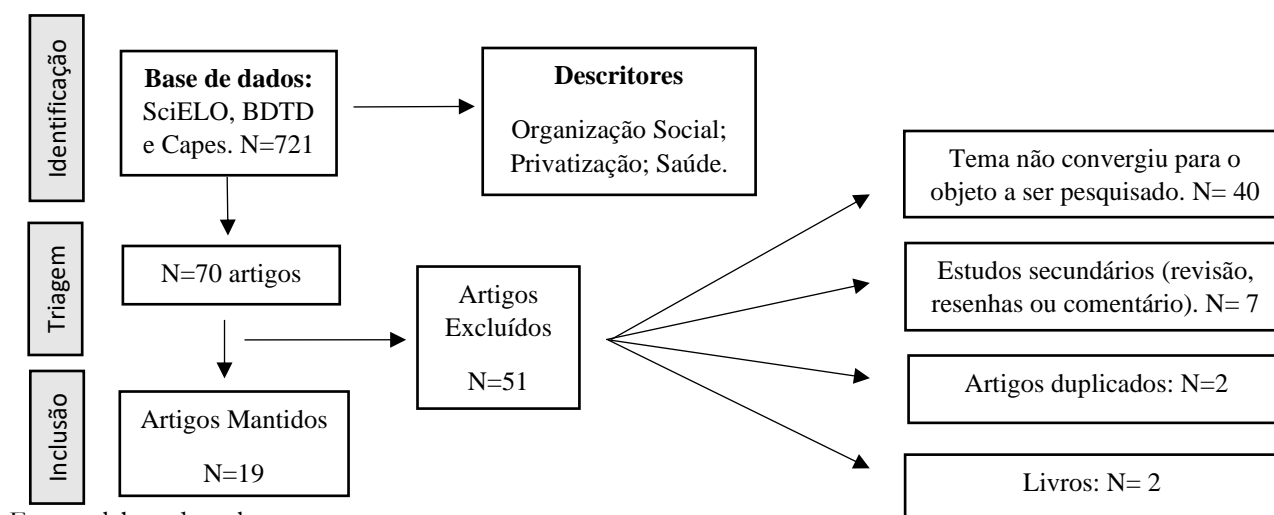
A avaliação de cada estudo foi revisada apenas pelo autor desta revisão sistemática. Os artigos incluídos ou mantidos para realização deste trabalho foram cuidadosamente fichados em um único arquivo do Microsoft Word, para facilitar consultas de palavras-chaves ou expressões de interesse em momentos posteriores. Também foi utilizado o Microsoft Excel para tabular as características metodológicas de cada artigo, além de servir como banco de dados para a síntese de informações, de onde foram construídos os eixos temáticos desta pesquisa. Aqueles que mais convergiram com a questão-problema desta revisão serão apresentados na próxima seção.

Apresentação e análise dos resultados

Utilizando-se os descritores e as bases de dados citados anteriormente, o processo de busca e seleção dos artigos resultou num total de 721 trabalhos. Após uma breve leitura dos títulos e trechos dos artigos, bem como buscas pelos descritores, foi possível selecionar preliminarmente 70 estudos. Através de uma leitura atenciosa nesses estudos e com a utilização dos critérios metodológicos já indicados, obteve-se como resultado uma amostra final de 19 artigos (Quadro 1), de onde se tentou abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, conforme nos ensina Minayo (1992, citado em Deslandes, 2003). O processo de seleção encontra-se esquematizado no diagrama de fluxo abaixo:

Diagrama 1

Critérios de inclusão e exclusão adotados na seleção de artigos



**Quadro 2**

Distribuição dos estudos incluídos na revisão, de acordo com objetivos e resultados

Nº	Primeiro Autor/Ano	Objetivo	Síntese dos resultados	Ente pesquisado	Publicização via OSS Favorável / Contrário
1.S	Andreazzi 2014	Mapear os avanços recentes da contrarreforma do Estado na saúde.	Evidências de laços entre o Estado e o terceiro setor para a consolidação do grande capital financeiro no setor saúde.	BR	Contrário
2.S	Contreiras 2015	Caracterizar a privatização da gestão dos estabelecimentos municipais de saúde e avaliar o papel regulatório da administração sobre as OS.	Órgãos fiscalizadores evidenciam falhas de controle nos contratos de gestão, mas os convênios, que apresentam controle mais frágil, têm sido invisíveis à fiscalização.	MSP	Neutro, com críticas à fiscalização das OSS
3.S	Morais 2018	Analisar o processo de expansão das OSS no Brasil durante o período de 2009-2014.	Dúvidas sobre a natureza não lucrativa das OSS como entidades do “terceiro setor”, num cenário de intensiva mercantilização da saúde e de transferência de fundo público para o setor privado.	BR	Contrário
4.S	Ballarotti 2019	Analisar os depoimentos de médicos que trabalharam sob gestão de diferentes OS no município de São Paulo.	A simples comparação do desempenho dos serviços no alcance de metas não é suficiente para determinar qual serviço cumpre melhor seu papel na rede de saúde, segundo as diretrizes do SUS e da Constituição Federal.	MSP	Neutro
5.S	Reis 2019	Descrever o processo da publicização da gestão hospitalar nos hospitais estaduais da Bahia.	Ascensão das terceirizações entre 1996 e 2005 e crescimento exponencial das OSS.	BA	Neutro
6.B	Nogueira 2011	Analisar os fatores que condicionam a eficácia das unidades hospitalares que são gerenciadas por OSS.	A produção das OSS poderia ser maior se os entes efetivamente realizassem a funções de fiscalizadores. As OSS não são uma solução somente, mas uma das soluções possíveis.	RMBS	Favorável
7.B	Borges 2012	Realizar uma abordagem crítica do SUS diante dos desafios impostos pelo neoliberalismo na década de 1990.	A privatização do SUS se dá pela sua desconfiguração institucional e fragmentação do acesso à saúde pela população. A eficiência OSS foi contestada pelo relatório do TCE de São Paulo.	BR	Contrário
8.B	Cardoso 2012	Analisar alterações decorrentes da adoção dos modelos privatizantes de gestão.	Falta de transparência dos recursos públicos destinados ao Fundo Municipal de Saúde; o favorecimento do capital, por meio da apropriação do fundo público, relega o SUS para segundo plano.	MRJ	Contrário
9.B	Vieira 2013	Analisar como a terceirização da gestão influencia no processo de trabalho e as repercussões para o trabalhador da saúde.	As OSS operam na lógica da produtividade. Elevada rotatividade dos usuários no serviço. A política empregada pelas OSS é a lógica empregada no setor privado. Redução da autonomia do trabalhador e intensificação do trabalho.	GO	Contrário
10.B	Brandão 2014	Analisar a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos.	Evidência de que o contrato de gestão entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e as OS resulta numa política de atendimento a uma pequena parcela da população pobre (focalização), na efetivação da gestão privada do Estado (privatização), e numa intersectorialidade incompleta (prevalência do setor saúde).	MRJ	Contrário
11.B	Silva 2015	Identificar e analisar a percepção dos trabalhadores em relação aos diferentes modelos de gestão no município de São Paulo.	Crescimento da atuação das instituições parceiras no município de São Paulo e precarização do trabalho de todos os trabalhadores. Na visão da maioria dos entrevistados, inclusive com vínculo estatutário, as instituições parceiras são mais eficazes e eficientes.	MSP	Entrevistados: a favor; Pesquisador: Contrário
12.B	Ximenes 2015	Analisar a apropriação do fundo público da saúde pelas OSS em Pernambuco.	O objetivo real da terceirização, via modelo privatizante de gestão, é a apropriação do fundo público da saúde.	PE	Contrário

