



**UFES**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE COMO FORMA  
DE PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**FABIANA TURINO**

**VITÓRIA-ES  
2020**

FABIANA TURINO

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE COMO FORMA  
DE PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profª Dra. Francis Sodré

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo G. Siqueira

**VITÓRIA-ES  
2020**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

T938o Turino, Fabiana, 1979-  
Organizações Sociais de Saúde como forma de privatização do  
Sistema Único de Saúde / Fabiana Turino. - 2020.  
172 f. : il.

Orientadora: Francis Sodré.  
Coorientador: Carlos Eduardo Gomes Siqueira.  
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal  
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde Pública. 2. Administração Pública. 3. Gastos  
Públicos. 4. Privatização. I. Sodré, Francis. II. Siqueira, Carlos  
Eduardo Gomes. III. Universidade Federal do Espírito Santo.  
Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---

FABIANA TURINO

## **ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE COMO FORMA DE PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, na Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovado em 30 de outubro de 2020

### COMISSÃO EXAMINADORA

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francis Sodré**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

**Prof. Dr. Carlos Eduardo Gomes Siqueira**

Universidade de Massachusetts, Boston  
Coorientador

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ligia Bahia**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Membro Permanente Externo

---

**Prof. Dr. Jonathan Filippon**

Universidade Queen Mary, Londres  
Membro Permanente Externo

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Carvalho Andrade**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Permanente Interno

---

**Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Permanente Interno

---

**Prof. Dr. Thiago Dias Sarti**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Suplente Interno

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elda Coelho de Azevedo Bussinger**

Faculdade de Direito de Vitória – FDV  
Membro Suplente Externo

*Aos amores da minha vida  
que me permitem ser melhor a cada dia:  
Fábio, Elis e Luca.*

## AGRADECIMENTOS

A construção de uma tese de doutorado não é apenas a chegada no ponto final. Para escrever essas muitas palavras precisei desconstruir muitas coisas. Abandonar conceitos; me desapegar do convívio com pessoas queridas; abandonar o orgulho para aceitar errar; ouvir conselhos e nem sempre segui-los; seguir o sonho de realizar uma parte do doutorado em outro país; enfrentar tantas incertezas sem perder a esperança de que estava no caminho certo.

Esse caminho percorrido ao longo da jornada no doutorado me permitiu construir este trabalho. Mas vejo hoje que o mais importante não foram os artigos publicados, os eventos e congressos, as aulas, os debates. O mais importante, ao olhar para trás, foi ter realizado essa longa caminhada de quatro anos. Como já disse o poeta, “É caminhando que se faz o caminho”.

Mas é preciso reconhecer que não caminhei sozinha. Para alcançar tantos resultados positivos contei com muita ajuda. E a missão agora é agradecer a quem, direta ou indiretamente, me ajudou a chegar até aqui.

Começarei pelos meus pais, Antônio e Fátima, que sempre acreditaram no meu sucesso me auxiliaram de tantas formas: cuidando dos netos, compartilhando o café da tarde, fazendo tantas orações (reza sempre forte!). E além disso cuidando da minha casa enquanto estive fora do Brasil. À vocês minha eterna gratidão.

Não posso deixar de falar nas minhas irmãs mais que queridas e guerreiras, Adriana – com seu pacotinho de amor Bento – e Luciana – com seu espírito empreendedor e inquieto. À vocês, que sempre me incentivaram, me apoiaram, me ouviram e, quando possível, cuidaram de mim, meu muito obrigada. Continuamos sendo as “Super Poderosas”. O tempo passa mas nossos poderes só aumentam.

Agradeço a Elis e Luca que entenderam – mesmo não entendendo – as minhas ausências, meu cansaço e falta de paciência em tantas situações. E em especial nesse momento que ainda vivemos durante a maior pandemia do século. Vocês também são vencedores, pois aceitaram enfrentar o desafio de morar durante um ano em Londres. Outra casa, nova escola, amigos, língua e cultura diferentes. Tantas

coisas passamos juntos e sei como vocês sofreram! Mas espero que tenham aproveitado esse período caminhando ao meu lado. Que essas histórias vividas deixem marcas positivas que os ajudem a crescer mais fortes ainda, para ganhar esse mundo que nós apresentamos a vocês. Não tenham medo e sigam em frente.

Ao amor da minha vida, Fábio, que mesmo depois dessa longa e exaustiva jornada juntos continua a me inspirar confiança e amor. É muito gratificante poder contar com você pra tudo nessa vida, meu amado e amante. Sua paciência e objetividade foram fundamentais nessa reta final. Eu amo você. Assim mesmo, complicado e perfeito.

Agradeço a todos os (muitos!) familiares que sempre acreditaram e torceram para que tudo desse certo. Já deu certo. Meus sinceros agradecimentos.

À minha orientadora Francis Sodré, muito obrigada pelo aceite em participar comigo desse desafio de investigar um tema tão difícil. A oportunidade de estarmos juntas na Queen Mary University foi tão rica quanto inusitada. Porém, o período fora do Brasil também nos possibilitou compartilhar histórias que ficarão para sempre na memória. Obrigada mesmo!

Agradeço ao coorientador Carlos Eduardo, que com sua experiência me fez entender a importância da diversão mesmo quando discutimos temas tão duros, como os problemas da saúde pública. Grata por me incentivar a buscar sempre mais. E obrigada também pelas conversas sobre “cachaça”! Obrigada ainda ao professor Jonathan Filippon, que sempre foi tão solícito, compreensivo e cuidadoso, desde nosso primeiro contato. Agradeço por aceitar ser meu supervisor durante o doutorado-sanduíche em Londres.

Muito obrigada também ao Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GEMTES) que contribuiu na construção desta pesquisa. Gratidão especial à Lorena Fernandes (“Não Pare de Sonhar!”), Gabi Bigossi e Gabi Barreto. Vocês foram muito importantes com essa rede apoio, orientação, produções e desabafos que criamos. Tenho muito orgulho de ter construído com vocês o grupo “As meninas das OSS”. Vamos que vamos!

Aos muitos colegas e amigos que conquistei nesta jornada. Agradeço pela amizade, pelo carinho e pelo companherismo. E obrigada, mais que especialmente, à minha

querida amiga Erika, que mesmo de longe, sempre esteve tão presente, seja nos bons e nos maus momentos. Quantas ligações, mensagens, desabafos e até consultas. Obrigada por compartilhar sua experiência de vida. Ao meu amigo Jandesson, pessoa potente, afetuosa, prestativa, atenciosa e carinhosa. Você é admirável!

Muito obrigada a todos do corpo docente do Programa de Saúde Coletiva da UFES que contribuíram para conclusão deste trabalho. E obrigada ainda a todos os funcionários do Programa, em especial ao André Felipe e à Cinara. Sem vocês a vida no doutorado seria muito mais difícil.

Um obrigada mais do que especial e afetuoso aos meus queridos amigos de tantas vidas que sempre questionaram minhas ausências mas ao mesmo tempo sempre entenderam. E prometo a partir de agora não recusar nenhum convite.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por financiar essa pesquisa, ainda mais em tempos tão sombrios para a Ciência. Que muitas outras colegas possam contar com essa ajuda.

Por fim, agradeço a Deus por me conceder sabedoria e discernimento, resiliência e esperança em dias melhores. Gratidão por colocar em meu caminho pessoas maravilhosas que, nos momentos mais difíceis ao longo desse percurso, me proporcionaram alegria e me empurraram para frente. Mesmo que muitas vezes com lágrimas nos olhos.

Deus ilumine sempre nossos passos, pois é caminhando que se faz o caminho!



## RESUMO

Esta tese de doutoramento se debruçou sobre o tema da privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da entrada das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão desses serviços. A metodologia utilizada foi de abordagem mista, qualitativa e quantitativa. O objetivo principal foi investigar como as transferências de recursos públicos para entidades privadas sem fins lucrativos cria novas características para o sistema público de saúde brasileiro. Para alcançar essa meta, foram analisados os contratos de gestão e os termos aditivos dos contratos firmados entre as OSS e as secretarias de saúde dos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, assim como com suas capitais, entre 1998 e 2018. Os resultados desta investigação estão dispostos na tese em quatro artigos. O primeiro deles foi uma análise teórica e uma revisão sistemática que apontou o *New Public Management* como argumento central das reformas administrativas que resultaram em ações de desburocratização e flexibilização da gestão pública. No segundo foi analisado o uso do contrato de gestão como instrumento jurídico para viabilizar o processo de privatização do SUS. Já o terceiro permitiu confirmar que o uso dos termos aditivos a partir dos contratos de gestão resulta na instrumentalização do processo de privatização. Por fim, o quarto artigo apresentou a dupla certificação das organizações sem fins lucrativos como um problema, pois agregam titularidades - OSS e filantropia - que possibilitam vantagens tributárias. Essas evidências sustentam a conclusão de que a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para OSS é um processo de privatização funcional e flutuante.

**Palavras-Chave:** Organização Social. Privatização. Saúde Pública. Gestão Pública. Financiamento Público.

## ABSTRACT

This PhD thesis focused on the theme of privatization of the Unified Health System (SUS) through the entry of Social Health Organizations (OSS) in the management of these services. The methodology used was a mixed, qualitative and quantitative approach. The main objective was to investigate how the transfer of public resources to private non-profit entities creates new characteristics for the Brazilian public health system. To achieve this goal, management contracts and additive terms of the agreements signed between the OSS and the health departments of the states of Rio de Janeiro and São Paulo, as well as with their capitals, between 1998 and 2018 were analyzed. The results of this investigation are arranged in the thesis in four articles. The first was a theoretical analysis and a systematic review that pointed to New Public Management as a central argument for administrative reforms that resulted in actions to reduce bureaucracy and make public management more flexible. In the second article, the use of the management contract as a legal instrument to enable the SUS privatization process was analyzed. The third article, on the other hand, confirmed that the use of additive terms from management contracts results in the instrumentalization of the privatization process. Finally, the fourth article presented the double certification of non-profit organizations as a problem, as they add entitlements - OSS and philanthropy - that enable tax advantages. This evidence supports the conclusion that the transfer of the management of public health services to OSS is a process of functional and fluctuating privatization.

**Keywords:** Social Organization. Privatization. Public Health. Public Management. Public Funding.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ALSF	Associação e Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
B2B	Business-to-business
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área de Saúde
CBSCA	Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social
CCB	Código Civil Brasileiro
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
CFB	Constituição Federal Brasileira
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CG	Contrato de Gestão
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSSM	Casa de Saúde Santa Marcelina
CORE	Coordenação Operacional Regional de Emergência
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ENCCLA	Estratégia Nacional de Combate à Corrupção e à Lavagem de Dinheiro
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMES	Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar
FASFIL	Fundações Privadas e Associações sem fins lucrativos
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso

FMI	Fundo Monetário Internacional
FSE	Fundo Social de Emergência
FUABC	Fundação do ABC
GO	Goiás
GEMTES	Grupo de estudos em Trabalho e Saúde
HEUE	Hospital Estadual de Urgência e Emergência
HIMABA	Hospital Estadual Infantil Alzir Bernadino Alves
HMTJ	Hospital Maternidade Terezinha de Jesus
IABAS	Instituto de Atenção Básica à Saúde
IAPEMESP	Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICOS	Instituto Coalizão Saúde
IGH	Instituto de Gestão e Humanização
IBROSS	Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LAI	Lei de Acesso à Informação
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MeSH	Medical Subject Headings
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
NPM	New Public Management
NGP	Nova Gestão Pública
NRF	Novo Regime Fiscal
OCDE	Organização para à Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG	Organizações não-governamentais
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PADI	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PDF	Portatle Document Format

PDT	Partido Democrático Trabalhista
PL	Projeto de Lei
PHF	Pré-Hospitalar Fixo
PPP	Parceria Público-Privado
P4P	Pay-for-performance
PT	Partido dos Trabalhadores
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PE	Pernambuco
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PSP	Programa Saúde Presente
RCL	Receita Corrente Líquida
RJ	Rio de Janeiro
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEB	Sociedade Espanhola de Beneficência
SC	Santa Catarina
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SMRA	Assistencial de Supervisões Técnicas de Saúde São Miguel e Itaim Paulista
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	São Paulo
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TA	Termo Aditivo
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UMICs	Upper-Middle Income Countries
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VC	Viva Comunidade
VR	Viva Rio

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: PRISMA flowchart Fon.....	80
Figura 2: Esquema metodológico.....	133

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relação e quantidade das categorias dos achados na pesquisa.....	81
Tabela 2: Quantitativo de contratos de gestão (CG) firmados nos estados SP e RJ e suas capitais entre 2006 e 2018.....	100
Tabela 3: OSS que mais receberam recursos financeiros por meio dos contratos de gestão (CG) e termos aditivos (TA) com a SMS/RJ, entre 2009 e 2018.....	120
Tabela 4: Identificação do volume de contratos e aditivos dos estados SP e RJ com OSS, no período de 1998 e 2015.....	135
Tabela 5: Identificação do valor total dos contratos de gestão (CG) e aditivos (AD) repassados para as OSS nos estados SP e RJ, no período de 1998 e 2015.....	136
Tabela 6: Tratamento tributário para associações e fundações.....	139

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Estado de São Paulo, no período de 2006 e 2018.....	103
Gráfico 2: Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2012 e 2018.....	103
Gráfico 3: Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Município de São Paulo, no período de 2007 e 2018.....	104
Gráfico 4: Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Município do Rio de Janeiro, no período de 2009 e 2018.....	104
Gráfico 5: Evolução dos recursos financeiros destinados a OSS por meio dos contratos de gestão (CG) e termos aditivos (TA) com a SMS/RJ, entre 2009 e 2018.....	117
Gráfico 6: Evolução dos repasses financeiros por meio dos contratos de gestão (CG) e termos aditivos (TA) comparado com o orçamento da saúde firmados na capital do Rio de Janeiro, no período de 2009 e 2018.....	121
Gráfico 7: Períodos de surgimento das entidades filantrópicas.....	134
Gráfico 8: Período de qualificação de entidades como OSS.....	135



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>2 QUESTÕES NORTEADORAS.....</b>	<b>27</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
<b>4 ECONOMIA &amp; SAÚDE: BREVES REFLEXÕES.....</b>	<b>29</b>
<b>5 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE COMO MECANISMO DE PRIVATIZAÇÃO DO SUS.....</b>	<b>32</b>
<b>6 UM OLHAR SOBRE A ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>43</b>
6.1. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	44
6.2. FINANCIAMENTO DO SUS: DA ESCASSEZ DE RECURSOS À PRIVATIZAÇÃO.....	48
6.3. O MOVIMENTO DE CRIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÃO SOCIAIS NO SUS.....	55
6.4. A BATALHA JURÍDICA PARA LEGALIZAR AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL: DE 1998 A 2015.....	62
<b>7 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>66</b>
7.1 TIPO DE PESQUISA.....	66
7.2. CENÁRIOS DO ESTUDO.....	68
7.3. TRABALHO DE CAMPO.....	68
7.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	71
7.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	72
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>74</b>
8.1 ARTIGO 01 - REINVENTANDO A PRIVATIZAÇÃO: UMA ANÁLISE POLÍTICO ECONÔMICA DAS ORGANIZAÇÃO SOCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL.....	74
<b>8.1.1 Introdução.....</b>	<b>74</b>
<b>8.1.2 Metodologia.....</b>	<b>78</b>
<b>8.1.3 Resultados.....</b>	<b>81</b>
<b>8.1.4 Discussão.....</b>	<b>86</b>
<b>8.1.5 Conclusão.....</b>	<b>91</b>
8.2 ARTIGO 02 - CONTRATOS DE GESTÃO COMO INSTRUMENTO DE PRIVATIZAÇÃO NO SUS.....	94

<b>8.2.1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>94</b>
<b>8.2.2</b>	<b>Metodologia.....</b>	<b>97</b>
<b>8.2.3</b>	<b>Resultados e discussão.....</b>	<b>100</b>
<b>8.2.4</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>111</b>
<b>8.3</b>	<b>ARTIGO 03 - SEGUINDO O DINHEIRO: ANÁLISE DOS REPASSES FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO PARA AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>113</b>
<b>8.3.1.</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>113</b>
<b>8.3.2</b>	<b>Metodologia.....</b>	<b>116</b>
<b>8.3.3</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>116</b>
<b>8.3.4</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>123</b>
<b>8.3.5</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>126</b>
<b>8.4</b>	<b>ARTIGO 04 - A DUPLA CERTIFICAÇÃO NA SAÚDE: A ARTICULAÇÃO POLÍRICA ENTRE INSTITUIÇÕES FILANTRÔPICAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>128</b>
<b>8.4.1</b>	<b>Entidades privadas sem fins lucrativos.....</b>	<b>130</b>
<b>8.4.2</b>	<b>A Filantropia e o SUS.....</b>	<b>131</b>
<b>8.4.3</b>	<b>A qualificação das Organizações Sociais de Saúde.....</b>	<b>135</b>
<b>8.4.4</b>	<b>A dupla certificação: filantrópicos e organizações sociais.....</b>	<b>137</b>
<b>8.4.5</b>	<b>Considerações finais.....</b>	<b>143</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A TESE.....</b>	<b>146</b>
	<b>REFERÊNCIAS GERAIS DA TESE.....</b>	<b>152</b>
	<b>APÊNDICE 1.....</b>	<b>170</b>
	<b>APÊNDICE 2.....</b>	<b>171</b>

## APRESENTAÇÃO

*A vida é a arte do encontro,  
embora haja tanto desencontro pela vida.*

Vinicius de Moraes

A conclusão do doutorado é o momento em que realizo uma descoberta pessoal: constatei que não fui eu quem escolheu o objeto de pesquisa, mas parece ter sido ele que me escolheu. Por mais que minha trajetória na área da gestão da saúde pública tenha sido o caminho desde minha graduação em Farmácia, em 2004, jamais imaginaria estudar a gestão fora da minha zona de conforto.

Depois de 10 anos em atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica no âmbito do Componente Especializado no Governo do Estado do Espírito Santo, optei por me lançar a um novo desafio quando iniciei o mestrado em 2012 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo, em que investiguei a atuação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) nos hospitais públicos do Espírito Santo. Esta etapa me proporcionou a oportunidade de integrar ao Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES), que tanto auxiliou e enriqueceu os debates sobre a transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para as organizações privadas. Foi assim que o objeto desta tese me escolheu, pois, após finalizado o mestrado, continuei estudando as OSS, contudo, em uma perspectiva mais abrangente; do micro para o macro. De um fenômeno local para um olhar nacional sobre as organizações.

O interesse em continuar a pesquisa sobre o universo das OSS ficou ainda mais instigante ao longo dos primeiros anos do doutorado, iniciado em 2016. Isto mediante a participação em um grupo de estudos multicêntrico<sup>1</sup>, que fortaleceu vínculos com pesquisadores de diversas áreas e de diferentes localidades. Um dos objetivos destes

---

<sup>1</sup> A pesquisa multicêntrica “Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil”, financiada pelo CNPq nº 405077/2013-0, foi coordenada pelos professores Dra. Ligia Bahia (UFRJ), Dr. Mario Scheffer (USP) e Mario Roberto Dal Poz (UERJ). Este estudo compunha a “Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para efetivação do Direito Universal à Saúde” (CNPq nº 41/2013), também sob coordenação da professora Dra. Ligia Bahia (UFRJ). O encerramento deste projeto de grande abrangência ocorreu em julho de 2018.

trabalhos de investigação científica foi mapear as maiores OSS do Brasil que atuaram nas secretarias estaduais de saúde.

A diversidade de áreas que investigam a atuação das OSS me levou a buscar conexões entre diferentes campos do conhecimento: indo da Teoria da Administração à Economia da Saúde; do *Accountability* à Saúde Coletiva; do Direito às Ciências Contábeis.

O trabalho no grupo de pesquisa “Complexo Econômico Industrial da Saúde” (CEIS)<sup>2</sup> permitiu o estudo sobre a atuação das OSS nos 26 estados e no Distrito Federal. Esta investigação resultou em vários produtos, tais como: relatórios de pesquisa, produção de artigos, realização de palestras, conferências e seminários, além da publicação do livro “Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde”. Neste, publiquei um dos trabalhos que fazem parte desta tese: “A dupla certificação na saúde: a articulação política entre as instituições filantrópicas e as Organizações Sociais de Saúde”.

A investigação aprofundada do fenômeno das OSS permitiu a constatação de que há uma correlação entre o que acontece no Brasil e em outros países, o que conectou pesquisadores de diferentes localidades e culminou em um importante resultado da minha atividade acadêmica no doutorado, com o estabelecimento de redes internacionais de cooperação. A “Rede Brasil-Estados Unidos de Estudos de Políticas Públicas de Saúde” é um dos exemplos de cooperação, que fez com que fossem estreitos os laços com o professor Dr. Carlos Eduardo Gomes Siqueira - coorientador desta tese de doutorado. da Universidade de Massachusetts Boston. Outra conexão construída foi a partir da parceria com a Universidade Queen Mary, em Londres, por meio do professor Dr. Jonathan Philippon, que investiga o processo de liberalização no sistema de saúde inglês (NHS – National Health Service).

Ainda como parte da internacionalização das pesquisas desenvolvidas, fui contemplada com Bolsa de Doutorado Sanduíche pelo edital 47/2017 da Capes, quando realizei estágio na Universidade Queen Mary em Londres, sob supervisão do

---

<sup>2</sup> O Complexo Econômico Industrial da Saúde engloba o “conjunto das atividades produtivas e suas relações de interdependência, segundo uma perspectiva de economia política e de inovação. A lógica empresarial capitalista penetra em todos os segmentos produtivos, envolvendo tanto as atividades industriais e comerciais quanto a prestação de serviços de saúde” (GADELHA, 2003, p. 522).

professor Dr. Jonathan Filippon, no período de novembro de 2018 a outubro de 2019. Esta jornada internacional ampliou meus conhecimentos e possibilitou a construção do artigo "*Reinventing privatization: a political-economic analysis of Social Health Organizations in Brazil*", publicado na revista International Journal of Health Services em outubro de 2020.

Ter sido escolhida por esse objeto proporcionou a oportunidade de saltar do campo restrito das Ciências Farmacêuticas para um olhar mais global sobre a saúde pública. Sair da zona de conforto e vivenciar experiências acadêmicas fora do Brasil enriqueceu muito a minha trajetória como profissional da saúde.

O fechamento deste ciclo por meio do doutorado é motivo de muito orgulho, mas não significa o fim das minhas pesquisas nesta temática. A quantidade de dados coletados, sistematizados, e que não foram publicados me convida a permanecer vinculada a esse objeto de investigação. A continuidade destes estudos aponta para desafios de se pensar políticas públicas de saúde de forma mais abrangente. Pressupõe deslocamentos de pontos de vista, ruptura com conceitos preestabelecidos, coragem para propor novas abordagens metodológicas e força para lutar em prol dos valores do Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a sociedade, sem distinções. Entendo que a saúde pública é uma arena de constante disputa, assim como a pesquisa acadêmica.

Portanto, acredito que minha trajetória no doutoramento possa ser definida como um espaço de fortalecimento de argumentos em defesa das políticas de saúde universais e igualitárias.

## 1 INTRODUÇÃO

Para investigar o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, é necessário observar a relação intrínseca entre os mecanismos de oferta pública de serviços de saúde e o mercado privado de saúde. Esta relação é mais que essencial: é orgânica e dinâmica. E, como tal, extremamente complexa. Para exemplificar, podemos observar que desde a criação do SUS como política pública de saúde, já estava presente em seu histórico o entrelaçamento do setor privado com o público. A inserção do artigo 199<sup>3</sup> na Constituição Federal do Brasil (CFB) (BRASIL, 1988), liberando a assistência à saúde para a iniciativa privada, representa a presença do mercado em toda e qualquer política pública de saúde brasileira. Bahia (2009, p. 755) afirma que essa foi uma tentativa de conciliação dos “embates sobre caráter público-privado dos estabelecimentos de saúde”.

Desse modo, investigar um dado fenômeno no sistema universal de saúde do Brasil, país de extensão territorial continental com mais de 200 milhões de habitantes, torna-se um desafio extremamente complexo. Osborne (2007) sugere que os sistemas públicos de saúde funcionem como organismos: nascem, crescem, mudam com o tempo e morrem. Penso que se trata de um fenômeno político social, e não biológico. Assim, para analisar as transformações que acontecem no SUS, não podemos admitir simplificações.

Esses sinais e mudanças configuram a estrutura central desta tese, especialmente o movimento de criação das Organizações Sociais (OS) como instrumento para privatização do sistema público de saúde brasileiro, ancorado na ideia da “Nova Gestão Pública” (NGP) (BRESSER-PEREIRA, 2010), também conhecida, e citada nesta tese, por sua nomenclatura em língua inglesa: “*New Public Management*” (NPM). Essas entidades, quando qualificadas para atuarem na área de saúde, são conhecidas como Organizações Sociais de Saúde (OSS).

---

<sup>3</sup> Constituição Federal do Brasil (CFB), Artigo 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (...)”.

A certificação de OSS é uma autorização concedida pelo poder público para que entidades privadas sem fins lucrativos estabeleçam contratos de gestão com a administração pública. Essa autorização foi criada pela Lei Federal 9.637/1998 (BRASIL, 1998) e regulamentada pelo Decreto 9.190/2017 (BRASIL, 2017) como uma das medidas para “flexibilizar”, “desburocratizar” e “descentralizar” a governança pública. Mas, desde a sua criação, houve intensos debates sobre a legitimidade dessa decisão, demorando 17 anos para o Supremo Tribunal Federal (STF) julgar a constitucionalidade da lei que criou as Organizações Sociais.

As OS formam uma nova categoria de pessoa jurídica, de direito privado sem fins lucrativos (BRASIL, 1998), que podem celebrar contratos de prestação de serviços com entes públicos, incluindo os serviços de saúde. As OSS operam dentro do modelo neoliberal adotado no Brasil nos últimos 30 anos, no sentido de que todas as suas estratégias – ainda que não declaradas e, por vezes, deliberadamente ocultadas – estão voltadas para o mercado.

A gestão de serviços públicos de saúde usando as OSS é uma forma de expandir um modelo econômico com foco na transformação da saúde em mercadoria. Logo, as OSS materializam a tendência crescente de transferência da gestão e da prestação de serviços públicos estatais para entidades privadas, as quais são classificadas legalmente como entidades sem fins lucrativos. Apesar disso, estudos demonstram que essas entidades possuem superávit financeiro (TURINO; SODRÉ; BAHIA, 2018).

O novo modelo de gestão, pautado pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) (BRASIL, 1995), favoreceu a modalidade de administração planejada para as OS, quando se tratou de medir e/ou quantificar os itens “eficiência, eficácia e efetividade”. Porém, Ibañez e Vecina (2007) argumentam que este formato não solucionaria problemas gerenciais se não forem resolvidos os empecilhos envolvendo financiamento do setor saúde e a saúde como direito.

Lima (2009) ainda destaca que a partir das reformas neoliberais empreendidas nos anos 1990, houve o predomínio da visão da saúde como fonte de despesa, afastando-a da ideia de direito social ou valor humano. Desvios no uso de recursos da Seguridade Social, oscilações de fontes e instabilidade no aporte de receitas do

Ministério da Saúde marcaram o financiamento do SUS e limitaram os investimentos e as transferências correntes federais realizadas para os estados e municípios.

A agenda de reforma neoliberal, que pressionou os sistemas de saúde nos anos 1980 e 1990 (na Europa Ocidental e América Latina), tinha como objetivo produzir uma mudança no papel e grau de intervenção do Estado na área social, inclusive na saúde. Duas vias de reforma foram empregadas nesse período: a primeira se refere à separação entre provisão e financiamento, com a mediação realizada por meio de contratos, e à ampliação da participação das companhias de seguro-saúde privadas na gestão da cobertura e prestação de serviços; já a segunda, diz respeito às medidas de redução da cobertura e aumento da participação privada no financiamento, incluindo a instituição de copagamentos (PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018, p. 2.242).

As reformas neoliberais tinham como proposta promover a democratização e ampliar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de *accountability* nas políticas públicas. Contudo, essas diretrizes não são vistas na prática, especialmente no que diz respeito às OSS. Elas estão alinhadas aos princípios neoliberais, mas se apropriam dos recursos públicos de forma inadequada. Por isto, é preciso investigar a relação resultante das parcerias entre os setores público e privado, mais especificamente, das OSS à frente da gestão dos serviços públicos de saúde; colocando em pauta o debate sobre o financiamento da saúde pública e a qualidade dos serviços prestados à população (BAHIA, 2009).

Por sua vez, Pahim (2009) retrata a experiência de implantação das OSS no estado de São Paulo, e Cardoso (2012) revela o aumento substancial da criação de organizações sem fins lucrativos, em especial as OSS. Além disso, questiona a falta de transparência no direcionamento dos recursos financeiros públicos. Este cenário parece privilegiar o setor privado na relação com estados e municípios. Diante desse contexto, esta tese de doutoramento discute os mecanismos de repasses de recursos públicos para Organizações Sociais de Saúde dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo e de suas capitais. Os dois instrumentos jurídicos investigados foram os contratos de gestão (CG) e os termos aditivos (TA).

Destacamos que a tendência em ceder ao setor privado serviços públicos não deve ser vista de maneira pontual, mas sim, de modo global e dinâmico, abarcando suas interrelações com outros setores do campo da saúde pública e mesmo com outras áreas tais como educação, cultura, segurança pública e assistência social. Alguns estudos (GIOVANELLA; ATEGMULLER, 2014) demonstram a necessidade de



contínuo esforço dos movimentos sociais e de profissionais de saúde para disputar espaço nas arenas política, social e econômica e preservar o direito universal à saúde, como previsto originalmente na proposta do SUS e na Constituição Federal de 1988. Esta luta pela qualidade dos serviços de saúde com uso racional dos recursos públicos é uma pauta importante para toda a sociedade.

Esta tese de doutoramento, portanto, revelou a tensão entre o público e o privado dentro do SUS, expondo os princípios neoliberais que justificam a flexibilização e/ou a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para Organizações Sociais de Saúde. Os dados coletados permitiram uma análise empírica que consubstanciou a hipótese norteadora desta tese, qual seja: o ingresso das OSS no sistema público de saúde brasileiro configura mecanismo de privatização. Além disso, identificamos que essa privatização tem características próprias, as quais nomeamos de “funcional” e “flutuante”.

Na seção “Resultados”, a temática da privatização é abordada de forma mais precisa. O artigo 1 é produto de uma revisão sistemática que indicou o *New Public Management* como argumento que pautou as reformas que resultaram nas ações de desburocratização e flexibilização da gestão pública. O artigo discute as OSS no Brasil, apontando que aqui se reproduziu o processo econômico e político experimentado em alguns países da Europa como Espanha e Portugal.

O NPM gerou mudanças de paradigma na essência da gestão pública. Alterou o processo de prestação dos serviços e a relação das estruturas administrativas do Estado com os cidadãos. Diretrizes como descentralização das atividades, redução das responsabilidades financeiras e aumento da eficiência dos serviços públicos abriram caminho para um processo de privatização do Estado (MARTINS, 2012).

As análises empíricas dos artigos 2 e 3 reforçaram essa tese. O artigo 2 tratou especificamente do uso do contrato de gestão como instrumento jurídico para viabilizar a privatização. A análise dos CG firmados entre OSS e as secretarias de saúde dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo e de suas respectivas capitais, permitiu a observação de que os CG sofreram um desvio de finalidade no Brasil. Por sua vez, o artigo 3 permitiu confirmar que o uso dos termos aditivos, a partir dos contratos de gestão firmados inicialmente, se configura na sedimentalização do

processo de privatização. Numa análise mais minuciosa dos contratos e termos aditivos firmados entre o município do Rio de Janeiro e as OSS, verifica-se que o valor agregado por meio de TA é substancialmente maior que o celebrado inicialmente. O acréscimo pode chegar a quase 1.000%.

Já no artigo 4 dos resultados desta tese, é apresentado o problema da dupla certificação das organizações sem fins lucrativos, já que essas agregam titularidades que possibilitam vantagens tributárias. Assim, o Estado abre mão da arrecadação de impostos quando passa a firmar contratos com essas entidades. Ou seja, trata-se de mais um mecanismo de transferência de recursos públicos para o setor privado.

## **2 QUESTÕES NORTEADORAS**

- A transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para as OSS é uma privatização em curso no SUS?
  
- O volume de recursos públicos transferidos para as Organizações Sociais de Saúde nos estados e capitais do Rio e São Paulo, por meio dos contratos de gestão, contribui para a privatização?
  
- De que forma o uso de contratos de gestão (CG) e de termos aditivos (TA) como instrumentos viabilizam a privatização do SUS?
  
- Qual o interesse dos entes privados sem fins lucrativos em agregar certificações de filantropia e Organização Social de Saúde? Essa dupla certificação abre a possibilidade das OSS obterem lucro?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar a privatização do Sistema Único de Saúde, investigando os contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde, entre 1998 e 2018.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o processo de privatização por meio da transferência da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais de Saúde – discutido no artigo 1;
- Quantificar o volume de repasses financeiros transferidos para as Organizações Sociais de Saúde na prestação de serviços de saúde nas secretarias de saúde dos estados e capitais do Rio de Janeiro e São Paulo – discutido no artigo 2;
- Analisar o uso de contratos de gestão (CG) e de termos aditivos (TA) como instrumentos que viabilizam a privatização do SUS – discutido no artigo 3;
- Discutir os efeitos da certificação das OSS associado ao título de filantropia pelas entidades privadas sem fins lucrativos que atuam na saúde pública – discutido no artigo 4.

#### **4 ECONOMIA & SAÚDE: BREVES REFLEXÕES**

As últimas décadas têm sido marcadas por intensas e constantes transformações no Estado e na sociedade. Assim como em outras áreas das ciências da saúde, os estudos sobre gestão e políticas públicas também vêm procurando compreender em que medida mudanças complexas de caráter social, econômico, político e tecnológico impactaram o modo de funcionamento e os resultados das ações governamentais.

Esta tese está situada em uma área de interface entre dois universos teóricos: Saúde Coletiva e Economia da Saúde. Como tal, um dos principais desafios foi construir referenciais de áreas que não necessariamente se conectam, para assim, ampliar a capacidade de compreensão dos fenômenos que estão sob investigação.

A Economia e a Saúde são campos do conhecimento científico que passaram a se aproximar mais fortemente a partir dos anos 1960. Essa junção surgiu para dar respostas à crise dos sistemas de proteção social daquele período, investigando, por exemplo, os impactos dos déficits gerados pelos sistemas nacionais de saúde nos sistemas econômicos dos países (VIANNA; SILVA; SCHEFFER, 2016). Já a definição do objeto Economia da Saúde, segundo Del Nero (2002, p. 6), emergiu após a década de 1970, já que “parte de seu conteúdo, tradicionalmente, desdobrou-se em tópicos de uma outra disciplina, o ‘planejamento em saúde’”. Todavia, em 1963 o economista e matemático Kenneth Arrow já havia publicado um artigo que impulsionou a criação da disciplina Economia da Saúde. Uma de suas principais contribuições foi apresentar as particularidades do setor saúde com base nos aspectos econômicos relativos à prestação de serviços de saúde. Estes apontamentos também ficaram conhecidos como economia da atenção à saúde, com foco na demanda por serviços de saúde a partir do ponto de vista do indivíduo (IUNES, 2002).

Ainda hoje parece não haver unanimidade acerca do termo “Economia da Saúde”, sendo possível observar diferentes definições para essa disciplina, a saber: aspectos econômicos da saúde, saúde e economia, planejamento econômico-sanitário, economia política da saúde. Concordamos com Del Nero (2002), que pontua a definição “Economia da Saúde” como a mais apropriada para o campo do conhecimento em debate nesta tese. Uma das principais vertentes da Economia, enquanto ciência na atualidade, é a que aborda os estudos para aperfeiçoar o uso

eficiente e transparente dos recursos públicos, buscando desenvolver pesquisas, teorias e métodos para otimizar recursos escassos, sejam estes financeiros, materiais, humanos, entre outros. Vai além ao desenvolver mecanismos para pesquisar e definir condições que possibilitam obter, tanto a utilidade máxima de determinados fatores, como o custo mínimo, levando em conta um determinado nível de utilidade (VIANNA; SILVA; SCHEFFER, 2016).

Em um contexto de crescentes custos e gastos em saúde, além de limitação do seu financiamento, as evidências produzidas por estudos econômicos em saúde tornaram-se essenciais, sobretudo na tomada de decisão gerencial e nas formulações de políticas. Todavia, para que a saúde possa estar próxima de seus princípios basilares como universalidade, equidade e equanimidade, ela terá custos. Esta é a razão pela qual ser tão importante adentrar no campo da Economia da Saúde para entender os meandros do financiamento dos sistemas públicos de saúde. Foi exatamente no que tange ao planejamento, à gestão e ao financiamento da saúde pública que estabelecemos as pontes para o diálogo entre a Economia da Saúde e a Saúde Coletiva.

Osmo e Schraiber (2015) registram a Saúde Coletiva como campo de conhecimento científico e social surgido no final da década de 1970. Os autores relatam ainda que o contexto de nascimento da Saúde Coletiva estava associado às lutas pela democracia e também ao movimento da Reforma Sanitária, já que o Brasil vivia em um período de ditadura militar. Outros autores como Paim e Almeida Filho (1998), Nunes (1994), Campos (2000), também delimitaram o campo e os pressupostos da Saúde Coletiva.

Os autores Osmo e Schraiber (2015) também concluíram que a Saúde Coletiva ainda precisa caminhar na produção e na reflexão sobre sua própria identidade, dado que é uma área do conhecimento recente, ainda em construção. Contudo, é importante destacar que a Saúde Coletiva é um campo que se apresenta sempre “aberto à incorporação de propostas inovadoras” (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998, p. 312), além de permitir a interface com outras áreas do conhecimento científico, haja vista a conexão com a Economia da Saúde.

Tendo como objeto central a investigação dos mecanismos de privatização do SUS através das Organizações Sociais de Saúde (OSS), esta tese lançou mão tanto do

arcabouço conceitual da Economia da Saúde como da Saúde Coletiva. Estes arcabouços foram importantes para compreender, de forma mais clara, a polarização entre os setores público e privado a partir do artigo 199 da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), que regulamentou a participação do setor privado de modo complementar no SUS.

Entretanto, o que observamos na vasta literatura discutida nesta tese sobre a atuação das Organizações Sociais de Saúde no sistema público de saúde a partir de 1998, é que está em curso um processo de privatização complexo e velado. Tal privatização significa a inversão da norma estabelecida na Constituição Brasileira, já que o setor privado deixou de ser complementar para se tornar protagonista, relegando o público a um lugar secundário no sistema de saúde brasileiro.

Um dos itens desta interface entre a Economia da Saúde e a Saúde Coletiva é o debate acerca do entendimento de “saúde como mercadoria”. Ele é revelado por vários pesquisadores de ambos os campos, entre os quais destacamos: Fleury (2018); Ocké-Reis (2012); Funcia (2016); Vieira e Benevides (2016); Borges et al. (2012); e Paim (2018). Esse debate é importante, pois pavimenta o entendimento acerca do fenômeno da transferência da gestão de serviços públicos de saúde para entidades privadas sem fins lucrativos, indicando essa transferência como privatização do SUS.

Também fizeram parte das discussões aqui pontuadas estudos sobre o Complexo Econômico-Industrial de Saúde (CEIS), segundo Gadelha et al. (2010); e Gadelha, Costa e Maldonado (2012). O “mercado da saúde”, estudado por Barbosa e Elias (2010); além de Borges et al. (2012); Mendes (2012; 2017); e Ocké-Reis (2012), complementa os eixos principais desta tese.

Para entender o debate em torno da legislação que regulamenta a atividade das Organizações Sociais de Saúde, assim como seus impactos e avaliações, nos baseamos principalmente nos trabalhos de: Salgado (2016); Santos (2011); Pahim (2009); Teixeira (2010); e Turino et al. (2016). Por sua vez, outros autores também se propuseram a investigar temas ligados ao financiamento, ao subfinanciamento e às relações entre o público e o privado no SUS, como Mendes (2012); Gadelha (2003); e Lima (2006; 2007; 2009).

## 5 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE COMO ATORES NA PRIVATIZAÇÃO DO SUS

O discurso sobre a necessidade de desburocratizar e de tornar a máquina pública mais eficiente vem de longa data. Pelo menos desde os anos de 1990 o sistema de saúde brasileiro está permeado por essas discussões norteadas pelos conceitos do *New Public Management* (NPM). Esse se pauta pelas diretrizes neoliberais que desqualificam a gestão pública e colocam as ferramentas da administração privada como única solução possível.

Porém, decorridos mais de 20 anos das primeiras experiências com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), não observamos na literatura a confirmação da promessa inicial de que essas entidades seriam a solução para organizar, desburocratizar e tornar mais econômica as atividades do Sistema Único de Saúde (SUS). Soares et al. (2016); Turino (2016); Vieira (2016); e Fernandes (2017), entre outros, não encontraram evidências definitivas sobre maior eficiência da gestão de serviços de saúde por meio das organizações privadas em comparação à gestão pública.

Apesar da falta de evidências sobre a maior eficiência das OSS na gestão dos serviços públicos de saúde, pesquisas apontam para um crescimento da presença dessas organizações como gestoras de diversos serviços de saúde em hospitais, unidades de pronto atendimento, clínicas, laboratórios, entre outros (PAHIM, 2009; SOARES et al., 2016; COELHO; GREVE, 2016; TURINO et al., 2016). A falta de evidências empíricas que justifiquem o crescimento das OSS nos levou a questionar os reais motivos para a expansão desse modelo de gestão.

As evidências apresentadas em nosso estudo apontam para uma tendência de inversão das responsabilidades relativas aos entes públicos e privados no que diz respeito à prestação de serviços de saúde. De um papel complementar, o setor privado passou a ser protagonista.

Entendemos, portanto, que o crescimento das OSS se insere em um debate maior, que coloca sob análise as questões ligadas à economia e à gestão da saúde, como também o estudo e a construção de instrumentos de avaliação da gestão pública, além de questões políticas. Nosso estudo identificou as OSS como parte do Complexo Econômico-Industrial de Saúde (CEIS). Adensamos o conhecimento sobre um dos



principais segmentos do CEIS, serviços de saúde, permitindo entender os interesses – políticos e econômicos – em jogo. As OSS se inserem no CEIS em duas das categorias analíticas da economia política da saúde – mercantilização da oferta e acumulação de capital.

O CEIS compreende três subsistemas: de base química e biotecnológica; de base mecânica, eletrônica e de materiais; e de serviços de saúde (GADELHA; COSTA; MALDONADO, 2012). O setor de serviços de saúde possui grande peso para a produção econômica no CEIS, já que sua relação intrínseca com a geração de renda e emprego constitui o mercado final de produtos dos demais segmentos do complexo produtivo, evidenciando, dessa forma, o caráter sistêmico da base produtiva da saúde.

Nos detivemos na vertente dos serviços de saúde que compõem a estrutura organizacional do CEIS. Partimos da premissa de que o CEIS está vinculado à dinâmica da economia da saúde predominante desde os anos de 1970 no Brasil. Nesse período, o Brasil vivenciava uma grave crise econômica, agravada durante o regime militar (1964-1985), tornando-se, assim, um fiador dos Estados Unidos, o que forçou a implementação de uma série de reformas por parte do Estado. De acordo com Borges et al. (2012, p. 53), o processo de dependência financeira do Fundo Monetário Internacional (FMI) obrigou o país a implementar uma “política reformista, recessiva patrocinada pelos países centrais, que induziu a privatização do patrimônio público, introduzindo práticas gerenciais oriundas dos negócios privados”.

A compreensão do modelo das OSS dentro do projeto neoliberal significou que todas as suas estratégias – ainda que não declaradas e, por vezes deliberadamente ocultadas, – convergiram para “o imperativo expansionista do sistema capitalista que não pode se reproduzir com sucesso a menos que possa fazê-lo em escala constantemente ampliada” (MÉSZÁROS, 2002, p. 254). Em outras palavras, o sistema do capital tem que ser sempre orientado à expansão e dirigido à acumulação. A gestão de serviços de saúde pelas OSS é utilizada para disseminar um modelo gerencial e econômico com foco na transformação da saúde pública em mercadoria (BORGES et al., 2012).

Assim, as OSS materializam a tendência crescente de transferência da gestão e da prestação de serviços do Estado para entidades privadas, as quais se apresentam

publicamente como entidades sem fins lucrativos. Contudo, elas introduzem para o interior da administração pública a lógica e os princípios dos serviços privados, quais sejam: a) facilidade na aquisição de insumos os mais diversos; b) flexibilidade na admissão/demissão de pessoal; c) contratos de cumprimento de metas; d) compras de materiais e equipamentos. Enfim, elementos próprios da avaliação dos métodos de gestão por resultados (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

O que fica evidente num processo de privatização de sistemas de saúde pública em diversos países é “a mudança no entendimento da saúde como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada” (BORGES et al., 2012, p. 17).

Convém considerar que esse processo privatizante do SUS é direcionado pelas reformas neoliberais e pela capacidade e interesse dos prestadores de serviço em capitalizar em cima da “mercadoria” chamada saúde, em detrimento das demandas da população. O modelo de mercado é dinâmico, e isso justifica a busca pelo lucro acima de qualquer entendimento da saúde como direito fundamental.

A iniciativa neoliberal encontra justificativa para a administração privada do financiamento público na sua suposta eficiência e agilidade, que promoveria serviços de qualidade superior a dos públicos, por um preço menor. Trata-se, assim, da privatização dos sistemas públicos de saúde em que o Estado terceiriza seus serviços à iniciativa privada com o objetivo de dinamizar a gestão das unidades públicas, que para os neoliberais é burocrática, corrupta, ineficiente e mais cara. A partir desse pensamento, constitui-se a privatização do patrimônio público da saúde, passando-o às mãos das grandes corporações, neste caso as Organizações Sociais qualificadas para atuarem na saúde, que teriam retorno certo, livre de investimentos e riscos, porque quem de fato investe e assume os riscos continua a ser o Estado (BORGES et al., 2012, p. 18).

Para destacar essa premissa do retorno certo sem risco, observamos que praticamente todos os contratos de gestão entre as OSS e as Secretarias Estaduais de Saúde dizem respeito apenas à transferência da gestão dos serviços públicos de saúde, e nunca à responsabilidade de construir e/ou equipar. Em todos os instrumentos legais avaliados, as OSS passaram a gerenciar serviços previamente existentes ou novos, mas todos devidamente equipados (TURINO et al., 2016; VIEIRA, 2016).

O que deve ser questionado, de modo mais enfático, é a aparente naturalização da “privatização do SUS” por meio de “parcerias” público-privadas, como é o caso das

OSS. Esse modelo de gestão se sustenta no discurso de que o Estado não é capaz de prestar serviços públicos de saúde com qualidade. Sem embargo, a realidade das unidades geridas por OSS desconstrói o mito de que apenas o mercado poderá produzir serviços de saúde pública com qualidade. Ao contrário, o que se percebe é uma política em que o Estado se oferece como palco para a iniciativa privada atuar.

O “mercado da saúde” só existe porque foi planejado e construído pelo próprio Estado. Isto é, o mercado não frutificou espontaneamente sem o auxílio das políticas públicas, sendo o Estado, de fato, a válvula propulsora que alimenta o mercado.

A ideia central contida na noção de paramercados é a de estimular a introdução de mecanismos de mercado dentro do serviço público, estimulando a competição no seu interior. Os contratos firmados entre compradores e executores (contratos de gestão) se propõem a estimular e premiar a eficiência da organização de serviços prestados, dentro da lógica de que o recurso deve seguir o usuário (BARBOSA; ELIAS, 2010, p. 2.487).

O SUS torna-se, portanto, uma forma de “crédito” para o setor privado, principalmente quando tratamos da inserção das OSS no sistema público de saúde. A escolha sobre a prestação de serviços públicos pelo setor privado impacta na qualidade dos serviços. “Os serviços públicos serão tanto mais próximos da lógica do mercado quanto mais privatizados; serão tanto mais permeáveis à lógica do poder quanto mais estatais” (PERIM, 2014, p. 46). Segundo Borges et al (2012, p. 98),

O que parece ocorrer atualmente no SUS é um momento de ponto de mutação, quando o direito à saúde universal e gratuita seria flexibilizado no Brasil, como vem acontecendo no Reino Unido, com a figuração de alguns eventos: teste de renda (avaliação da renda para a inclusão do indivíduo no sistema), copagamentos ou franquias, orçamentos individuais para doentes crônicos, instituição de *vouchers* para a aquisição de serviços entre prestadores e a não cobertura de certos procedimentos. Esses eventos fazem parte do *menu* neoliberal presente nos processos privatizantes dos sistemas públicos de saúde, que são parte de redes de apoio social, principalmente nas sociais democracias. Caso o processo de privatização do SUS caminhe para um ponto em que o direito à saúde se torne algo insustentável financeiramente à lógica neoliberal, tais medidas poderão se concretizar no Brasil, cumprindo a agenda do Banco Mundial para o setor da saúde na América Latina.

Compreendemos de maneira empírica o potencial de desmonte das políticas de saúde pública e tipificamos o processo de privatização com a inserção de OSS na administração pública.

O mais evidente, portanto, é o processo de privatização da atenção à saúde através do crescimento da rede de serviços de saúde gerenciados pelas OSS. Os resultados

apresentados em nossa pesquisa permitem afirmar que estão em curso dois tipos de privatização: funcional e flutuante. A privatização funcional, de acordo com Rexach (2008) e Sanches-Martinez et al. (2014), caracteriza-se pelo discurso pejorativo e reducionista sobre o desempenho do setor público. Ao mesmo tempo em que tenta convencer a sociedade de que os serviços públicos não são eficientes e precisam de soluções com novas formas de gestão. Rexach (2008) associa essa campanha ao neoliberalismo, que ele considera expressão do desejo privatizante de sistemas públicos de saúde no mundo. E afirma que, com a desculpa de inovar, a nova fórmula de gestão prioriza apenas a economia em detrimento à qualidade da assistência médica.

Na mesma linha de pensamento, Soares et al. (2016) apresentam o termo “privatização funcional” com base na contratação de entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, para gerir os serviços públicos de saúde. Segundo esses autores, a publicização das Organizações Sociais se refere ao termo privatização funcional (SOARES et al., 2016, p. 845). Borges et al. (2012) corroboram com esse pensamento ao considerarem a construção da voracidade do “ciclo da privatização” em que a privatização dos serviços públicos de saúde é precedida por um período gestacional, compreendido por dois grandes movimentos: o primeiro caracterizado pela “hipervalorização” da eficiência privada na saúde e o segundo pelo movimento do “desmantelamento” dos serviços públicos de saúde existentes.

A premissa da hipervalorização está imbricada ao engessamento da gestão pública, mais precisamente com a ausência de resposta frente à dificuldade e à imprevisibilidade das demandas diárias nas diversas Instituições públicas de saúde, em especial nos entes subnacionais. Essa característica aparece explicitamente na vocalização do ente privado ao descrever sobre a impossibilidade de trabalhar com a administração direta, visto que a “imprevisibilidade do evento da doença carrega os hospitais de desafios que somente a agilidade do regime privado poderia ser capaz de conseguir atender” (BORGES et al., 2012, p. 102). De posse dessa premissa, os entes privados, em especial os sem fins lucrativos, pautam-se pelo discurso cunhado pela administração gerencial neoliberal.

A segunda característica, o desmantelamento, está forjada na destruição do patrimônio público, no desmoraçamento de todo e qualquer serviço, prática e/ou

programa ligado à área da saúde pública e também nas tomadas de decisão pela gestão. Essa delegação de “funcionalidade” do serviço público de saúde a outro ente, o privado, está no cerne do conceito de privatização funcional. A ideia de que o setor público não é competente para colocar o serviço em funcionamento adequado pode ser observada em vários instrumentos que regulam as parcerias entre os entes públicos e privados.

Esta mudança gerencial pode ser claramente observada nos termos utilizados nos documentos denominados “Termo de Referência”, formulados pela administração estadual do Rio de Janeiro para subsidiar os contratos de gestão (CG):

(...) outros óbices à administração efetiva são as dificuldades na administração direta da aquisição de insumos e medicamentos, além da manutenção e aquisição de equipamentos. A gerência ágil desses recursos materiais é fundamental para a melhor atenção ao paciente com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida. Tais dificuldades surgem durante a execução dos processos administrativos. **Na gestão empresarial, muitos desses processos cursam com maior simplicidade e eficácia, redundando em menor custo para a administração pública** (TERMO DE REFERÊNCIA CG 19/2017, 2017, p. 4, grifo nosso).

O Termo de Referência é o documento que guia a formulação dos contratos de gestão e de seus termos aditivos na relação entre o ente público e as Organizações Sociais de Saúde. O próprio termo já explicita essa lógica de que a administração direta não tem competência para lidar, de maneira eficiente, com os serviços de saúde, o que acaba onerando os custos. Todavia, o que vimos não necessariamente é uma redução de custos com a transferência dos serviços para as OSS, mas sim, uma ampliação dos gastos (TURINO, 2016).

Já a privatização flutuante pode ser observada a partir do momento em que um serviço gerido por OSS entra em colapso e o ente público tem a obrigação e a responsabilidade de intervir, sendo necessário tomar para si a gestão, dando continuidade ao serviço que estava sendo prestado pela OSS. Os serviços prestados por OSS podem assumir ora face pública, ora face privada (CONTREIRAS; MATTA, 2015). Isso foi observado em alguns estados como Rio de Janeiro e Espírito Santo.

No Rio de Janeiro, em junho de 2020, o governador Wilson Witzel anunciou intervenção nos hospitais de campanha destinados ao atendimento de pacientes com COVID-19. Tal medida foi justificada pelas graves denúncias repercutidas pela imprensa, tais como atraso na montagem dos hospitais de campanha e deficiência na

gestão sob a responsabilidade do Instituto de Atenção Básica à Saúde (IABAS). Importante ressaltar que, com a intervenção, a Fundação Estadual de Saúde ficou responsável por administrar os sete hospitais de campanha para enfrentamento da pandemia do coronavírus (COVID-19)<sup>4</sup>.

No Espírito Santo, por sua vez, houve intervenção da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) em pelo menos duas ocasiões. Em 2014, irregularidades em serviços de compra de medicamentos pela OSS Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública (IAPEMESP) motivaram a retomada pelo ente público da gestão do Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE)<sup>5</sup>. Já em 2019, o governo estadual rompeu contrato com a OSS Instituto de Gestão e Humanização (IGH) – que administrava o Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves (HEIMABA) – por conta de uma Ação Civil Pública do Ministério Público Estadual (MPES), que apontou a possibilidade de desvio de mais de R\$ 37 milhões. Com essas medidas, a gestão dos hospitais voltou a ser de responsabilidade da administração direta<sup>6</sup>.

Esses exemplos atestam o que Silva (2014) argumenta sobre o modelo de OSS. Para ele, esse modelo visou instrumentalizar a flexibilização da gestão a partir da redução da autonomia dos entes subnacionais na gestão dos serviços. O autor assim descreve a lógica privatizante:

Em síntese, o modelo das Organizações Sociais materializa uma lógica de privatização de inúmeros serviços públicos anteriormente financiados ou subsidiados e executados pelo Estado, que passam a ser regidos pelo direito privado, circunstância que altera substancialmente seu funcionamento, posto que a flexibilização da gestão através de mecanismos do setor privado enseja um menor controle dos recursos públicos. As entidades qualificadas como Organizações Sociais, mediante a assinatura de um contrato de gestão com algum ministério no âmbito federal, secretaria estadual ou municipal, realizam os serviços e são remuneradas de acordo com o alcance ou não de metas previamente estipuladas. Ainda, passam a contratar em regime de CLT, sem a necessidade de realização de concursos públicos, podendo se valer da terceirização de trabalhadores da forma como a direção da instituição determinar (SILVA, 2014, p. 248).

---

<sup>4</sup> Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/06/governador-decreta-intervencao-nos-hospitais-de-campanha>>.

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2014/12/novo-hospital-sao-lucas-no-es-esta-sob-intervencao-por-irregularidades.html>>.

<sup>6</sup> Disponível em: <<https://www.agazeta.com.br/es/gv/organizacoes-que-administram-3-hospitais-publicos-vaio-passar-por-inspecao-1019>>.

No mesmo sentido, Baggenstoss e Donadone (2014) chamam atenção para o processo de “privatização da saúde pública”, dizendo que estamos diante de um sofisticado embate que evidencia a importância desses “intermediários” - neste caso, as OSS - na gestão dos serviços públicos de saúde. Essa complexidade na definição do tipo de privatização, que ocorre com as OSS, se deve ao fato de que não se trata do processo clássico, quando há transferência definitiva de propriedade do setor público para o privado (KRACHLER; GREER, 2014). Conforme os exemplos acima citados, não observamos transferência de propriedades. Porém, o estado transfere para o ente privado apenas a responsabilidade de execução do serviço, e quando a OSS não cumpre o contrato, o ente público retoma a sua obrigação original. Entendemos esse movimento como uma importante caracterização da privatização flutuante.

Essa tipificação a respeito da privatização do sistema de saúde brasileiro por meio das OSS não é inédita, pelo contrário, foi reproduzida com base nas experiências de países como Espanha (REXACH, 2008) e Portugal (MATOS et al., 2010). Apesar das diferenças estruturais e organizacionais dos sistemas de saúde do Brasil, da Espanha e de Portugal, foi possível observar a existência de uma mesma política gerencial entre os três países que impulsionou as reformas administrativas: a *New Public Management* (NPM). Essa parte das mesmas premissas sobre autonomia administrativa e financeira. Contudo, os nomes designados aos órgãos representativos da contratualização mudam de acordo com a estrutura organizacional de cada país. No Brasil são chamadas Organizações Sociais, enquanto na Espanha são Organizações ou Entidades. Já em Portugal são nomeadas como Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde. Fato é que, tanto no caso brasileiro quanto no espanhol e no português, os governos adotaram o NPM com o objetivo comum de criar entidades privadas para administrar os serviços públicos, com a promessa de tornar a máquina pública eficiente e autônoma.

Corroborando com esse movimento, Mills (1998); Graef, Salgado (2009); e Coelho e Greve (2016) apontam as tendências internacionais disseminadas pela nova administração pública quanto à expansão das organizações da sociedade civil a partir da descentralização, e as dificuldades encontradas pelos governos na prestação direta de serviços públicos.

Destacamos aqui algumas pesquisas de autores sobre o tema da reforma do estado e a modernidade de cunho neoliberal para a administração pública, como Coelho e Greve (2016) que apontam o exemplo da França na implementação do modelo gerencialista com base nos resultados nos anos 1990; Borges et al. (2012) que descrevem o início do movimento privatizante no governo de Ronald Reagan nos Estados Unidos, o que induziu a privatização no sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) em 1980; e Filippou et al. (2016) que descrevem o mesmo movimento na Inglaterra no governo de Margaret Thatcher desde os anos 1970 até os dias atuais. Esses últimos descrevem os arranjos e as reformas que conduziram ao processo de liberalização do Serviço Nacional de Saúde (NHS) inglês.

Outro elemento que precisa ser analisado nesse ciclo privatizante das OSS é a criação de uma dinâmica de distinção e valorização de determinadas Organizações Sociais. Esse fenômeno pode ser confirmado com o texto de apresentação do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS).

O Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), entidade representativa nacional das 20 principais instituições filantrópicas sem fins lucrativos que gerenciam hospitais e outros serviços de saúde por meio de contratos ou convênios com secretarias municipais e estaduais, e que empregam 95 mil pessoas, **lançou um programa para conceder selos de Acreditação às OSS que cumprirem uma série de normas de segurança e qualidade** (IBROSS, 2018, grifo nosso, online)<sup>7</sup>.

A proposta difundida pelo instituto é conhecida por: “Parceria Consórcio Brasileiro de Acreditação e IBROSS”. Esse selo de acreditação é uma figura conhecida no mercado de saúde dos Estados Unidos, conferido pela organização chamada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Ela inspeciona hospitais nos EUA para avaliar se cumprem os requisitos de qualidade exigidos. A acreditação das OSS no Brasil é, portanto, uma agregação de valor aos serviços prestados. Provavelmente o grupo das entidades certificadas terá prioridade nos chamamentos públicos, colocando em dúvida a transparência do processo, uma vez que esse será conduzido pelo próprio ente privatizante, como nos EUA.

De acordo com o IBROSS, o objetivo do selo de acreditação é atestar e reconhecer o grau de responsabilidade e transparência das OSS à frente dos serviços públicos de

---

<sup>7</sup> Disponível em <https://www.ibross.org.br/organizacoes-sociais-de-saude-do-pais-terao-selo-de-acreditacao-de-qualidade/>



saúde, como “atestar e reconhecer as instituições que realizam um trabalho sério, com o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelos gestores públicos” (IBROSS, 2018, online<sup>8</sup>).

Indissociável à atuação mercadológica, tanto das OSS quanto do empresariado da saúde nos serviços públicos do Brasil, está a presença desses atores nas arenas de disputa por espaço na formulação das políticas de saúde para o país. A institucionalização de uma agenda própria, pautada nos interesses do setor, pode ser evidenciada na associação desses entes privados por meio da fundação de institutos como o IBROSS e o ICOS (Instituto Coalizão Saúde), que possuem a incumbência de agregar subsetores privados do setor saúde em torno de uma agenda comum.

Uma característica peculiar das OSS é o que denominamos de plasticidade financeira. O surgimento das OSS fomenta a ideia de criar versatilidade na gestão financeira dos serviços públicos de saúde. Ao contrário da aparente rigidez financeira e burocrática dos órgãos públicos, com as OSS o gasto público teria o que podemos chamar de plasticidade financeira e administrativa, já que as Organizações Sociais não estão sujeitas às mesmas leis e regras exigidas à administração pública.

Cabe destacar a diferença entre plasticidade e flexibilidade, ainda que possam ser sinônimos em alguns casos. No exemplo das OSS, não há apenas flexibilidade, já que flexibilidade pressupõe a habilidade de adaptar-se facilmente a uma nova situação<sup>9</sup>. Já o conceito de plasticidade sugere que algo seja transformado numa nova forma, permanecendo nela até que uma nova força altere esse estado. As OSS não se apresentam como empresas privadas dentro dos serviços públicos de saúde, mas sim, como gestores privado da rede pública. O Estado continua com o discurso de que o serviço é integralmente público, mas o operador é privado, ou seja, é um serviço público com um “dono privado”. Logo, trata-se da materialização da plasticidade financeira e administrativa, pois o comportamento das OSS exerce força sobre as funções e atividades públicas, tendo como norte os preceitos do *New Public*

---

<sup>8</sup> Disponível em <https://www.ibross.org.br/organizacoes-sociais-de-saude-do-pais-terao-selo-de-acreditacao-de-qualidade/>

<sup>9</sup> Flexibility: the quality of being easily made into any shape, and of staying in that shape until someone changes it (LONGMAN, 2018).

*Management.* Por outro lado, elas não são totalmente apoiadas pela lógica do direito público, por serem organizações privadas.

As características privatizantes que observamos resultam da política neoliberal, que encontrou sustentação nos princípios do NPM e conduziu mudanças de paradigma na essência da gestão pública. Alterou-se o processo de prestação dos serviços e da relação das estruturas administrativas do Estado com os cidadãos. Diretrizes como descentralização das atividades, redução das responsabilidades financeiras e aumento da eficiência dos serviços públicos abriram caminho para a privatização do Estado (MARTINS, 2012).

O surgimento das OSS como uma nova proposta de gestão, com a incumbência de solucionar os complexos e graves problemas da saúde pública brasileira, não se provou eficiente como pretendido pelo discurso do NPM. Na verdade, a entrada das organizações sociais na saúde colocou os entes públicos num permanente papel de interventores, para evitar o completo colapso dos serviços geridos por essas OSS, indo de encontro à sua real função, que seria desonerar e qualificar a gestão pública.

## **6 UM OLHAR SOBRE A ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Há pouco mais de 30 anos nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), contemplado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB), trazendo em seu arcabouço social e jurídico o direito universal e equânime à saúde para todos os cidadãos brasileiros. A promulgação da CFB garantiu, no seu artigo 196, que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Neste sentido, o SUS foi a realização de parte dos ideais propostos pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A promulgação da Constituição Federal e a criação do SUS marcam lutas que buscaram construir um “Estado de bem-estar social” no Brasil.

O sistema de saúde brasileiro surge como um sistema universal, assim como todos os países que adotaram sistemas universais (Reino Unido, Canadá, Dinamarca, Suécia, Alemanha, França e Cuba). Segundo Marques (2016), essa característica, geralmente, coloca o Estado no papel de executor dos serviços de saúde. Os serviços da rede hospitalar e ambulatorial são executados praticamente em sua totalidade pelo Estado, sendo frequentemente exercidos por profissionais de carreira pública que seguem o modelo Beveridgiano.

Desde a sua fundação, o SUS passou por fortes obstáculos e ameaças (PAIM, 2018) de várias direções e magnitudes, especialmente no financiamento. Mas ao mesmo tempo, essas dificuldades - muitas vezes - foram e são incentivadas pelo Estado. Um desses exemplos é a criação das Organizações Sociais por meio da lei 9.637 de 1998. Essa legislação permitiu o repasse de recursos públicos para entidades privadas sem fins lucrativos, em um movimento de “desresponsabilização do Estado” incentivado pelo próprio Estado (PERIM, 2014). Consubstanciando esse pensamento, Bahia (2017) enxerga o SUS numa “encruzilhada”, que expõe as adaptações para viabilizar os interesses privados no sistema público.

Esse processo de transferência da gestão de serviços públicos de saúde para Organizações Sociais de Saúde (OSS) é uma forma de privatização, como discutiremos adiante neste trabalho, e está na contramão dos princípios e diretrizes postulados na Reforma Sanitária Brasileira.

## 6.1 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A reforma sanitária brasileira foi um movimento social defendido por vários atores e núcleos, pensada por aqueles que visavam à abertura democrática, e, desta forma, pretendida de forma duradoura. Para o Brasil, o SUS representou esta tentativa: a de fazer uma política de saúde, como uma política sobre a vida, de forma universal e igualitária, em que seja garantido o acesso a todas as pessoas em prol da “construção do direito de cidadania” (ESCOREL, 2012, p. 341).

O “Projeto da Reforma Sanitária” foi um processo político e social que envolveu o campo da saúde, a partir dos anos 80, com o objetivo principal de implementar a atenção e o acesso de forma universal e igualitário aos serviços de saúde no Brasil. Segundo Paim e Almeida-Filho (2014, p. 205), enquanto projeto, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi interpretada como uma reforma social de caráter geral, tendo como horizonte a mudança no modo de vida, centrada na “democratização da saúde”, na “democratização do Estado” e na “democratização da sociedade”

Não havia garantias quanto à atenção e ao acesso universal à saúde por parte da população durante os anos 80. Mas sim, um programa que contemplava somente os trabalhadores que possuíam vínculo empregatício, formalizado mediante a carteira de trabalho (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Ou seja, a realidade hegemônica daquele período histórico, no que diz respeito à saúde pública, era de exclusão

A aposta na democratização demandou produção de consensos temporários suficientes para desencadear processos de decisão e opções estratégicas para as mudanças necessárias. A prioridade para a saúde e o apoio ao SUS eram atravessados por coalizões governamentais, entre os governos e dirigentes que priorizavam políticas de saúde focalizadas em outros interesses que não o bem público. Além disso, durante o período de discussão da reforma, existiam enfrentamentos de pensamento mais progressista e de um mais conservador, tanto a respeito da estrutura tradicional do Estado quanto da saúde enquanto direito. E isso se repetiu em alguns embates políticos posteriores; debates estes evocados desde sempre, também presentes nos dias atuais.

Todavia, como afirmam Fleury e Lobato (2009), essa disputa não foi salutar, pois abriu espaço para uma abordagem no sentido contrário ao proposto pela Reforma Sanitária,

ou seja, no sentido da mercantilização da saúde. Vale destacar que essa mercantilização configura a expansão do setor privado tendo o apoio do setor público. Permaneceu, assim, a abertura das políticas públicas de saúde como financiadoras do setor privado, fato que já ocorria desde o início do século XX no Brasil. Esta questão coloca em oposição duas grandes diretrizes: uma de corte liberal, representada pelo estado mínimo, e outra, social-democrata, caracterizada pelo Estado de Bem-Estar Social. Portanto, podemos supor que houve substituição da ideia de “sistema” pela de “prestação de serviços”; do conceito de “universal” pelo de “assistência para pobres, para quem não pode pagar”. Como consequência, há a “amputação” do princípio “saúde e de direitos”.

Ressaltamos, ainda, o caráter anti-hegemônico, pautado pelo movimento sanitário (FLEURY; LOBATO, 2009). Este se relaciona com o contexto histórico identificado por um rearranjo democrático pós-regime militar (1964-1985), apresentando uma estrutura organizacional arcaica e tradicional da gestão na saúde, concomitante à exclusão de parte da população do acesso aos benefícios econômicos, o que gerou lacunas no acesso à saúde. Além disso, no contexto econômico, o Brasil atravessava uma grave crise econômica, que exigiu uma série de reformas por parte dos Estados.

A grave crise financeira colocou o Brasil numa situação de dependência externa junto aos Estados Unidos, fiador da dívida brasileira junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), tornou o país mais endividado, sem poupança interna capaz de financiar o país; moldando a década de 80 como a chamada década “perdida”. Entra em cena uma política reformista, recessiva, patrocinada pelos países centrais, que induziu a privatização do patrimônio público, introduzindo práticas gerenciais oriunda dos negócios privados (SOUZA, 2008, p. 156).

Consequentemente, é verdadeiro que o SUS é resultado de um projeto político e democrático, em um cenário econômico de crise e com viés neoliberalista. Isso, pois, os movimentos de disputa na construção do sistema de saúde brasileiro já inseriam a ideia do colapso da área pública e dificuldade de manter as políticas sociais em curso. Reforçando a ideia do colapso, Borges et al. (2012) destacam que o SUS surge em meio às disputas nada salutares, ou seja:

Como referido anteriormente, a construção do SUS pela Constituição Federal de 1988 ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS (BORGES et al., 2012, p. 58).

Distintos autores como Campos (1997); Coelho (2010); Fleury (2009); Ocké-Reis e Marmor (2010) coadunam com a questão sobre a disputa ideológica, política e econômica frente aos desafios da política pública de saúde, indo além ao delinear parte dos motivos, ou melhor, dos instrumentos privatizantes presentes no Brasil desde os anos 1970. Para caracterizar esse contexto, diversos autores de vários segmentos, imbricados em discutir e problematizar a conjuntura do SUS, declararam ser contra a política de cunho neoliberal a partir das particularidades descritas abaixo:

Instrumentos da política privatizacionista predominantes durante os primeiros 14 anos do SUS foram introduzidos no sistema, como a competição gerenciada na organização dos serviços e a redução do papel de provedor do Estado com a transferência dessa competência a organizações civis lucrativas ou não (BORGES et al., 2012, p. 58).

A permanente discussão dos (des)caminhos conectados ao neoliberalismo é apresentada por Paim (2009) ao pontuar também o clientelismo político, o (des)respeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde, os desvios de recursos da saúde para outras áreas, além da sobreposição da área econômica sobre o SUS na tomada de decisão com foco nos resultados.

O SUS foi um arranjo organizacional do Estado brasileiro para dar suporte à garantia de uma política social de saúde universal no nosso país. Nele contém um conjunto articulado e organizado de serviços e ações de saúde aglutinados nas instituições públicas existentes em âmbito federal, estadual e municipal. Além disso, foi prevista e se apresenta atrelada ao Sistema a existência de serviços privados, de forma complementar, quando contratados ou conveniados ao Estado para tal fim. Ou seja, um sistema público de saúde que prevê uma relação direta, constante e permanente entre o setor público e o setor privado (PAIM, 2018).

Podemos classificar essa relação com base no artigo 199 da CFB como uma exposição da dicotomia público *versus* privado, que aparece na política pública progressista do SUS. Isso porque, diferente do que a RSB preconizou, o artigo abriu legalmente a possibilidade de cessão da saúde para o setor privado. Ele foi considerado uma “concessão ao peso político do capital” (PERIM, 2014, p. 61).

Artigo 199 – A assistência à saúde é livre a iniciativa privada. Parágrafo 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de saúde, segundo diretrizes destes, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Esta articulação histórica evidencia o jogo de forças ainda atuais no âmbito do Estado, que pressupõe uma presença forte de ambos os atores: um Estado articulado ao mercado e um mercado de serviços privados de saúde que são verdadeiramente ativos dentro do jogo político do Estado (PERIM, 2014).

Por um lado, temos um desenho institucional, que definiu sua história construída pelos movimentos sociais que edificaram a reforma sanitária brasileira. Dessa história resultou a única política social, cujo texto constitucional foi inteiramente redigido por estes mesmos movimentos sociais, amparado pelo direito à participação social no Brasil, ainda recente àquela época. Por outro, nenhum passo, nesta política social, foi dado sem que fosse consultado o setor privado, que congrega a produção do mercado da saúde e seus serviços vendidos como mercadoria (FLEURY, 2009).

Essa coexistência, de forma concorrencial, deixa-nos como legado uma política social pensada a partir dos pilares de uma grande mudança social – o direito à saúde garantido de forma universal – e suas negociações permanentes, previstas em lei, com o mercado dos serviços e equipamentos da saúde que deveriam “complementar” as ações do sistema, e não ao contrário. Fato vivenciado no cotidiano do sistema de saúde brasileiro (FLEURY, 2009).

## 6.2 FINANCIAMENTO DO SUS: DA ESCASSEZ DE RECURSOS À PRIVATIZAÇÃO

Um dos pontos vulneráveis do sistema público de saúde brasileiro foi justamente o financiamento. As decisões estratégicas que afetaram a sustentabilidade financeira do sistema ao longo das décadas serviram para facilitar a institucionalização da atuação do privado junto ao público. Atualmente, assistimos à adoção de políticas austeras por parte do Estado, com diminuição dos direitos sociais, presentes no contexto dos países capitalistas centrais e no Brasil, especialmente na área da saúde, intensificando mecanismos de privatização no seu interior (MENDES, 2017).

Mendes e Marques (2009) expõem essa ofensiva em relação às políticas universais, como o SUS, decorrente do processo de financeirização, como elemento característico e central do capitalismo contemporâneo. Importante enfatizar que essa peculiaridade é marcada pela reconfiguração do papel do Estado, garantido pelo crescimento do capital em sua forma fictícia. Caracterizar a financeirização implica considerar um novo regime de acumulação, que revela uma ampliação do escopo de

atuação do capital financeiro (FINE, 2009), cuja influência se estendem para além do mercado, penetrando em várias dimensões da política social (SESTELO et al., 2017; SESTELO, 2018).