Publicização dos serviços públicos de saúde: revisão sistemática de literatura

Nº	Primeiro Autor/Ano	Objetivo	Síntese dos resultados	Ente pesquisado	Publicização via OSS Favorável / Contrário
13.B	Moreira 2017	Analisar as implicações da gestão terceirizada e os efeitos dessa condição de trabalho na saúde física e mental do trabalhador.	Intensificação e precarização das relações e condições de trabalho aumenta o desemprego estrutural, exigindo do trabalhador um perfil polivalente, multiprofissional, passivizado e especializado.	GO	Contrário
14.B	Fagundes 2018	Verificar se a busca por flexibilidade de RH era o móvel da adoção dos novos modelos de gestão dos equipamentos públicos de saúde.	Os modelos de gestão estudados oferecem flexibilidades pelo fato de as relações de trabalho desenvolvidas nesses âmbitos serem regidas pela legislação trabalhista, evitando-se o regime jurídico estatutário, a fim de fugir dos limites impostos pela legislação.	BA, SP, PR	Favorável
15.C	Souza 2013	Analisar os contratos de gestão adotados pela Pref. Mun. Uberlândia e as OSS qualificadas para implantar e operacionalizar as ações de assistência à saúde.	O modelo de gestão via OSS não cumpre os objetivos inscritos no PDRAE (redução de custos, aumento do controle social e melhores resultados). Mas a flexibilização na gestão foi alcançada.	MU	Contrário
16.C	Bussinguer 2016	Analisar o contexto das transformações e consequências da gestão privada de recursos públicos para a execução das políticas públicas de saúde.	As OSS se transformaram numa alternativa para a Administração Pública desmantelar e precarizar o SUS.	BR	Contrário
17.C	Pacheco 2016	Analisar a percepção dos agentes públicos quanto à adoção do modelo de gestão (OSS) em Pernambuco.	Há divergências quanto à percepção dos gestores no tocante à regulação do Estado sobre as OSS e discordâncias políticas sobre o modelo, conforme a posição que cada gestor público ocupa no SUS do estado.	PE	Favorável
18.C	Castro 2018	Descrever e analisar a implantação e execução de um novo modelo de gestão de saúde implantado no Espírito Santo.	O modelo de gerenciamento por OSS adotado no ES são importantes para os serviços públicos hospitalares, pois garantem a entrega de seus produtos a população e um maior controle do Estado sobre os recursos públicos.	ES	Favorável
19.C	Cislaghi 2019	Posicionar criticamente a economia política da saúde, a partir da apropriação privada de fundo público na atualidade.	Criação de novos modelos de privatização (não clássicos, por dentro) na área de saúde. Os grupos privados têm se apropriado do fundo público, mesmo que sigam, em alguns casos, garantindo serviços gratuitos.	BR	Contrário

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: S-Scielo; B-BDTD;C-Capes; MSP-Município de São Paulo; MRJ-Município do Rio de Janeiro; MU-Município de Uberlândia; RMBS-Região Metropolitana da Baixada Santista.

Marcos legais das organizações sociais nos diversos entes

A partir dos resultados encontrados no Quadro 2, foram identificados eixos temáticos que delimitaram as principais consequências do processo de publicização dos serviços públicos de saúde, em busca do suposto aumento de qualidade e eficiência previstos no PDRAE: a) expansão da rede pública de saúde e das OSS; b) privatização e terceirização dos equipamentos de saúde; c) transferência de patrimônio público e aumento de recursos para a iniciativa privada; d) ausência do controle social sobre os serviços publicizados; e) falta da transparência; f) precarização das relações de trabalho e dos trabalhadores. Contudo, antes, faz-se mister traçar uma breve explanação sobre o marco regulatório das OSS nos entes subnacionais analisados nos trabalhos selecionados, seguido de uma ilustrativa linha do tempo.

- **Estado da Bahia:** Na visão de Reis e Coelho (2018), o estado foi um dos primeiros a aderir às novas modalidades de privatização da gestão por meio da Lei n. 7.027/1997, sob o discurso de maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à população. Observa-se que essa lei é anterior à Lei Federal das OSS.

- **Estado de São Paulo:** O modelo de organizações sociais foi instituído pela LC n. 846/1998, “após intensa resistência na Assembleia Legislativa e por setores da sociedade civil, que criticaram o fraco controle sobre as entidades” (Carneiro Junior, 2002 citado em Contreiras & Matta, 2015, p. 290).

- **Estado de Pernambuco:** As OS foram instituídas pela Lei n. 11.743/2000 e regulamentadas pelo Decreto n. 23.046/2001. Contudo, segundo Pacheco *et al.* (2016), somente em 2009 o governo estadual inicia o repasse da gestão dos novos serviços de saúde para as OSS.

- **Município de Uberlândia:** A qualificação de OS foi regulamentada pela LC n. 7.579/2000. O que chama atenção nesta norma é o fato de prever como requisitos para qualificação de OS os constantes da Lei Federal n. 9.790/1999, que regula as OSCIP, e não a Lei n. 9.637/1998. Todavia, a carta de 1999 exclui a possibilidade de as OS serem também qualificadas como OSCIP, dando ao homem médio entender que o legislador federal preferiu impedir que uma instituição fosse ao mesmo tempo OS e OSCIP.

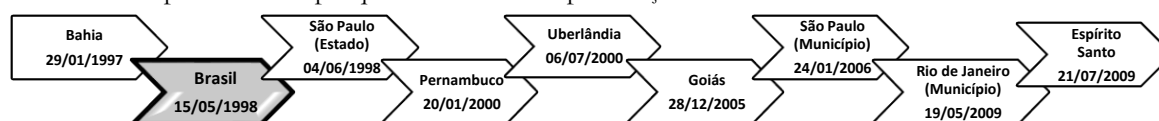
- **Estado de Goiás:** A qualificação de entidades como OS se deu por meio da Lei n. 15.503/2005.

- **Município de São Paulo:** A qualificação de entidades como OS se deu através da Lei Municipal n. 14.132/2006. Contreiras e Matta (2015) ressaltam que a Secretaria de Saúde ainda descentralizava a gestão da saúde por meio de convênios, mesmo após a entrada da lei das OS em vigor.

- **Município do Rio de Janeiro:** A regulamentação das OS deu-se por meio da Lei n. 5.026/2009) a despeito de posição contrária do Conselho Municipal de Saúde (CMS), segundo Andreazzi e Bravo (2014). A lei previa que as OSS deveriam atuar exclusivamente nas novas unidades de saúde, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa Saúde da Família (PSF).

- **Estado de Espírito Santo:** Criou o Programa de Organizações Sociais por meio da LC n. 489/2009. Em dezembro do mesmo ano foi inaugurado o Hospital Estadual Central (HEC), antigo Hospital São José, desapropriado pelo Poder Público estadual, já sob o prisma do “novo modelo de parceria adotado pelo governo do Estado do Espírito Santo para a gestão de unidades hospitalares de saúde” (Castro & Caliman, 2018, p. 94).

Linha do Tempo dos entes pesquisados e data de publicação de suas normas sobre OS



Fonte: Elaborado pelo autor.

Eixos temáticos do processo de publicização dos serviços públicos de saúde

a) Expansão da rede pública de saúde e das OSS

Principalmente a partir da segunda metade dos anos 2000, observou-se uma forte aceleração no surgimento de OSS no Brasil. Um conjunto de circunstâncias, umbilicalmente interconectadas ou não, pode ser apontado como responsável pela expansão das OSS nos diversos estados e municípios brasileiros.

A descentralização gradual do SUS pelo governo federal em direção aos entes subnacionais, destacadamente aos municípios, deu-lhes autonomia administrativa e obrigou-os a assumirem novas responsabilidades no que se refere à gestão dos recursos de saúde. Incentivados pela União, vários municípios ampliaram a cobertura das ações e serviços de saúde, principalmente por meio da implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do PSF.

No campo jurídico, a LRF é lembrada como a norma que mais contribuiu para a expansão dos novos modelos de gestão, pois ela impõe limites à geração de despesas com pessoal. Então, os gestores utilizam a estratégia de “terceirizar a contratação de pessoal para que na contabilidade passe a constar a prestação de serviços, ao invés de gasto com folha de pagamento” (Borges, 2012, p. 114). Em outras palavras, o salário que as OSS pagam a seus funcionários não é apurado como *Despesas com Pessoal* e, portanto, não incide nos limites impostos pela lei, que são: 50% da receita corrente líquida para União, 60% para estados e 60% municípios.

Nesse sentido, Fagundes (2018) registra em sua tese que na Bahia a Estratégia de Saúde da Família foi implantada nos anos 2000 já no sentido de burlar a LRF. O corolário dos limites impostos pela norma também foi demonstrado no trabalho de Gislaíne Silva (2015) sobre as unidades básicas de saúde no município de São Paulo, onde a falta de recursos humanos se tornou mais uma justificativa à mercantilização dos serviços de saúde, favorecendo ainda mais a expansão de sistemas privados, principalmente através dos contratos de gestão via OSS.

Desta forma, pode-se afirmar que o crescimento da rede de saúde, por meio de uma política de descentralização, combinada com as limitações legais de gastos, serviram como justificativa para a expansão desse novo modelo gestão representado pelas OSS.

b) Privatização e terceirização dos equipamentos de saúde

Muito embora o PDRAE (1995) diferencie *publicização* de *privatização*, sendo o primeiro orientado aos *serviços não-exclusivos* e o último à *produção para o mercado*, o sentimento para a maioria dos autores pesquisados é que a nova modalidade de gestão via OSS é na prática um novo tipo de privatização dos serviços públicos de saúde.

Outro ponto a ser ressaltado é que, por meio das análises realizadas nos diversos artigos, observou-se que termos como *terceirização*, *terceirização da gestão por OSS* ou *privatização da gestão* são, equivocadamente, entendidos como sinônimos. Entretanto, o ministro do Tribunal de Contas da União (TCU) Bruno Dantas explica que terceirização de mão de obra e contratação de OS possuem naturezas distintas, muito embora se tem observado “em várias situações, a contratação de organizações sociais apenas para servirem de intermediárias de mão de obra” (TCU, 2016a). Talvez isso explique o desacerto dos pesquisadores. Então, faz-se mister conceituar os termos supracitados em uma perspectiva jurídica, o que deve contribuir para clarear a compreensão sobre o assunto.

-*Privatização*: é o processo de concessão, venda ou transferência permanente para o setor privado, de empresas estatais juntamente com a sua responsabilidade de prestação de seus serviços (Portal da Indústria).

-*Terceirização*: é a contratação de empresa para a realização de serviços específicos dentro do processo produtivo da empresa contratante. A empresa contratada será a intermediadora do serviço e as relações trabalhistas serão entre o trabalhador e a empresa prestadora de serviços (Portal da Indústria).

-*Contratos de gestão entre OSS e entes públicos*: o TCU (2016b) corrobora com o entendimento do STF de que os contratos de gestão com OSS possuem natureza de convênio, não podendo se falar em terceirização de serviços nessas parcerias.

Uma vez explanados os termos, o entendimento sobre os achados nos trabalhos selecionados se tornará mais fácil.

Segundo Reis e Coelho (2019), na Bahia, estado pioneiro na privatização da saúde, empresas que já atuavam de modo terceirizado no estado simplesmente mudaram sua personalidade jurídica para OSS com a promulgação da Lei n. 7.027/1997 para se enquadrarem às novas regras de prestação de serviços ao estado, o que na visão das autoras demonstra um processo de privatização disfarçada.

O mesmo sentimento tem Ximenes (2015) ao pesquisar sobre as OSS em Pernambuco, quando afirma que as OS camuflam a privatização dos serviços públicos. Para ele, as OSS ao se apropriarem de recursos do fundo público, aceleraram o processo de privatização do SUS e expandiram ainda mais essa nova modalidade de parceria com o setor privado. Nesse sentido, Brandão (2014) lembra que o processo de privatização se dá também através das atividades de consultoria, estudos, avaliações e outras formas de influência, ou seja, de forma estruturante e acobertada.