As práticas e as decisões governamentais no campo da macroeconomia restritiva atingiram, e continuam atingindo, de maneira direta o SUS, particularmente no quesito (sub)financiamento, deflagrado pela ação do sucateamento dos serviços públicos de saúde. Essa prática considerada “austera”, amplia os grandes desequilíbrios de acesso à saúde do povo brasileiro. Neste ponto, fica evidente a oposição da “saúde como direito” e “saúde como mercadoria” (FLEURY, 2018; OCKÉ-REIS, 2012; PAIM, 2018). Politicamente, o projeto “mercantilista” assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos (BORGES et al., 2012, p. 59-60). O percurso do financiamento do SUS data desde a Constituição de 1988, ao definir que o financiamento seria feito por recursos do Orçamento da Seguridade Social da União e dos entes subnacionais. Contudo, como alerta Ocké-Reis (2012), não houve definição de fonte específica para o setor saúde “e muito menos foram estabelecidos percentuais de vinculação no momento da arrecadação” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 38). Ou seja, não ficaram definidas fontes financeiras específicas para o SUS, que, desde então, ficou na dependência da aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de cada ano.

Nos anos 1990 houve um estrangulamento do financiamento do setor de saúde pública no Brasil. Isso foi resultado de vários fatores: crise econômica internacional; ampliação da demanda de bens de saúde pública; os problemas financeiros com a Seguridade Social; uso do recurso para amortização de dívidas do Ministério da Saúde, entre outros (OCKÉ-REIS, 2012). Isso levou o governo, em 1994, colocar em vigor a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que subtraiu 20% dos recursos da Seguridade Social do então Fundo Social de Emergência (FSE). Diante dessa medida, Gadelha (2011, p. 60) explicita:

Até aquele momento, a participação da saúde nos recursos da seguridade social era de 30%, ou seja, se a participação da saúde no orçamento da seguridade tivesse sido mantida em 30%, o orçamento da saúde teria passado de R\$ 54 bilhões para R\$ 110,10 bilhões em 2008. Essa desvinculação serviu para manutenção do superávit



primário, assegurando o pagamento da dívida pública, num movimento de “apropriação da receita pública” pelo mercado, utilizando o fundo público (MENDES, 2012, p. 97).

Esse processo de subfinanciamento do SUS levou o Governo Federal a criar a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) em 1997, que tinha o objetivo de ser a principal fonte de financiamento para a Saúde. Por meio desse tributo, havia uma alíquota de 0,38% sobre transações financeiras. O imposto foi responsável pelo financiamento de quase 28% dos recursos para a saúde em 1997 e 37% em 1998 (OCKÉ-REIS, 2012, p. 43). Apesar disso, a CPMF não resultou em aumento de recursos para a saúde, pois outras fontes de financiamento foram reduzidas. Em 2007 a contribuição financeira foi derrubada pelo Congresso e, como compensação, os parlamentares se comprometeram em regulamentar a Emenda Constitucional (EC) 29/2000. Ela especificava os gastos em saúde e determinava os percentuais mínimos de investimento por cada ente. A lei que regulamentava a Emenda Constitucional 29 foi aprovada no Congresso em 2011 e sancionada em 2012 pela Presidenta Dilma Rousseff (BORGES et al., 2012).

Cabe destacar que a EC 29 demorou quase oito anos para ser regulamentada pelo Congresso, o que ocasionou perdas de recursos para o SUS, além do enfraquecimento em torno dos debates sobre o financiamento da saúde. Ressalta-se que, mesmo depois da aprovação da regulamentação pela Lei Complementar nº 141 de 2012, as incertezas permanecem no financiamento da saúde universal, isto é, não se conseguiu resolver a falta de recursos (MENDES, 2012). Na verdade, “essa regulamentação constituiu grande derrota para o financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhum novo recurso foi de fato destinado para garantir a universalidade da saúde” (MENDES, 2012, p. 140).

A complexidade dos mecanismos políticos e de gestão para o financiamento da saúde brasileira contribui para a dificuldade de garantir os recursos suficientes para o setor. A Emenda Constitucional 29 se baseia no montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB, e a Lei 141/2012 não modificou essa frágil base de cálculo. Entre 1995 e 2014 o Ministério da Saúde manteve seus gastos em aproximadamente 1,7% do PIB, enquanto que o gasto com juros da dívida representou, em média, 7,1% (MENDES; FUNCIA, 2016; MENDES, 2017). O

subfinanciamento do SUS foi intensificado com a aprovação da Emenda Constitucional 86/2015. Foi alterada a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016, elevando-se de forma escalonada até alcançar 15% em 2020 (MENDES; FUNCIA, 2016; MENDES, 2017). O já trágico cenário que estava forjado até então, com visível falta de prioridade da saúde nos orçamentos e no processo de execução orçamentária do Governo Federal, teve piora com o Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016), promulgada no Congresso Nacional em 15 de dezembro de 2016.

A emenda determinou o congelamento da aplicação mínima federal por 20 anos (2018-2036), com profundos impactos no financiamento da saúde e de outras áreas sociais. Um dos principais problemas da EC 95, também conhecida como “PEC do Teto”, é que ela parte do pressuposto de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados. Porém, conforme a trajetória descrita anteriormente, o subfinanciamento da saúde ficou mais acentuado com o passar dos anos, o que culminou no processo conhecido como subfinanciamento estrutural e de caráter crônico (MARQUES, 2017; FUNCIA, 2019), visto como a desconstrução do pacto social da Constituição Federal Brasileira de 1988. Essa medida reducionista foi considerada por muitos pesquisadores da área da Economia da Saúde como uma política de austeridade crônica e radical.

Bem recentemente, nos deparamos com uma das maiores medidas de austeridade defendida pelos arautos do capital financeiro, correspondendo ao tacão de ferro no histórico subfinanciamento do SUS: a EC 95/2016. Esta impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. Essa EC 95 revogou o escalonamento previsto na EC 86, passando a incidir o teto para a saúde, em 2017, 15% da RCL. Mesmo assim, os prejuízos acumulados para os próximos 20 anos para o SUS seriam de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%. Num cenário retrospectivo, entre 2003 a 2015, essa perda seria R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1%, de acordo com dados do Grupo Técnico Institucional de Discussão do Financiamento do SUS (MENDES, 2017, p. 5).

Essa política de austeridade sempre se apresenta associada aos cortes nos direitos sociais conquistados historicamente. Todavia, o governo justifica que tais medidas são necessárias para combater as crises econômica, política e fiscal. Notavelmente, esse discurso não é novo, estando presente desde pelo menos os anos 1980, ficando mais

acirrado com o passar do tempo. A narrativa do governo é sempre a mesma: é preciso diminuir as contas públicas para combater a crise generalizada (VIEIRA et al., 2018).

Simultaneamente, em 2015 o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.097, que altera parte do texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) para permitir a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência. Desse modo, fica claro a supremacia do privado com a chancela da abertura do setor saúde à entrada de capital estrangeiro, possibilitando, além da participação, o controle de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde de forma indiscriminada (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019). Bahia (2015) vai além, afirmando que a entrada do capital estrangeiro no setor assistencial da saúde antecede em muito a legislação: “Um dado de 2011 demonstra claramente que a rede de laboratórios Dasa tem entrada do capital estrangeiro pelo menos desde 2008; o Pátria é um grande fundo de investimento internacional e está investindo no Dasa desde os anos 1990” (BAHIA, 2015, p. 64-65).

A entrada do capital estrangeiro, somada ao elevado gasto tributário, veio a agravar as desigualdades financeiras e no acesso aos serviços de saúde pela população. Isso leva a classe média baixa a optar por planos de saúde de baixo custo, enfraquecendo o SUS e ampliando os custos para um segmento social já fragilizado (BAHIA, 2019). Por outro lado, aumenta a alocação de recursos públicos para subsidiar o setor privado de saúde (SÁ et al., 2015; OCKÉ-REIS; FERNANDES, 2018). Bahia (2019, p. 1) detalha algumas informações e afirma que em 2018 as empresas de planos de saúde “foram responsáveis por um volume de recursos quase duas vezes superior ao do Ministério da Saúde”. Esse tipo de política é justificada pelos gestores públicos como forma de reduzir a demanda sobre o SUS, mas parece que o verdadeiro objetivo é garantir a sustentabilidade do setor de saúde suplementar (SÁ, 2018).

Paralelamente, associado aos embates políticos e econômicos, além de acirrar ainda mais o problema do subfinanciamento estrutural do SUS, o governo nas três esferas da administração passou a transferir recursos para o mercado privado de saúde por meio de vários movimentos de renúncia fiscal. Demonstrando em mais uma medida sua preocupação com a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

Entre 2003 e 2013, a preços médios de 2013, o governo subsidiou o setor privado de saúde, por meio da renúncia de arrecadação de tributos, em

aproximadamente R\$ 230 bilhões, sendo que, no último ano, os subsídios foram de R\$ 25,4 bilhões. Esse valor é equivalente a 30,6% do orçamento do Ministério da Saúde daquele exercício financeiro (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 9).

Essa ação caracterizada como prejuízo é manifestada por Ocké-Reis (2018) e Noronha et al. (2018), ao apontarem os (des)caminhos que recrudescem o subfinanciamento estrutural do SUS, ao passo que os governos fomentam a atuação expressiva do capital, tanto no mercado de planos de saúde quanto no provimento dos serviços privados de saúde, em destaque as OSS. Sendo assim, permanece a lógica descrita anteriormente e, caracterizada empiricamente por diversos pesquisadores da economia da saúde: a inversão dos papéis, em que o privado se torna cada vez mais fortalecido, fato que pode ser observado no gasto total com a saúde em 2018 que foi de 9,2% do PIB. Contudo, desse montante, 4% foi destinado aos gastos públicos e mais da metade, 5,2% com o setor privado. Estudos da OCDE<sup>10</sup> apontam que dos 44 países participantes, o Brasil ocupa o 14º lugar em relação ao PIB ao lado de grandes economias como Austrália, Itália, Espanha, Coreia do Sul e Finlândia. Mas diferentemente desses países, o Brasil gasta, ou melhor, investe mais no setor privado em detrimento do público.

Nestes tempos de supremacia do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo ao setor privado, impondo riscos à saúde universal. Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando, por exemplo, o financiamento do SUS (MENDES, 2016).

Este cenário deixa claro as dificuldades e os desafios impostos à saúde pública brasileira, especialmente no que se refere ao financiamento. Pode-se perceber que, independentemente do viés partidário dos governos, há um alinhamento com as diretrizes da política macroeconômica (estabilização monetária, superávit primário e pagamento de juros da dívida) que favorecem mecanismos privatizantes (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; CARDOSO; ANDRIETTA, 2018). O subfinanciamento, que já era realidade no SUS desde a sua criação, agravou-se ainda mais, colocando em colapso todo o modelo de saúde pública conhecido até então.

---

<sup>10</sup> Para maiores informações consultar a matéria da *BBC* em <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-50329522>>. Acesso em 24/09/2020.

Borges et al. (2012, p. 97) afirmam que há o processo de colonização do “subsistema público” pelo “subsistema privado” no SUS. É neste contexto que destacamos as crescentes transferências dos recursos públicos às OSS, que são organizações não-estatais, criadas pelo poder público para administrarem serviços de saúde. Essas instituições sem fins lucrativos, porém privadas, recebem a classificação de agentes sociais privilegiados para celebrarem parcerias com o ente público (CARNEIRO JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011). No delineamento do mix público-privado, o Estado desempenha o papel de normatizar, subsidiar com políticas e recursos financeiros e estimular o crescimento e expansão das OSS.

O movimento de ampliação da participação das OSS como via complementar ao SUS já pode ser considerada uma nova configuração do financiamento da saúde pública brasileira. Mendes (2017) destaca que o gasto público total com saúde nas três esferas de administração no Brasil já é inferior ao gasto privado. Assim, há uma inversão de lógica de investimento em saúde no país: o setor privado, pela Constituição Federal, deveria atuar de maneira complementar, porém, passa a ser protagonista na política pública da saúde brasileira.

(...) em 1993 o gasto público foi de 2,8% do PIB e o privado, de 1,4% do PIB; em 2002, ambos cresceram, sendo 3,2% e 3,9%, respectivamente. Observa-se que o gasto privado ultrapassa o público em relação ao PIB, especialmente nos governos do FHC. Em 2014, o gasto público correspondeu a 3,9% do PIB e o gasto privado a 4,2% do PIB. Fica evidente o aumento mais significativo do gasto privado no decorrer dos anos de existência do SUS (MENDES, 2017, p. 4).

Analisando esse aumento do gasto público e do privado em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), podemos observar que essa política ofensiva sempre esteve à mercê do setor privado e pautada pelos governos considerados progressistas – PSDB com Fernando Henrique Cardoso (FHC) e PT com Lula e Dilma. Mediante aos fatos, faz-se necessário lançar luz sobre as políticas reducionistas e restritivas de financiamento, pois as mesmas, de acordo com os autores citados neste estudo, estão servindo de justificativa para a privatização do SUS no Brasil. Isso pode ser observado na transferência dos recursos financeiros para Organizações Sociais de Saúde administrarem serviços públicos de saúde. Essa privatização também pode ser agravada, ou aumentada, por meio de renúncias fiscais, nas quais atores filantrópicos - denominados perante a lei de sem fins lucrativos - se beneficiem.

Na configuração recente do SUS, o financiamento é tripartite, contudo, o maior desafio está na sua estabilidade, visto que o gasto privado já supera o gasto público, havendo perspectivas de que o orçamento federal da saúde seja reduzido nos próximos anos, haja vista as várias medidas austeras, especialmente a EC 95. Essa lei pode levar a movimentos de privatização, que se expressam de variadas formas, como terceirizações, concessões e contratos com organizações sociais (PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018). Importante destacar que os efeitos negativos promovidos pela EC 95 nos anos de 2018 e 2019 impactaram drasticamente no planejamento e na execução das políticas públicas, em especial na atenção primária ou básica, responsável por coordenar a rede de assistência à saúde da população (SANTOS NETO et al., 2017).

Desde que a Emenda Constitucional foi aprovada, em dezembro de 2016, o orçamento para a área da saúde foi reduzido de forma considerável, no que diz respeito ao investimento no setor público. Somente em 2019, a perda de investimentos na área representou um total R\$ 20 bilhões<sup>11</sup>, o que significa, na prática que, com a piora do quadro de ajuste fiscal, o que era até então designado como subfinanciamento passa a ser reconhecido como um desfinanciamento, com proporções gravíssimas para a vida e a saúde da população brasileira. Esse panorama foi ainda mais agravado em função da pandemia de covid-19 em 2020. Além disso, é necessário considerar que mesmo que o recurso fosse ampliado, ele não seria necessariamente destinado ao setor público. Isto, pois, mais da metade (5,2% do PIB) dos gastos com Saúde do Brasil em 2018 foram investidos no setor privado – contra 4% do PIB destinados ao setor público (OECD, 2019). É preciso considerar que as Organizações Sociais de Saúde fazem parte deste setor privado, que já recebe a maior parte dos recursos da saúde no Brasil.

Sob o pretexto de suprir a ineficiência do setor público em algumas áreas, o poder público facilitou a normatização da legislação, que culminou com a entrada das OSS no SUS. Um exemplo disso foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que levou entes públicos a legislar em favor das OSS, uma vez que essas organizações podem contratar recursos humanos sem o mesmo rigor exigido para o setor público. A criação

---

<sup>11</sup> Para maiores informações consultar <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>>. Acesso em 24/09/2020.

da LRF, regulamentada pela Lei Complementar 101/2000, tornou ainda mais rigorosa a fiscalização e a punição de cada ente federativo (estados e municípios) em caso de gastos públicos acima dos previstos pela legislação, em especial, com os recursos humanos. Assim, estados e municípios foram obrigados a encontrar alternativas para manter os serviços públicos em funcionamento. Esse cenário de dificuldade pode ser constatado pelos autores Lima (2006; 2009); Mendes (2012; 2017); e Ocké-Reis (2012).

Observamos isso na contratação de OSS para gerenciar hospitais de campanha durante a pandemia do coronavírus (SODRÉ, 2020). Essa alternativa foi utilizada sob o pretexto de dar mais celeridade na resposta do ente público em uma situação de emergência global. Contudo, resultou em investimentos consideráveis aportados, mais uma vez, no setor privado.

Há, portanto, dois problemas que se conectam: o montante de recursos financeiros destinado para a saúde é insuficiente para atender a todos os entes da federação. Isso pode ser constatado por todo debate acerca do financiamento da saúde pública brasileira: Emenda Constitucional 29 (OCKÉ-REIS, 2012; MENDES, 2017), a Lei regulamentar 141/2012 e as Emendas Constitucionais 86 e 95. Além disso, como vimos anteriormente, esses valores são, em sua maioria, destinados ao setor privado.

### 6.3 O MOVIMENTO DE CRIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO SUS

Em 1995, o então presidente Fernando Henrique Cardoso, em meio ao fenômeno mundial de crise (econômica, fiscal e política), forjou o Ministério do Aparelho da Reforma do Estado (MARE); tendo como ministro o economista Luiz Carlos Bresser Pereira, traz a proposta da flexibilização “mediante o neologismo *publicização*” (SIQUEIRA; BORGES, 2018, p. 34). Estava posto o ideário da reforma do Estado brasileiro e da modernização da gestão, especialmente no quesito das políticas sociais.

Neste sentido, o Mare propôs a vertente da flexibilização da gestão como a saída para a crise geral vivenciada pelo Brasil, e que também atingia outros países nos anos 1990. Em cumprimento a essa vertente, Bresser-Pereira, um dos principais ideólogos dessa reforma, criou o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Este tinha como finalidade a desregulamentação da administração, com foco nos

contratos de recursos humanos, a redução do controle sobre processos administrativos e o estabelecimento dos contratos de gestão entre governos e setores privados para a produção de serviços nas áreas sociais (CARNEIRO JUNIOR, 2002).

O PDRAE é o documento basilar dessa reforma, que adota o modelo gerencial na administração pública, que definiu as instituições e constituiu as diretrizes para a implantação da administração gerencial. A reforma reforçou o conceito do Estado mínimo, excluindo as atividades meio que não eram diretamente lucrativas, tendo como principal preocupação o resultado (BRESSER-PEREIRA, 2010).

O Plano de Reforma do Estado sempre foi visto como a modernização da máquina administrativa, o instrumento que iria transformar a administração pública, deixando-a mais leve e flexível. Essa flexibilização, porém, subsidiou a transferência dos serviços públicos de saúde para as OSS, que foram criadas no curso das medidas reformistas (BRASIL, 1998). Para Bresser-Pereira (2008), a reforma foi uma resposta ao processo de globalização, partindo da premissa de que a globalização representa uma ameaça para os Estados fracos, ao mesmo tempo em que foi uma oportunidade para os Estados eficientes. Por outro lado, Oliveira (2012) afirma que as reformas desconsideraram o determinismo tecnológico imposto pelo capitalismo contemporâneo em aplicar a gerência flexível. Também ignoraram que a reforma seria uma imposição da globalização por meio de medidas políticas – e não uma filosofia administrativa – inclusive, visando enfraquecer severamente o modelo de Estado Nação.

Assim, em resposta a concessão de autonomia e flexibilidade estatal, o modelo gerencial busca a produtividade e qualidade total, com o objetivo de adotar o administrador público da discricionariedade para escolher o meio e as ferramentas mais adequadas para alcançar o melhor resultado. Já na busca pela qualidade total, surge a tentativa de obter bens e produtos pelo menor custo e qualidade, objetivando a satisfação do cliente. Cria-se, então, a noção de cidadão-cliente que ganha o poder de exigir uma melhor administração. Em contrapartida, os cidadãos e usuários dos serviços públicos passaram a ser tratados como clientes, consumidores, sugerindo ser privilégio aquilo que de fato era direito previsto na Carta Magna (OLIVEIRA, 2012).



Nesta perspectiva, o que seus idealizadores chamaram de reforma do Estado, os críticos consideraram uma contrarreforma (BEHRING, 2003, 2008), já que se tratou de um processo destrutivo e regressivo, que interrompeu e reverteu os avanços democráticos conquistados pela sociedade brasileira nas décadas de 1970 e 1980. A contrarreforma “refuncionalizou” o papel do Estado, resultando em um retrocesso social em benefício de poucas pessoas, destrutivo e sem os compromissos sociais da igualdade e de democracia (BEHRING, 2008, p. 32).

No contexto de mudança institucional e de gestão, foram criadas as Organizações Sociais (OS), juntamente com as agências reguladoras e executivas como veículos estratégicos para implementar a reforma. Com foco nas políticas sociais, as medidas reformistas forjaram a Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, que criou, de fato, as Organizações Sociais. Essas organizações nascem como entidades privadas, sem fins lucrativos, com a finalidade de atuar de modo complementar ao SUS, com o dever de modernizar, agilizar e flexibilizar a gestão pública, entendida em documentos oficiais do próprio governo como “engessada” e “burocrática”, ou seja, ultrapassada (BRASIL, 1995). A criação das OS reforça o conteúdo do artigo 199 da CFB, garantindo ao ente privado de atuar no SUS de forma complementar.

Diante deste cenário, para atuarem na área da saúde pública, as OS devem ser certificadas pelo poder público através do processo de publicização, sendo reconhecida como Organização Social de Saúde (OSS). Essas entidades qualificadas para gerenciar os serviços públicos de saúde surgem como um tipo de “solução perfeita”, como alternativa que equaciona muitos dos problemas forjados pelo histórico do subfinanciamento, pautado pela descentralização fiscal, política e organizacional. São consideradas órgãos apropriados para exercer as novas funções pautadas pela reforma.

Segundo Carneiro Junior (2002), as organizações foram forjadas para atender a incorporação de lógicas e mecanismo de trabalho do mercado, permitindo, assim, mais autonomia; especialização de funções, além da administração de recursos humanos em obediência à lógica de empresas privadas e, por último e não menos importante, o gerenciamento de resultados. Essas instituições atendem, portanto, as orientações do novo papel do Estado e de sua relação com a sociedade civil, regulada pelas diretrizes da descentralização focalizada e privatizante.

Em consonância com as funções descritas acima, Barbosa e Elias (2011) apresentam outras possíveis “vantagens” concedidas às OSS ao administrarem serviços públicos de saúde como: flexibilização na obediência à Lei de licitação 8.666/93; flexibilização na seleção, demissão e negociação dos salários e benefícios; não obediência à Lei de Responsabilidade Fiscal (concedendo maior liberdade para o estabelecimento do teto do gasto com recursos humanos); subordinação à CLT; diminuição da relação funcionário-leito; estabelecimento de contrato de gestão com o poder público; sistema baseado em metas para avaliar o desempenho. Outra benesse para a OSS, porém, desastrosa para os cofres público, foi observada por Turino, Sodré e Bahia (2018), quando investigaram o acúmulo de dupla certificação pelas entidades civis (certificado de qualificação de Organização Social de Saúde e título de filantropia) para obter mais benefícios tributários. Ficou demonstrado que possuir uma certificação de entidade filantrópica – seja por meio do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS), seja pela qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)<sup>12</sup> – significa, imediatamente, estar imune a quase todos os tributos. Além disso, existem outras isenções tributárias que significam grande renúncia fiscal por parte do poder público. Ou seja, o Estado abre mão de arrecadação quando passa a firmar contratos com entidades privadas sem fins lucrativos<sup>13</sup>.

Um mecanismo considerado vantajoso para a OSS diz respeito às condições para a prestação do serviço junto ao Estado. A lei estabelece que, uma vez qualificada como OSS, elas estão aptas a receberem recursos financeiros sobre metas e resultados, além de administrar estabelecimentos públicos de saúde já totalmente prontos e devidamente equipados. Dessa forma, cabe às OSS apenas a sua gestão. Ou seja, as entidades não correm risco financeiro e nem possuem obrigação de equipar ou construir instalações de saúde.

Exemplo disso pode ser observado em situações quando a OSS que administra um hospital público, por exemplo, contrata uma cooperativa de médicos especializados. Caso os profissionais tenham qualquer litígio, aconteça uma greve e a população fique

---

<sup>12</sup> Organização da Sociedade Civil de Interesse público, ou apenas OSCIP, é um título fornecido pelo Ministério da Justiça a entidades privadas sem fins lucrativos para prestar serviços previstos na lei (ver FRANÇA et al., 2015; SILVA, 2004).

<sup>13</sup> Ver mais detalhes no capítulo 2.

desassistida, resta a dúvida: de quem será a responsabilidade<sup>14</sup>? De quem será a responsabilidade caso uma greve dos médicos contratados por uma OSS prejudique o atendimento de urgência e emergência? Será responsabilidade do Estado, que transferiu a gestão para a OSS ou da OSS que transferiu o atendimento para uma cooperativa de médicos? Essas questões ainda permanecem sem respostas.

Além disso, há outro componente: a falta de regulação apropriada cria facilidade para desvios de recursos públicos, assim como o descumprimento de metas e outras falhas. Este cenário pode ser observado a partir da quantidade de denúncias de corrupção envolvendo OSS nos últimos anos, exprimindo que o modelo de gestão utilizado pelas OSS não garante confiabilidade (VIEIRA, 2016).

Também foi possível observar na imprensa<sup>15</sup> denúncias envolvendo as OSS periodicamente, tais como: improbidade administrativa; nepotismo; desvio de verba pública; não cumprimento do princípio da impessoalidade; uso de imóveis públicos para fins privados; quarteirização indevida dos serviços; falta de transparência.

Em estudos anteriores ao Decreto Federal nº 9.190/2017, que regulamentou a Lei das OS - depois de 17 anos de tramitação na Justiça -, foram observadas renovações de contratos de gestão sem chamamento público por via de termos aditivos, extrapolando o valor inicial do contrato em mais de 10 vezes (TURINO; SODRÉ; BAHIA, 2018).

Não há garantias legais de que a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para OSS respeitará os limites orçamentários estipulados no início dos contratos de gestão. Ou seja, há brecha para usar as OSS como forma de burlar os limites impostos pela EC 95, confirmando mais uma vez as OSS como uma suposta “solução”, especialmente para os estados e municípios.

Exemplo da força dessa solução nos entes subnacionais é a transferência da rede de atenção básica para as OSS. Isso por que, segundo Lenir Santos (2011), a hierarquização do SUS compreende a atenção primária ou básica; a atenção secundária; e a terciária ou de média e alta complexidade. Nessa pirâmide

---

<sup>14</sup> Casos como esse podem ser observados nos hospitais administrados por OSS. Ver um exemplo em: <<https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2018/08/02/falta-de-atendimento-medico-no-himaba-leva-a-denuncia-ao-ministerio-publico-do-es.ghtml>>.

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/01/empresario-tentou-vender-os-por-r-100-milhoes-segundo-mp-do-rj.html>>.

hierárquica, a atenção básica é o filtro inicial, pois abarca as principais demandas de saúde e organiza o fluxo para os serviços de maior complexidade.

Deste modo, Santos (2011) entende que o papel da atenção primária é mais do que apenas atendimento à saúde (atividade não-privativa), mas sim, um setor estatal com funções estruturantes para o SUS, sendo resolutiva e ordenadora de um itinerário terapêutico para os demais serviços de maior complexidade da rede (SANTOS, 2011). “Essa atividade ordenadora é própria e exclusiva de estado, não podendo ser delegada a atores privados e, portanto, não transferíveis a organizações sociais” (SALGADO, 2016, p. 64). Apesar da preocupação expressa em trabalhos desses e de outros autores, praticamente todos os serviços de saúde da atenção básica da cidade de São Paulo<sup>16</sup> e Rio de Janeiro<sup>17</sup> estão entregues à gestão das Organizações Sociais de Saúde.

Vale a pena explicar alguns eventos que antecederam a criação e expansão das OSS. No âmbito federal brasileiro, em 1991, a Lei nº 8.246 (BRASIL, 1991) extinguiu a Fundação das Pioneiras Sociais e instituiu, para a mesma finalidade, o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, que nasce como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, mantenedora da rede de hospitais Sarah Kubitschek. O mesmo foi observado com Laboratório Nacional de Luz Sincrotron que, em 1996, foi qualificado como OS sendo denominado Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Sincrotron. De modo semelhante, a Fundação Roquete Pinto passou a se constituir como associação privada, sem fins econômicos, a partir da lei federal de 1998 (ANDRÉ, 1999; SALGADO, 2016).

No âmbito estadual, São Paulo foi o estado que primeiro adotou o modelo de OS, também em 1998, seguido da cidade de São Paulo e do município do Rio de Janeiro. Nos anos 2000 a alternativa gerencialista alcançou outros estados, tais como Espírito Santo, Goiás, Santa Catarina, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Mato Grosso. Hoje podemos afirmar que as Organizações Sociais de Saúde estão presentes em praticamente todas as unidades da federação. De acordo com informações do Instituto

---

<sup>16</sup> Ver Portal de Transparência da Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <<http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/administracao/Paginas/OrganizacoesSociaisdaSaude.aspx>>

<sup>17</sup> Ver sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.prefeitura.rio/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>>.

Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde, as 21 OSS associadas estão presentes em nove unidades da federação, gerenciando mais de 800 unidades de saúde (IBROSS, 2020).

Pahim (2009), em estudo sobre a implantação de OSS na área de saúde São Paulo, relata que a expansão aconteceu em fases distintas, de modo que em 1998 havia apenas nove serviços públicos de saúde sob gestão dessas organizações privadas e ao final de 2008 esse número subiu para 46.

Já Teixeira (2010) resgata a origem histórica de vários dispositivos legais que permitiram a transferência de serviços públicos de saúde para organizações privadas sem fins lucrativos. Esse processo remonta ao período da ditadura militar, passando pela redemocratização, e pelos governos de Fernando Collor, Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva.

Turino (2016), por sua vez, destaca que no estado do Espírito Santo, no ano de 2014, quase 12% do total dos recursos da saúde foram direcionados para apenas três hospitais públicos sob gestão de OSS. A autora, que analisou a transferência da administração de hospitais públicos estaduais para as OSS, verificou ainda que houve emprego de recursos financeiros duas vezes maior para as organizações privadas sem fins lucrativos em comparação aos hospitais administrados diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde no Espírito Santo.

Ao analisar esse contexto no âmbito do estado do Espírito Santo que conseguimos pontuar que a estratégia de empregar as OSS na gestão de serviços públicos de saúde estaduais foi, sim, um processo de privatização. Essa dinâmica também se direcionou para a organização e a gestão da área da saúde pública dos municípios capixabas na condução da atenção básica (PERIM, 2014).

Se por um lado as Organizações Sociais de Saúde solucionam alguns problemas na gestão, por outro podem criar outras complicações. De acordo com estudos de alguns autores como Cohn e Elias (2002), Paula (2005), Carneiro Junior (2006) e Paim e Almeida-Filho (2014), as garantias de uma efetiva melhora no método de gerenciamento da coisa pública inexistem na maioria das publicações que abordam o tema das OSS. As tendências privatizantes não necessariamente levam à melhoria do serviço prestado à população.

#### 6.4 A BATALHA JURÍDICA PARA LEGALIZAR AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL: DE 1998 A 2015

Durante 17 anos a Lei Federal 9.637/1998, conhecida como Lei das Organizações Sociais (OS), ficou *sub judice* por conta da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1.923. Até que em de abril de 2015 o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou e conferiu a legalidade da Lei das OS, ou seja, ficou definido o marco legal que permitiu a desobrigação do Estado frente às políticas públicas sociais, em especial à saúde.

Desde a sua criação, a Lei das OS foi muito criticada por juristas e por políticos que faziam oposição ao então governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Os partidos de oposição à época, como o Partido dos Trabalhadores (PT) e Partido Democrático Trabalhista (PDT), entraram com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN). A ADIN nº 1.923 tinha como pedidos principais: a declaração de inconstitucionalidade da Lei nº 9.637/98, assim como o inciso XXIV do art. 24 da Lei de licitações (Lei nº 8.666/93), que foi incluído pela Lei nº 9.648/98, prevendo a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão (LIMA, 2016).

Para analisar a decisão do STF na ADIN nº 1.923, é importante saber que em agosto de 2007 o Supremo indeferiu a medida cautelar pleiteada pela ADIN, quando o Ministro relator, sob o argumento de que, à primeira vista, afirmou não existir incompatibilidade das normas impugnadas na Lei das OS com a Constituição. Ou seja, o texto constitucional brasileiro não apresentava nenhum empecilho quanto às atividades pautadas na Lei nº 9.637/98.

De acordo com Lima (2016), os argumentos apresentados no indeferimento demonstraram a postura adotada pelo Supremo na tentativa de aprovar a lei. O processo continuou de maneira muito lenta, até que em maio de 2011 o Ministro Luiz Fux emitiu um alerta sobre o fato de que delegar os serviços públicos a particulares é uma situação juridicamente aberrante, uma vez que são funções típicas do Estado.

Mesmo impetrado desse sentimento, em abril de 2015 o Ministro Luiz Fux declarou o seu voto a favor da constitucionalidade da Lei das OS, apontando a controvérsia

adotada pelo ministro. Vale destacar que os Ministros Marco Aurélio e Rosa Weber se posicionaram contrários à constitucionalidade da ação, porém, seus votos foram vencidos. Essa situação deixa claro que nem mesmo o STF - órgão representativo da máxima instância do judiciário brasileiro - está seguro de seus argumentos a favor da atuação segura das OSS no gerenciamento dos serviços públicos de saúde. O fato é que:

(...) Plano Nacional de Publicização configura privatização que ultrapassa as fronteiras permitidas pela Constituição e que os serviços elencados pela Lei nº 9.637 como passíveis de serem delegados por meio de Contrato de Gestão são insuscetíveis de serem dados em concessão e devem ser prestados diretamente pelo Estado, devendo as Organizações Sociais ter apenas caráter complementar, e não se tornarem regra, como há a tendência atual, por configurarem uma verdadeira privatização dos serviços públicos essenciais. O Ministro ainda afirmou que na República brasileira, a coisa pública é inapropriável por particulares e qualquer permissão para que não sejam realizadas licitações é inaceitável (LIMA, 2016, p. 98).

Ao conferir sua atuação constitucional, o STF também considerou legal a alteração realizada pela lei das OS no art. 24 da Lei nº 8.666, de 1993 – conhecida como Lei da Licitação. Esse ato confere ao poder público a não obrigatoriedade de licitar ao celebrar contratos de gestão com as OS, afirmando que os atos de qualificação e de celebração do contrato de gestão estão sujeitos à discricionariedade da administração pública, de acordo com o texto da ADIN.

O procedimento de qualificação de entidades, na sistemática da Lei, consiste em etapa inicial e embrionária, pelo deferimento do título jurídico de “organização social”, para que Poder Público e particular colaborem na realização de um interesse comum, não se fazendo presente a contraposição de interesses, com feição comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, o que torna inaplicável o dever constitucional de licitar (BRASIL, 1988, art. 37, XXI).

Essa vantagem nos leva a questionar, à luz das diretrizes da administração pública, as formas de contratação com terceiros. Isso parece enfraquecer os preceitos constitucionais da impessoalidade, da publicidade e da eficiência na administração pública. E mais, ao prevalecer que o procedimento de qualificação configura hipótese de credenciamento e de competência discricionária da administração pública conforme o texto apresentado pela ADIN Nº 1.923-5, em 2015:

A atribuição de título jurídico de legitimação da entidade através da qualificação configura hipótese de credenciamento, no qual não incide a licitação pela própria natureza jurídica do ato, que não é contrato, e pela inexistência de qualquer competição, já que todos os interessados podem alcançar o mesmo objetivo, de modo incluyente, e não excluyente (STF - Inteiro Teor do Acórdão da ADI [sic] nº 1923-5, de 2015, fls.5).

A constitucionalidade da lei declara ainda que o contrato de gestão tem natureza de convênio. Por isso, ele deve ser, necessariamente, celebrado por meio de procedimento objetivo e impessoal entre as partes, visto que ambas comungam dos mesmos ideais. Além disso, a decisão estabeleceu que a relação entre o ente público e as Organizações Sociais é passível de fiscalização e controle por parte dos Tribunais de Contas e pelo Ministério Público.

Por conseguinte, o Supremo também decidiu que não é possível exigir que os contratos celebrados pelas OS com terceiros realizem procedimentos de licitação, devendo apenas ser observado o núcleo essencial dos princípios da administração pública, estabelecidos pelo artigo 37, caput, da CF/88, por meio de um prévio regulamento próprio para contratações, conforme previsto no texto:

As organizações sociais, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela Lei. Por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, porém, seu regime jurídico tem de ser minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, caput), dentre os quais se destaca o princípio da impessoalidade, de modo que suas contratações devem observar o disposto em regulamento próprio (Lei nº 9.637/98, art. 4º, VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos (STF - Inteiro Teor do Acórdão da ADI [sic] nº 1923-5, de 2015, fls. 5-6).

Contreiras e Matta (2015) destacam a polêmica causada pela Lei das OS no meio jurídico administrativista, apontando problemas quanto ao caráter inédito do papel desempenhado pelo setor privado e, sobretudo, a discricionariedade na escolha das entidades. Todos esses fatores contribuíram para uma situação de instabilidade jurídica e, mesmo diante de todo movimento de insatisfação nos 17 anos decorridos, isso não inibiu os entes subnacionais de criarem suas próprias leis.