Essa forma otimizada do processo de privatização oriunda da publicização também foi registrada no trabalho de Andreazzi e Bravo (2014), onde OSS paulistas formalizavam contratos de gestão com o Poder Público para gerir equipamentos de saúde e *quarteirizavam* as suas atividades ao subcontratar serviços de outras empresas privadas, sem nenhum controle estatal. Assim, como pressuposto de aumentar a eficiência das políticas sociais, os recursos do fundo público de saúde eram transferidos numa quantidade cada vez maior às OSS e pulverizados para outros agentes privados, num processo conhecido como privatização *exógena* ou *não-clássica*.

Desse modo, W. Silva e Ruiz (2020) destacam que, enquanto a naturalização das parcerias entre Estado e entidades privadas vai desmontando o SUS, o fundo público é utilizado como forma de rentabilidade, onde a venda tácita de serviços de saúde à população representa um flanco de negócios.

Entretanto, há registros de tentativas mais explícitas de privatização dos serviços públicos de saúde. Em 2010, o estado de São Paulo aprovou a LC n. 1.131 (2010), conhecida como *lei da porta dupla*, em que as unidades de saúde administradas por OSS poderiam “*ofertar seus serviços a pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados [ênfase adicionada] ... em quantitativo de no máximo 25% de sua capacidade operacional total*”. Na visão Andreazzi e Bravo (2014), isso significaria que o investimento feito com recursos arrecadados pela população, via impostos, seria agora disponibilizado de forma não igualitária para permitir uma entrada diferenciada àqueles que possuíssem fontes privadas de financiamento.

c) Transferência de patrimônio público e aumento de recursos para a iniciativa privada

As evidências apontaram um aumento notório dos recursos públicos, destacadamente para as OSS. Mas quanto à transferência do patrimônio público para entes privados, Borges (2012) assinala que quando o Estado delega atividades à OSS, esta é apenas fiel depositária dos bens, que continuam pertencendo ao Estado.

Entretanto, pela leitura dos estudos selecionados, parece haver um enorme embuste ao se atribuir um caráter não lucrativo às OSS. Primeiro, pelas mesmas movimentarem altas cifras financeiras; segundo, pelo fato de que muitas OSS já se relacionavam com o Poder Público, inclusive com previsão de lucro, como é o caso das terceirizadas da Bahia; e finalmente, em virtude de algumas OSS pertencerem a grandes conglomerados financeiros ou a grandes hospitais particulares. A justificativa para publicizar é sempre a mesma: a eficiência e a agilidade da administração privada do financiamento público “promoveria serviços de qualidade superior a dos públicos, por um preço menor” (Borges, 2012, p. 61).

Nesse sentido, Reis e Coelho (2019) apontam que em 2011 o governo da Bahia gastou R\$ 498,4 milhões para a administração de unidades hospitalares e ambulatoriais que estavam sob gestão indireta e R\$ 370 milhões

para gerir 23 unidades sob gestão direta. Uma diferença em torno de R\$ 128,4 milhões a favor da iniciativa privada.

O município do Rio de Janeiro também registrou expansão dos recursos direcionados à saúde após a aprovação de sua Lei das OS, conforme revela o estudo de Cardoso (2012). Para a autora existe forte na relação entre a modernização da gestão via OSS e o aumento de recursos que foram movimentados pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), donde se infere que esse aumento no volume de recursos seja em razão dos inúmeros contratos firmados com as OSS para gerência dos recém-construídos equipamentos de saúde, como Clínicas Saúde da Família e UPA. Abaixo, segue quadro comparativo em que a autora cita diferentes fontes de dados sobre o orçamento da saúde:

Quadro 3

Comparação entre as diferentes fontes de dados do Fundo Municipal de Saúde do MRJ

FONTE ORIGINAL	2009	2010	AUMENTO (%)
Rio Transparente (SMSDC)	R\$1.703.216.806,25	R\$2.058.847.585,07	20,88
Função Saúde	R\$2.023.531.000,00	R\$2.512.589.000,00	24,17
Fundo Municipal de Saúde (Despesas Realizadas)	R\$2.023.730.679,28	R\$2.512.589.049,30	24,16

Fonte: Cardoso (2012)

Em Pernambuco, Ximenes (2015) assinala que tanto os gastos com as OSS como com a Administração Direta tiveram expansão no período de sua pesquisa (2010-2012), mas não de maneira igual. O aumento percentual foi bem maior com a gestão por OSS, conforme mostra o Quadro 4, embora a gestão pública tenha realizado na média e alta complexidade 331.762 atendimentos contra 88.822 das OSS no período de sua pesquisa, o que levou o autor a concluir que “apesar de receber menos recursos, a gestão pública produziu mais atendimentos que a gestão por OSS” (Ximenes, 2015, p. 143).

Quadro 4

Comparativo dos gastos com as OSS e com estabelecimentos públicos de saúde de alta complexidade em Pernambuco, em milhões

GESTOR	2010	2011	2012	AUMENTO (%)	
				10-11	11-12
OSS	R\$161,10	R\$332,59	R\$400,72	106,45	20,48
Adm. Direta. Alta complexidade	R\$119,90	R\$237,10	R\$274,60	97,75	15,82

Fonte: Ximenes (2015).

Castro e Caliman (2018) também mostraram no estudo sobre a implantação de OSS no Hospital Estadual Central, em Vitória (ES), a ampliação do volume de recursos financeiros previstos no contrato de gestão e em seus aditamentos nos anos de 2011, 2014 e 2015.

Quadro 5

Valores Anuais dos contratos de gestão (CG) e termos aditivos (TA) do HCE

OSS	2011	2014	2015	AUMENTO (%)	
	Valor inicial do CG (R\$)	Valor do TA ao CG inicial (R\$)		11-14	14-15
ACSC	39.500.000,00	62.615.463,31	67.338.560,14	58,52	7,54

Fonte: Castro e Caliman (2018)

Legenda: ACSC - Associação Congregação Santa Catarina

Ressalta-se que além do avolumamento dos recursos do fundo público de saúde em direção a iniciativa privada, conforme mostrado, as entidades ditas sem fins lucrativas se beneficiam da *concessão* do patrimônio público, uma vez que a grande maioria desses contratos de gestão fazem referência a unidades de saúde recém-construídas e equipadas com dinheiro público que as OSS recebem e exploram sem qualquer investimento

prévio. Infere-se com isso que grandes grupos privados, com ou sem experiência na gestão de saúde, são atraídos não pelo sentimento de caridade ou benefício à sociedade, mas sim pelo lucro fácil.

d) Carência do controle social sobre os serviços de saúde publicizados

Na área de saúde o controle social se dá principalmente por meio dos conselhos de saúde presentes nas três esferas de governo. É através dessas instâncias colegiadas que a sociedade intervém nas decisões sobre os rumos da gestão relacionadas à política de saúde.