Em uma perspectiva histórica, foi possível compreender que as transformações ocorridas na saúde pública brasileira nas últimas duas décadas confirmam a hipótese de que a decisão do STF não está de acordo com a diretriz constitucional da saúde como “Direito de todos e dever do Estado” (Artigo 196), além das condições necessárias à sua efetivação. Pelo contrário, a decisão apenas atende aos objetivos do mercado, facilitando o processo de privatização da saúde em curso, por meio da



transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais de Saúde.

Dessa forma, as OSS tornaram-se parte do ordenamento jurídico do Estado, em um arranjo muito parecido como o visto no movimento pela reinvenção do governo, na década em que a autointitulada *Terceira Via* postulava a globalização social do mundo (SIQUEIRA; BORGES, 2018, p. 34).

Entram em cena novos atores com a função de desempenhar a Nova Gestão Pública, por meio das Organizações Sociais de Saúde de natureza privada, porém, sem fins lucrativos e com a responsabilidade de administrar os serviços públicos de saúde e os recursos humanos, tornando-a mais eficiente, mais eficaz e mais econômica. Métricas descritas na cartilha do Mare como medidas gerencialistas para conter os atrasos impetrados pela gestão burocrática e cara.

A presença das OSS como instrumento de gestão nos serviços públicos de saúde tornou-se uma realidade, a qual não havia impedimentos. Isto devido ao contexto atual da hipervalorização da gestão privada e a manutenção do subfinanciamento, histórico, de que passariam a configurar as bases para o modelo proposto por Bresser- Pereira no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), em 1995. Após os argumentos descritos acima, fica evidente a intenção na transformação da saúde como “direito” - estabelecido na Constituição de 1988 - para a saúde como “mercadoria” - definido na Constitucionalidade da Lei das OS.

Atualmente, há projetos em tramitação no Congresso Nacional, como o Projeto de Lei (PL) 2873/2019<sup>18</sup>, que altera a Lei das OS. O objetivo é modificar os requisitos de celebração, controle e rescisão dos contratos de gestão entre as OSS e os entes públicos. Isso prova que, mesmo depois de 20 anos da Lei 9.637/98, as OSS ainda são um território movediço do ponto de vista jurídico.

---

<sup>18</sup> Ver mais detalhes em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2203204>.

## 7 PERCURSO METODOLÓGICO

### 7.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, fundamentada em fontes documentais e em dados secundários de domínio público com abordagem mista, ou seja, quantitativa e qualitativa. O método misto qualitativo-quantitativo (CRESWELL; CLARK, 2013) visa à compreensão das múltiplas maneiras de ver cada detalhe nas relações entre as OSS e os atores públicos responsáveis pela saúde.

Acerca dos aspectos positivos de uma pesquisa qualitativa, Minayo (2014) afirma que essa abordagem possibilita o estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões – produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. É importante destacar que a técnica é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

Dentro dessa abordagem, o processo é mais importante do que os resultados. Não se busca a verdade única, explicações causais ou generalizações. Os fenômenos são únicos, do mesmo modo como são apreendidos e interpretados de modo próprio (MINAYO, 2014). Para este estudo, o método qualitativo foi importante para mapear a literatura sobre saúde pública brasileira, mecanismos de gestão, financiamento público, dentre outros temas. Também auxiliou na interpretação dos resultados quantitativos oriundos das análises de dados secundários coletados.

Todavia, nossa pesquisa se propôs a investigar informações de um volume grande de organizações sociais de saúde, assim como suas movimentações financeiras e os objetos do contrato e aditivos, que compreendem os tipos de serviços públicos a serem gerenciados. Essas informações foram coletadas dos sites das secretarias estaduais de saúde e dos portais de transparência.

Como trabalhamos com muitos dados secundários, tais como volumes financeiros recebidos em contratos de gestão firmados entre as secretarias de saúde dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, e de suas respectivas capitais, foi imprescindível

adotar uma metodologia que ajudasse a observar as relações entre as informações. Por isso, empregamos uma abordagem quantitativa. Com ela, o resultado da pesquisa é quantificado e pode ser tomado como se constituísse um cenário mais preciso do fato pesquisado, ainda que sempre parcial e relativo.

Richardson (2012, p. 70) destaca que a abordagem quantitativa se caracteriza “pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”. Assim, usa da linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as possíveis relações entre as variáveis, desde as mais simples até as mais complexas. Busca a precisão nos resultados, minimizando a margem de interpretação. Esse tipo de estudo é frequentemente aplicado nas pesquisas descritivas – aquelas que procuram descobrir e classificar a relação entre as variáveis – as quais propõem investigar “o que é”, ou seja, a descobrir as características de um fenômeno como tal (RICHARDSON, 2012).

Ainda que entendamos o aspecto parcial e relativo dos estudos científicos, mesclar técnicas complementares permitirá uma aproximação mais apurada do fenômeno de ruptura dos limites entre o público e o privado na sociedade brasileira, especialmente nos serviços de saúde. É a produção de múltiplos pontos de vista sobre o que importa e o que deve ser valorizado na pesquisa. De acordo com Creswell e Clark (2013), a técnica combina método, filosofia e orientação do projeto de pesquisa. A escolha pela abordagem metodológica mista se baseia em uma combinação do que há de mais adequado a partir da vertente qualitativa e quantitativa.

Conseqüentemente, a combinação de métodos qualitativos e quantitativos, de acordo com Spratt, Walker e Robinson (2004, p. 6) pode ser uma boa concepção visto que,

[...] múltiplas abordagens podem contribuir mutuamente para as potencialidades de cada uma delas, além de suprir as deficiências de cada uma. Isto proporcionaria também respostas mais abrangentes às questões de pesquisa, indo além das limitações de uma única abordagem.

A pesquisa com métodos mistos auxiliou a busca por respostas mais assertivas, além de permitir a compreensão mais precisa e embasada metodologicamente dos mecanismos de financiamento e gestão do SUS, especialmente a partir da inserção das Organizações Sociais de Saúde e o seu modo de atuação.

## 7.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Este estudo tem como cenário todas as Organizações Sociais de Saúde que possuem contrato de gestão com as Secretarias Estaduais de Saúde dos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, e também com as secretarias municipais de saúde das duas capitais.

## 7.3 TRABALHO DE CAMPO

Diante de um objeto de investigação complexo, o caminho metodológico trilhado foi diverso, reunindo técnicas e instrumentais analíticos, utilizando abordagens quantitativas e qualitativas. Também foram realizadas incursões nas áreas do Direito, da Administração, Economia e Contabilidade. Este percurso misto possibilitou responder aos objetivos a contento.

A primeira etapa compreendeu o mapeamento das OSS que atuaram no eixo Rio-São Paulo (estados e capitais) entre 1998 e 2018. Cabe um adendo no que diz respeito ao período investigado. O objetivo inicial era estudar as OSS desde 1998, ano que marca a sua criação por meio da Lei Federal nº 9.637/98, ano que também sinaliza o início da atuação dessas organizações no estado de São Paulo (PAHIM, 2009). Porém, os dados disponíveis – apenas informações sobre a origem e o ano de qualificação – não permitiram uma abordagem aprofundada acerca dos repasses públicos para essas organizações entre 1998 e 2005, já que as informações deste período não estão publicizadas nos portais eletrônicos do governo do estado de São Paulo.

A partir de 2006, foi possível ter acesso integral aos contratos e aditivos do governo do estado de São Paulo. Por sua vez, a capital paulista iniciou as parcerias com OSS no ano de 2007. Diferentemente de São Paulo, a capital fluminense iniciou as parcerias em 2009 e o estado do Rio de Janeiro começou em 2012.

Assim, o recorte temporal se caracterizou pelo marco inicial de 1998 - ano de criação das OSS - e o marco final de 2018 - último ano possível de realizar coleta de dados antes da redação final do trabalho. Na coleta de dados adotamos o seguinte percurso:

- I) Buscamos nos sítios eletrônicos das secretarias estaduais e municipais de saúde de Rio de Janeiro e São Paulo os arquivos dos contratos de gestão e aditivos firmados com OSS;

- II) Obtivemos as informações complementares de contratos de gestão e aditivos nos portais de transparência das respectivas prefeituras e governos estaduais de RJ e SP;
- III) Armazenamos em arquivos digitais todos os documentos relativos aos contratos de gestão e aditivos encontrados, perfazendo um total de 3.279 documentos;
- IV) Verificamos nos sítios eletrônicos das OSS que disponibilizaram informações acerca dos contratos e aditivos firmados com os entes públicos.

Os critérios de inclusão das OSS no presente estudo compreenderam: 1) haver informações disponíveis para acesso público nos sítios eletrônicos das secretarias estaduais de saúde de Rio de Janeiro e São Paulo, além das secretarias municipais de saúde das duas capitais acerca dos contratos de gestão e os termos aditivos contratualizados com as OSS; ou 2) haver nos sites das OSS informações disponíveis para acesso público sobre os contratos e aditivos firmados com os entes públicos. Contratos ou termos aditivos que não puderam ser acessados on-line não foram objetos desta investigação, uma vez que este trabalho se fundamenta na Lei de Acesso à Informação (LAI).

Partimos do pressuposto de que esses contratos firmados entre os órgãos públicos e as OSS estão sob a tutela da LAI, sendo assim, têm a obrigação de estarem publicizados (BRASIL, 2011). É fundamental destacar que o princípio da transparência do dado público é um dos norteadores desta tese de doutoramento, pois foi a partir do respeito ao princípio do uso do recurso público com eficiência que abordamos esse tema. Isso está alinhado com o pensamento de Vieira (2016), que destaca a necessidade de haver publicização associada à transparência. Tivemos acesso a muitos dados que eram publicizados, mas não estavam transparentes para a população. Muitos dados não eram compreensíveis, não adotavam as boas práticas de transparência na disponibilidade dos dados, sendo que todos os 3.279 documentos foram coletados em formato PDF (*Portable Document Format*). O PDF é um formato não estruturado, que impede, dificulta ou inviabiliza a reutilização dos dados. O recomendável pela Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos do Governo Federal é a utilização dos formatos JSON, XML, CSV, ODS ou RDF (PORTAL

BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS, 2020; ESTRATÉGIA NACIONAL DE COMBATE À CORRUPÇÃO E À LAVAGEM DE DINHEIRO, 2018; ZAGANELLI, 2016).

Os dados coletados ao longo dos quatro anos de pesquisa foram sistematizados e adaptados para formatos recomendados pelos órgãos de controle e transparência. Esse banco de dados está disponível para acesso público na plataforma Flourish<sup>19</sup>, e se configura como uma contribuição para a sociedade civil, podendo ajudar outros pesquisadores a desenvolver novos estudos sobre o tema.

Já na segunda etapa foi realizada revisão sistemática sobre as OSS nos seguintes bancos de dados: Lilacs, Bireme, MedLine, Pubmed e SciELO. O método desta revisão sistemática da literatura se fundamentou numa base internacional, ao utilizar o protocolo PRISMA e em adaptação das revisões de SBU (2000) e BJÖRN EKMAN (2004).

A estratégia de busca envolveu a identificação das bases de pesquisas, definição da questão norteadora e, por último, os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: artigos que tratam da atuação das OSS nas diversas esferas da saúde pública brasileira; artigos que discutem o processo de terceirização e/ou privatização da saúde por meio das OSS; sendo estes publicados em revista acadêmica (revisada por pares), no período de tempo de 1998 a 2018, presente nos idiomas inglês e português.

Já os critérios de exclusão compreenderam: estudos repetidos nas bases consultadas; estudos em desacordo com o recorte histórico; publicações no formato de cartas, editoriais, notícias, opiniões, ou comentários/debates, sem resumo disponível; estudos publicados como monografias e/ou trabalho de conclusão de curso, dissertação, tese, livros e relatórios de pesquisa e/ou trabalho; estudos que não tinham como tema central a atuação das OSS; estudos que abordavam organizações sem fins lucrativos e terceiro setor sem estarem relacionados com a área da saúde; documentos dos órgãos oficiais de governo; estudos publicados em duplicidade, português e inglês (mantivemos os artigos em português); e estudos indisponíveis de modo *online*. Todos os documentos coletados com o descritor “*Non-Profit*

---

<sup>19</sup> Acesso disponível em <<https://app.flourish.studio/@FabianaTurino>>.

*Organization*” foram excluídos da amostra, pois não trouxeram qualquer debate relativo às OSS no bojo da saúde no Brasil.

Após a aplicação dos filtros de inclusão e exclusão, obtivemos 49 artigos. Na sequência, foi realizada a leitura integral destes documentos. Eles foram classificados em estudos teóricos (n=38) e estudos de caso (n=11). Os estudos teóricos foram subdivididos nas vertentes administrativo/gestão (n=31) e política (n=7). Já os estudos de caso foram todos relativos à vertente administrativo/gestão.

#### 7.4 ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados coletados empreendemos diferentes análises do banco de dados para lidar com os principais achados que estão apresentados no formato de quatro artigos sistematizados na sessão de resultados nesta tese.

O primeiro artigo trata de um estudo teórico, em que empreendemos uma revisão sistemática da literatura, procurando avaliar como os estudos científicos especializados definem a atuação das OSS na saúde pública brasileira. Utilizou-se, nessa revisão, a associação das OSS no Brasil em relação ao cenário internacional, preenchendo um espaço ainda pouco explorado na literatura científica da representação das organizações sociais civis sem fins lucrativos na provisão de serviços de saúde no Brasil. Empregamos a Análise de Conteúdo, definida por Bardin (2011), a fim de identificar as relações e as contradições inerentes ao tema com o qual a tese considerou a ocorrência do mecanismo de privatização funcional.

O artigo também foi um produto do estágio de doutorado sanduíche, realizado na Queen Mary University of London entre novembro de 2018 e novembro de 2019, com financiamento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo publicado no *International Journal of Health Services*<sup>20</sup> (ISSN 1541-4469).

Já o segundo artigo desta tese é um estudo descritivo-exploratório, em que utilizou os dados disponíveis nos contratos de gestão (CG) dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e de suas capitais. O artigo empírico foi fundamentado em uma análise

---

<sup>20</sup> Acesso ao artigo “Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social Health Organizations in Brazil” pelo link <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020731420961286>.

descritiva, com o objetivo de analisar a tendência crescente dos valores repassados para as OSS pelos entes públicos, além da relação comparativa desses repasses com o orçamento público da saúde. Isso consubstanciou a ocorrência apontada no primeiro artigo, ou seja, do crescente mecanismo de privatização do tipo funcional empreendido com a transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para as OSS.

O terceiro artigo seguiu na mesma linha, sendo um estudo empírico de caráter descritivo-exploratório, que fez uso da análise descritiva mais pontual, ou seja, explorou um único território, a capital do Rio de Janeiro. Isso permitiu inferir uma análise mais assertiva sobre o comportamento da saúde municipal sob gestão de organizações privadas. Evidenciamos, assim, as tendências do mecanismo mercadológico de privatização.

Por último, o quarto artigo buscou responder ao desafio de construir uma linha divisória entre o privado, o filantrópico e o público, apresentando a relação vantajosa entre as OSS e as entidades filantrópicas por meio da análise das suas certificações. A acumulação do título de OSS e do título de filantropia foi a principal inferência apontada na conformação política dessa habilidade, a que chamamos de “Dupla titularidade”. Desse modo, elas obtêm permissão para celebrar contratos de gestão e/ou convênios, diversificando as formas de recebimento de recursos financeiros públicos, além de receber isenções tributárias vinculadas ao título de filantropia. Este artigo foi publicado como capítulo do livro *Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde* (ISBN: 978-85-8404-144-2).

## 7.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente tese de doutorado considerou os princípios éticos, adequando-se à resolução nº 4666/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como a toda normatização vigente sobre ética em pesquisa aplicável ao desenho de estudo apresentado. Neste sentido, por ser uma pesquisa documental, de domínio público e, não envolver seres humanos - por exemplo prontuários médicos -, não foi necessário ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.



É importante reafirmarmos a legitimidade dessa pesquisa garantida pelo direito constitucional a partir da Lei nº 12.527/2011 (BRASIL, 2011), conhecida como a Lei de Acesso à Informação (LAI). Este instrumento legal tem como objetivo garantir o acesso às informações públicas de todos os entes da federação seja eles de âmbito federal, estadual ou municipal.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 8.1 ARTIGO 01 - REINVENTANDO A PRIVATIZAÇÃO: UMA ANÁLISE POLÍTICO ECONÔMICA DAS ORGANIZAÇÃO SOCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL <sup>21</sup>

#### 8.1.1 Introdução

Historicamente, o advento do chamado Terceiro Setor se dá no contexto internacional dos países centrais de regime capitalista, em 1869 no Reino Unido e 1877 nos Estados Unidos, ambos a partir da industrialização econômica. De caráter beneficente, as *'charities'* atendiam às demandas sociais aguçadas pela consolidação do capitalismo e rápida urbanização da população rural, antes trabalhadores agrários e depois proletários da indústria (BRANDÃO et al., 1998). Apesar da ligação direta com o início do capitalismo, a ideologia assistencialista possui raízes heterogêneas, abarcando desde regimes socialistas, liberais ou ainda ligados à social democracia cristã (SANTOS, 1998). Para além das características beneficentes e dos espaços de atuação política, o Terceiro Setor se oferece como alternativa para a transferência das responsabilidades sociais do Estado; não apenas como apoio, mas sim, um substituto do Estado, a chamada terceira via (SIQUEIRA; BORGES, 2018; GIDDENS, 1999; BLAIR, 1998).

Institucionalmente, as organizações que compõe o Terceiro Setor ora portam-se como não estatais e não mercantis, assumindo características privadas, porém sem fins lucrativos; ora almejam objetivos sociais, públicos ou coletivos, características atribuídas ao Estado. Nos países industrializados, tais organizações tomam inúmeras identidades: economia social (França), setor voluntário (Europa Central) ou organizações não lucrativas (países anglo-saxônicos) (SANTOS, 1998). Na América Latina, o setor ganhou destaque após os regimes de ditadura militar, durante a redemocratização dos países afetados. No Brasil, o crescimento do Terceiro Setor se dá a partir do redesenho do Estado, a *'modernização'* da burocracia estatal ancorada

---

<sup>21</sup> Esta versão em língua portuguesa é uma adaptação do artigo resultante do estágio de doutorado sanduíche realizado na Queen Mary University, publicado em língua inglesa sob o título "Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social Health Organizations in Brazil" na revista International Journal of Health Services. Acesso pelo link: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020731420961286>>.

em bases políticas e econômicas neoliberais (MELO; LESSA, 2017; MONTAÑO, 2010).

A tendência político-econômica da globalização, a partir dos anos 1980, defende o chamado 'Estado mínimo', redesenhando as atribuições do Estado e, ao mesmo tempo, fortalecendo a hegemonia do capital financeiro globalizado. Enquanto se reformava o Estado, ocorriam também profundas mudanças no aparato produtivo, quando a economia produtiva industrial deu lugar à economia pós-industrial; à globalização corporativa neoliberal dominada pelo setor de serviços (SIQUEIRA; BORGES, 2018). O chamado 'Consenso de Washington' sintetizou o conjunto de princípios de reordenamento dos mercados liderado pelo governo americano e pelas instituições financeiras multilaterais controladas pelos mesmos, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (MONTAÑO, 2002; MELLO; LESSA, 2017; SIQUEIRA; BORGES, 2018). Estes últimos apresentam o mesmo plano de recomendações aos países com alto déficit público: redução das políticas sociais, austeridade fiscal, e foco nas políticas sociais residuais que, a grosso modo, remetem à origem do 'beneficente' Terceiro Setor. A crise estrutural do capitalismo, a partir da década de 1970, funcionou como uma mola propulsora para a receita da terceira via; o ineficiente e caro Estado é um dos culpados pela crise e estagnação do crescimento econômico. É preciso reformar o Estado, modernizá-lo (SIQUEIRA; BORGES, 2018; MONTAÑO, 2002).

O New Public Management (NPM) é a principal e mais influente teoria de modernização do aparelho estatal contemporâneo. O NPM é o dispositivo para reduzir o "peso de um Estado abrangente como o Welfare State" (MARTINS, 2012, p.12), sendo a Nova Zelândia o primeiro país a adotá-lo como princípio da política estatal, ainda nos anos 1970-80. Nos anos 1980 o modelo tornou-se globalizado, sendo empregado na Austrália, Reino Unido e Estados Unidos. Alguns fatores favoreceram a difusão política do NPM, como a pressão econômica sobre a estrutura dos *Welfare State* de diversos países, e a eleição de representantes do chamado 'centro democrático', os que não são nem definidos como esquerda ou direita (MARTINS, 2012).

Enquanto nos países anglo-saxões o NPM já se consolidava como uma ferramenta para reduzir o tamanho do Estado, diminuir o peso com a administração complexa e

com o aumento das despesas sociais do *Welfare State*, no Brasil a sociedade obtinha um dos mais importantes avanços, ainda que capitalista, no estabelecimento de um *Welfare State*. Em 1988 a promulgação da Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). O SUS pode ser entendido como parte da construção de um “Estado de bem-estar social” no Brasil a partir da democratização política pós-regime militar. Na contramão do cenário internacional neoliberal de contração dos direitos sociais, o *Welfare state* brasileiro incorpora em sua fundação as contradições de um Estado à guisa das forças políticas internacionais e do capitalismo financeiro (FILIPPON et al., 2016).

A mesma constituição federal que inscreve a saúde como direito fundamental universal do brasileiro, propondo um sistema nacional para sua provisão *de facto* e impedindo a sua comodificação (de direito à mercadoria), concomitantemente inclui o setor privado (pró-lucro) como ‘complementar’ (FILIPPON et al., 2016; SIQUEIRA; BORGES, 2018). A consequência político-econômica desta contradição é o impedimento, tanto da completa mercantilização da saúde quanto da sua garantia estatal como direito cidadão (FILIPPON et al., 2016; SIQUEIRA; BORGES, 2018).

A abertura ao setor privado da política de saúde nacional se coaduna com o cenário internacional, pautado pelo modelo médico-assistencial privatista; esta busca pela liberalização do mercado para a maximização do lucro, relação básica do mecanismo de mercado. Denominada como ‘política de ajuste’, a ‘complementação’ da provisão da saúde pela iniciativa privada questiona a responsabilidade do Estado e o papel da política social, considerando a mesma como modelo patrimonialista e burocrático de organização estatal, portanto, pouco eficiente à razão econômica (BRAVO; MATOS, 2012).

Um dos mecanismos desta política de ajuste de redução das responsabilidades do Estado brasileiro, no que diz respeito à provisão *de facto* das políticas sociais, foi a criação das Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1998). A partir do estabelecimento das OSs foi possível o repasse de recursos públicos para entidades privadas sem fins lucrativos, que compõem o Terceiro Setor, concretizando o entendimento do Estado apenas como financiador dos direitos sociais constitucionais e seguindo o NPM à risca. De certa maneira, a tentativa de implementação do *Welfare State* brasileiro

parece ter sido posta de lado com a inserção das Organizações Sociais na gestão pública (TURINO et al., 2018). Quando qualificadas para atuarem no campo da saúde, estas entidades são chamadas de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Entre os anos de 1998 e 2015 houve crescimento dos repasses de recursos públicos para OSS no Brasil (TURINO et al., 2018). Nos estados de São Paulo<sup>22</sup> e Rio de Janeiro<sup>23</sup> - que possuem os maiores valores do PIB (IBGE, 2019) - houve expansão no número de OSS que atuam na saúde nos últimos dez anos. As dez principais OSS receberam cerca de 8.2 bilhões de dólares em recursos públicos no período, apenas em Contratos de Gestão com os estados

A pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre as fundações privadas e associações sem fins lucrativos (Fasfil), publicada em 2012, revelou o crescimento e a expansão dessas entidades que abarcam três figuras jurídicas: Associações, Fundações e Organizações (que englobam as Organizações Sociais de Saúde). Os dados apresentam a evolução das Fasfil entre 2006 e 2010, obtendo na área da saúde um aumento de 8.1% (IBGE, 2012).

Considerando que as OSS representam a concretização do NPM na saúde pública brasileira - sendo este processo reconhecido na literatura internacional como neoliberalismo Estatal, levando ao recrudescimento das políticas universalistas de *Welfare State* - empreendemos uma revisão sistemática da literatura com o intuito de avaliar como a literatura científica especializada define a atuação das OSS na saúde pública brasileira. O recorte temporal da pesquisa é entre os anos de 1998 e 2018, abarcando as principais bases acadêmicas científicas indexadas internacionalmente. Esperamos que ao contextualizarmos as OSS no Brasil em relação ao cenário internacional o estudo preencha um espaço ainda pouco explorado na literatura científica, da representação das organizações sociais civis sem fins lucrativos na provisão de serviços de saúde em *Upper-Middle Income Countries* (UMICs), como o Brasil. Secundariamente, o estudo busca compreender o processo de desestruturação da proteção social na saúde, num mecanismo que alguns autores consideram como

---

<sup>22</sup> Produto Interno Bruto do Estado de São Paulo em 2018: R\$ 2.119 trilhões. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>>.

<sup>23</sup> Produto Interno Bruto do Estado do Rio de Janeiro em 2018: R\$ 671 bilhões. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>>.

um tipo de privatização (SIQUEIRA; BORGES, 2018; REXACH, 2008; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ et al., 2014).

### **8.1.2 Metodologia**

Para expandir o escopo desta revisão, adaptamos uma abordagem sistemática com base no protocolo PRISMA (Figura 1) e nos métodos usados por Sbu (2000) e Ekman (2004). A estratégia de busca envolveu a definição dos critérios para inclusão de artigos revisados por pares, bem como a identificação de bases de dados e termos de pesquisa. Os critérios de inclusão foram: (1) artigos que abordam a atuação / origens da OSS nas diferentes esferas da saúde pública brasileira; (2) artigos que discutem a prestação de serviços públicos de saúde por OSS; (3) artigos publicados em revistas científicas; (4) artigos publicados entre 1998 e 2018; e (5) artigos publicados em inglês e português.

Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: LILACS, BIREME, MedLine, PubMed e SciELO. As expressões utilizadas em nossas buscas combinaram os seguintes termos, segundo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Organização Social” AND “Sistema Único de Saúde”; “Organização Social” AND “Administração de Serviços de Saúde” AND “Organizações Sociais de Saúde”. Também empregamos seus equivalentes nos Descritores Medical Subject Headings (MeSH): “Social Organization” AND “Unified Health System”; “Organização Social” AND “Administração de Serviços de Saúde” e “Organizações Sociais de Saúde” / “Organizações Sociais de Saúde”; “Organização sem fins lucrativos”. Embora o termo “Organizações Sociais de Saúde” não apareça como descritor nos dicionários de pesquisa (DeSC e MeSH), o aplicamos em nossas buscas devido à sua relevância. Um banco de dados com os resultados de nossa pesquisa foi gerado usando o software EndNote X9®.

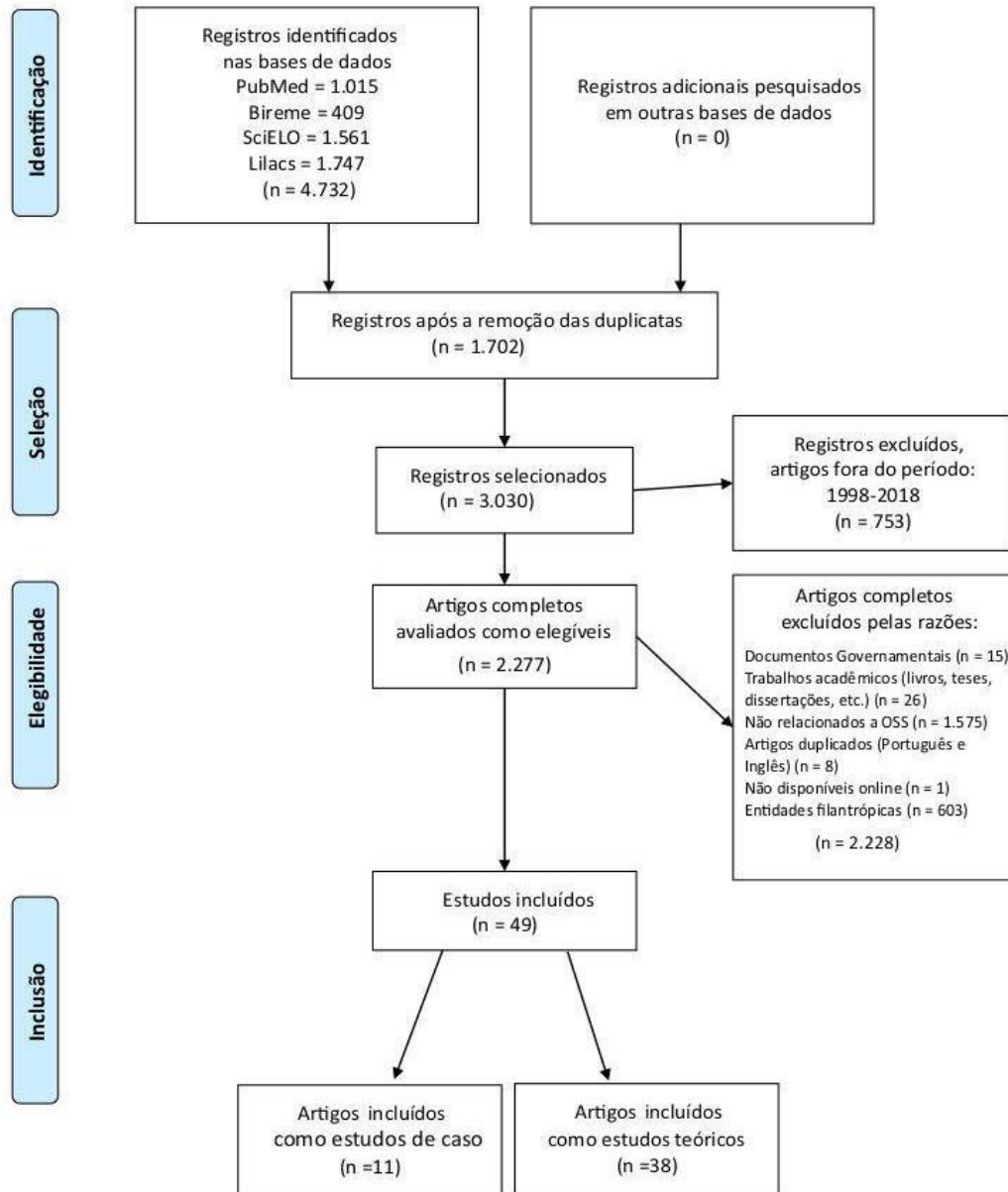
Este estudo incluiu todos os artigos que descreveram OSS e suas formas de atuação. Esses artigos foram classificados da seguinte forma: a) estudos teóricos com aspectos administrativos e / ou gerenciais (n = 31) e políticos (n = 7); e b) estudos de caso abrangendo as esferas estaduais e / ou municipais de saúde. Foram incluídos apenas estudos publicados em português e / ou inglês e disponíveis na íntegra online. Foram excluídos: i) estudos duplicados; ii) estudos fora dos anos 1998-2018; iii) cartas,

editoriais, notícias, opiniões, comentários / debates ou estudos sem resumo disponível; iv) estudos publicados na forma de monografias e / ou trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, livros e literatura cinzenta; v) estudos que não tenham OSS como tema central; vi) estudos que abordem organizações NFP e o Terceiro Setor, mas não são relacionados à saúde; vii) documentos de órgãos oficiais do governo; viii) artigos duplicados publicados em português e inglês, porém, incluímos artigos em português; e ix) estudos não disponíveis online.

Desenvolvemos dois instrumentos de coleta de dados: a folha de extração de dados e um questionário de avaliação de qualidade. O primeiro coletou informações relevantes sobre o(s) autor(es); desenho do estudo; metodologia; implementação e resultados (Apêndice 1). O segundo especificava uma série de questões críticas em sete diferentes domínios importantes para a qualidade científica: 1) Pesquisa / questão(ões) analítica(s); 2) Justificativa; 3. Metodologia; 4) Dados; 5) Cumprimento de metas; 6) Constatações e resultados e 7) Discussão e conclusões. Criamos uma pontuação para cada questão. Após o cálculo do escore total, foi gerada uma escala para caracterizar a qualidade do estudo: três estrelas para os melhores estudos (n = 5); duas estrelas para estudos médios (n = 34); e uma estrela para os piores estudos (n = 10) (Apêndice 2). Consideramos apenas as evidências de estudos que alcançaram duas ou três estrelas em nosso índice.

As buscas resultaram em um total de 4.732 artigos. Após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, chegou-se ao número 49 artigos que foram analisados na íntegra (ver critérios detalhados na figura 1). Eles foram classificados em estudos teóricos (n = 38) e estudos de caso (n = 11). Os estudos teóricos foram subdivididos em estudos administrativos / gerenciais (n = 31) e estudos de políticas (n = 7). Todos os estudos de caso abordaram aspectos administrativos / gerenciais de OSS no Brasil. Vale ressaltar que todas as variáveis qualitativas e evidências foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin (2011).

**Figura 1 - PRISMA flowchart Fon**



Fonte: Elaborado pelos Autores

### 8.1.3 Resultados

O corpus da pesquisa identificou 4.732 artigos a partir de um conjunto pré-definido de descritores. Após os critérios de validação e exclusão, a amostra final resultou em 49 documentos, categorizados a partir da avaliação qualitativa dos seus achados. As publicações se dividem em abordar o New Public Management como justificativa para a implantação das Organizações Sociais de Saúde (n=26); terceirização (n=8);



responsabilidade social/governança (n=5); condições de trabalho na saúde (n=5); privatização (n=4) e quase-mercado (n=1) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Relação e quantidade das categorias dos achados na pesquisa

<b>CATEGORIAS</b>	<b>QUANTIDADE</b>
NEW PUBLIC MANAGENEMT	26
TERCEIRIZAÇÃO	8
RESPONSABILIDADE SOCIAL/GOVERNANÇA	5
CONDIÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE	5
PRIVATIZAÇÃO	4
QUASE-MERCADO	1

Fonte: Elaborado pelos Autores

a) New Public Management (NPM):

Na categoria New Public Management estão contidos os artigos que discutem temas como eficácia, eficiência e efetividade da transferência da gestão, dos serviços e dos recursos da guarda do Estado para entidades não governamentais. Entre os achados aparecem Turino e Sodré (2018), que identificam o recebimento de recursos financeiros públicos por meio de Emendas Parlamentares pelas OSS enquanto organizações filantrópicas. Houve aumento de 56% na renovação dos contratos de gestão, realizadas por entes públicos com Organizações Sociais de Saúde no Brasil, apesar destes não serem associados às reais necessidades em saúde da população (BERTOLINI et al., 2015). Fernandes et al. (2018) destacam a relação entre o número elevado de aditivos com grande acréscimo de gastos, associado ainda à falta de

planejamento orçamentário financeiro e aos preços majorados. No mesmo contexto, Morais et al. (2018) observaram que os valores dos termos aditivos podem variar entre 18.2% e 87.9% a mais do montante inicial dos contratos de gestão. Consideram também que os aditivos se tornaram instrumentos extras de captação de recursos para as OSS.

Ferreira Junior (2003) apontam que a questão da eficiência – entendida como a relação custo x produto – não é tão clara à medida que não existem estudos de qualidade que apresentam essa economia aos cofres públicos. Dentre os artigos que discutem a eficiência das Organizações Sociais de Saúde, um deles põe em xeque a proposta das entidades como solução para os problemas do SUS. Melo e Tanaka (2001, p. 8) afirmam que o “mais grave, parece ser a adoção deste modelo como a panacéia para os males da administração pública brasileira”. Os autores demonstram preocupação com a criação de um SUS para os pobres e de “formas complementares de ressarcimento financeiro pela clientela pública que utilizar dos serviços prestados pela OS” (MELO; TANAKA, 2001, p. 9).

Pilotto e Junqueira (2017, p. 552) exploram a prática da eficiência que aparece nos discursos das OSS dizendo: “a contribuição patronal tem que ser recolhida obrigatoriamente, mas quem paga é o órgão público enquadrado como um gasto tributário”. Essa declaração se encontra descrita no relatório do Tribunal de Contas do Estado de SP do ano 2010 (TCE/SP). Ela é uma questão impreterível e que deveria estar presente no contrato de gestão, instrumento legal que formaliza a parceria público-privada.

#### b) Terceirização:

A categoria terceirização representa o espaço institucional que ganhou força no Brasil com a Reforma Administrativa do Estado no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso a partir de 1994, conduzida pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). A proposta da reforma tinha como eixo central o pensamento de que a crise pela qual o Brasil atravessava era “uma crise de Estado, da estratégia estatizante e do modelo da administração pública burocrática. Como resposta a esse esgotamento, propõe o conceito de administração pública gerencial,

caracterizada pela eficiência e qualidade, descentralizada e com foco no cidadão” (FALCONER, 1999, p. 14).

Almeida (2011) salienta, com base em Anthony Giddens - sociólogo britânico - que a estrutura política vigente no Brasil nos anos 1990 era apoiada no modelo neoliberal, iniciado nos países capitalistas centrais e que logo passou a ser difundido nos países capitalistas periféricos. Nesses países, o neoliberalismo passa a ter outra roupagem denominada “Terceira Via”, com o “pressuposto de reordenar a política, economia e as relações entre indivíduos administrando assim a crise e instaurando um novo projeto de sociabilidade extensivo a todas as partes do mundo” (ALMEIDA, 2011, p. 5). O tema terceirização evidencia ainda a atuação de entidades privadas sem fins lucrativos na prestação de serviços públicos de saúde. As OSS se apresentam como estruturas independentes do Estado, atuando “em parceria” com este. Baggenstoss e Donadone (2014; 2017) chamam esse processo de “privatização da saúde pública” e dizem que estamos diante de um sofisticado embate que evidencia a importância destes “intermediários” na gestão dos serviços públicos de saúde.

Druck (2016, p. 18) em seu artigo apresenta a hipótese da terceirização como um “mecanismo eficiente de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização”. A autora destaca os dados do IBGE sobre as terceirizações na área da saúde nos municípios brasileiros. Ela aponta que o peso das OSS no total de serviços terceirizados é diretamente proporcional ao tamanho da população. Em 41% dos municípios com mais de 500 mil habitantes, cerca de 88% dos estabelecimentos terceirizados eram administrados por OSS IBGE (2014).

#### c) Responsabilidade Social/Governança:

Por sua vez, a categoria Responsabilidade Social/Governança diz respeito ao processo de construção das políticas públicas, assim como também o monitoramento e controle das ações e dos recursos financeiros destinados para as OSS. Em sua maioria, os artigos destacam a fragilidade no monitoramento e controle sobre as Organizações Sociais pelos instrumentos públicos. Corroborando com o debate, Silva, Lima e Teixeira (2015), que associam a fragilidade do controle e monitoramento sobre as ações administrativas e recursos públicos destinados as OSS, ao processo de gerencialismo, núcleo central do NPM, que possui em sua configuração a

permeabilidade ao setor privado sendo pouco aberto à participação social. Gohn (2004) destaca que a alocação de recursos para as OSS não está submetida às mesmas regras da execução orçamentária e contábil da administração pública. Isso reduz o empowerment da sociedade civil, especialmente, dos setores mais populares. Santos et al., (2018) reforçam a característica de fragilidade no controle e fiscalização dos órgãos estatais no que chamam de “doutrina neogerencialista”. Turino e Sodré (2018) apresentam um outro viés de fragilidade ao revelar o emprego de emendas parlamentares, enquanto recurso financeiro nas OSS, com ausência total de ferramentas de fiscaliza o por parte da Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo.

#### d) Condi es de Trabalho na Saúde:

A categoria condi es de trabalho na saúde está intimamente associada aos princípios da flexibiliza o e da autonomia gerencial e financeira, fruto da política do New Public Management. Por meio dessa “roupagem”, imputa a elasticidade das rela es trabalhistas nos equipamentos gerenciados por OSS. Isso permite que regras sejam descumpridas sob a  tica dos direitos trabalhistas, a ponto de promover a precariza o do trabalho. A esse movimento Pilotto e Junqueira (2017) chamaram de “terceiriza o”, “quarteiriza o” e até “quinteiriza o” nas diversas formas de presta o dos serviços. Outro fenômeno identificado foi a “Pejotiza o” (FERNANDES et al., 2018), na qual profissionais de saúde são subcontratados por OSS para executarem tarefas a partir de contratos de trabalho precários.

Explicitando a questão da fragilidade e precariza o dos vínculos de trabalho entre os trabalhadores da saúde e OSS, os artigos destacam que a regulamentaa o do trabalho em saúde tende a ser mais flexível nas OSS, levando   precariza o dos vínculos em diversas formas de contrata o dos trabalhadores. São vistos contratos por hora, facilidade para redundâncias, levando ao maior turnover observado nas OSS em rela o a outros empregadores na área da saúde. Duarte e Botazzo (2009) destacam que outra forma de precariza o das rela es de trabalho   a utiliza o intensa das cooperativas para intermediar a contrata o de funcionários.

#### e) Privatização:

Poucos estudos se debruçaram sobre a temática privatização, associando a atuação das Organizações Sociais ao mecanismo privatizante dos serviços públicos de saúde. Contudo, Romano, Scatena e Kehrig (2015) apresentam uma terminologia denominada “processo seletivo de privatização”, característico de países da América Latina, configurado por políticas estatais. Melo e Lessa (2017, p. 263) caracterizam o terceiro setor como “formas indiretas e contemporâneas” de privatização, conduzidas pelo Estado para as políticas sociais. Já Soares et al. (2016) apresentam o termo “privatização funcional”, a partir do léxico jurídico descrito por Sanches-Martinez et al. (2014). De acordo com os autores, a privatização funcional compreende a contratação de entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, para gerir os serviços públicos de saúde. Segundo Soares et al. (2016, p. 845), o mecanismo de publicização das Organizações Sociais se refere ao termo privatização funcional.

Observamos ainda o uso de outro termo relevante associado à prática privatista: “rent-seeking”, subscrito por Barbosa e Elias (2010, p. 2486). O termo discorre sobre a “apropriação da rês pública por interesses privados, seja pela própria burocracia, através do nepotismo, seja através da ação corruptora de agentes privados”. Os autores ainda caracterizam as práticas de apropriação como “quase sempre sutil e sofisticado” e afirmam que esse é um mecanismo sofisticado de privatização do Estado.

#### f) Quase-mercados:

Já a categoria quase-mercado incorpora um modo diferente de nomear diversas modalidades de atuação do setor privado no interior do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa expressão se refere à formação de paramercados, ou quase-mercados, com foco na incorporação dos instrumentos gerenciais disponíveis na administração privada na administração pública. A lógica central é a formação de um mercado competitivo dentro do serviço público, estimulando a competição no seu interior (BARBOSA; ELIAS, 2010, p. 2486).

Os artigos também foram classificados em função do tipo de análise realizada, conforme observado na tabela 2. Identificamos dois conjuntos distintos: os estudos teóricos e os estudos de caso. Os “estudos teóricos” foram subdivididos em função da

vertente teórica identificada. Isso significa que tentamos identificar qual o discurso predominou ao debaterem a temática das Organizações Sociais de Saúde. Em “política” reunimos 7 artigos, sendo reunidos nessa denominação os trabalhos que discutem o contexto econômico e político que culminou com a criação das Organizações Sociais. Esses artigos mostram ainda como a chamada “terceira via” teve papel fundamental na implementação das OSS (ALMEIDA, 2011; ANDREAZZI; BRAVO, 2014; DUCK, 2016; BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

Outra categoria identificada foi “administração e gestão”, que abarcou 31 artigos, sendo presentes os que tratam do *modus operandi* das Organizações Sociais. Chama atenção o fato de grande parte dos artigos concentrar seus esforços na análise da eficácia e da eficiência do privado sobre o público, sendo a maioria desfavorável ao processo de implementação das OSS (CONTREIRAS; MATTA, 2015; MELLO; LESSA, 2017; TRAVAGIN, 2017; CASTANHEIRA; FAULHABER, 2018).

Já os estudos de caso apresentam, de modo geral, temas pontuais envolvendo a comparação de equipamentos administrados exclusivamente pelo órgão público com os administrados pelas OSS. É importante destacar que a maioria destes estudos não possui aprofundamento em suas análises, ficando restritos às observações superficiais e relatos de pouca qualidade (PINTO, 2008; TIBERIO; SOUZA, 2010; MUYLAERT et al., 2015; CARNEIRO; MARTINS, 2014; BERTOLINI et al., 2015).

#### **8.1.4 Discussão**

Os resultados mais significativos desta pesquisa revelam que a política do New Public Management (NPM) é o tema central da maioria dos artigos que abordam a origem e analisam a atividade das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Alinhadas com o movimento da Reforma Administrativa do Estado brasileiro, as Organizações Sociais foram implementadas a partir dos anos 1990, baseadas nos princípios do NPM e em virtude do contexto político e econômico de crise do estado capitalista que favoreceu a criação das mesmas.

A proposta do NPM originou-se na Nova Zelândia, no início dos anos 1980. Em seguida, o mesmo movimento eclodiu no Reino Unido e nos Estados Unidos após a ascensão dos conservadores e republicanos, respectivamente, ao poder. A implantação do NPM está fundamentada no tripé da administração clássica que define

“eficiência, eficácia e efetividade” como base (SANTOS, 1998; BRANDÃO et al., 1998). O NPM conduziu mudanças de paradigma na essência da gestão pública; e alterou o processo de prestação dos serviços e da relação das estruturas administrativas do Estado com os cidadãos. Diretrizes como descentralização das atividades, redução das responsabilidades financeiras e aumento da eficiência dos serviços públicos abriram caminho para um processo de privatização do Estado (MARTINS, 2012). A lógica de reforma proposta pelo NPM propunha que o setor público evoluísse de um modelo burocrático impessoal, centralizador e hierarquizado para um modelo flexível, descentralizado, cujo principal foco seria satisfazer o cidadão, transformando-o em cliente. Desse modo, as reformas administrativas conduziram a uma aproximação entre o setor público e o setor privado e a uma penetração dos valores de mercado na esfera pública, com a introdução de métodos privados e comerciais na administração estatal, orientando o foco para os mecanismos de produtividade, eficiência e autonomia no exercício das funções públicas (MARTINS, 2012; MOZZICAFREDDO, 2001). Neste contexto de maior concentração nos resultados para “fazer mais com menos” (MARTINS, 2012), surge o “empreendedorismo estatal” (MARTINS, 2012; OSBORNE; GAEBLER, 1995), associado às organizações com gestão mais flexível frente às políticas sociais.

A área de saúde pública concentra os maiores valores financeiros e, por isso, foi um dos lócus privilegiados para implantação do NPM. Assim, o surgimento das Organizações Sociais de Saúde (OSS) fomenta a ideia de criar uma versatilidade na gestão financeira dos serviços públicos de saúde. Ao contrário da aparente rigidez financeira e burocrática dos órgãos públicos, com as OSS o gasto público teria o que podemos chamar de plasticidade financeira e administrativa. Isso porque as Organizações Sociais não estão sujeitas às mesmas leis e regras impetradas à administração pública.

Segundo Longman (2018, online<sup>24</sup>), o termo “plasticidade” significa “a qualidade de ser facilmente transformado em qualquer forma, e de permanecer nessa forma até que alguém o mude”. Cabe destacar, portanto, a diferença entre plasticidade e flexibilidade, ainda que possam ser sinônimos em alguns casos. No exemplo das OSS, não há apenas uma flexibilidade, já que flexibilidade pressupõe a habilidade de

---

<sup>24</sup> Disponível em: <https://www.ldoceonline.com/>

modificar-se facilmente a uma nova situação<sup>25</sup>. Já o conceito de plasticidade permite que algo seja transformado em uma nova forma, e que permaneça nela até que uma nova força altere esse estado. As Organizações Sociais de Saúde não se apresentam como uma empresa privada dentro dos serviços públicos de saúde, mas sim, como um gestor privado dentro da rede pública. A lógica, a grosso modo, é que o Estado continua com o discurso de que o serviço é integralmente público, mas o operador é privado. Ou seja, é um serviço público com um dono privado. Isso é a materialização da plasticidade financeira e administrativa, pois o comportamento das OSS exerce uma força sobre as funções e atividades públicas, tendo como norte os preceitos do New Public Management. Por outro lado, elas não estão totalmente suportadas pela lógica do direito público, por serem organizações privadas.

Apesar dessa plasticidade, nem todas as experiências de implantação de OSS foram exitosas. Entre os artigos que foram investigados, destacamos os trabalhos de Travagin (2017); Castanheira e Faulhaber (2018); e Pinto (2008). Neste último, a autora explica como ocorreu o processo de incorporação das propostas gerencialistas por meio das OSS nos hospitais públicos do Estado da Bahia. Para isso, utilizou a teoria do ciclo da política pública no contexto da reforma administrativa conduzida por ajustes, pautada na ideia de modernidade e eficiência. Todavia, a modernidade e a eficiência estão estruturadas nos princípios da NPM. O trabalho verificou que a entrada das OSS foi percebida como uma “janela de oportunidade” (PINTO, 2008, p. 19), contudo, a complexidade das mudanças impostas pelo NPM tornou-se um empecilho para a concretização da flexibilização administrativa almejada.

Já Castanheira e Faulhaber (2018) trabalharam com análise teórica do impacto da imprensa no processo de implantação das OSS no Estado do Rio de Janeiro. Como a mídia auxiliou na aceitação das transformações e dos impactos acarretados do NPM, por meio das OSS, ao realçar pontualmente os episódios de crise do sistema público de saúde, sem considerar a complexidade do sistema. Se para Pinto (2008) a principal barreira para o sucesso das OSS foi reforma gerencial, por outro lado, para Castanheira e Faulhaber (2018) a mídia no Estado do Rio de Janeiro encorajou a sociedade a acreditar que a gestão por OSS era a melhor alternativa para resolver os

---

<sup>25</sup> Flexibility: the quality of being easily made into any shape, and of staying in that shape until someone changes it (LONGMAN, 2018).



problemas da saúde pública, associando a crise à estrutura rígida e hierárquica estatal.

Travagin (2017), por outro lado, problematizou o processo de atuação das OSS nos serviços estatais ao associar o movimento de desmantelamento da proteção social no cenário amparado pelo capital. Em seu estudo, apresenta a interação entre Estado e capital no contexto internacional e nacional, apontando o Estado como agente promotor de atividades privadas no âmbito da saúde pública. Ocké-Reis (2017), ao tecer críticas ao Estado capitalista, entende-o como subsidiador de atividades privadas na saúde, e que adota e mantém intencionalmente a austeridade fiscal. Fato também constatado por Mendes (2015), ao relacionar a política de austeridade com a redução dos direitos sociais, inclusive, na política de saúde, fenômeno que ocorre no mundo e no Brasil.

Diante dos argumentos apresentados, podemos considerar que as OSS são uma forma de privatização do Sistema Único de Saúde. Isso fica evidente quando Rocha (2000) afirma que o NPM parte do pressuposto de que tudo o que é público é mais caro e menos eficiente em comparação com o setor privado. Ou seja, as OSS seriam o elemento de eficácia e redução de custos dentro do sistema público. A isso, Rexach (2008) e Sánchez-Martínez et al., (2014) chamam de “privatização funcional”. Esses autores descreveram os tipos de privatização com base na taxonomia clássica de natureza jurídica e, classificando-as como: material, funcional e formal.

A primeira modalidade consiste em atribuir ao setor privado tarefas e/ou funções que eram, até então, de competência e responsabilidade do Estado. Ou seja, consiste na transferência total para o setor privado, por exemplo, dos serviços de telecomunicações, energia dentre outros. A segunda caracteriza o gerenciamento indireto de tarefas e/ou funções públicas por meio de empreendedores privados, sob contratos. Ou seja, implica na administração indireta de serviços públicos por meio de entidades privadas, com ou sem fins lucrativos. Por fim, a terceira representa o exercício de tarefas e/ou funções públicas de direito privado por organizações e entidades que atuam no todo ou em parte. Ao contrário da funcional, a gestão dos serviços de saúde é realizada pela administração direta, com auxílio de entidades públicas sujeitas ao direito privado (REXACH, 2008; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ et al., 2014).

Esse fenômeno em curso no sistema de saúde brasileiro pode ser visto como mecanismo de privatização, não sendo exclusivo do Brasil. Observamos que situações semelhantes foram relatadas em países como Espanha e Portugal. Na Espanha, Rexach (2008) focalizou o debate sobre privatização no âmbito da saúde, nas suas formas de gestão, funções e tarefas públicas do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Assim como no Brasil, o SNS também permite acordos entre os entes públicos e estabelecimentos privados. Para Rexach (2008), nos últimos anos o SNS espanhol sofreu com campanhas que buscaram desqualificar os serviços, tornar a sociedade desacreditada e, ao mesmo tempo, dismantelar o sistema público de saúde. O autor associa essa campanha ao neoliberalismo, que ele considera expressão do desejo privatizante de sistemas públicos de saúde no mundo. Porém, o mesmo autor alerta que essas novas formas de gestão foram testadas no Reino Unido e o resultado não atingiu a eficácia esperada, pois oneraram em 4 a 5 vezes mais a construção e a implementação dos novos hospitais (REXACH, 2008).

Já em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) nasceu em 1979 com caráter universal e gratuito, semelhante ao sistema de saúde brasileiro. Mas as crises financeiras dos anos 80 levaram à publicação da “Lei de Bases da Saúde”, que abriu as portas do sistema para a iniciativa privada. Surgiu, assim, um quadro de flexibilidade para conduzir mudanças necessárias no nível da organização e também da gestão hospitalar. As principais implementações compreenderam: gestão, autonomia, hierarquia técnica, participação da comunidade e cooperação intersetorial e interinstitucional. Em outras palavras, a ideia era conferir maior autonomia administrativa e financeira, além de privilegiar os processos de contratualização (ESCOVAL et al., 2010).

Apesar das diferenças estruturais e organizacionais dos sistemas de saúde do Brasil, Espanha e Portugal foi possível observar a existência de um instrumento único entre os três países que impulsionou as reformas administrativas: o New Public Management, partindo das mesmas premissas de autonomia administrativa e financeira. Contudo, os nomes designados aos órgãos representativos do instrumento contratualização mudam de acordo com a estrutura organizacional de cada país. No Brasil instituíram as Organizações Sociais, na Espanha são chamadas de Organizações ou entidades. Já em Portugal são as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde.

Podemos perceber que tanto no caso brasileiro, quanto no espanhol e no português, os governos adotaram o NPM e criaram essas entidades privadas para administrar os serviços públicos com a promessa de tornar a máquina pública eficiente e autônoma. Porém, os resultados desta pesquisa demonstram que não há consenso se esse caminho é o melhor, o mais eficiente ou até mesmo o mais eficaz. Os benefícios propagados nem sempre aparecem. Há dificuldades evidentes em relação ao controle público, além da insuficiência de mecanismos efetivos de participação ampliada da sociedade em relação à política de repasse de bens públicos para instituições não-estatais (CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2003; TRAVAGIN, 2017; REXACH, 2008; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ et al., 2014; ESCOVAL et al., 2010).

### **8.1.5 Conclusão**

Desde a Constituição Nacional de 1988, apesar das diferenças ideológicas, os governos eleitos no Brasil têm, em diferentes graus, seguido as políticas internacionais do neoliberalismo. Todos eles subscreveram, de várias maneiras, as orientações gerais do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional para países de renda média. Tem havido um foco contínuo no controle fiscal e na redução dos gastos públicos (austeridade), reduzindo a capacidade das administrações governamentais de financiar totalmente o estado de bem-estar, resultando na precária prestação de serviços públicos, incluindo a saúde. Após três décadas de subfinanciamento, apesar da saúde permanecer um direito constitucional, o sistema brasileiro tornou-se um serviço feito sob medida para os pobres e socialmente vulneráveis, enquanto as classes média e alta sustentam um setor privado de saúde em constante crescimento.

Ao longo de três décadas de SUS, o direito de prestar serviços de saúde secundários e terciários tem sido concedido às empresas do setor privado nas áreas mais ricas do país, enquanto o sistema público luta com poucos recursos, fornecendo o que é possível para a maior parcela da população, que conta apenas com o SUS. Nosso foco, porém, é a gestão dos serviços públicos pela OSS - isso é um processo de privatização?

Constatamos que a maioria dos artigos não tipifica explicitamente o modelo OSS como privatização dos serviços de saúde no Brasil; os serviços permanecem públicos,

pelo menos do ponto de vista do acesso aos cuidados de saúde. No entanto, depois de analisar nossos resultados como parte de um corpo comum de literatura, há evidências suficientes para fundamentar nossa hipótese inicial: a transferência da gestão da saúde pública para empresas privadas sem fins lucrativos é baseada em valores e estruturas teóricas originadas nas escolas teóricas de negócios e gestão, que defendem o empreendedorismo e o *modus operandi* voltado para o mercado. Assim, consideramos a OSS assumindo a gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil como uma “reinvenção” da privatização que continua, e está se expandindo, pelo país com base no discurso da eficiência da NPM - entregar mais com menos. Nossos resultados destacam que tal definição é uma representação distorcida, um efeito estrutural trazido e respaldado pelo neoliberalismo (HARVEY, 2007).

Publicações nacionais e internacionais apontam para o fenômeno da privatização “funcional” (SCHMID; WENDT, 2010). A NPM é o eixo que vincula nossas descobertas a este corpo da literatura, como o fio condutor que conduz os sistemas públicos de saúde às políticas e à gestão do tipo privatização, legitimadas pela mídia e um consenso internacional para a modernização do estado por meio de políticas inspiradas em negócios. É essencial que estudiosos e formuladores de políticas compreendam as origens das políticas da NPM e como as organizações evitam o rótulo de privatização (é difícil eleger um governo que apoie a privatização de serviços públicos). Mesmo que em essência, seus mecanismos e princípios, quando aplicados a questões sociais serviços, são um encaixe estranho que não entrega o valor prometido pelo dinheiro e eficiência e, difundindo-se entre os objetivos sociais dos serviços públicos.

Esta revisão sugere que a implementação de políticas inspiradas na NPM, como a gestão dos serviços de saúde do setor público por entidades privadas - no Brasil denominadas OSS - é prejudicial para o Sistema Único de Saúde, que visa alcançar o acesso universal e igualitário. Associar os serviços públicos à filantropia, ou a uma responsabilidade da sociedade civil, apoia a política neoliberal de um estado reduzido com pouca responsabilidade social no combate à desigualdade social entre ricos e pobres, a longo prazo não apenas perpetuando, mas também aumentando as desigualdades existentes (WILKINSON; PICKETT, 2010; PIKETTY, 2015). No caso da saúde no Brasil, oferecer serviços voltados para a população carente, subfinanciado, parco de recursos humanos e simplesmente terceirizar sua gestão ao

Terceiro Setor, com pouca responsabilidade pública, é um convite ao mau uso de recursos, piorando ainda mais os aparelhos públicos.

Seguindo os princípios fundadores do SUS de universalidade e igualdade, o Ministério da Saúde brasileiro deveria anular a participação do Terceiro Setor na gestão dos serviços públicos de saúde como política nacional de caráter abrangente, obedecendo à constituição nacional e suas normas originais. Os serviços de saúde devem ser fornecidos pelas autoridades locais e regionais, com financiamento adequado. Nenhuma política de privatização, seja “funcional”, gerencial ou reinventada, deve existir em um sistema de saúde voltado para uma distribuição socialmente justa de recursos e um acesso verdadeiramente universal.

## 8.2 ARTIGO 02 – CONTRATOS DE GESTÃO COMO INSTRUMENTO DE PRIVATIZAÇÃO NO SUS <sup>26</sup>

### 8.2.1 Introdução

Desde os anos 1980, em quase todo o mundo, houve mudanças substanciais nas políticas de gestão pública. As reformas administrativas consolidaram novos discursos e práticas derivadas do setor privado para organizações públicas em todas as instâncias de governo (SECCHI, 2009). Apesar disso, a década, no Brasil, foi marcada pela promulgação da Constituição Federal e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Este foi um marco em direção do Estado do Bem-Estar Social (*Welfare State*).

Porém, este avanço no aspecto social caminhou conjuntamente com a influência do pensamento neoliberal da década de 1990, período em que a reforma administrativa do Estado brasileiro foi pautada. Um dos pilares desse processo de reforma do estado foi a preconização da eficiência para utilização dos recursos públicos. Tal reforma, norteadas como Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), foi proposta para resolver a crise de governabilidade e a sobrecarga da agenda pública. Ou seja, o governo reconheceu ser incapaz de tomar decisões em virtude da pressão de demandas da sociedade (DINIZ, 2001). A iniciativa seria uma alternativa ao modelo weberiano burocrático, criticado como ineficiente, moroso, autorreferenciado, e distante das necessidades dos cidadãos (OSBORNE, 1995).

A reforma do Estado criou bases legais para o surgimento das Organizações Sociais (OS) no Brasil (BRASIL, 1998). Essa mudança na forma de gestão é herdeira de um processo internacional entre os anos de 1970/80, a partir do declínio dos grandes sistemas de proteção social, como ocorreu no Reino Unido, Nova Zelândia, Austrália e Estados Unidos (MARTINS, 2012), com forte influência das recomendações do Banco Mundial, sob a égide da redução do papel do Estado enquanto gestor e financiador de políticas públicas (TRAVAGIN, 2017).

A tendência político-econômica da globalização, a partir dos anos 1980, trouxe ideias de redução do papel do Estado com corte de direitos sociais, modelo denominado por “Estado mínimo”, redesenhando as atribuições do Estado, ao mesmo tempo fortalecendo

---

<sup>26</sup> Artigo formatado para submissão.

a hegemonia do capital financeiro globalizado. Mudanças profundas são decorrentes deste período, quando a economia produtiva industrial deu lugar à economia pós-industrial; a globalização corporativa neoliberal dominada pelo setor de serviços (SIQUEIRA, 2018).

A administração pública gerencial, também conhecida como “New Public Management (NPM)”, emergiu como parâmetro para criação de estratégias de gerenciamento do Estado (PAULA, 2005). O NPM é o dispositivo para reduzir o “peso de um Estado abrangente como o *Welfare State*” (MARTINS, 2012, p.12).

A concretização desse aparato integra uma série de propostas para a redefinição do papel estatal, principalmente em relação ao modelo de execução dos serviços públicos sociais, pois propõe que as atividades executoras sejam consideradas atividades meramente reguladoras. Ou seja, que as ações não exclusivas do Estado, como os serviços sociais, sejam transferidas para o setor privado, representadas pelas OS.

A transferência da gestão dos serviços de saúde para OS, entidades que compreendem o terceiro setor, não é apenas um arranjo administrativo, mas se trata de uma decisão política, situada em determinado contexto de avanço capitalista. Ademais, esses novos modelos de gestão estão pautados na necessidade de superar o esgotamento da administração direta e também de algumas modalidades da administração indireta, como as autarquias e as fundações públicas de direito público, que apresentam inúmeros problemas de ordem administrativa, orçamentária e de recursos humanos (PAIM, 2014). Soma-se a isso a análise sobre o cenário político e econômico do estado burocrático, que se comportou como propulsor de todo o enredo da reforma estatal brasileira (PETERS; PIERRE, 1998).

Na linha de pensamento que confirma a redefinição do papel do Estado (ORBORNE, 2007), traz para o debate o Paradigma da Nova Governança Pública. Ele sugere uma nova conformação política para o Estado: o governo deixaria de ser o gestor principal e passaria a atuar de modo pluralista, ou seja, incrementaria parcerias entre o público e o privado. Assim, as OS assumiriam um papel estratégico como executoras das atividades antes exclusivas ao ente público. Quando essas entidades são qualificadas para atuarem na saúde (BRASIL, 1997; 1998), recebem o nome de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Um dos instrumentos jurídicos que passaram a regular essa relação entre o público e o privado com a instituição das OSS é o Contrato de Gestão (CG) (BRASIL, 1997). Esse dispositivo, conhecido como “Instrumento de compromisso administrativo interno ao Estado”, teve sua aplicabilidade estendida com o PDRAE (ANDRÉ, 1999). Os contratos de gestão surgiram na França, ao final dos anos 60, e tiveram nomes como “contrato de programa, contrato de plano e contrato de serviços” (ANDRÉ, 1999, p. 43).

No âmbito federal brasileiro, o primeiro embrião a praticar o CG, foi o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais. Em 1991, a Lei nº 8.246 (BRASIL, 1991) extinguiu a Fundação das Pioneiras Sociais e instituiu, para a mesma finalidade, o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, que nasce como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, mantenedora da rede de hospitais Sarah Kubitschek. O novo contexto jurídico da Pioneiras, associado ao modelo de CG, serviu de “inspiração inicial para a concepção de organização social” (ANDRÉ, 1999, p. 45). O uso do CG foi justificado por conceder maior flexibilidade e autonomia nas políticas de contratação de pessoal, tornando o regime empregatício misto (ANDRÉ, 1999).

Vale ressaltar que os CG previstos pela Lei nº 9837/98 são instrumentos de pactuação que permitem o estabelecimento de compromissos entre o Estado e as OSS acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão; concedem maior autonomia gerencial às OSS; e as liberam do controle dos meios, que passa a ser realizado pelos resultados alcançados, de modo a não trazer ao orçamento público grande custo (BRASIL, 1998).

Sendo as organizações uma estrutura de transferência da função gestora do Estado a partir do NPM, urge investigar os mecanismos de atuação dessas entidades. Assim, este artigo tem como objetivo realizar uma análise dos CG celebrados entre 2006 e 2018 pelas secretarias de saúde de dois estados brasileiros, Rio de Janeiro e São Paulo, e de suas respectivas e homônimas capitais.

As OSS no Brasil foram originadas de forma pioneira no estado de São Paulo (SP) a partir de 1998, no mesmo ano da promulgação da Lei Federal das Organizações Sociais. Diferentemente, o estado do Rio de Janeiro (RJ) iniciou o processo de qualificação das Organizações Sociais na área da saúde tardiamente, quando comparados aos demais estados da região sudeste. Somente em 2011 editou a Lei nº 6.043/2011 e em 2012 começou a firmar contratos com as OSS. Já a capital carioca iniciou as parcerias com



as OSS em 2009, com a Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009, regulamentada pelo Decreto nº. 30.780/2009. Três anos antes, através da Lei nº 14.132/2006, a cidade de São Paulo instituiu a possibilidade de qualificação das OS para atuação nos serviços públicos.

Deste modo, busca-se compreender melhor o uso do instrumento jurídico CG, assim como quantificar os repasses financeiros direcionados para as OSS. A hipótese deste trabalho é que o uso dos contratos para a transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para essas OSS viabiliza a privatização, haja vista a análise dos valores repassados às organizações.

### **8.2.2 Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, fundamentado em fontes documentais e em dados secundários de domínio público, com abordagem mista quantitativa e qualitativa. O método misto qualitativo-quantitativo (CRESWELL, 2015) foi importante na compreensão do uso dos CG, regulamentando as relações entre as OSS e os atores públicos responsáveis pelo planejamento e execução da política de saúde. Isso, pois, percebemos uma disparidade entre o objetivo inicial do contrato, enquanto ferramenta de controle e transparência, para tornar-se um mero instrumento de transferência de gestão e de recursos financeiros públicos consideráveis para as organizações privadas sem fins econômicos.

O uso do método quantitativo nos permite organizar e compreender a coleta e o processamento dos inúmeros dados secundários compreendidos pelo universo dos CG, LOAs, relatórios de gestão, dentre outros. Ou seja, ele é a planificação dos volumes de recursos financeiros destinados as OSS; o comportamento e a evolução dessas organizações sociais nos quatro territórios, como também a quantidade de CG por OSS. Já o qualitativo auxilia na identificação das relações, das representações, das percepções e das opiniões – é o produto das interpretações sobre os CG e suas performances positivas e/ou negativas.

A escolha dos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, assim como suas respectivas capitais como locais do estudo se deu pelo fato desses estados apresentarem o maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (IBGE, 2019), sendo dois dos estados mais importante do país. A decisão partiu da premissa de que as OSS que movimentavam os

maiores volumes de recursos financeiros do país estariam presentes nos estados e capitais com economia mais dinâmica e PIB mais elevado.

Na coleta dos dados foi realizada uma busca por todos os contratos nos sites das Secretarias de Saúde dos estados e municípios escolhidos na pesquisa, além dos sites das próprias OSS elencadas pelos critérios de inclusão desta pesquisa. Por força da Lei de Acesso à Informação (LAI), todos os documentos relacionados às transações de recursos públicos devem ser publicizados (BRASIL, 2011).

Em seguida, os dados e informações sobre os CG foram sistematizados em planilhas eletrônicas, a fim de somar os valores financeiros recebidos pelas organizações na prestação dos serviços de saúde ao ente público. Foram identificados 425 CG, dos quais foram coletadas as seguintes informações: valor do CG; objeto do CG; período de vigência; e tipo de serviço.

Para análise dos dados, os valores financeiros dos CG foram trabalhados de modo nominal, ou seja, sem a correção dos valores pela inflação. Além disso, o total dos repasses financeiros foram colocados por ano, a partir da data de assinatura, incluindo o somatório, desde o primeiro, até o último dia no ano. Por exemplo: o valor total dos CG de 2006 foi somada no intervalo de 01/01/2006 a 31/12/2006. Essa escolha metodológica tem por objetivo dar visibilidade aos volumes financeiros transferidos, de modo a padronizar a observação dos dados de quatro entes públicos distintos, que usam modelos de Contrato de Gestão diferentes, por vezes sem descreverem a forma de repasse dos valores.

Também a ausência da prática de publicizar, de modo transparente, os resultados, as metas e os indicadores qualitativos e quantitativos, dificulta a fiscalização e o controle pelos órgãos públicos responsáveis, ocasionando problemas como divergência e obscurantismo no acesso às informações acerca dos repasses financeiros, comprometendo o entendimento de como os valores previstos inicialmente no CG foram de fato executados pela OSS.

Cada unidade de governo estudada possui períodos diferentes de início das parcerias com as OSS. Apesar da literatura apresentar o Estado de São Paulo como pioneiro na experiência de parceria com as organizações sem fins lucrativos - sendo datada desde 1998, conforme foi destacado no trabalho de Ibañez et al (2001) -, ao iniciarmos as

coletas dos documentos no site da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, encontramos informações somente a partir do ano de 2006, ocasionando um hiato de 8 anos de total ausência de informações. Esse período de impossibilidade de acesso público aos dados já sinaliza uma dificuldade nesse tipo de estudo, reforçando as observações de pesquisas anteriores (TURINO, 2016; TRAVAGIN, 2017; TURINO; SODRÉ 2018).

Com isso, traçamos o histórico da evolução desses repasses financeiros e comparamos com os orçamentos públicos destinados para a saúde em cada unidade ao longo do recorte temporal. Para obter os dados dos orçamentos da saúde, foi preciso trabalhar apenas com os dados publicizados nos portais de transparência dos entes, seja nos sites das secretarias municipais e estaduais de saúde, nos sites das OSS, nos sites das Assembleias Legislativas, Câmaras Municipais, ou nos sites das Controladorias Gerais, Tribunais de Conta, Secretaria da Fazenda.

Este método também serviu para averiguar a real transparência das informações e a disponibilidade do acesso público da população. Conforme preconiza a literatura (ANDRÉ, 1999; DI PIETRO, 2002), a relação entre os entes públicos e as OS, celebrada por meio dos contratos, deve ser norteada pela total transparência dos dados para fazer valer o objetivo principal do instrumento que é possibilitar o melhor uso do recurso público, maior eficiência e autonomia (ANDRÉ, 1999; IBANEZ et al., 2001).

### **8.2.3 Resultados e Discussão**

Os resultados da coleta de dados deste trabalho foram divididos a partir das análises quantitativas e qualitativas. Do ponto de vista quantitativo, os dados coletados com base nos CG celebrados no período 2006 e 2018, entre as OSS e os entes públicos de Rio de Janeiro e São Paulo, estados e capitais, perfazendo um total de 425 Contratos de Gestão, detalhados na tabela a seguir:

**Tabela 2:** Quantitativo de contratos de gestão (CG) firmados nos estados SP e RJ e suas capitais entre 2006 e 2018

Unidade	Contrato de Gestão
São Paulo Estado	217
São Paulo Município	49
Rio de Janeiro Estado	98
Rio de Janeiro Município	61
Total	425

Fonte: Elaboração dos autores, com informações dos sites eletrônicos das secretarias de saúde estaduais e municipais

Apesar do escopo de coleta dos contratos estar limitado a dois dos estados brasileiros e suas respectivas capitais, foi notória a quantidade de documentos utilizados no levantamento dos repasses financeiros públicos na pesquisa. Os achados corroboram os apontamentos de estudo anterior, que identificou a atuação das 10 maiores OSS no eixo RJ-SP (TURINO et al., 2018). Outras pesquisas (SODRÉ et al., 2018) apontam as OS como parte do processo de financeirização dos complexos industriais da saúde que atuam no Brasil.

Esse processo de financeirização está associado aos contornos dinâmicos das OSS à frente da gestão dos serviços públicos de saúde, pois adquirem características qualitativa e quantitativamente superiores ao acumularem responsabilidades de prestadoras de serviços públicos de saúde e também dos recursos financeiros advindos das parcerias. Dessa forma, faz-se necessário entender a lógica de acumulação das OSS em todos os níveis da administração pública, partindo do pressuposto que essas organizações, juridicamente, são constituídas de personalidade sem fins econômicos (SESTELO, 2017).

Foram constatados que 57 organizações privadas sem fins lucrativos celebraram CG com os entes públicos entre 2006 e 2018. Desse conjunto, 16 delas atuaram de modo dinâmico, com presença nos Estados e também nas suas respectivas capitais. Contudo, apenas uma OSS atuou nos quatro entes públicos.

No período investigado, 16 OSS prestaram serviços para o município de São Paulo, 30 para o estado paulista, 15 na capital carioca e 17 no estado fluminense. Há que se destacar que a OSS Viva Comunidade (VC) incorporou a Viva Rio (VR), em julho de 2014. A partir de então, os CG da VC passaram a ser identificados como VR, passando a constituir uma figura jurídica única, atuando tanto na capital como no estado do RJ.

Apesar de SP ter uma área geográfica muito superior ao estado do RJ e ser pioneiro em CG, apresentou média de quase 17 CG por ano, seguido pelo estado fluminense, com 14 de média. Essa informação fica ainda mais alarmante ao notar que o RJ teve no seu primeiro ano de adesão a essa modalidade de gestão o maior número absoluto de 31 CG assinados em um ano.