Entretanto, observou-se a partir da literatura selecionada que esses órgãos deliberativos não estão funcionando como instrumento de controle, nem tão pouco podem ampliar a cidadania mediante a participação da comunidade, conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

A Lei n. 9.637/1998, por exemplo, prevê que as OS tenham um conselho de administração como órgão de deliberação, mas é omissa quanto à participação de conselheiros de saúde aos moldes da Lei n. 8.142/1990 nestas organizações. As leis estaduais e municipais consultadas para pesquisa traçaram um caminho semelhante à carta federal, exceto Uberlândia, que foi além: inexistiu qualquer previsão de órgão ou conselho de deliberação em sua norma sobre OS. Rezende (2008) adverte que o controle social diferenciado das OSS atenta contra os princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, Cardoso (2012) esclarece que no município do Rio de Janeiro, em relação ao modelo de gestão das OSS, não ficou evidenciado exercício do controle social, visto que não está prevista a participação da população e a dos trabalhadores se restringe a 10% do total.

Em um dos hospitais de Goiás pesquisados por Vieira (2013), um conselho local de saúde foi criado para fins de controle social após forte pressão dos trabalhadores estatutários. Porém, na visão da autora, tal instância não funcionava de fato, dado que a direção da OSS agia de forma autoritária e colocava à disposição conselheiros que defendiam os interesses de usuários e trabalhadores, o que em tese ia de encontro aos interesses da entidade.

Já em Pernambuco a crítica quanto a ausência de controle social foi vinculada à falta de transparência nos gastos públicos, “visto não existir nenhum tipo de fiscalização por parte da sociedade civil organizada” (Ximenes, 2015, p. 157).

e) Falta da transparência

A falta de transparência foi apontada nos estudos selecionados como a parte mais nebulosa dos contratos de gestão e geralmente ligada à dificuldade de se acessar os dados relativos ao destino dos recursos públicos de saúde. Parece ser proposital por parte da Administração a criação de dificuldades para acesso a esse tipo de informação. Nesse sentido, as maiores críticas foram voltadas ao Rio de Janeiro, 24º colocado no ranking da transparência entre 27 capitais, segundo relatório da Controladoria Geral da União (CGU, 2017).

No caso da capital fluminense, Cardoso (2012) revelou a enorme dificuldade de se identificar tanto os recursos que compõe o Fundo Municipal de Saúde quanto os vários repasses financeiros para a manutenção dos contratos de gestão. Para a autora o sistema informatizado para acompanhamento da execução orçamentária dos órgãos e programas do governo municipal é turvo, sobretudo quando se trata de OSS.

Cardoso (2012) relata o caso da OSS Centro Integrado e Apoio Profissional (Ciap), uma das primeiras a ser desqualificada no município, que em 2009 firmara três contratos com SMSDC para a gestão de três Clínicas Saúde da Família. Entretanto, salienta a autora, não foi possível identificar o quanto de recursos a Ciap recebeu dos cofres públicos após quase dois anos de operacionalização de suas atividades.

Numa rápida busca pela internet, foi possível encontrar um dos contratos citados por Cardoso (2012), celebrados entre a SMSDC e a Ciap. Assinaram o Contrato de Gestão, o então Secretário da SMSDC Hans Fernando Rocha Dohmann e o empresário Dinocarne A. Lima. Curioso é o fato de o contrato em questão, disponível no sítio da própria prefeitura, no endereço <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1810884/DLFE-227317.pdf/1.0>, ter o campo *data de assinatura* em branco, sendo sua vigência de dois anos vinculada à data de

assinatura. Para um contrato de R\$ 16.040.753,39 anuais, parece haver um certo desleixo administrativo ou um esquecimento proposital por parte dos agentes da Administração Pública.

Já os nomes dos signatários desse contrato são ligados às páginas policiais. Em 2017, o ex-secretário de Saúde Hans Dohmann teve seus bens bloqueados pela 1ª Vara da Fazenda Pública do Rio, quando foi denunciado por negligência em caso envolvendo desvio de recursos públicos por meio de contratos com a OS Biotech, segundo reportagem de Adriano Araújo (2017), do Jornal O Dia. No mesmo ano, o Sr. Dinocarme foi condenado a 12 anos de reclusão, em regime inicial fechado, por desviar e lavar mais de R\$ 28 milhões em verbas federais destinadas a programas públicos de saúde e de educação, conforme publicação disponível no sítio do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (2017).

A nebulosidade das parcerias entre OSS e Poder Público é referendada por Brandão (2014) que, ao analisar as estratégias para implementação do Programa Saúde na Escola no território de Manguinhos, constatou dificuldade para compreensão e clareza na condução do programa gerido pela OSS Iabas, e também por não ter encontrado nos sítios públicos termo aditivo ou qualquer outro documento prorrogando a vigência do contrato de gestão.

A falta de transparência ainda foi materializada nas obras de Souza (2013) em Uberlândia, e na de Castro e Caliman (2018) no Espírito Santo, locais em que foi posta como fator limitador das respectivas pesquisas, tendo em vista a dificuldade de se encontrar documentos ou dados orçamentários sobre a publicização das ações e serviços de saúde dos respectivos entes na rede mundial de computadores.

f) Precarização das relações de trabalho e dos trabalhadores

Este eixo da pesquisa talvez seja o mais complexo e importante desta revisão, pois está fortemente imbricado aos outros eixos do trabalho e por envolver o principal agente para a manutenção da saúde do usuário e para a consolidação do SUS: o trabalhador do setor saúde.

Restringindo-se ao campo da saúde, o conceito de *precarização do trabalho* depende da perspectiva de cada ator na esfera do SUS. Perante a cartilha do Ministério da Saúde (2006), tanto o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) quanto o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) conceituam *trabalho precário* como aquele que não assegura ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por vínculo direto ou indireto com a Administração Pública. Eles defendem ainda que, mesmo sendo o vínculo indireto, deve-se garantir processo seletivo para contratação dos trabalhadores.

Já no ponto de vista das entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS, o conceito de *trabalho precário* vai além e abrange a ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

O fato é que com a descentralização e a municipalização das ações e serviços de saúde, a administração local assumiu a gestão do SUS, incluindo a contratação de pessoal. Daí surgiram alguns problemas ligados à precarização do trabalho no SUS que serão aqui elencados.

A rotatividade dos profissionais de saúde parece ser a principal consequência do processo de precarização e flexibilização das relações de trabalho no âmbito das OSS. Na visão de Cardoso (2012) essa rotatividade pode ser devido à fragilidade dos vínculos e à ausência de plano de carreira, o que prejudicaria sobretudo a relação entre profissionais e população, bem como a continuidade das ações e os serviços desenvolvidos.

Borges (2012) lembra que em regra os trabalhadores das OSS são regidos pela “Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em que não há as garantias constitucionais da estabilidade do emprego, nem o regime de aposentadoria do serviço público” (p. 142). Adicionalmente, para o autor, a influência política em torno desses contratos de gestão também contribuiu para a alta mobilidade dos trabalhadores em OSS.

Então, faz-se mister citar a reportagem do G1, de 25 de agosto de 2020, onde profissionais da Hospital Adão Pereira Nunes afirmam que pessoas indicadas pelo prefeito de Duque de Caxias passaram a trabalhar naquela

unidade após a contratação de uma nova OSS para gerir o hospital. A reportagem destaca que profissionais que trabalhavam no hospital há anos foram demitidos e que os novos contratados não fizeram prova de seleção, nem tinham experiência na área. Pode-se assim dizer que o “sistema político clientelista retroalimenta a precariedade do trabalho, de sorte a garantir o controle sobre os nichos dentro dos serviços públicos para o atendimento de interesses não republicanos” (Borges, 2012, p. 131).

Estudo de J. Moreira (2017, p. 98), sobre as implicações da gestão por OSS na saúde do trabalhador em uma instituição de Goiás, apontou a sobrecarga de trabalho como principal fator de precarização das relações de trabalho. Além de sua pesquisa constatar a insatisfação quanto às condições de trabalho pela insuficiência de profissionais, ela revelou que 49,52%, de um total de 105 trabalhadores entrevistados, possuíam mais dois ou até três vínculos de trabalho.

Em outro trabalho que tem o estado de Goiás como lócus de pesquisa, Vieira (2013) revela que, em virtude da rotatividade elevada de usuários combinada com a redução dos custos, a intensificação do trabalho também esteve presente nos hospitais pesquisados, já que as OSS operavam na lógica da produtividade. A necessidade de se reduzir os custos como a força de trabalho traz como consequência a precarização do trabalho pela intensificação de quem nele se mantém, trazendo prejuízo ao corpo e à mente desses profissionais.

Outro aspecto relevante é a relação entre estatutários e celetistas que em algumas unidades de saúde administradas por OSS são obrigados a conviver lado a lado, mesmo com interesses e direitos tão distintos. A constituição híbrida do quadro de pessoal é marcada pela tensão existente entre os grupos. Enquanto que o servidor concursado tem estabilidade no emprego, o funcionário contratado, via CLT, pode ser demitido no momento em que a OSS gestora considerar mais conveniente, o que pode gerar insegurança ao celetista pela falta de estabilidade. Gislaine Silva (2015), em sua pesquisa sobre o funcionamento de unidades básicas de saúde (UBS) na cidade de São Paulo, chamou esse processo de *canibalização da força de trabalho*, em virtude da geração de intrigas e competições entre os trabalhadores dentro das UBS provocadas pela diversificação nas formas de contratação, visto que há diferenças nos direitos trabalhistas e nos salários. Desta forma, Vieira (2013) e Gislaine Silva (2015) concluem que a heterogeneidade de vínculos trabalhistas num mesmo ambiente dificulta a organização dos profissionais de saúde, desestrutura a luta sindical e leva à precarização ainda maior do trabalho.

Como se pode constatar até aqui, a transferência dos serviços públicos de saúde para as entidades não-estatais e sem fins lucrativos, expandiu o setor saúde e aumentou o número de trabalhadores celetistas, em face da redução dos concursos públicos para preenchimento de cargos no SUS. Para Vieira (2013), a ausência de concursos públicos fere o princípio constitucional da impessoalidade, visto que os profissionais passam a ser contratados em virtude de indicações pessoais ou políticas. Sem a realização de concursos, não há a possibilidade que substituir os servidores que se aposentam ou pedem exoneração, e tão pouco acompanhar a demanda crescente do setor. Por causa disso, Gislaine Silva (2015) relatou que muitos funcionários de OSS, numa ideia equivocada, enxergam essas entidades como *as salvadoras*, únicas capazes de solucionar os problemas existentes na saúde.

Diferentemente da maioria dos autores pesquisados, Fagundes (2018) destacou a importância de se considerar a diferença entre precarização e flexibilização das relações de trabalho. Para a ela, flexibilização é uma tendência mundial e deve ser entendida como adaptação às mudanças, onde as normas cabíveis à relação de trabalho devem permitir e incentivar essa variação à luz das necessidades do serviço. Ainda assim, ressalta a autora, a literatura de saúde pública rotula a perda da estabilidade de um cargo estatutário como precarização, quando na verdade o trabalho precário pode ocorrer até mesmo sob domínio da Administração Pública Direta.

Considerações finais

Quando se iniciou o presente trabalho de pesquisa, constatou-se uma série de ideias conflitantes quanto a transferência dos serviços públicos de saúde ao setor privado e sem fins lucrativos, a chamada *publicização*. Preconizada no PDRAE, a publicização prescrevia que os serviços não-exclusivos do Estado, como a saúde, fossem transferidos do setor estatal para o público não-estatal via OS, sob pretexto de que esses serviços

seriam mais eficientemente executados pelas pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos, ante a ineficiência do Estado. Supostamente assim, os serviços de saúde prestados à população pelo SUS ganhariam em qualidade, flexibilidade e eficiência, com ênfase nos resultados e não nos meios. Então, fez-se necessário aprofundar o estudo sobre o processo de publicização dos serviços públicos de saúde.

Diante disso, a pesquisa teve como objetivo geral compreender as principais consequências da publicização dos serviços públicos de saúde por intermédio das OSS. Constatou-se que o objetivo geral foi atendido, muito embora a mudança na forma de se administrar os equipamentos públicos de saúde traga como resultado consequências múltiplas que não podem ser exauridas em um único trabalho. Mesmo assim, o trabalho conseguiu demonstrar de modo sintetizado e efetivo os principais efeitos do processo de publicização sobre o SUS.

A pesquisa partiu da hipótese de que a transferência da gestão de bens e serviços públicos de saúde da administração direta para entidades do terceiro setor, conforme preconizado no PDRAE, não trouxe os benefícios esperados ao SUS. Durante o desenvolvimento do trabalho verificou-se que a implementação e expansão das OSS, de um modo geral, não refletiu em aumento de qualidade e da eficiência para o setor saúde, como o previsto pelo Mare. Mas, vale registrar que alguns gestores e profissionais de saúde entrevistados nas obras selecionadas afirmaram que as unidades de saúde gerenciadas por OSS proporcionam maiores respostas às necessidades de saúde população, em virtude da maior flexibilidade administrativa para contratação de recursos humanos e aquisição de insumos hospitalares.