Para dar fluidez e melhorar a visibilidade das informações, foram sistematizados os valores financeiros repassados às OSS por meio dos CG em um banco de dados unificado. Isto permitiu análises quantitativas a partir: 1) dos volumes de recursos financeiros destinados para as OSS; 2) da ação das OSS nos quatro territórios; 3) da evolução das OSS por ano; 4) da quantidade de CG por OSS; 5) dos CG com maiores volumes financeiros e como estes se comportaram comparados aos demais contratos.

O estado de SP transferiu R\$ 37,130 bilhões no período estudado, sendo responsável pelo maior montante de recursos destinados às OSS. Elas receberam do município do Rio de Janeiro pouco mais de R\$ 7,331 bilhões entre os anos de 2009 a 2018. Já a capital paulista repassou R\$ 4,770 bilhões para as entidades, enquanto que o estado fluminense destinou R\$ 4,699 bilhões para elas. Juntos, os entes públicos repassaram um total de R\$ 53,930 bilhões às OSS.

Neste contexto de transferências, identificamos que 15 OSS receberam recursos financeiros públicos por meio dos CG acima de R\$ 1 bilhão. A organização que mais se destacou foi a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), com R\$ 10,253 bilhões, seguida da Serviço Social da Construção Civil (SECONCI)

com R\$ 6,980 bilhões. A Fundação do ABC (FUABC) recebeu R\$ 3,217 bilhões; a Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) R\$ 2,806 bilhões; Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social (CBSCA) R\$ 2,661 bilhões; o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) R\$ 2,269 bilhões; a Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar (FAMES) R\$ 2,082 bilhões; e a Associação e Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus (ALSF) R\$ 2,007 bilhões, completando o rol das OSS que receberam valores acima de R\$ 2 bilhões no período investigado.

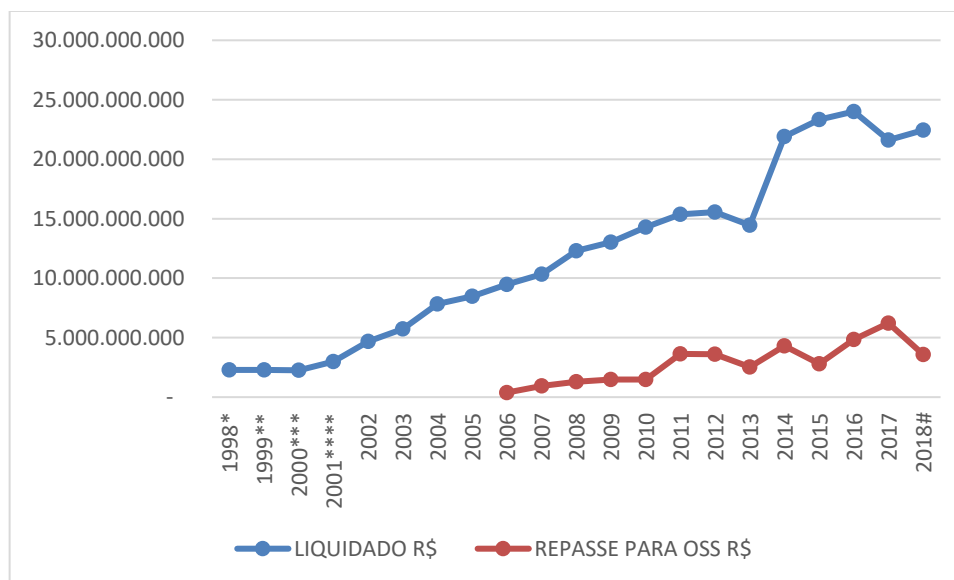
Quanto ao território, as OSS que mais receberam recursos financeiros públicos foram a SPDM com R\$ 7,855 bilhões, seguida da SECONCI com R\$ 6,735 bilhões e da FUABC com R\$ 3,107 bilhões. O contrato de maior valor foi protagonizado pela FUABC, com R\$ 966.180.000,00 para a operacionalização da gestão das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual Mário Covas, de Santo André, firmado em 2017. Na capital fluminense o maior contrato foi com a VR, no valor nominal de R\$ 439.736.760,56 para o gerenciamento e a execução das ações e serviços de saúde dos equipamentos destinados à saúde de família no âmbito da Área de Planejamento 3.1 e UPA Complexo do Alemão, em 2014.

O RJ, com a Hospital Maternidade Terezinha de Jesus (HMTJ), repassou R\$ 326.856.327,72 para a gestão e execução de ações e serviços de saúde no Hospital Estadual Albert Schweitzer, em contrato vigente em 2014. Por fim a capital paulista estabeleceu com Santa Marcelina – Rede Assistencial de Supervisões Técnicas de Saúde São Miguel e Itaim Paulista (SMRA) – o maior contrato entre todas as OSS investigadas neste território, repassando R\$ 313.821.875,44, a partir de 08/05/2015. Esses dados evidenciam a formação de um mercado interno ao SUS pelas OSS (BARBOSA; ELIAS, 2010; BORGES et al., 2012). De acordo com os autores, a ideia de mercado interno é a incisão das diretrizes de mercado no bojo da administração pública, com objetivo de estimular a competição em seu interior.

Para contextualizar a importância desses repasses para a saúde pública, foram comparados o total transferido para as OSS com o orçamento público de cada unidade territorial no período estudado, sendo observado que houve um incremento considerável no orçamento para a saúde a partir de 2002. Os gráficos (1, 2, 3 e 4)

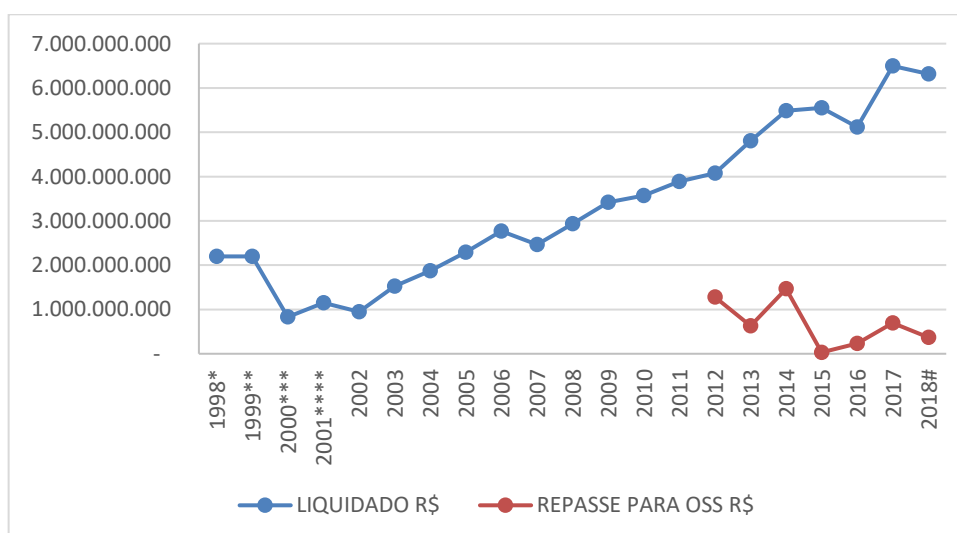
demonstram essa tendência de ampliação do repasse para os serviços de saúde nos Estados e municípios estudados.

**Gráfico 1:** Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Estado de São Paulo, no período de 2006 e 2018



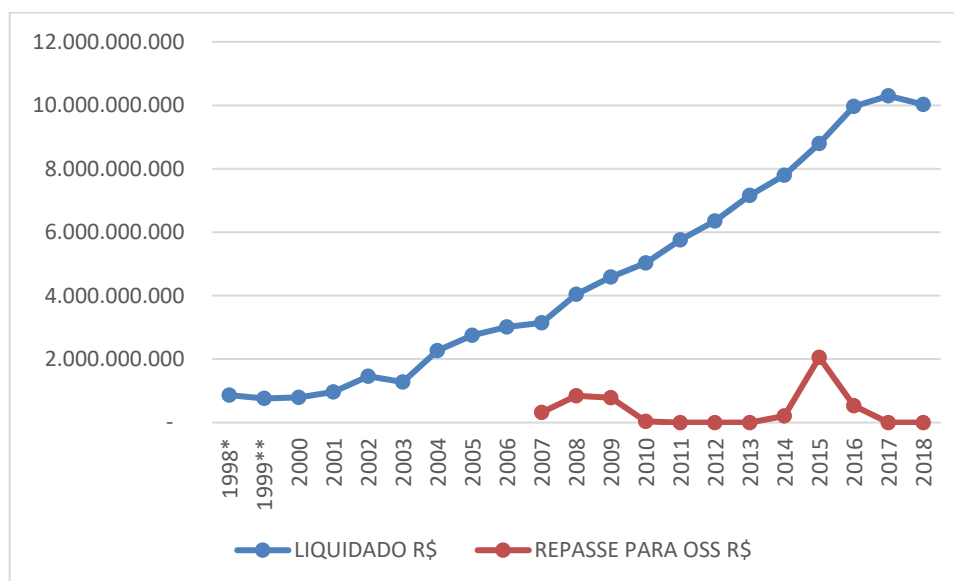
Fonte: Elaboração dos autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e Portal da Transparência

**Gráfico 2:** Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2012 e 2018



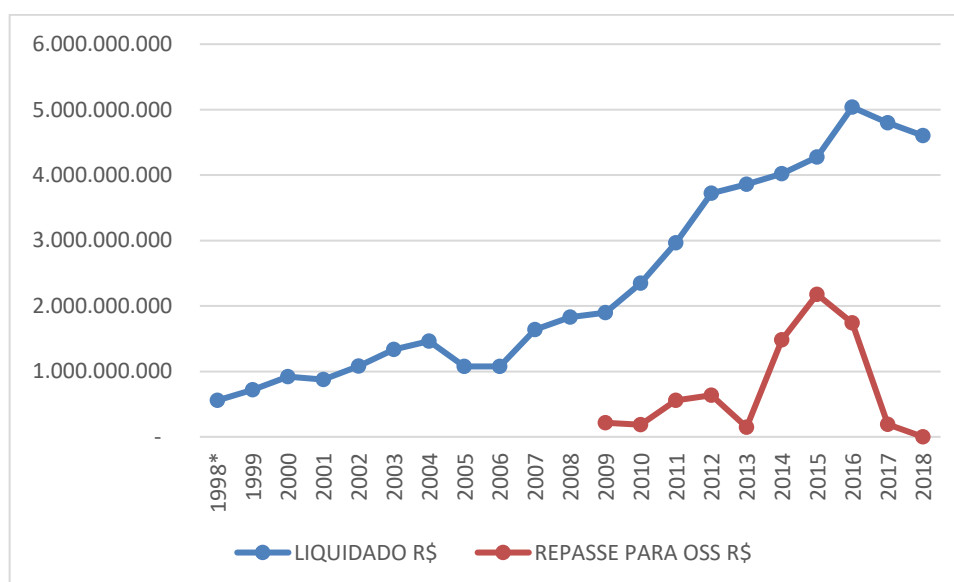
Fonte: Elaboração dos autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e Portal da Transparência

**Gráfico 3:** Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Município de São Paulo, no período de 2007 e 2018



Fonte: Elaboração dos autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Município de São Paulo e Portal da Transparência

**Gráfico 4:** Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do Município do Rio de Janeiro, no período de 2009 e 2018



Fonte: Elaboração dos autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Município do Rio de Janeiro e Portal da Transparência

Os dados ainda ilustram a crise financeira pelas quais passaram os Estados RJ e SP. Por mais que o orçamento sinalize esse crescimento, estudos apontam para a insuficiência desses valores, o que significa dizer que o SUS apresenta uma escala



de subfinanciamento (LIMA, 2006; LIMA, 2009; MENDES, 2012; MENDES, 2017; OCKÉ-REI, 2012; SIQUEIRA; BORGES, 2018). Não bastando o histórico de subfinanciamento vivenciado pelo SUS desde a sua origem, em 2016 o Governo Federal instituiu um Novo Regime Fiscal (NRF), a Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016), conhecida também como a “PEC do Teto”, que congelou os gastos públicos na área social para os próximos 20 anos. Os efeitos dessa medida de austeridade serão nefastos para a saúde (MENDES, 2017; TEIXEIRA, 2018).

Outra questão que pode ser destacada é que esse crescimento nos valores destinados à saúde das secretarias estudadas não significa que todo o repasse foi destinado ao SUS. Observa-se que, além do direcionamento de grande parte dos recursos da saúde para as OSS, um montante considerável é destinado para saúde suplementar, seja por meio das compras de serviços e leitos das entidades e/ou hospitais filantrópicos, seja por compra de serviços – como exames especializados e leitos de UTI – no setor privado, dentre outras atividades que recebem recursos do SUS (MENDES, 2015).

Essas constatações ganham visibilidade quando se caracteriza os diversos “donos do SUS” (RORIGUES, 2016), aqueles que detêm o controle sobre o financiamento e sobre a gestão das políticas e dos serviços públicos da saúde. Isso no que se refere especificamente ao domínio das OSS na gestão de grande parte dos níveis de atenção do SUS, considerando que o financiamento é 100% público, mas a lógica utilizada na gestão dos serviços e dos recursos humanos é privada.

O crescimento dos orçamentos para a saúde pode estar relacionado ao crescimento da atuação das OSS. Ao analisar os dados de SP, cujo orçamento total da saúde no ano de 2017 para o estado foi de R\$ 21,6 bilhões, desse montante, foram repassados para as OSS cerca de R\$ 6,22 bilhões. Esse recurso equivale a 28,7% do orçamento daquele ano. O que chama mais a atenção é que do valor destinado à 16 OSS, apenas uma organização recebeu R\$ 1,666 bilhão por meio de 4 CG, ou seja, 7,7% do orçamento anual destinado à saúde pública estadual.

O caso do município do Rio de Janeiro também é emblemático. No ano de 2015 foram assinados CG com OSS no valor de R\$ 2,177 bilhões, sendo que o orçamento total

da saúde para aquele ano foi de R\$ 4,272 bilhões. Assim, as assinaturas com as organizações representaram 50,95% do orçamento da saúde.

Tais análises apontam que a transferência da gestão dos serviços de saúde pública para as OSS é um mecanismo de privatização, de modo que a administração pública abre mão de parte do poder sobre grande parte do orçamento público em benefício das entidades privadas. É importante observar que os valores repassados correspondem apenas aos previstos nos CG. Recursos públicos consideráveis ainda são repassados para as OSS por meio dos termos aditivos.

Também nos debruçamos sobre os CG para apreender os elementos que demonstrassem possível desvio de finalidade, mudando suas características originais para ser consolidado como um instrumento de privatização.

Para isso, foi observado se havia neles algum tipo de padronização, seja em função de valores, do tipo de serviço empregado, do modelo jurídico de aplicação do instrumento, ou do modo de definição do objeto. Sobre este último ponto, foi identificado um padrão de definição do objeto que ocorre tanto nos contratos feitos em nível estadual, assim como em nível municipal.

Sobre os objetos dos contratos, observamos que as informações são extremamente resumidas, não permitindo maiores considerações sobre o serviço de saúde transferido. Eles apresentam praticamente o mesmo padrão de apresentação do objeto do contrato, independentemente de ser estado ou município. O texto básico é o seguinte: “O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto da operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e dos serviços de saúde no [nome do serviço] (...)”

Tal constatação aponta para uma reprodutibilidade quase automática do texto nos contratos firmados, deixando as informações específicas para os anexos. Isso acarreta uma dificuldade de transparência, já que muitas vezes os CG estão disponíveis digitalmente nas bases de dados das secretarias de saúde ou das OSS. Contudo, os anexos, termos de referência ou planos de trabalho, geralmente não são disponibilizados pelos entes públicos, tampouco pelas OSS. Tal fato está em consonância com as observações (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018, p. 51) que

demonstram haver uma “padronização relativa” nos CG, evidenciando cláusulas contratuais vagas e abrangentes.

Quanto ao tempo de vigência, há algumas especificidades. Os 49 contratos do município de São Paulo possuem apenas dois períodos identificados: 36 meses (27 CG) ou 60 meses (22 CG). Essa alteração está associada a mudança no modelo do CG, assim como a realização dos chamamentos públicos a partir de 2014. Já no município do Rio, o padrão de vigência nos 61 CG foi de 24 meses. Todavia, foram assinados 6 CG com prazo de vigência para 6 meses, 2 CG em 2012, 2 CG em 2015 e 2 CG em 2016. Em nenhum caso foram encontradas justificativas para essa alteração do prazo de vigência contratual.

Já no estado do RJ, dentre os 98 CG, o padrão de vigência foi de 12 meses, porém, 7 contratos foram subscrevidos com prazos diferentes: 3, 4 e 6 meses. Vale destacar que na cláusula que trata da vigência do contrato, a SES-RJ pontua que o CG pode ser renovado, mediante termo aditivo, até o limite máximo de cinco anos. No estado paulista todos os 217 contratos de gestão foram assinados para um período de 60 meses.

De acordo com cláusulas semelhantes em cada unidade territorial estudada, há a previsão de renovação do CG para períodos variados, após demonstração da consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas, havendo concordância de ambas as partes. Essas renovações ocorreram, na maioria das vezes, por meio de TA, que podem modificar completamente o CG inicial, alterando objeto, prazo de vigência, tipo de serviço, valor e demais itens. Pode ocorrer até mesmo a incorporação de outra OSS para a prestação do serviço, como aconteceu com a OSS Viva Comunidade, que incorporou a entidade Viva Rio por meio de um termo aditivo.

Os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro estão divididos em territórios ou áreas de planejamento, e essa conformação parece direcionar os editais de seleção das OSS. Isso permite que as OSS que se sagram vencedoras do certame construam um certo tipo de monopólio na região, ou seja, a entidade fica responsável por todas as atividades de saúde pública por um tempo determinado. Essa constatação também pode ser vista em alguns editais de seleção do estado do RJ para as Unidades de

Pronto Atendimento (UPA) 24h, organizadas em lotes, conforme a região. Quanto à renovação dos CG, identificamos um padrão, sempre associado à demonstração e à consecução dos objetivos e metas estabelecidas inicialmente, seguindo a legislação vigente (BRASIL, 1998). Tal fato pode estar associado a perpetuação do vínculo entre a OSS e o serviço de saúde.

Observamos que o uso do contrato para regular as relações entre os entes públicos e as Organizações Sociais não está alinhado aos princípios que nortearam a origem desse instrumento jurídico. O CG - surgido na França na década de 1970 e vigorado no Brasil a partir dos anos 1990 por orientações do Banco Mundial (ANDRÉ, 1999) -, traz a proposta de mudança cultural do perfil administrativo gerencial, com a premissa de desburocratizar o Estado e flexibilizar a forma de gestão pública. Seu eixo central perpassa o planejamento e o controle na implantação de políticas públicas com foco na racionalização dos controles burocráticos, na autonomia gerencial.

Conforme evidenciado em trabalhos anteriores (MARTINS, 2012; TURINO; SODRÉ, 2018; SIQUEIRA; BORGES, 2018; FERNANDES et al., 2018), a inserção das OSS no SUS está pautada pelo modelo gerencialista, também conhecido como New Public Management (NPM). Neste modelo, o princípio norteador é uma administração regulada pelo mercado. O foco deixa de ser o usuário e passa a ser o cliente. Ou seja, o SUS passa da integralização do cuidado a ser objeto de venda, uma mercadoria.

Esta mudança gerencial pode ser claramente observada nos termos utilizados nos documentos denominados de Termo de Referência para a formulação dos CG. Por exemplo:

(...) outros óbices à administração efetiva são as dificuldades na administração direta da aquisição de insumos e medicamentos, além da manutenção e aquisição de equipamentos. A gerência ágil desses recursos materiais é fundamental para a melhor atenção ao paciente com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida. Tais dificuldades surgem durante a execução dos processos administrativos. Na gestão empresarial, muitos desses processos cursam com maior simplicidade e eficácia, redundando em menor custo para a administração pública (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 4).

O Termo de Referência é o documento que guia a formulação dos contratos de gestão e de seus termos aditivos. E ele próprio já explicita essa lógica de que a administração direta não consegue lidar de maneira eficiente e que acaba onerando os custos.

Contudo, o que se vê não é, necessariamente, uma redução de custos com a transferência dos serviços para as OSS.

Os repasses de recursos financeiros para o custeio da prestação dos serviços de saúde pelas OSS têm aumentado em até três vezes mais quando comparado à administração direta (TURINO et al., 2016). Além disso, essas organizações possuem autonomia gerencial para realização de compras, sem estarem sujeitas à Lei Geral de Licitações e nem ao Sistema de Administração de Serviços Gerais da União.

As OSS administram bens e recursos públicos com a lógica do setor privado. Elas apresentam indícios de um mecanismo de privatização funcional e flutuante. A “privatização funcional” (SOARES et al., 2016; SÁNCHEZ-MARÍNEZ et al., 2014) compreende a contratação de entidades privadas com ou sem fins lucrativos para gerir os serviços públicos de saúde; o mecanismo de publicização das OS se refere ao termo privatização funcional (SOARES et al., 2016). Já privatização flutuante pode ser considerada a partir do momento em que um serviço gerido por OSS entra em colapso e o ente público tem a obrigação e a responsabilidade de intervir, tomando para si a gestão, dando continuidade ao serviço que estava sendo prestado pela OSS. Assim, os serviços prestados por OSS podem assumir ora face pública, ora face privada (CONTREIRAS; MATTA, 2015).

No mesmo sentido, o uso do termo associado à prática privatista “rent-seeking” representa a “apropriação da rês pública por interesses privados, seja pela própria burocracia, através do nepotismo, seja através da ação corruptora de agentes privados” (BARBOSA; ELIAS, 2010, p. 2486). Os autores ainda caracterizam as práticas de apropriação como “quase sempre sutil e sofisticado” e afirmam que esse é um mecanismo aprimorado de privatização do Estado.

As OSS, embora dependam do Estado para receber recursos, funcionam como empresas privadas pela autonomia na gerência dos recursos e definição de suas normas internas (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). O volume de contratos e seus excessivos aditivos demonstraram que os contratos omitem informações exigidas legalmente como detalhamento dos custos, formas de repasses, metas e indicadores e que ainda possuem aditivos em demasia (FERNANDES et al., 2018).

O estudo dos CG das OSS com os entes federados Rio de Janeiro e São Paulo (Estados e Municípios), aponta que se trata de um processo de privatização. Isso pode ser evidenciado pela forma como acontecem os acordos, seja pelos elevados valores de recursos públicos repassados a esses entes privados, ou ainda pela ausência de transparência no controle e no monitoramento das parcerias público-privadas (CARNEIRO; ELIAS, 2006; SILVA et al., 2015; SANTOS et al., 2018).

Tanto na previdência quanto na área da saúde ou em qualquer outro programa social, a complementariedade entre público e privado implica, de certo, novos papéis para ambos; não reduz, entretanto, a presença do Estado. Ademais, o caráter relativo da desestatização levada a cabo nos países industrializados representa aumento da legislação e dos mecanismos de controle da mesma, o que, como vários autores observam, se traduz em despesas adicionais (VIANNA, 1998, p. 69-70).

Esse aumento de custos, com processos de desestatização, é percebido também nos CG com as OSS, fato semelhante também acontece nas Parcerias Público-Privado (PPP), modelo que se assemelha muito às formas de gestão das OS no campo da saúde: a corrupção devido à falta de transparência. Realizar qualquer tipo de parceria em países em desenvolvimento é questionável, devido ao alto nível de burocracia e ao baixo nível de transparência, gerando ruídos nos monitoramentos e desconfianças democráticas entre os entes atuantes na parceria. Para muitos autores, uma PPP é mais arriscada que uma parceria entre atores do mercado, chamada de Business-to-business (B2B) (RUFIN; RIVERA-SANTOS, 2012).

Por fim, outros fatores podem corroborar ainda mais para a hipótese deste trabalho, apesar de não constarem nos debates levantados no presente artigo: a qualidade dos serviços prestados, o grau de acesso da população aos serviços e o acompanhamento e fiscalização, inerentes a prestadores de serviços públicos. Esses tópicos precisam ser levados em consideração em futuros trabalhos para comprovar se o discurso da eficácia, da eficiência e da efetividade a que os Contratos de Gestão estão ancorados (SILVA et al., 2015), de fato se realizam. O discurso gerencial atinente ao NPM focaliza o âmbito administrativo, fixando-se apenas na redução de custos operacionais dos serviços de forma fragmentada, e, desconsidera que a saúde é uma política de proteção social que produz e entrega bem-estar.

## 8.2.4 Conclusão

Este trabalho investigou 425 contratos de gestão (CG) firmados entre Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Secretarias de Saúde dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo e de suas respectivas capitais. Os CG são instrumentos jurídicos que foram criados para implementar a flexibilização da gestão pública, abrindo a possibilidade de parcerias entre o público e organizações privadas sem fins lucrativos. O presente estudo concluiu que a gestão, por meio de OSS no Sistema Único de Saúde, representa a transferência de volumes substanciais de recursos públicos para o setor privado.

As OSS operam como estratégia do modelo neoliberal adotado no Brasil nos últimos anos, no sentido de que todas as suas metodologias para operacionalização dos serviços – ainda que não declaradas e, por vezes, deliberadamente ocultadas – estão voltadas para o mercado. Em 12 anos os cofres públicos repassaram para 57 OSS um total de R\$ 53,931 bilhões. Deste montante, apenas três OSS receberam R\$ 20,433 bilhões. Isto evidencia a formação de oligopólios nesse novo mercado, criado a partir dos anos 90.

A volumosa transferência financeira aponta para o estrangulamento do financiamento público direto em benefício do setor privado. A gestão de serviços públicos de saúde, por meio das OSS, é uma forma efetiva de expandir um modelo econômico com foco na transformação da saúde em mercadoria. As OSS materializam a tendência crescente de transferência da gestão e da prestação de serviços públicos estatais para entidades privadas, as quais são classificadas legalmente como entidades sem fins lucrativos. Apesar disso, estudos demonstram que essas entidades possuem superávit (TURINO et al., 2018).

Além disso, os dados nos levaram a concluir que os CG pesquisados conferem permissões distantes dos princípios da administração pública e das normas jurídico-administrativas. Há na gestão pública dificuldade de acesso aos documentos e informações incompletas para a população, num desacordo com a Lei de Acesso à Informação e com a própria Lei das OSS. Estudo detalhado sobre as legislações que regulamentam a atuação das OSS e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) aponta a ineficiência do modelo jurídico-institucional em assegurar

mecanismos democráticos que ampliem a participação social e, por conseguinte, o controle social (SILVA et al., 2015).

Cabe ressaltar que, mediante a celebração do CG, a OSS passa a se constituir de uma ilimitada autonomia gerencial, administrativa e financeira na gestão dos recursos financeiros e bens públicos. Essa liberdade auferida à organização explicita os benefícios excessivos e atípicos; ao mesmo tempo, enfatiza o tamanho da responsabilidade dos órgãos públicos de controle e transparência na missão de fiscalizar, monitorar e controlar os CG, suas possíveis renovações e termos aditivos.

Juridicamente, os CG foram instituídos com o propósito de desburocratizar e instaurar a administração pública gerencial (BRASIL, 1997), além de instituir a qualidade total e intensificar os ajustes econômicos e o controle financeiro (BRESSER-PEREIRA, 2010). Todavia, este estudo confirma a utilização do CG como dispositivo que operacionaliza o processo de acumulação do capital a partir dos repasses substanciais realizados pelos entes públicos às OSS. As OSS se posicionam como um dos pilares no avanço da financeirização na saúde pública, ao mesmo tempo em que desnudam sua falsa aparência jurídica como personalidade sem fins lucrativos.

Finalmente, os CG celebrados entre OSS e entes públicos instrumentalizam a privatização, que ocorre de modo funcional e flutuante, uma vez que são contratadas para “funcionar” em substituição ao Estado. Todavia elas também “flutuam” e se esquivam, de modo que o Estado continua sendo o principal encarregado em prover e manter o serviço público. O Estado é o responsável por promover qualidade, mas também por prevenir falhas e improbidades administrativas e jurídicas, sejam das entidades privadas ou suas próprias, na gestão dos serviços públicos de saúde brasileiro.



### 8.3 ARTIGO 03 – SEGUINDO O DINHEIRO: ANÁLISE DOS REPASSES FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO PARA AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE <sup>27</sup>

#### 8.3.1 Introdução

A tendência político-econômica da globalização, a partir dos anos 1980, priorizou o chamado “Estado mínimo”, redesenhando as atribuições do Estado e fortalecendo a hegemonia do capital financeiro globalizado. Este discurso é criticado por alguns autores como Montaño (2002); Siqueira e Borges (2018) sob o argumento de que o Estado é ineficiente e dispendioso, expondo-o como um dos culpados pela crise e pela estagnação do crescimento econômico.

Apesar dos embates em torno das crises financeira e fiscal, a estrutura política vigente no Brasil, a partir dos anos 1990, apoiava-se no modelo neoliberal do Reino Unido, que logo passou a ser difundido nos países periféricos – com o “pressuposto de reordenar a política, a economia e as relações entre indivíduos administrando assim a crise e instaurando um novo projeto de sociabilidade extensivo a todas as partes do mundo” (ALMEIDA, 2011, p. 5). O modelo foi denominado por Terceira Via no Reino Unido, contudo, nem todos os países economicamente mais ricos adotaram essa alternativa. Os Estados Unidos, por exemplo, inseriram as ONGs e a França lançou mão do modelo de Economia Social. No Brasil, optou-se por denominar Terceiro Setor (TURINO et al., 2020).

Institucionalmente, as organizações que compõem o Terceiro Setor têm o seu crescimento ancorado nas políticas públicas (TURINO et al., 2020). Ora comportam-se como não-estatais e não-mercantis, assumindo características privadas, porém, sem fins lucrativos. Concomitantemente, almejam objetivos sociais, públicos ou coletivos, características atribuídas ao Estado. Para além das características beneficentes e dos espaços de atuação política, o Terceiro Setor se oferece como alternativa à transferência das responsabilidades sociais do Estado. O governo assume o papel de regulador e as instituições não governamentais apoiam e substituem o Estado (SIQUEIRA; BORGES, 2018; GIDDENS, 1998; BLAIR, 1998).

---

<sup>27</sup> Artigo formatado para submissão.

Essa transferência de responsabilidades do Estado para entidades não-governamentais pautou-se nas diretrizes do *New Public Management* (NPM), sendo a principal e mais influente teoria de modernização do aparelho estatal contemporâneo. O NPM é o dispositivo para reduzir o “peso de um Estado abrangente como o Estado de Bem Estar-Social” (MARTINS, 2012, p. 12) e orientou a Reforma do Estado brasileiro nos anos 1990 (BRASIL, 1995).

Em 1998, a Lei Federal nº 9.637, criou as Organizações Sociais de Saúde (OSS) (BRASIL, 1998) sob o argumento principal da desburocratização e da redução de custos, baseadas no tripé canônico da administração: eficácia, eficiência e efetividade. Contudo, dados empíricos (TURINO, 2016; VIEIRA, 2016; FERNANDES, 2017) apontam para aumento de despesas do Estado com a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para as OSS. Ademais, o levantamento sobre os Contratos de Gestão (CG) de OSS com secretarias estaduais de saúde demonstram um panorama do crescente movimento de transferência da administração pública para a gestão dessas entidades privadas (SODRÉ et al., 2018).

Os CG são instrumentos jurídicos que selam essa parceria entre o setor público e outras entidades não estatais, sejam com ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1995; BRASIL, 1998). O CG deve afirmar o compromisso com a transparência e a responsabilização, sendo eles instrumentos de pactuação, que permitem o estabelecimento de compromissos entre o Estado e as OSS acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão. Também concedem maior autonomia gerencial às OSS, que são cobradas pelos resultados alcançados.

Esses contratos ocultam um outro instrumento privatizante: os Termos Aditivos (TA). Eles permitem que contratos sejam ajustados à realidade com o desenvolvimento da prestação do serviço. Também são ferramentas para correções de rumo e repactuação de cláusulas contratuais. A legislação que regulamenta as OSS permitiu que os TA adquirissem uma certa autonomia, abrindo uma brecha para que os gestores públicos tivessem mais flexibilidade. Por isso, os aditivos adquiriram relevância, apesar de raramente ser objeto de discussões no âmbito da gestão pública. Estudos anteriores (TURINO, 2016; FERNANDES, 2017) identificaram que há uma relação direta entre o aumento de valores repassados para OSS e o número

de TA. Conclusão semelhante foi obtida no estudo das 10 maiores OSS que atuaram no eixo Rio-São Paulo no período de 1998 a 2015 (SODRÉ et al., 2016).

O objetivo principal do presente trabalho é analisar os CG que regulamentam a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e as OSS. No município do Rio de Janeiro, as primeiras parcerias foram iniciadas a partir da Lei Municipal nº 5.026, de 2009. O início das atividades das OSS no município estava em consonância com o Planejamento Estratégico para a Saúde, também iniciado em 2009. Esse planejamento – estabelecido para o período 2009/2012 – preconizou quatro frentes: Programa Saúde Presente (PSP); Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI); reestruturação do atendimento de emergência; e criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O Programa Saúde Presente inseriu o conceito de “territorialização da Atenção Primária à Saúde” (VIEIRA, 2016), aproximando-se da política Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com o PSP foram criadas 10 áreas programáticas que reorientaram as ações para uma medicina preventiva (VIEIRA, 2016), norteando a criação dos editais de chamamento público para as OSS.

Nos editais, os serviços de saúde foram dispostos por território ou Área de Planejamento (AP), determinando que as OSS vencedoras do certame ficassem responsáveis por todos os serviços públicos de saúde daquele território. Isso abarcava hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), UPA 24 Horas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), clínicas da família, dentre outros.

Essa nova política resultou em uma expansão do acesso da população aos serviços públicos de saúde (RAMOS; SETA, 2019). Porém, todos os “novos” serviços criados foram transferidos para a gestão das OSS. Neste sentido, torna-se relevante averiguar se a transferência dos serviços de saúde pública para entidades privadas sem fins lucrativos pode ser considerada como um processo de privatização (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014; DONADONE, BAGGENTOSS, 2017), destacando o sofisticado embate que evidencia a importância destes “intermediários” na gestão dos serviços públicos de saúde.

Assim, este estudo analisa os CG e os TA para compreender os processos que resultam nessa forma de privatização, analisando os valores financeiros repassados pela administração municipal do Rio de Janeiro para as OSS entre 2009 e 2018.

### **8.3.2 Metodologia**

Este estudo é descritivo e exploratório, fundamentado em fontes documentais e em dados secundários de domínio público, com abordagem mista: quantitativa e qualitativa. Foram analisados CG e TA obtidos no sítio eletrônico da SMS/RJ entre 2009 e 2018. Também foram consultadas as Leis de Orçamento Anual (LOA) e os Relatórios de Gestão municipais do Rio de Janeiro para construir um panorama comparativo dos recursos orçamentários para a saúde com os transferidos para as OSS.

A escolha pela capital fluminense se justifica pela necessidade de analisar a expansão do acesso aos serviços públicos de saúde e a participação das OSS na gestão. Após a coleta dos CG e dos TA foram construídas planilhas para quantificar os valores financeiros recebidos pelas organizações. Ao total foram analisados 61 CG e 207 TA, havendo extração e tabulação das principais informações, a saber: quantidade de contratos e aditivos; objeto; valores; e período de vigência. Esses dados foram sistematizados e analisados com auxílio da ferramenta de visualização de dados Flourish<sup>28</sup>.

O valor total do CG e TA foi computado considerando o valor integral no ano de assinatura. Por exemplo: o valor total dos CG de 2006 é resultado da soma dos contratos firmados entre 01/01/2006 e 31/12/2006. Essa opção metodológica foi necessária pela ausência da informação transparente nos contratos sobre o momento dos repasses financeiros às OSS. Além disso, não há instrumentos de fiscalização acessíveis à sociedade civil para acompanhar as transferências. Apesar dessa aproximação, o método permitiu visibilizar os valores repassados.

### **8.3.3 Resultados**

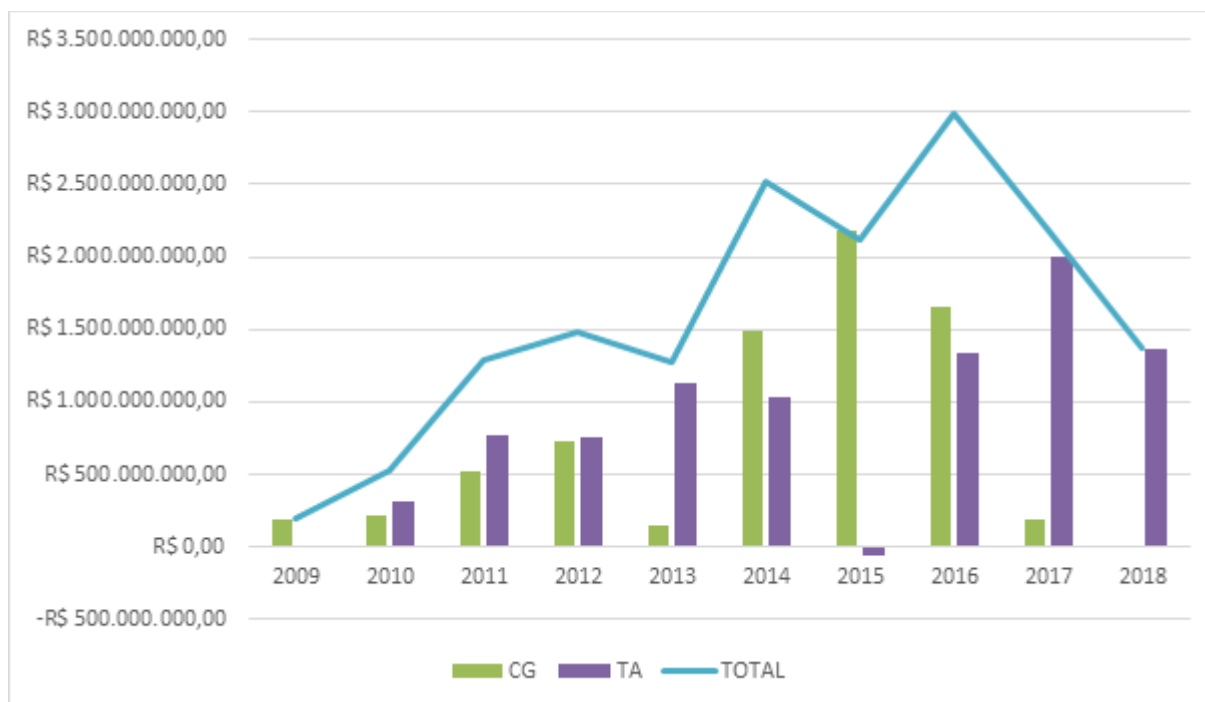
Foram identificados 268 documentos, sendo 61 contratos e 207 aditivos, firmados entre 2009 e 2018. Ao total, 15 OSS firmaram CG com a SMS/RJ. Para melhor

---

<sup>28</sup> Disponível em <https://flourish.studio/>

compreensão dos impactos orçamentários da incorporação de TA nos CG, uma análise detalhada pode ser observada no gráfico a seguir.

**Gráfico 5** - Evolução dos recursos financeiros destinados a OSS por meio dos contratos de gestão (CG) e termos aditivos (TA) com a SMS/RJ, entre 2009 e 2018



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SMS/RJ.

O gráfico 5 ilustra, por meio da evolução dos valores programados para CG e TA, a hipótese de que essas transferências são um processo de privatização. Em 2011, por exemplo, esses valores superaram a ordem de R\$ 1 bilhão.

Pelo gráfico podemos perceber ainda que os TA servem como instrumento para a manutenção da gestão pelas OSS, além de expandir os repasses. Isso configura a privatização da gestão dos serviços públicos por meio de uma manobra gerencial. Observando os valores orçados nas assinaturas de CG e TA nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013, 2017 e 2018, fica evidente a predominância da transferência via aditivos comparados aos contratos. Essa análise reforça a importância da investigação detalhada dos TA para compreender a evolução temporal dos CG.

Ao total, a SMS/RJ assinou 61 CG entre 2009 e 2018, repassando R\$ 7,2 bilhões para as OSS. Além desse montante, efetivou-se, no mesmo período, o repasse de R\$ 8,6

bilhões via TA. Ao somar o total de CG e TA, alcançamos o valor de R\$ 15,8 bilhões, que representa 119,4% de majoração em relação ao previsto inicialmente nos CG.

Observando a dinâmica dos repasses, houve a necessidade de acompanhar o desempenho dos menores e dos maiores CG. O valor médio dos 10 menores CG foi de R\$ 18,1 milhões por CG. Porém, o acréscimo via TA foi de R\$ 99,2 milhões, majorando-os em 546,1%. Já os 10 maiores CG tiveram valor médio de R\$ 327,5 milhões e o incremento por meio dos TA foi de 92,54%, alcançando o valor médio de R\$ 353,1 milhões em aditivos.

Foi realizada uma análise detalhada do CG de maior majoração por meio de TA durante o período. Trata-se do CG 001/2009, firmado entre a OSS Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e a SMS/RJ para gerir Unidades de Saúde da Família. O valor inicial pactuado em 07/10/2009, para 24 meses, foi de R\$ 35,4 milhões. No primeiro ano, em 01/03/2010, foi realizado o primeiro aditivo para a incorporação de 12 equipes de profissionais para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por 3 meses, aumentando o valor inicial em R\$ 2,2 milhões. Ainda em 2010, dia 1º de junho, foi assinado o segundo TA no valor de R\$ 62,5 milhões, substituindo o valor total do CG previsto inicialmente para R\$ 84,9 milhões, incorporando as equipes dos NASF por mais 16 meses. Em 07/10/2011, houve prorrogação da vigência contratual por 24 meses, ampliando o valor do período para R\$ 231,2 milhões e aumentando em 653,9% do previsto inicialmente. Em 2013 houve a prorrogação do mesmo certame por mais 12 meses, no valor de R\$ 115,2 milhões. Por fim, em 2015, para cumprir o decreto municipal nº 40.454 de 10/08/2015, que exigiu a redução de um percentual de 5% em todos os CG, houve um aditivo para a supressão de R\$ 55,7 milhões. Assim, o CG repassou o total de R\$ 375,6 milhões, entre outubro de 2009 e outubro de 2014. Isso correspondeu a um aumento de 962,3% em relação ao previsto inicialmente.

Além da mudança nos valores financeiros nos CG, os TA assumiram outras funções: aumentar ou diminuir os serviços; incorporar novas atividades não previstas; modificar nomes e/ou CNPJ, aumentar ou diminuir prazos. Essas possibilidades criaram brechas e modificaram os CG. Tal maleabilidade inviabilizou categorizar os tipos de serviços contratados inicialmente, já que cada aditivação alterou praticamente todo o

certame. Dos 61 CG analisados, 52 foram aditivados, representando 85,2% e reforçando que o uso de TA nos CG da SMS/RJ com OSS é um padrão.

Também os TA criaram condições para legitimar a incorporação de uma organização por outra. Foi o caso da OSS Viva Rio (VR), que incorporou a Viva Comunidade (VC) com a justificativa de usar imunidade concedida pela Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS). Tal fato fica evidente na análise do processo nº 0064065-05.2018.4.02.5101, da 12ª Vara Cível Federal do Estado do Rio de Janeiro. Neste imbróglio jurídico, a OSS VR pleiteia a imunidade retroativa à data da incorporação para fazer jus a uma renúncia fiscal maior. Importante destacar que a CEBAS tem por objetivo conceder a isenção de tributos às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social, cuja finalidade é prestação de serviços de assistência social, saúde ou educação (BRASIL, 2009).

Ao receberem a CEBAS, as OSS adquirem o direito a mais benefícios tributários, tornando-as imunes a quase todos os impostos, além de isenções fiscais nos âmbitos federal, estadual e municipal (TURINO et al., 2018). Aqui, o Estado abre mão da arrecadação para contratualizar com entidades privadas sem fins lucrativos. Isso é muito relevante para os cofres públicos e merece olhar mais atento. No caso da disputa judicial entre a VR e a Receita Federal, o montante financeiro de tributo não recolhido gira em torno de R\$ 2 milhões. Apenas como uma informação complementar, as entidades VR e VC receberam R\$ 1,3 bilhão em função de CG, além de R\$ 2,1 bilhões em TA, totalizando um repasse de R\$ 3,4 bilhões. Tal recurso financeiro foi repassado pela SMS/RJ à entidade em função de oito contratos e 46 aditivos, entre 2009 e 2018.

Apesar dos valores significativos, a entidade VC/VR não foi a que recebeu mais recursos públicos no período. Ela ocupou o terceiro posto no ranking das OSS com mais repasses em CG e TA. O Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) foi a organização que mais recebeu recursos financeiros no período, acumulando o montante de R\$ 4 bilhões. Em segundo lugar veio a SPDM, que teve repasses de R\$ 3,7 bilhões. Essas entidades compõem o grupo de OSS que ultrapassaram a marca de R\$ 3 bilhões em transferências da SMS/RJ entre 2009 e 2018, seja em CG, seja em TA. O valor destinado às quatro OSS que mais receberam

recursos soma R\$ 12,3 bilhões, equivalente a 77% do total repassado pela secretaria de saúde para as 15 organizações que celebraram contratos no período investigado, num total de R\$ 15,942 bilhões, conforme podemos observar na tabela a seguir.

**Tabela 3:** OSS que mais receberam recursos financeiros por meio dos contratos de gestão (CG) e termos aditivos (TA) com a SMS/RJ, entre 2009 e 2018

OSS	Total CG	Total TA	Total Geral (CG+TA)
IABAS	R\$ 1.837.064.598,54	R\$ 2.184.422.490,87	R\$ 4.021.487.089,41
SPDM	R\$ 1.430.786.715,97	R\$ 2.204.479.251,53	R\$ 3.635.265.967,50
VC/VR	R\$ 1.342.780.746,62	R\$ 2.077.758.300,35	R\$ 3.420.539.046,97
CEJAM	R\$ 688.823.736,57	R\$ 525.200.832,73	R\$ 1.214.024.569,30

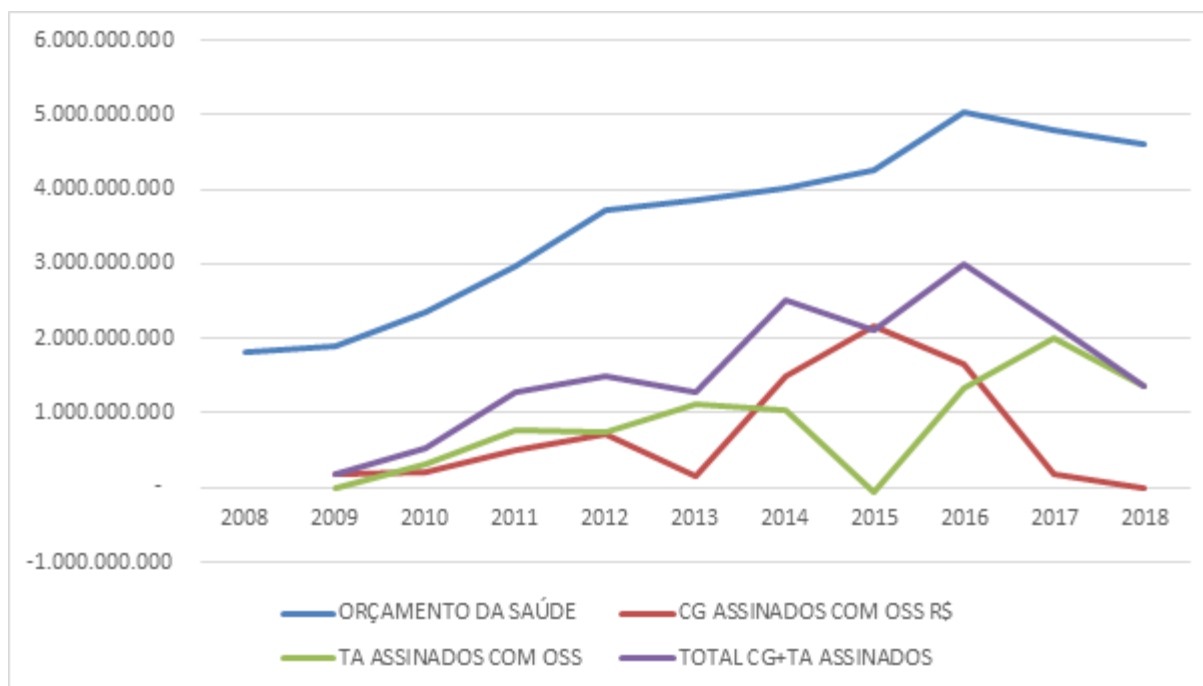
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SMS/RJ.

O cruzamento dos dados dos valores orçamentários da saúde no município do RJ, com os valores dos CG e dos TA assinados com as OSS, evidencia o peso da responsabilidade do poder público municipal na transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para esse modelo de gestão.

No gráfico 6 podemos observar que no ano de 2014 o orçamento municipal para a saúde foi cerca de R\$ 4 bilhões, sendo que os CG e TA assinados naquele ano previam o repasse de R\$ 2,5 bilhões para OSS. Isso representou 62% do orçamento público da saúde. Já no ano de 2016 houve o maior pico de valores previstos para OSS a partir de assinaturas de CG e TA, perfazendo quase R\$ 3 bilhões, mostrando a possibilidade de haver uma relação direta entre o aumento de recursos provisionados para OSS e as eleições municipais. Fato semelhante ocorreu em 2012, ano em que cresceu o orçamento para a saúde e também os valores assinados com as OSS.



**Gráfico 6:** Evolução dos repasses financeiros por meio dos contratos de gestão (CG) e termos aditivos (TA) comparado com o orçamento da saúde firmados na capital do Rio de Janeiro, no período de 2009 e 2018



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SMS/RJ.

A relação entre a gestão municipal e as OSS foi objeto de investigação do Ministério Público do Rio de Janeiro (MP-RJ), que, em ação sobre os casos de corrupção na saúde, afirmou que a OSS IABAS enriqueceu significativamente nos dois mandatos de Eduardo Paes (2008- 2011 e 2012-2016). Essa situação foi denominada pelo MP-RJ de “espúria”, por mostrar forte ligação entre a prefeitura e a IABAS para o desvio de recursos públicos (PRADO et al., 2020).

O gráfico 6 ainda mostra a queda vertiginosa nos valores em TA assinados em 2015, justificada em função do decreto municipal nº 40.454 de 10/08/2015, que dispôs sobre a “manutenção, renegociação e a revisão de contratos e convênios para redução de no mínimo 5% do saldo a liquidar” (RIO DE JANEIRO, 2015, p. 1), gerando um grande percentual de TA com valores negativos. Isso ocorreu porque as OSS tiveram que realizar a “supressão” de parte dos valores originais dos CG. Em contrapartida, houve um aumento considerável nas assinaturas de novos CG no decorrer de 2015, representando o volume de R\$ 2,2 bilhões, maior montante por ano no período investigado. Assim, pode ter havido uma lógica compensatória por conta dos recursos reduzidos em obediência ao decreto municipal.

Também podemos aferir, com base nesse gráfico, que os picos de assinaturas dos TA representam a manutenção da OSS à frente do serviço original. Sem o decreto municipal, certamente, haveria um crescimento maior na assinatura de TA. Isso leva a considerar que a permanência da mesma OSS em determinados serviços pode gerar um processo de hegemonia ou monopolização.

Vários dos CG investigados revelam que algumas OSS desenvolveram certo tipo de direito sobre determinada área. Por exemplo, o CG 003/2009 previu um lote de diferentes tipos de serviços públicos de saúde. No objeto do CG há uma variedade de serviços de saúde sob gestão de uma mesma OSS, a saber: operacionalização de atividades e serviços de saúde no âmbito das Urgências e Emergências em UPAS e unidades de atendimento não hospitalar, no lote 1. Já no lote II foram agrupados os CAPS, hospitais, UPA 24 Horas, policlínicas e UBS.

É notório que a SMS/RJ estruturou sua rede de serviços de saúde por AP, o que facilitou, ou até direcionou, os editais para determinados monopólios de OSS, que passam a ter um tipo de poder sobre o território. Além disso, a possibilidade de renovação dos certames, via TA, estende consideravelmente o tempo de atividade da OSS num território. Como consequência, pode haver em breve uma dinâmica de naturalização da OSS na execução dos serviços de algumas localidades, criando monopólios. Assim, os TA se transformam numa ferramenta que naturaliza o monopólio das OSS sobre o serviço de saúde e ao mesmo tempo sedimenta o processo de privatização.

O orçamento público da saúde mostrado no gráfico 6 apresentou aumento considerável dos valores, praticamente dobrando entre 2008-2012 e crescendo consideravelmente até 2016. Analisando o CG 007/2012, firmado entre SMS/RJ e a OSS SEB, tem-se que o objeto original previa o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no âmbito da Coordenação Operacional Regional de Emergência (CORE) do bairro do Leblon. O contrato foi assinado em 30/04/2012 e teve prazo de vigência previsto para 24 meses, com um valor total de R\$ 82,5 milhões. Em agosto de 2012, houve uma alteração do cronograma de desembolso via TA. Depois, em 26/12/2012, uma modificação contratual acrescentou quase R\$ 2 milhões para atendimento Pré-Hospitalar Fixo (PHF) na Orla de Copacabana para apenas três dias: Natal (25/12/12) e Réveillon (31/12/12-01/01/13).

Em 2013, ou seja, antes de findar o prazo original de dois anos, houve um terceiro TA, que previu o repasse de mais de R\$ 14 milhões por mudança de indicadores. Em abril de 2014 houve a prorrogação do CG por mais quatro meses, acrescentando R\$ 16,4 milhões; em agosto do mesmo ano mais uma prorrogação por seis meses, com um custo de R\$ 24,6 milhões; e, por fim, em fevereiro de 2015 outra prorrogação por mais seis meses do contrato através do quinto TA, pelo mesmo valor anterior. No total, a transferência só por TA foi de R\$ 81,5 milhões, evidenciando as dificuldades no planejamento das ações de saúde pública no município do Rio de Janeiro.

#### **8.3.4 Discussão**

Um dos principais desafios deste trabalho foi realizar a leitura detalhada de cada um dos 268 documentos, na tentativa de compreender as informações públicas contidas nos CG, as quais parecem sempre estar encobertas, pois seguem um “padrão de vagueza” (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018). Por sua vez, os dados contidos nos aditivos também carecem de clareza, uma vez que demonstram a hegemonia de determinadas OSS na gestão dos serviços.

Neste sentido, os TA podem determinar a expansão e/ou inclusão e/ou redução de serviços, prorrogação da vigência (prazo) e até mesmo incluir novos serviços públicos de saúde não previstos no certame original. Outros autores como Sodré, Bussinguer (2018) e Fernandes et al., (2018) apontam ainda que o aditivo pode ser usado em qualquer momento da execução do contrato, vista a necessidade de alteração de cláusula contratual. As legislações preveem o uso dos TA como instrumento de ajustes dos CG. Porém, o que observamos é um uso indiscriminado e excessivo desses instrumentos.

Juridicamente, os aditivos contratuais são instrumentos utilizados para formalizar a alteração de cláusulas do contrato firmado entre a administração pública e o contratado (BRASIL, 1997). No entanto, a análise permitiu constatar que, majoritariamente, os TA alteram cláusulas que impactam no montante de recursos financeiros a serem repassados à contratada, aumentando significativamente os valores pactuados inicialmente. A questão maior não é necessariamente a quantidade de TA agregados em um CG, mas sim, como esses termos modificam de maneira crucial o objeto original do CG.

Os contratos de menores valores iniciais estão mais propensos a terem maior majoração por meio dos TA, os quais potencializam a flexibilização financeira dos CG. Num olhar mais atento podemos afirmar que os CG instrumentalizam a privatização por meio da entrada das OSS na gestão dos serviços públicos de saúde. Os TA, por sua vez, sedimentam esse caminho para a privatização por dentro, já que ele transforma consideravelmente o CG. Considerando sempre que essas organizações foram criadas pelo próprio Estado.

A pesquisa aponta que o orçamento da saúde do Município do Rio de Janeiro praticamente dobrou entre 2009 e 2013, ensejando a expansão da cobertura em Atenção Básica (AB), mediante gestão por resultados via modelo de OSS (RAMOS; SETA, 2019). O maior número de OSS contratadas traz a associação entre o maior volume de recursos públicos transferidos para as OSS via CG e/ou TA pelo gestor público, o que pode configurar em um exemplo de “moeda de troca” ou também “paroquialismo político” (MELLO, 2012), evidenciando a existência de um jogo político que beneficia substancialmente as OSS (TURINO, 2016).

Identificou-se nos achados uma relação entre a política de saúde pública da gestão municipal e a elevação de repasses destinados às OSS, evidenciando que a ampliação dos recursos para a saúde não significa, necessariamente, o aumento de valores financeiros para o SUS, uma vez que os dados mostram o direcionamento dos valores para as OSS (MENDES, 2012; MENDES, 2015; OCKÉ-REIS, 2012). Parece ser um contrassenso o ente público entregar ao ente privado um serviço público, repassar valores financeiros maiores que habitualmente investidos na administração direta, e, ainda, subsidiá-lo com benefícios tributários.

Assim, não é possível afirmar se as majorações nos valores, alterações de objeto ou mudanças nos prazos de vigência de CG ocorrem devido à “falta de planejamento dos gastos públicos ou por decisão consciente do gestor em ampliar em demasia os repasses financeiros à iniciativa privada” (FERNANDES, 2017, p. 129).

Há dificuldade de fiscalização e transparência nas operações de transferência dos serviços de saúde para as OSS por meio dos CG, uma vez que os incrementos mais consideráveis de repasse de recursos públicos acontecem por meio de TA. Aparentemente, a característica híbrida própria das OSS (TURINO et al., 2018; SILVA,

2004) também parece se destacar nessa flexibilidade financeira, ao descrever e quantificar os CG. Logo, o hibridismo pode ter como consequência efeitos anômalos, pois, como surgem da combinação de recursos públicos e privados, tendem a gerar efeitos adversos a partir da dicotomia “responsabilidade pública e lógica comercial”.

Pesquisa anterior (TURINO et al., 2018) aponta que as OSS, enquanto organizações sem fins lucrativos, muitas vezes agregam dupla certificação: uma quando ocorre a qualificação pelo ente público para atuar como organização social e outra quando a instituição filantrópica recebe a Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS). As OSS que acumulam a certificação de filantrópicas demonstram extrapolar os limites já pouco discerníveis entre agentes privados e esfera pública dos modelos do *New Public Management*, na medida em que sequer se apresentam como novas formas jurídicas, e sim, como enxertos em arcaicas instituições (TURINO et al., 2018).

Se os 61 CG realizados entre 2009 e 2018 tivessem cumprido as metas e fossem encerrados dentro do prazo original, custariam R\$ 7,2 bilhões. Porém, ao adicionar os R\$ 8,7 bilhões agregados via TA, o custo final da somatória dos CG atinge R\$ 15,9 bilhões. O uso dos TA não é apenas para prorrogação dos CG, mas para alterar sutilmente as cláusulas contratuais e ampliar repasses financeiros para as OSS. Diferentemente dos CG, os TA são ocultados no CG inicial, funcionando reiteradamente como um novo contrato. Em muitos casos eles mantêm pequena relação com o contrato inicial. Contudo, o seu volume e conteúdo resultam na naturalização da permanência de uma determinada OSS no serviço público de saúde.

As evidências acumuladas neste trabalho trazem argumentos para desconstruir o discurso da melhoria da gestão por desempenho preconizada pelas OSS a partir dos pilares do NPM. Mesmo com inúmeras referências textuais ao NPM na composição dos CG e TA, tais como pagamentos por desempenho - *pay-for-performance* (P4P) ou *value based purchasing*, concluímos que o que está descrito vira detalhe perto das consequências financeiras, sugerindo que o uso de termos aceitos e instituídos pelo novo gerencialismo evidencia um jogo mercadológico.

### 8.3.5 Conclusão

O estudo detalhado dos Contratos de Gestão (CG) e dos Termos Aditivos (TA) celebrados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e as Organizações Sociais de Saúde (OSS), levam a concluir que o uso desse instrumento jurídico está distante das intenções preconizadas como ferramenta administrativa que prevê transparência e responsabilização. Faz-se necessário, portanto, argumentar sobre o poder outorgado à Administração Pública na liberdade do uso dos CG, assim como ações arbitrárias e flexibilizações no regime jurídico administrativo, colocando em xeque os princípios constitucionais brasileiros.

Os aditivos contratuais dilatam a vigência, modificam o objeto, alteram metas. Porém, o apontamento mais grave que este estudo lança luz é a ampliação severa dos repasses financeiros públicos para a OSS. As evidências analisadas mostram um aumento médio de quase 120% do valor final de repasses em relação ao previsto inicialmente.

As OS formam uma categoria de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que celebram contratos de prestação de serviços com entes públicos, incluindo os serviços relativos à saúde, cujo modelo econômico adotado possui estratégias voltadas para o mercado. Ainda que usem o ideário de serem entidades “sem fins lucrativos”, as organizações são motivadas pela apropriação do lucro e pela maximização de valores, sendo orientadas por princípios empresariais. A gestão de serviços públicos de saúde por meio delas é uma forma de expandir um modelo econômico com foco na transformação da saúde em mercadoria.

Tal situação coloca em xeque muitos dos valores construídos na Constituição Federal do Brasil de 1988, além de não prezar pela transparência, possibilitar a criação de monopólios e a concentrar poder financeiro, político e territorial nas mãos de OSS.

Assim, a transferência da gestão pública de saúde para as organizações privadas sem fins lucrativos pode ser considerada uma privatização funcional e fluante. Privatização funcional, pois, a partir do momento em que assumem a gestão dos serviços públicos de saúde, funcionam como o setor público, mas sua identidade permanece privada. A privatização fluante está caracterizada uma vez que, por problemas de ordem administrativa, financeira, fiscal ou jurídica, o Estado reassume

sua função de gestor. Os resultados destacam que essa medida é uma consequência do neoliberalismo, defensor do estado mínimo para políticas sociais e máximo para concessões ao mercado (BORGES et al., 2012). O estudo do volume de recursos públicos, transferidos para empresas privadas sem fins lucrativos a partir dos CG e TA, aponta para o estrangulamento do financiamento público direto em benefício do setor privado.

Finalmente, os dados permitem afirmar que os CG são usados para instrumentalizar o mecanismo de privatização dos serviços públicos de saúde. Os TA desenvolvem o papel de sedimentar esse processo de privatização. A figura do “Cavalo de Troia” ilustra bem essa situação, em que os CG representam o “presente” que os gregos ofereceram aos troianos. O grande cavalo de madeira não era um sinal da vitória dos troianos e, sim, uma armadilha ocultando soldados que tomaram a cidade. Já os termos aditivos são os soldados que, mesmo invisíveis inicialmente, causam um impacto considerável nas transferências de recursos públicos para o setor privado.

#### 8.4 ARTIGO 04 – A DUPLA CERTIFICAÇÃO NA SAÚDE: A ARTICULAÇÃO POLÍTRICA ENTRE INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

29

As políticas públicas destinadas para o crescimento das instituições do terceiro setor na condução e implementação de políticas sociais redefinem as relações entre Estado e mercado. A *Nova Governança Pública (New Public Management - NPM)* surgiu como um novo paradigma nos anos 1980, contrário à velha administração pública (paradigma Weberiano). O modelo, introduzido pela direita conservadora radical no Reino Unido é caracterizado por uma conformação política, a qual o governo deixa de ser o centro da gestão e passa a atuar de modo plural, ou seja, abrindo possibilidades para contratos firmados entre o público e o privado. Segundo Osborne (1995), o Estado passa a assumir o papel de “distribuidor das políticas públicas” e o governo se coloca na figura de regulador de suas políticas, com a função de entregá-las aos parceiros do setor privado ou também da sociedade civil.

A continuidade das reformas gerenciais ao longo do tempo e durante a gestão de governos de distintas colorações políticas, sugere a possibilidade da existência de pós modelos NPM. Por essa razão, vários autores se dedicam ao debate NPM *versus* pós NPM (NEWMAN, 2001; OSBORNE, 2010). O pressuposto para a reflexão da antiga ordem da social-democracia/administração pública, dominante desde a década de 1940, colapsou no final da década de 1970. A ingovernabilidade foi expressa na onda de greves do setor público, no denominado “inverno do descontentamento” em 1978/79, levando Thatcher ao poder em 1979.

Entretanto, em 2008, a crise financeira global expôs os perigos da dependência excessiva da financeirização. Consequentemente, se os anos 80 foram marcados pelo veloz crescimento de valores sociais menos solidários, orientados para a realização individual, expressos em palavras-chave como "empreendimento" e "desempenho" e diminuição do poder de sindicatos do setor público, o início do século XXI expôs os perigos do poder excessivo dos investidores financeiros. É neste sentido que Ferlie (2017) procura equacionar o tema.

---

<sup>29</sup> Este capítulo foi publicado no livro “Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde”, organizado por Francis Sodré, Elda Bussinguer e Ligia Bahia (2018).



No Brasil a “reforma gerencial” foi simultânea às reformas orientadas para o mercado, pautadas pela Nova Gestão Pública (NGP). Embora o chamado gerencialismo, iniciado no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) nos anos 1990, tenha obtido resultados parciais em relação ao que pretendia, deixou como legado formas de “privatização velada” do Estado e das políticas públicas, tais como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) (FONSECA, 2017). Conseqüentemente, muitas das reflexões nacionais sobre a NGP – ainda que organizadas em torno de ponderações sobre o patrimonialismo como limite estrutural (PINHO, 1998), críticas ao conservadorismo das políticas neoliberais e suas conseqüências privatizantes (MISOCZY, et al., 2017) e defesa da modernização da administração pública (BRESSER-PEREIRA, 2010) – referem-se às novas figuras jurídicas e administrativas que contratualizam serviços públicos.

Considerando esse acervo de conhecimentos, ainda que a área da saúde tem sido objeto de especial atenção, este estudo dedica-se a examinar uma das singularidades na forma de atuação das Organizações Sociais que atuam na saúde: a natureza filantrópica de instituições tradicionais e inerentemente não lucrativas, que são contratadas como Organizações Sociais de Saúde (OSS) para modernizar a administração pública. Após análise de informações<sup>30</sup> extraídas dos contratos de gestão (CG) de OSS com secretarias estaduais de saúde, foi possível observar a dupla certificação de entidades privadas sem fins lucrativos, associando o seu título de filantropia com a qualificação de Organização Social de Saúde na prestação de serviços públicos de saúde.

O fenômeno de transferência de mais atribuições, responsabilidades e recursos públicos para as entidades filantrópicas, que agregam a função de prestadoras de serviços públicos de saúde para o Sistema Único de Saúde e atuam como mantenedoras de escolas de graduação de cursos de saúde, essa descrição configura uma estrutura econômica volumosa que requer especial atenção. As Organizações Sociais de Saúde, que acumulam a certificação de filantrópicas, parecem extrapolar

---

<sup>30</sup> Parte de nossa pesquisa refere-se à realização de um levantamento que analisamos 1.352 contratos de gestão (e aditivos de contratos) firmados entre as secretarias estaduais de saúde dos estados de SP, RJ, ES, GO, PE e SC com organizações sociais de saúde. Todos os contratos de gestão realizados entre os anos de 1998 a 2015 foram, lidos, decompostos por categorias temáticas e analisados. Esta análise foi realizada com base nos dados originados da pesquisa Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Ceis), inovação e dinâmica capitalista: desafios estruturais para a construção do Sistema Universal no Brasil.

os limites já pouco discerníveis entre agentes privados e esfera pública dos modelos de NGP, na medida em que sequer se apresentam como novas formas jurídicas, e sim como enxertos em arcaicas instituições.

Esse desafio de construir uma linha divisória entre o privado, o filantrópico e o público foi o fio condutor deste trabalho, que mapeou e analisou o crescente movimento de transferência da administração de serviços públicos de saúde para a gestão dessas organizações. Em seu escopo, pretendemos apontar questões gerais sobre as principais e diferentes formas de atuação dessas organizações privadas sem fins lucrativos entre o mercado e o Estado, gerando superávit ou déficit, decorrentes da apuração do resultado, com base nas receitas auferidas e despesas de fato incorridas.

#### **8.4.1 Entidades privadas sem fins lucrativos**

A criação de pessoas jurídicas está associada às características de união de indivíduos, grupos ou patrimônios, aos quais o ordenamento jurídico torna aptas a adquirir e exercer direitos, como também a contrair obrigações, conforme suas finalidades de origem (FRANÇA, et al., 2015).

De acordo com o Código Civil Brasileiro (CCB), instituído pela Lei nº 10.406/2002, em seu Art. 44, as pessoas jurídicas são classificadas em dois grupos: direito público e direito privado<sup>31</sup>. Temos particular interesse por abordar apenas a personalidade jurídica de direito privado que compreende: Associações; Sociedades; Fundações; Organizações Religiosas; Partidos Políticos; Empresas Individuais de

---

<sup>31</sup> Para fins de entendimentos dos tipos e características do grupo de entidades de direito privado, seguem as descrições em conformidade com o Código Civil nos Capítulos II e III, tão somente, Associações e Fundações. Essa diferenciação, segundo o Manual de Procedimentos para o Terceiro Setor do Conselho Federal de Contabilidade, está implicada com o entendimento de que essas são as únicas formas jurídicas habilitadas para atuar nas atividades com finalidade não econômicas ou não lucrativas de interesse social (FRANÇA, et al., 2015). Assim temos: **I) Associações:** constituem-se pela união de pessoas que se organizam para fins não econômicos. Vai além quando caracteriza que essa formação congrega um certo número de pessoas, em comum, voltadas para serviços, atividades e conhecimentos em prol do mesmo ideal, perseguindo sempre a não lucratividade. Se constituem sob as seguintes finalidades: Altruística (Associação Beneficente, Esportiva ou Recreativa); Egoísta (Associação Literária e de Colecionadores); e Econômica não lucrativa (Associação de socorro mútuo, Associação de bairro). O Código Civil ainda dispõe que a formação desse direito coletivo tem como principal objetivo alcançar as formas de atuação de caráter lícito e social. E, **II) Fundações:** consistem em um complexo de bens destinados a consecução de fins sociais. “Para criar uma fundação, o seu instituidor fará, por escritura pública ou testamento, dotação especial de bens livres, especificando o fim a que se destina, e declarando, se quiser, a maneira de administrá-la” (BRASIL, 2002). Elas são fiscalizadas e acompanhadas pelo Ministério Público. Todavia, é consenso entre vários autores que as fundações surgiram como instrumento efetivo voltado para serviços essenciais de utilidade pública.

responsabilidade limitada. Isso especialmente por que esse tipo de personalidade jurídica é comumente associada ao cuidado com o outro de forma gratuita e desinteressada.

O interesse dos movimentos altruístas, de voluntariado e de filantropia nas políticas sociais pode ser identificado desde as épocas mais remotas. No Brasil, esse movimento data a partir do século XVIII, caracterizado como laicização da caridade cristã, associado à sociedade católica, que fundou organizações voluntárias como hospitais, orfanatos e asilos. No final do século XIX surgiram novos tipos de organizações, conhecidas como de prestação de serviço e ajuda mútua (SANGLARD, 2003).

Simultaneamente a esse movimento, as sociedades filantrópicas passaram a se organizar como sociedade civil no intuito de se constituírem como uma personalidade jurídica. Imbuídos de um “discurso humanitário”, tendo como estratégia a ajuda aos mais carentes, sem a necessidade de obter qualquer proveito lucrativo, surgiu a intenção de organizar e de legalizar a atuação das Santas Casas de Saúde. Assim, essas entidades ficaram conhecidas como “filantrópicas” por oferecer serviços a pessoas pobres.

#### **8.4.2 A Filantropia e o SUS**

A definição frequentemente usada de filantropia é: doação privada para propósitos públicos. As doações podem ser em tempo ou em recursos financeiros, e se distinguem de outros tipos de trocas sociais, pois se baseiam em altruísmo e não em interesse próprio ou reciprocidade (SMITH, 2010). O termo “filantropia” deriva do significado da benemerência e da caridade. Produz o sentido de “como o Estado não cumpre seu papel social, e, o mercado, seletivo e excludente, não satisfaz as necessidades sociais de amplos segmentos da população, a sociedade reserva-lhes a benemerência” (SILVA, 2004, p. 154).

No Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), essas entidades atuam de maneira complementar ao Estado. Para tanto, é necessário a entidade privada, sem fins lucrativos, obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e Saúde (CEBAS). Com isso, ela deve destinar o mínimo de 60% de seus serviços para os

usuários do SUS a fim de contribuir e fortalecer o acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

As entidades filantrópicas compõem o chamado Terceiro Setor. Esse é compreendido por muitos autores como base de uma “Nova Ordem Social”, uma vez que visa empregar as características de predomínio da ação comunitária sobre a ação estatal e empresarial, com hegemonia do interesse social. “Porém esse uso é indevido, pois não se evidencia a diminuição da influência da burocracia estatal” (SILVA, 2004, p. 149). Em outras palavras, o Estado continua atuando como protagonista.

De certa maneira, o Terceiro Setor não deveria ter um vínculo “patriarcal” com o Estado, mas também não poderia se guiar puramente pela lógica mercantil de obter lucro a qualquer custo. Ou seja, mostrar-se como um espaço da sociedade para a sociedade, visando o “bem comum” de maneira a estar o mais próximo possível do conceito de “público”; todavia, não é isso que se observa (SILVA, 2004). O Terceiro Setor – que reúne as associações, Institutos, Fundações, Oscip, OSS, ONGs, organizações não-governamentais de direito privado, porém sem fins lucrativos – adquiriu uma formatação de mercado em grande medida sustentado com recursos do Estado. Isso ocorre por meio das imunidades conferidas pela Constituição Federal ou pela celebração de contratos de gestão, convênios e termos de parceria com o Estado. Ou seja, trata-se de um setor híbrido.

Na verdade, as entidades privadas sem fins lucrativos que possuem relação com o Estado também se posicionam mercadologicamente. Exemplo disso é o conjunto de entidades que se qualificaram para atuar como OSS e que realizaram contratos de gestão com as Secretarias Estaduais de Saúde.