Também não foram verificados no transcorrer da pesquisa a redução de custos e o fortalecimento do controle social. Sobre os custos, na verdade, ficou evidenciado um aumento crescente dos gastos públicos com as OSS, inferindo-se a existência de uma firme relação entre a introdução dessas entidades sem fins lucrativos e o aumento de recursos movimentados pelos fundos de saúde. Já com relação ao controle social, sobressai-se o seu enfraquecimento, uma vez que a participação da comunidade, aos moldes da Lei n. 8.142/1990, foi substituída por conselhos de administração, que possuem paridade diferenciada quando comparados aos conselhos de saúde. Desta forma, a hipótese da pesquisa foi plenamente confirmada.

Quanto a inquietação que motivou a presente pesquisa, pode-se afirmar que o processo de publicização na área de saúde afetou o SUS de diversas formas, mas que seria impossível exaurir todos os resultados em um único trabalho. Então, as principais consequências desse processo foram sintetizadas em eixos temáticos, de modo a tornar o trabalho mais didático e concreto. Entre os principais efeitos do processo de publicização no SUS, destacaram-se: a expansão da rede de saúde; o crescimento do número de OSS que se relacionam com o Poder Público; a ampliação dos recursos para a saúde e aumento dos gastos com as OSS; a sensação da privatização dissimulada do SUS; a carência ou ausência do controle social; a falta de transparência dos recursos públicos que transitam entre os fundos de saúde e as OSS; a grande rotatividade de profissionais de saúde; a sobrecarga de trabalho provocada pela combinação da rotatividade elevada de pacientes; e a canibalização da força de trabalho.

Para responder a questão-problema do presente trabalho, utilizou-se a revisão sistemática da literatura como método científico para busca e análise de artigos primários relevantes, o que permitiu o exame eficiente de grande quantidade de dados e informações que foram compilando nesta obra. As buscas foram realizadas nas bases de dados SciELO, BDTD e Capes, sendo selecionados apenas 19 estudos para compor a amostra desta revisão. Complementarmente, o trabalho foi enriquecido com informações oriundas da imprensa, de órgãos de controle e de outros pesquisadores que já se debruçaram sobre o tema.

Diante da metodologia proposta, percebeu-se que esta revisão sistemática poderia ter sido melhor realizada utilizando mais pesquisas primárias do tipo estudos de casos, com a ampliação do intervalo entre os períodos de publicação. Um maior conhecimento sobre softwares de mineração de dados poderia ter contribuído como ferramenta de coleta, o que provavelmente otimizaria os resultados da pesquisa. A avaliação de apenas um revisor para realizar a triagem dos estudos pode ser considerada outra limitação, pois há o risco de se perder estudos e informações relevantes em uma revisão sistemática.

Embora se tenha a perspectiva de atendimento aos objetivos deste estudo, os conceitos aqui abordados não pretendem esgotar o assunto, uma vez que há várias formas de parcerias entre o Poder Público e as pessoas jurídicas de direito privado, bem como uma extensa bibliografia sobre o tema. O que se pretendeu foi contribuir com o debate sobre as transformações consequentes da desresponsabilização estatal sobre a área de saúde.

A partir da análise dos estudos selecionados, observou-se uma ampliação da rede pública de saúde, de onde se deduz que o processo de publicização dos serviços de saúde, como suposto mecanismo de qualidade e eficiência, não teve como objetivo principal atender efetivamente a população, mas às próprias entidades ditas sem fins lucrativos, tendo em vista o crescente volume de recursos públicos movimentados entre os fundos de saúde e essas instituições de forma pouco transparente. Pode-se concluir que a mola propulsora à expansão das OSS não tem sido o sentimento de caridade dessas entidades, mas o interesse em se apropriar lucrativamente do fundo público de saúde, utilizando a estrutura estatal para realizar uma privatização não-clássica ou exógena do SUS.

A realização deste trabalho abre uma série de oportunidades para futuras pesquisas, então recomenda-se que o conhecimento inicial aqui mostrado seja aprofundado ainda mais. Sugere-se que cada eixo temático aqui apresentado sirva de inspiração para outros pesquisadores, pois há variáveis intrínsecas que podem interferir na efetividade do SUS e carecem de mais conhecimento, mas que em virtude da escassez de tempo e espaço não puderam ser aqui abordadas em sua plenitude. Adicionalmente, parece haver caminhos e formatos institucionais entre Poder Público e sociedade que transpassam as OSS, e que necessitam de maior compreensão e sensibilidade por parte dos atores envolvidos na tomada de decisão sobre as políticas públicas de saúde.

Referências

- Andreazzi, M. F. S., & Bravo, M. I. S. (2014). Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 12 (3), 499-518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Araújo, A. (2017, 15 de maio). Justiça bloqueia R\$ 110 milhões de envolvidos em fraude em contratos da Saúde. *O Dia*. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2017-05-15/justica-bloqueia-r-110-milhoes-de-envolvidos-em-fraude-em-contratos-da-saude.html>. Acesso: 09 ago. 2021.
- Barbosa, N. B., & Elias, P. E. M. (2010). As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5), 2483-2495. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>. Acesso em: 29 maio. 2021.
- Borges, F. T. (2012). *Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do Neoliberalismo* [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/104216>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Brandão, R. E. A. (2014). *A implementação do Programa Saúde na Escola no território de Manguinhos (RJ): estratégias de privatização na política pública* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8954>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Bravo, M. I. S., & Menezes, J. S. B. (2011). Participação popular e controle social na saúde. In M. I. S. Bravo, & J. S. B. Menezes (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade* (pp. 29-34). Rede Sirius. Disponível em: https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.
- Cardoso, A. M. (2012). *Organizações sociais na saúde: Rio Intransparente* [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Disponível em: http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5595. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Carneiro Junior, N. (2002). *O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14072003-133411/pt-br.php>. Acesso em: 03 jun. 2021.

- Carneiro Junior, N., & Elias, P. E. (2003) A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, 37 (2), 201-226. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6484/5068>. Acesso em: 29 maio 2021.
- Castro, S. M., & Caliman, D. R. (2018). Transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a organizações sociais: estudo de caso do Hospital Estadual Central. *Revista de Gestão em Sistemas Saúde*, 7 (2), 92-113. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/316%20doi>. Acesso em: 14 dez. 2020.
- Contreiras, H., & Matta, G. C. (2015) Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública*, 31 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Controladoria-Geral da União. (2017). *Escala Brasil Transparente: Panorama dos Governos Municipais*, avaliação 3. Disponível em: https://relatorios.cgu.gov.br/Visualizador.aspx?id_relatorio=23. Acesso em: 09 ago. 2021.
- Correia, M. V. C., & Santos, V. M. (2015). Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais em Questão. In M. I. S. Bravo et al (org.). *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro* (pp. 33-39). Rede Sirius. Disponível em: <http://www.faperj.br/?id=3317.3.5>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Correia, M. V. C. (2005). *O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Pernambuco]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9680>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- Deslandes, S. F. S. (2003). A construção do projeto de Pesquisa. In M. C. S. MINAYO (org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (22. ed., pp. 31-50). Vozes.
- Di Pietro, M. S. Z. (2018). *Direito Administrativo*. (31. ed). Revista atualizada e ampliada. Forense.
- Druck, G. et al. (2018). A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. In A. G. CAMPOS (org.). *Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate* (pp. 113-141). Ipea. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32326:terceirizacao-do-trabalho-no-brasil-novas-e-distintas-perspectivas-para-o-debate&catid=410:2018&directory=1. Acesso em: 20 dez. 2020.
- Fagundes, M. C. D. (2018). *A flexibilidade de RH como motivo de adoção de modelos de gestão da saúde pública alternativos ao estatutário: as experiências dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo* [Tese de doutorado, Fundação Getúlio Vargas]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/24588>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Lei Complementar nº 1.131, de 27 de dezembro de 2010*. Altera a LC nº 846/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=160709>. Acesso em: 09 ago. 2021.
- Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 20 dez. 2020.
- Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999*. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como OSCIP, institui e disciplina o Termo de Parceria. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm. Acesso em: 20 dez. 2020.
- Lima, J. B., & Bravo, M. I. S. (2015, 25-28 de agosto). *A privatização da Saúde no município do Rio de Janeiro: O Caso das Organizações Sociais* [Anais]. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/a-privatizacao-da-saude-no-municipio-do-rio-de-janeiro-o-caso-das-organizacoes-sociais-oss.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

- Ministério da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas*. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em: 09 ago. 2021.
- Modesto, P. E. G. (1997). Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: As dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. *Revista de Informação Legislativa*, 34 (136), 315-331. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/314>. Acesso em: 08 dez. 2020.
- Moreira, J. L. A. P. (2017). *Trabalho e terceirização na saúde pública em Goiás: o modelo de gestão das organizações sociais e a classe trabalhadora* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/3822>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- Moreira, M. R., & Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (3), 795-806. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- Ney, M. S., & Gonçalves, C. A. G. (2020). Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300301>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- Pacheco, H. F. et al. (2016). Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 20 (58), 585-595. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0338>. Acesso em: 14 dez. 2020.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em 19 mar. 2021.
- Portal da Indústria. (s.d.). *Indústria de A a Z*. Disponível em: <http://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/>. Acesso em: 09 ago. 2021.
- Prado, A., Schmidt, L., & Piragibe, P. (2020, 25 de agosto). Hospital de Saracuruna tem nova gestão com suspeita de indicação política. *G1*. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/08/25/hospital-de-saracuruna-tem-nova-gestao-com-suspeita-de-indicacao-politica-e-condenacao-por-contrato-irregular.ghtml>. Acesso em 16 fev. 2021.
- Ramos, A. L. P., & Seta, M. H. (2009) Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (4), 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>. Acesso em: 14 nov. 2020.
- Reis, M., & Coelho, T. (2018). Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280419>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- Rezende, C. A. P. (2008). O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In M. I. S. Bravo et al. (org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde* (p. 25-29). Rede Sirius. Disponível em: https://www.adufri.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em 19 mar. 2021.
- Ribeiro, P. S. (s.d.). *Os anos 80 no Brasil: aspectos políticos e econômicos*. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/os-anos-80-no-brasil-aspectos-politicos-economicos.htm>. Acesso em 19 de março de 2021.
- Santos, L. (2010). Administração pública e a gestão da saúde. In N. R. Santos & P. D. C. Amarante (Org.), *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde* [pp. 68-86]. Cebes. Disponível em: <http://cebes.org.br/biblioteca/gestao-publica-e-relacao-publico-privado-na-saude/>. Acesso em: 9 nov. 2020.
- Silva, Giselle Souza. (2011). Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In M. I. S. Bravo, & J. S. B. Menezes (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. (p. 10-15). Rede Sirius. Disponível em: https://www.adufri.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.
- Silva, Gisela dos Santos. (2015). *A gestão nas unidades básicas de saúde no município de São Paulo: a percepção dos trabalhadores* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Disponível em:

<http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/cathedra/19-01-2016/000857368.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

Silva, W. M. F. & Ruiz, J. L. S. (2020). A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300302>. Acesso em: 15 dez. 2020.

Souza, J. C. D. (2013). Privatização e contratualização da Saúde Pública em Uberlândia: as Unidades de Atendimento Integrado e o Hospital e Maternidade Municipal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 2 (2), 497–515. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/101>. Acesso em: 29 maio 2021.

Travagin, L. B. (2017). O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às organizações sociais de saúde. *Saúde Debate*, 41 (115), 995-1006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>. Acesso em: 19 dez. 2020.

Tribunal de Contas da União. (2016, 16 de agosto). *TCU responde consulta sobre atuação do terceiro setor na área de saúde*. Secretaria de Comunicação do Tribunal de Contas da União. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-responde-consulta-sobre-atuacao-do-terceiro-setor-na-area-de-saude.htm>. Acesso em: 09 ago. 2021.

Tribunal de Contas da União. (2016, 27 de setembro). *Contratação de terceiro setor não está nos limites de gastos com pessoal*. Secretaria de Comunicação do Tribunal de Contas da União. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/contratacao-de-terceiro-setor-nao-esta-nos-limites-de-gastos-com-pessoal.htm>. Acesso em: 09 ago. 2021.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. (2009). *Contrato de Gestão entre SMSDC e OSS Ciap*. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1810884/DLFE-227317.pdf/1.0>. Acesso: 9 ago. 2021.

Tribunal Regional Federal da 4ª Região. (2017, 19 de setembro). *TRF4 conclui julgamento de recursos e condenados por fraude no Ciap de Londrina devem começar o cumprimento das penas*. Assessoria de Comunicação Social do TRF4. Disponível em: <https://www.jfpr.jus.br/noticias/trf4-conclui-julgamento-de-recursos-e-condenados-por-fraude-no-ciap-de-londrina-devem-comecar-o-cumprimento-das-penas/>. Acesso em: 09 ago. 2021.

Vieira, P. S. (2013). *O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada: o caso do Estado de Goiás* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Goiás]. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/3002>. Acesso em: 19 dez. 2020.

Villas Bôas, B. (2019, 25 de setembro). IBGE: Número de organizações sociais que gerem estabelecimentos de saúde sobe 76%. *Valor Econômico*. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/09/25/ibge-numero-de-organizacoes-sociais-que-gerem-estabelecimentos-de-saude-sobe-76percent.ghtml>. Acesso em: 07 mar. 2021.

Ximenes, A. F. (2015). *A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Pernambuco]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/16557>. Acesso em: 19 dez. 2020.