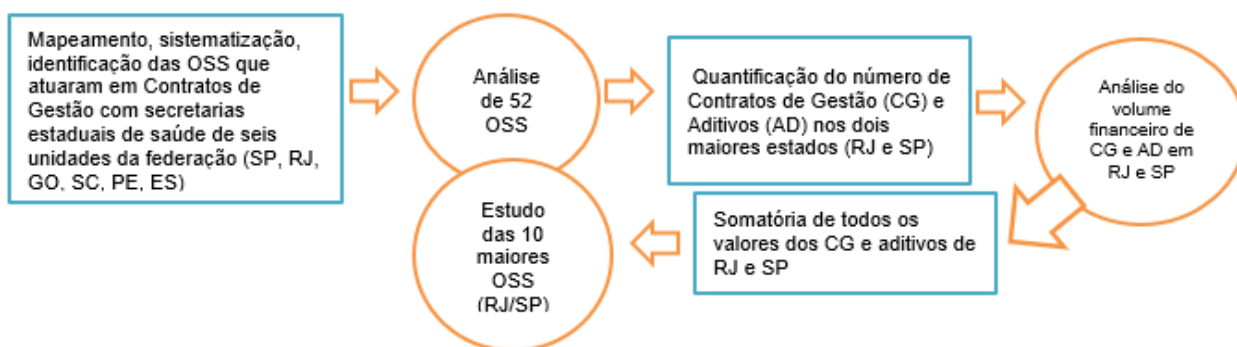
Para a realização deste trabalho, foi necessário analisar o regime jurídico de tributação dessas entidades. Elas obtêm permissão para celebrarem contratos de gestão com os órgãos públicos a partir do momento em que se qualificam como Organizações Sociais de Saúde e/ou são certificadas com o título de filantropia, sendo ambas as certificações regulamentadas por leis específicas<sup>32</sup> (SILVA, 2004; TURINO, et al., 2016).

---

<sup>32</sup> Ver Lei Federal nº 9.637/98 e outras legislações estaduais e municipais (cf.: SILVA, 2004, p. 142). Também é importante a Lei Federal nº 12.101/2009, regulamentada pelo decreto nº 8.242 de 2014.

No presente estudo foram mapeadas as OSS que atuaram nas Secretarias Estaduais de Saúde de seis estados brasileiros entre 1998 e 2015 e que disponibilizam publicamente, por meio de sítios eletrônicos próprios e/ou das secretarias estaduais de saúde e/ou portais de transparência, seus Contratos de Gestão e os respectivos termos aditivos. Em seguida, foram identificadas as OSS que também possuem o certificado de entidades filantrópicas. A partir disso foi levantado o volume de recursos financeiros públicos repassados a essas entidades a partir dos Contratos de Gestão e aditivos (Figura 2).

**Figura 2** - Esquema metodológico



Fonte: Elaborado pelas autoras

Por possuírem informações mais completas, optou-se por analisar as OSS<sup>33</sup> que atuaram por meio de Contratos de Gestão com as secretarias estaduais de saúde dos seguintes estados da federação: São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Goiás (GO), Santa Catarina (SC), Pernambuco (PE) e Espírito Santo (ES)<sup>34</sup>. Investigou-se a sistematização dos dados financeiros das OSS e a existência de ganhos financeiros obtidos pelas entidades.

#### 8.4.3 A qualificação das Organizações Sociais de Saúde

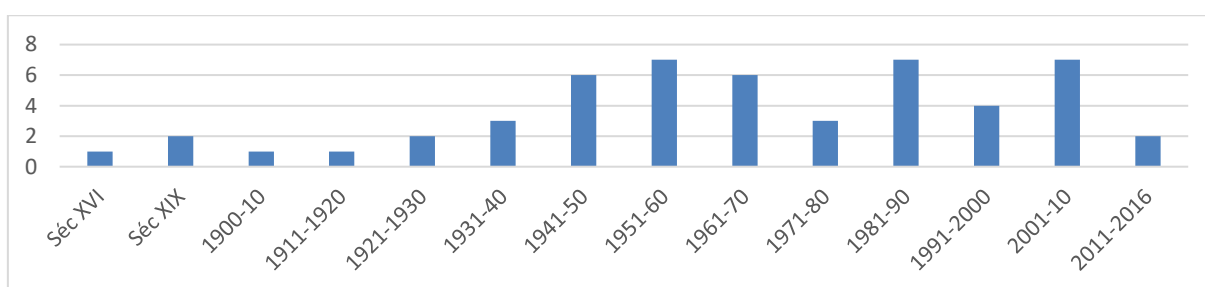
Em decorrência da sistematização dos dados, pudemos constatar que 52 organizações privadas sem fins lucrativos, que celebraram contratos de gestão com

<sup>33</sup> Quando utilizarmos a expressão Organização Social de Saúde (ou OSS) estamos nos referindo a entidade privada sem fins lucrativos que possuem qualificação de OSS.

<sup>34</sup> Durante o processo de busca pelos contratos de gestão nos sites de todas as secretarias estaduais de saúde, verificou-se que os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás, Santa Catarina e Pernambuco disponibilizam em seus sítios eletrônicos todos os contratos e seus respectivos aditivos. No caso do Espírito Santo, os contratos foram disponibilizados após solicitação, via protocolo, de cópia dos contratos para a SESA/ES.

as secretarias estaduais de saúde das unidades da federação, disponibilizaram informações em seus sítios eletrônicos. Deste montante, verificamos que a maioria das entidades surgiu entre os anos de 1940 e 1960, num total de 19. Seguida do período entre 1981 e 2010, com o surgimento de 18 entidades. São Paulo é o estado que mais se destaca quanto ao local de origem dessas entidades, totalizando (27), seguido de Pernambuco, com 8 entidades. Podemos observar no gráfico 7 a linha histórica de criação das entidades filantrópicas:

**Gráfico 7** - Períodos de surgimento das entidades filantrópicas

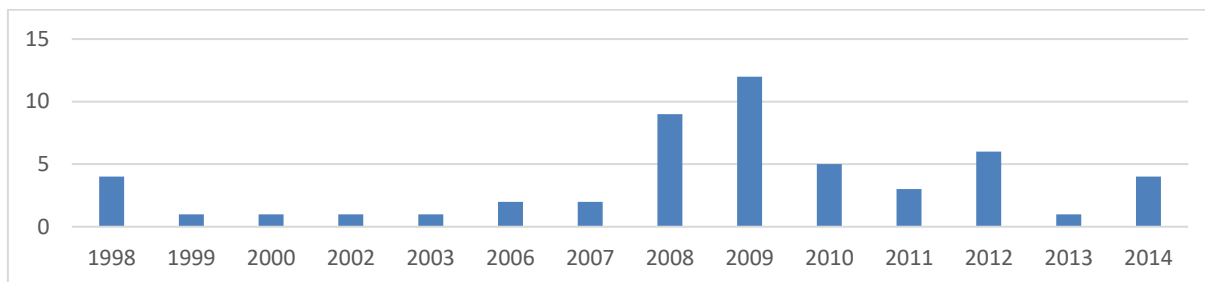


Fonte: Sítios eletrônicos e estatutos das 52 entidades estudadas

O período que as entidades mais se qualificaram como OSS foi entre os anos de 2008 e 2010, com 26 unidades. Exatamente a metade da totalidade do nosso estudo. Esses dados dialogam com o estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre as Fundações Privadas e Associações Sem Fins Lucrativos do Brasil, que aponta o crescimento acentuado dessas entidades entre os anos 1990 e 2000 (IBGE, 2012).

Das 52 organizações, a maioria tem caracterização social de associações ou institutos privados sem fins lucrativos, totalizando 41 entidades e 11 fundações. Precisamente, 79% das entidades se constituíram como associações ou institutos.

Outro ponto analisado é que mais da metade das organizações não possuem filiação religiosa, equivalente a 52% (27) do total. Além disso, as organizações sociais que surgiram mais recentemente não possuem vínculo religioso. Das organizações estudadas, apenas 4 foram criadas a partir de 1970 e que possuem caráter religioso. No mesmo período foram fundadas 19 sem perfil religioso. Neste sentido, o gráfico 8 apresenta:

**Gráfico 8** - Período de qualificação de entidades como OSS

Fonte: Sítios eletrônicos e estatutos das 52 entidades estudadas

O período de maior fluxo de qualificação das entidades como OSS foi entre 2008 e 2009, quando 21 (40,38%) obtiveram a certificação pela primeira vez. Apesar da relevância desses dados, esta pesquisa possui o limitador de estar sujeita à publicidade dos contratos de gestão nos sítios eletrônicos das secretarias estaduais de saúde, como também das próprias organizações sociais de saúde.

A partir das informações que constam nos contratos de gestão aos quais tivemos acesso, reduzimos o escopo analítico aos das unidades federativas que tiveram o maior volume de recursos financeiros e de organizações qualificadas. São elas: São Paulo e Rio de Janeiro.

A tabela 3 demonstra que mesmo delimitando o escopo de coleta dos contratos e seus aditivos, foi notória a quantidade desses documentos utilizados na pesquisa.

**Tabela 4** - Identificação do volume de contratos e aditivos nos estados SP e RJ com OSS, no período de 1998 e 2015

Estado (UF)	Nº Contratos de gestão (CG)	Nº Aditivos (AD)
SÃO PAULO (SP)	173	850
RIO DE JANEIRO (RJ)	53	128

Fonte: Contratos de gestão e aditivos dos estados SP e RJ com OSS

Os dados demonstram que para cada contrato de gestão tem-se, em média, quatro aditivos. Os termos aditivos podem determinar a expansão e/ou inclusão de serviços,

prorrogação da vigência e até mesmo incluir novos serviços públicos de saúde não previstos no contrato de gestão original<sup>35</sup>.

Esses dados acenam a possibilidade de que o valor final de um contrato de gestão não apareça apenas no próprio instrumento jurídico. Para um estudo mais preciso, é fundamental observar o número de aditivos de cada contrato, já que os valores dos aditivos acabam majorando ao valor inicial do contrato. Mesmo que aconteça uma ampliação ou agregação de novos serviços, a partir da criação de termos aditivos, isso talvez não seja condizente com a proporção de aumento do valor dos aditivos em relação ao que foi contratado, inicialmente, pelo instrumento legal de relação entre a OSS e o Estado. Para melhor observar, torna-se importante avaliarmos os valores financeiros dos contratos e sua relação com os aditivos, conforme a tabela 5:

**Tabela 5** - Identificação do valor total dos contratos de gestão (CG) e aditivos (AD) repassados para as OSS nos estados SP e RJ, no período de 1998 e 2015

<b>Estado (UF)</b>	<b>Valor total dos Contratos de gestão (em bilhão de R\$)</b>	<b>Valor total dos Aditivos (em bilhão de R\$)</b>
SÃO PAULO (SP)	20,81	37,65
RIO DE JANEIRO (RJ)	3,35	6,21

Fonte: Contratos de gestão e aditivos dos estados SP e RJ

Assim, podemos estabelecer a seguinte relação: em média, para cada R\$ 1 bilhão previsto inicialmente nos contratos de gestão em São Paulo, foram gastos mais de R\$ 1,80 bilhão, apenas em aditivos. Já no estado do Rio de Janeiro, também em média, para cada R\$ 1 bilhão nos CG foram gastos R\$ 1,85 bilhão, apenas em aditivos.

Como exemplo que evidencia esse descompasso entre o valor inicial contratado e o final gasto com os aditivos, verificamos o contrato de gestão da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) com o governo de São Paulo<sup>36</sup>. O contrato de gestão original, assinado e publicado em 25 de junho de 2012, previa R\$ 57.268.250,64 para administrar o Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo pelo

<sup>35</sup> Exemplo disso é o fato de que dois dos contratos de gestão firmados entre a secretaria estadual de saúde de Goiás e duas OSS incluíram em termos de aditivos um novo equipamento público que não constavam do contrato inicial.

<sup>36</sup> Processo nº: 001/0500/000.041/2012, disponível em:

<[http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/documento/CG/CG\\_97\\_2012.pdf](http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/documento/CG/CG_97_2012.pdf)>.



período de 60 meses. Contudo, em 28 de dezembro de 2012, houve a aprovação do primeiro aditivo ao CG no valor de R\$ 118.930.704,00 para a administração do mesmo hospital no ano de 2013. Ao total, foram 12 aditivos ao contrato inicial até o ano de 2015. A somatória dos valores dos aditivos chegou a R\$ 553.473.200,11, ou seja, quase 10 vezes maior que o previsto originalmente no primeiro contrato de gestão, isso em apenas três anos de vigência.

#### **8.4.4 A dupla certificação: filantrópicos e organizações sociais**

O manual de procedimentos para o terceiro setor do Conselho Federal de Contabilidade (CFC) apresenta justificativas para a existência do terceiro setor em dois principais aspectos. Primeiro, na presença da sociedade civil organizada no atendimento da população “carente de benefícios e oportunidades”. Em segundo lugar cita a ineficiência do Estado no atendimento dessa população.

A importância das organizações de interesse social é indiscutível pelas dificuldades que o estado tem para desempenhar o seu papel social de maneira satisfatória de forma isolada. A sociedade civil organizada, por meio de associações, de fundações e de organizações religiosas, desenvolve atividades em benefício da coletividade, especialmente a mais carente de benefícios e oportunidades. O ordenamento jurídico, ciente da realidade da sociedade brasileira contemporânea, a partir da Constituição Federal e com reflexos em toda a legislação infraconstitucional, estabelece benefícios favoráveis à salutar parceria consolidada com as organizações do Terceiro Setor (FRANÇA, et al., 2015, p. 59).

Esse altruísmo, expresso no texto do CFC, aproxima-se do conceito positivista<sup>37</sup> do termo, que o enxerga como um tipo de “caridade”, responsabilidade social e que, fundamentalmente, se opõe à obtenção de lucro, evidenciando, desse modo, a vertente da justa satisfação em fazer o bem ao outro, sem visar o lucro financeiro.

Na outra vertente temos o papel do Estado, em que é identificado como ineficiente, sem condições de dar conta das demandas da sociedade, a ponto de não apresentar qualquer condição de um planejamento para atuar na minimização ou erradicação dos problemas que envolvem as estruturas políticas, sociais e econômicas. Diante desse

---

<sup>37</sup> A corrente positivista de pensamento muito produziu sobre as relações de ajuda mútua na vida em sociedade. Comte (1987), por exemplo, pautava sua análise pelo amor ao próximo, que deve ser praticado de forma desinteressada, com o objetivo de demonstrar abnegação de qualquer vínculo material e ou lucro. O que ele denominou por “*Viver para outrem*”. Na atualidade, outros autores apontam que o *altruísmo* nas relações humanas, contém em si um senso de responsabilidade social (ALVES, et al., 2004, p. 3).

quadro de ineficiência burocrática, a saída apontada por Osborne (1995, p. 26) é de um “governo catalisador”. Osborne parte da premissa de que a palavra governo tem origem do vocabulário grego e significa “navegar” e quando ele, o governo, se vê na função de prestador de serviços, ele está desempenhando a função de remar. Este comportamento, de acordo com o autor, precisa ser redefinido.

Osborne (1995) aponta ainda que a redefinição do papel do governo é a saída para a chamada ineficiência, ou seja, o governo precisa adotar medidas que lhe permitam a ação de navegar ao contrário de remar. O autor, citando o caso do governo norte-americano, defende a utilização de “terceiros” para executar tarefas públicas.

Essa forma de governo terceirizado deixa ao governo ‘o que ele faz melhor’ – levantar recursos e estabelecer as prioridades sociais mediante o processo político democrático – reservando para o setor privado aquilo que é a sua especialidade – organizar a produção de bens e serviços (OSBORNE, 1995, p. 31).

Com base nos dados coletados nessa pesquisa, foi possível afirmar que as organizações nascem com personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos e/ou econômicos classificadas em dois tipos: a) fundações ou b) associações/institutos. De acordo com a finalidade para qual elas foram criadas, essas entidades passam a se credenciar como entidades filantrópicas. Há, porém, algumas entidades que foram criadas com a finalidade apenas de se qualificarem como OSS. No *corpus* desta pesquisa verificamos que apenas seis organizações, do total de 52, não possuem certificação de filantropia, sendo exclusivamente classificadas como OSS.

Assim, o mais relevante dado levantado com esse estudo reside no fato de que das 52 entidades investigadas, 46 (88,4%) estão qualificadas tanto para atuarem como entidades filantrópicas quanto como Organizações Sociais de Saúde. Este fato nos leva a questionar o motivo dessa dupla qualificação: Por que isso ocorre? Que tipo de benefícios uma entidade ganha ao obter os certificados de filantropia e/ou OSS? Para tentar responder a estes questionamentos, apresentamos o quadro de imunidade e isenções tributárias que uma entidade possui ao obter os certificados citados (Tabela 5).

**Tabela 6** - Tratamento tributário para associações e fundações

	<b>Entidades (Associações ou Fundações)</b>	<b>Tributos abrangidos</b>
<b>Imunidade</b>	Instituição de Educação	<b>Federais:</b> IR, IOF, ITR, IPI, II, IE <b>Estaduais:</b> ICMS, ITCMD e IPVA <b>Municipais:</b> IPTU, ISS e ITBI
	Instituição de Assistência Social	
	Entidades beneficentes de assistência social	Contribuições sociais; contribuições previdenciárias; CSLL; PIS; COFINS
<b>Isenção</b>	Instituições de caráter filantrópico <sup>38</sup> , recreativo, cultural e científico e Associações Cívicas	IR e CSLL
		COFINS

Fonte: Adaptado de DERRAIK & MENEZES, 2016; e FRANÇA, et al., 2015

Devemos observar que na tabela 6 não aparece o termo “saúde”. Ele, contudo, está abrigado na expressão Assistência Social, que abrange as entidades de educação, saúde e assistência social propriamente dita (DERRAIK; MENEZES, 2016).

Se por um lado existem benefícios vantajosos do ponto de vista tributário, essa situação pressupõe uma série de responsabilidades das entidades para a manutenção dessas “benesses”. Nesse viés, o Estado alega a sua desoneração ao contratar essas entidades certificadas de filantropia.

Assim, as entidades filantrópicas também podem obter o certificado de Organizações Sociais de Saúde e possuírem condições de receber recursos financeiros públicos por meio dos contratos de gestão na área da saúde.

O principal benefício da qualificação de OSS é a possibilidade de receber recursos financeiros e de administrar bens, equipamentos e pessoal do poder público mediante formalização do contrato de gestão, por meio do qual são ajustadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público (FRANÇA et al., 2015, p. 77-78).

<sup>38</sup> É importante ressaltar que as entidades filantrópicas estão abarcadas pela imunidade abrangidas na primeira parte da tabela. Já as OSS são abarcadas pela isenção que lhes concede apenas a não tributação do imposto de renda e contribuição social sobre o lucro líquido (CSLL). A imunidade decorre de texto constitucional, já a isenção é infraconstitucional, sendo que a filantropia é estendida a diversos tributos de competência da União, Estados e Municípios.

Os autores que defendem as associações da sociedade civil como atores importantes na construção da cidadania e na responsabilidade social do coletivo (OSBORNE, 1995; SALVALAGIO, 2012; PAES, 2001; FRANÇA et al., 2015), costumam atribuir a essas associações um caráter idôneo, altruísta e que não visam lucro. Contudo, o levantamento realizado neste estudo aponta a necessidade de uma análise dos aportes financeiros públicos, bem como do resultado apurado (*superávit ou déficit*) dessas entidades que compõem o terceiro setor. Isso porque há muita diferença entre um movimento social, que depois se constitui juridicamente, e tem como princípio a defesa de agendas comuns de uma determinada comunidade, e um grupo de pessoas que se unem para constituir uma fundação ou associação para realizar contratos ou convênios com entes públicos.

Enquanto o movimento comunitário parte de um sentimento de coletividade, o segundo parte de um sentimento mercantil: entregar um serviço para um cliente. Neste sentido, esse estudo busca verificar se há semelhanças entre as atividades exercidas pelas entidades do terceiro setor, que legalmente não pode ter o objetivo de auferir lucros, e as pessoas jurídicas de direito privado que, ao contrário, visam obter lucros no exercício das suas atividades.

Para exemplificar isso, apresentamos a seguinte informação: apenas em contratos firmados com as secretarias de estado da saúde de São Paulo e Rio de Janeiro, entre 1998 e 2015, foram repassados quase R\$ 31,4 bilhões em recursos públicos para as 10 maiores OSS atuantes no nível estadual da saúde brasileira.

Esse valor diz respeito apenas aos contratos e aditivos das OSS firmados com as secretarias estaduais de saúde de duas unidades da federação. Vale ressaltar que parte dessas OSS também possuem certificação para atuarem em outras áreas da política social, como a educação e a assistência social. Nesse valor não estão computados todos os outros possíveis convênios com outras esferas do poder público, como também as emendas parlamentares que destinam verbas para tais entidades, além dos investimentos privados. Isso serve apenas para ilustrar a diferença na essência desse conjunto do terceiro setor de cunho mercantil para aquele entendido como coletivista ou não mercantil. Esse valor pode ser entendido como lucro ou investimento na própria atividade? Esse dado legitima o objetivo do estudo ao apontar as possibilidades de existência de lucros gerados apenas pelos contratos de gestão e

seus respectivos aditivos. O investimento financeiro apresentado caracteriza uma empresa consideravelmente de grande porte e não de cunho caritativo, apenas. Desse modo, é possível considerar uma forte tendência de mercantilização nesta área da saúde pública.

O Conselho Federal de Contabilidade afirma que “as entidades de interesse social atuam em benefício da sociedade sem finalidade de lucro e tem função social da mais alta relevância” (FRANÇA et al., 2015, p. 59). No mesmo texto, o Conselho assegura que: “deve-se entender sem finalidade de lucro o lucro (*sic*) especulativo. O lucro superávit para manutenção das atividades é desejável”.

Derraik e Menezes (2016, p. 3) alertam que “as associações e as fundações, normalmente, são entidades sem fins lucrativos, porém, não há clareza dos limites das atividades que tais organizações podem desenvolver quando envolvem a geração de receitas e a obtenção de lucros”. No mesmo parecer os autores sustentam que “não há na legislação qualquer vedação específica quanto a situação de que as associações ou fundações detenham participação em sociedades empresárias” (DERRAIK; MENEZES, 2016, p. 3). Fica evidente que há uma prática comum de organizações, “inclusive as filantrópicas”, obterem recebimento de aluguéis de imóveis que tenham sido doados ou até mesmo a operação de estacionamentos para a obtenção de recursos.

Outrossim, os juristas justificam as possibilidades das transações entre as instituições sem fins lucrativos ou econômicos juntamente com outra visão de lucro, afirmando:

(...) resta claro que, de forma usual, atividades com fins lucrativos são passíveis de serem exercidas pelas instituições imunes (assistência social, educação e saúde) devendo-se, obrigatoriamente, reverter todos os rendimentos de capital decorrentes de tal atividade de forma integral para suas finalidades (DERRAIK; MENEZES, 2016, p. 3).

Verificamos um crescente movimento de instituições filantrópicas que estão se qualificando na área da saúde como organizações sociais de saúde para atuarem neste segmento como gestoras. Assim, problematiza-se a existência de duas pessoas jurídicas diversas, cujo núcleo social é idêntico, porém, a qualificação é diferente. Ou seja, uma instituição é filantrópica e organização social e a outra apenas organização social. Por qual motivo essa estratégia é adotada por essas entidades?

Como forma de apontamento, ou tentando responder ao questionamento acima, Silva (2004) traz a perspectiva do hibridismo nas relações entre público e privado ou, em termos mais precisos, entre o estatal e o privado de interesse público.

No caso das OSS, o instrumento firmado é o contrato de gestão, pelo qual o poder público repassa para a iniciativa privada determinados recursos, configurando um parcial processo de privatização. Ainda que de forma híbrida, combinando o estatal e o privado na prestação de serviços de interesse público. No terceiro setor, o instrumento é o termo de parceria, que compreende, com as mudanças adiante tratadas, aos convênios há muito tempo firmados entre órgão do poder público e organizações privadas, laicas ou confessionais, na prestação de serviços como os do âmbito da assistência social. No caso das organizações filantrópicas há o certificado de entidade filantrópica, emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (SILVA, 2004, p. 142).

Diante de tantas problematizações apresentadas nos deparamos com a complexidade do financiamento “por dentro” do terceiro setor. Este âmbito de acumulação econômica exige o domínio da prática jurídica e contábil para compreender que o terceiro setor se beneficia de suas múltiplas titularidades beneficentes para acumular capital de uma forma hermética, pois não possui as amarras dos encargos tributários que o obrigue, ao menos, a uma clara demonstração de prestação de contas. Essas especificidades da acumulação de capital do terceiro setor não possuem respostas unidirecionais dentro do financiamento e da economia da saúde.

O apontamento destacado durante a pesquisa é a dúvida sobre a forma de atuação dessas entidades sem fins lucrativos, mediante a possibilidade da existência de lucro. Este fato fica explícito ao apresentarmos o levantamento dos recursos financeiros recebidos pelas entidades, neste caso, em especial, por meio dos contratos de gestão e seus respectivos aditivos na administração de serviços públicos de saúde em parceria com as secretarias estaduais de saúde. Além disso, essas entidades ainda podem receber recursos públicos por meio de emendas parlamentares (TURINO; SODRÉ, 2018) ou doações privadas.

O paradoxo gira em torno da existência ou não de lucro nas operações realizadas pelas entidades, uma vez que elas firmam contratos vultosos e recebem recursos públicos na casa de bilhões de reais. De mais a mais, são entidades que crescem numericamente pelo país, criando filiais e acumulando cada vez mais a gestão de diversos e diferentes serviços públicos de saúde com valores cada vez maiores

Além disso, devemos considerar o peso político exercido por estas entidades e o poder de negociação que elas possuem. Exemplo disso é a criação de um Instituto brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS)<sup>39</sup> com o intuito de fortalecimento dessas entidades.

#### 8.4.5 Considerações finais

Um dos principais desafios deste estudo foi lidar com os balanços patrimoniais e financeiros de entidades do terceiro setor – sempre incompletos e parciais; a análise de contratos de gestão e estudo de leis e isenções e imunidades tributárias – que necessitam de conhecimentos contábeis e jurídicos. Existem muitas aberturas na legislação que regulamenta a atividade das entidades privadas sem fins lucrativos. Essa instabilidade legal pode ser confirmada por conta do longo período – 17 anos - em que o Supremo Tribunal Federal (STF) levou para julgar a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1923/98<sup>40</sup> referente à atuação das organizações sociais. Ou seja, esse campo é instável e poroso por natureza.

Silva (2004, p. 142), por sua vez, afirma que há um tipo de hibridismo nas relações “entre o estatal e o privado de interesse público”. O problema não é a existência do chamado “terceiro setor”, mas sim, a ausência de um arcabouço jurídico que regulamente a sua forma de atuação. São tratadas da mesma maneira uma associação de moradores de um bairro periférico, um condomínio, uma fundação social empresarial e uma organização social de saúde. Contudo, o porte dessas entidades é muito distinto, haja vista o patrimônio líquido apresentado pelas organizações sociais de saúde em seus balanços patrimoniais, que giram em torno de milhões de reais captados do Estado.

Por isso, não surpreende a notícia veiculada pela grande imprensa apontando que um empresário tentou “vender” uma OSS por R\$ 100 milhões<sup>41</sup>, uma vez que, conforme

---

<sup>39</sup> “[...] Criado em 10 de abril de 2015 e atualmente com 20 instituições associadas, que atuam em 14 estados brasileiros e no Distrito Federal, o Ibross nasceu com a finalidade de disseminar o modelo de gestão de equipamentos de saúde – como hospitais, ambulatorios, postos de saúde, unidades de pronto atendimento, clínicas de especialidades e serviço de atendimento móvel de urgência -, entre outros, realizado por meio de parcerias firmadas entre as organizações sociais e o poder público” (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Disponível em <http://www.ibross.org.br/>. Acesso em 08 out. 2017).

<sup>40</sup> Ver mais sobre isso em <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>>.

<sup>41</sup> Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/01/empresario-tentou-vender-os-por-r-100-milhoes-segundo-mp-do-rj.html>>.

apresentado nesta pesquisa, apenas um contrato de gestão de uma das organizações sociais de saúde - que atuou (e continua atuando) em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - movimentou a soma de R\$ 610,74 milhões em apenas três anos. Assim, este trabalho lança luz sobre a necessidade de existir um marco regulatório que permita a diferenciação das entidades sem fins lucrativos, em função da magnitude do volume financeiro movimentado.

A segunda conclusão à qual chegamos é de que não há o cumprimento uniforme da Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011) pelos atores públicos e privados que atuam no terceiro setor. Das 27 unidades da federação, apenas cinco disponibilizam em seus sítios eletrônicos os dados financeiros dos contratos de gestão entre OSS e as secretarias estaduais de saúde. Há muito a avançar neste sentido, uma vez que a falta de fiscalização por parte da própria sociedade abre caminho para possíveis desvios e má aplicação do recurso público.

Outra consideração que levantamos é que as entidades privadas sem fins lucrativos se valem de dupla certificação para obter mais benefícios tributários. Isso ficou demonstrado quando observamos que possuir uma certificação de entidade filantrópica – seja por meio do CEBAS, seja pela qualificação como Oscip<sup>42</sup> – significa imediatamente estar imune a quase todos os tributos. Além disso, existem outras isenções tributárias que significam grande renúncia fiscal, ou seja, o Estado abre mão de arrecadação quando passa a firmar contratos com entidades privadas sem fins lucrativos. Isso pode parecer irrelevante, contudo, quando observamos os valores movimentados em contratos e termos aditivos das parcerias entre Estado e as organizações sociais de saúde, a situação merece olhar mais atento. Exemplo disso é que vimos em nossa pesquisa que os estados de São Paulo e Rio de Janeiro movimentaram, entre 1998 e 2015, pelo menos R\$ 68,02 bilhões com suas organizações sociais de saúde – recursos esses totalmente advindos das suas secretarias estaduais de saúde, destinados diretamente às organizações sociais.

---

<sup>42</sup> Organização da Sociedade Civil de Interesse público, ou apenas OSCIP, é um título fornecido pelo Ministério da Justiça a entidades privadas sem fins lucrativos para prestar serviços previstos na lei (ver FRANÇA et al., 2015; SILVA, 2004).



Assim, deixamos a questão: quanto desse valor deveria ter sido recolhido em impostos, uma vez que as entidades são isentas e imunes?<sup>43</sup> Além disso, parece ser um contrassenso que um ente público entregue ao ente privado um serviço público de saúde, repasse valores financeiros maiores que habitualmente investem na administração direta, e ainda o subsidie com benefícios tributários.

Por fim, não é possível afirmar, categoricamente, que as entidades sem fins lucrativos obtenham lucros. Porém, ao analisarmos os balanços patrimoniais e financeiros dessas entidades, observamos que há evidências da obtenção de lucro em algumas operações. Uma delas aparece nos valores vultosos dos contratos de gestão e do excessivo número de aditivos. Contudo, não foi possível o aprofundamento neste campo de análise. O estudo possibilita concluir que as entidades estão concorrendo com as pessoas jurídicas de direito privado com finalidade lucrativa que não gozam das mesmas vantagens e benefícios. Assim, o reconhecimento como entidade filantrópica e organização social de saúde seria meramente um artifício, que permite o recebimento e uso de recursos financeiros públicos para obtenção de um resultado que melhor seria se fosse chamado de lucro, e não de superávit.

---

<sup>43</sup> A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) cita em seu balanço patrimonial de 2015 uma nota explicativa que provisiona o valor de R\$ 2,7 bilhões para o caso de perda do CEBAS. Ver item 3.11 (Contingências Passivas) das Receitas. Disponível em <[https://www.spdm.org.br/images/stories/pdf/aceso\\_informacoes/2015/SPDM-Consolidado-19042016.pdf](https://www.spdm.org.br/images/stories/pdf/aceso_informacoes/2015/SPDM-Consolidado-19042016.pdf)>.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A TESE

*Desconfiai do mais trivial, na aparência,  
singelo. E examinai, sobretudo, o que parece  
habitual.*

*Bertold Brecht*

A naturalização do discurso de eficiência do setor privado sobre o público pode ser colocada como uma das norteadoras das considerações finais desta tese de doutoramento. Em tempos difíceis, como o que passamos, com desvalorização de políticas sociais e no público, pudemos acompanhar como parece não haver preocupação da sociedade na defesa do bem comum. A pandemia de covid-19, que colocou o mundo em estado de emergência a partir de março de 2020, mostrou como o Sistema Único de Saúde é imprescindível, mas também, como ele está fragilizado e sob ataque.

Amostra disso são as parcerias com OSS na prestação de serviços públicos de saúde, em detrimento da valorização da administração pública direta, revelando como está ocorrendo a velada privatização do SUS. Algumas das OSS que estiveram responsáveis pela administração de hospitais de campanha no Rio de Janeiro, durante a recente crise sanitária global, por exemplo, estão sendo questionadas judicialmente por desvios de recursos públicos. Mesmo assim, seguem prestando serviços para o sistema público de saúde por todo o Brasil.

Isso demonstra um dos achados presentes nesta tese de doutoramento: a transformação em verdade inquestionável de que o setor privado é mais eficiente que o público. Porém, as evidências encontradas ao longo de mais de quatro anos investigando este tema colocam em dúvida se essa eficiência é real. A divulgada essência sem fins lucrativos das Organizações Sociais de Saúde parece esconder os interesses por detrás dessa roupagem.

Nos resultados desta tese é apontada a naturalização da “privatização do SUS” por meio das OSS. Já faz algum tempo que as denúncias colocam em xeque essa “naturalização” da entrega da gestão do SUS para a iniciativa privada. O Rio de Janeiro é um caso emblemático, pois os últimos governadores são acusados e/ou condenados por desvios de recursos públicos envolvendo algumas OSS. A

sustentação do discurso de que o Estado não é capaz de prestar serviços públicos de saúde com qualidade, incentivando a transferência da gestão para a iniciativa privada, parece, em muitos casos, ser uma porta aberta para a corrupção.

A realidade investigada nesta tese de doutoramento desconstrói o mito de que apenas o mercado é capaz de produzir e ofertar serviços públicos de saúde com qualidade. Sendo assim, o que se percebe é um mecanismo que coloca o Estado como uma “unidade”, que serve de palco para a iniciativa privada atuar, chamando atenção para o crescente repasse de recursos para as OSS.

Os valores transferidos a essas organizações por entes públicos dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, além de suas capitais, revelam um mercado que movimenta valores muito significativos, apresentando indícios de formação de oligopólios. A análise de quase 4 mil documentos, entre contratos de gestão e termos aditivos, comprova a tendência de transferência da gestão de serviços públicos para OSS, sem que isso represente, de fato, melhoria e eficiência nos gastos públicos.

Os valores repassados entre 2006 e 2018 somam algo perto de R\$ 54 bilhões, apenas em CG, com acúmulo de capital considerável por parte dessas organizações. Além disso, se considerarmos a tendência - identificada no artigo três dos resultados dessa tese - de que em média os TA majoram em 100% os valores dos contratos iniciais, podemos estimar que o aporte de recursos para as OSS no período pode ter ultrapassado a marca dos R\$ 100 bilhões. Sem dúvida, os recursos financeiros públicos quantificados nesta tese permitem questionar se as organizações privadas são realmente sem fins lucrativos, uma vez que se utilizam de sua performance jurídica de cunho social para promover seus interesses mercadológicos e, com isso, “empresariar” e fomentar o processo de “financeirização” da saúde (SESTELO et al., 2017; SESTELO, 2018).

Soma-se a isso o fato de que essas instituições utilizam a certificação de filantropia como mais uma via de recebimento de recursos públicos. Essas entidades filantrópicas contam com a vantagem de renúncias fiscais legalmente previstas, além disso, possuem a liberdade de se qualificarem como OSS. Essa dupla certificação revela uma estratégia de acumulação de recurso público por entes privados e também ajuda a explicar o crescimento dessas entidades filantrópicas nos últimos anos.

De posse das análises empíricas relatadas nos resultados deste trabalho, podemos afirmar que o mecanismo de mercantilização da saúde, por meio da transferência da gestão dos serviços para OSS, configura uma forma de privatização. Ainda que a privatização não aconteça na sua forma clássica, ou seja, com transferência definitiva de ativos do setor público para o privado, concluímos que estão em curso um tipo específico de privatização, com duas características fundamentais: “funcional” e “flutuante”.

Vale destacar que essas organizações privadas compreendem ao chamado Terceiro Setor, que se vale do discurso do *New Public Management* (NPM) para atuar na saúde pública de forma complementar – como está previsto na Constituição Federal Brasileira – e também na provisão de serviços estatais essenciais. Em algumas situações essas entidades podem assumir características privadas e/ou públicas; além de poder receber recursos privados e públicos, flertando com o Estado e com o mercado ao mesmo tempo.

Portanto, percebeu-se que a gestão de serviços públicos de saúde, por meio das organizações privadas sem fins lucrativos, é na verdade uma forma de expandir um modelo econômico com foco na transformação da saúde em mercadoria (TURINO; SODRÉ; BAHIA, 2018). Isso porque as OSS materializam a tendência crescente de transferência da gestão e da prestação de serviços públicos estatais para entidades privadas. Mesmo classificadas legalmente como entidades sem fins lucrativos, os elevados valores movimentados por essas instituições nos permitem considerar a existência de lucro. Ademais, a transferência da gestão de serviços públicos para as OSS aponta para o estrangulamento do financiamento público direto em benefício do setor privado.

Podemos afirmar ainda que o fenômeno das OSS, com *modus operandi* à brasileira, se mostra como uma cópia de todo um processo histórico, econômico e político vivenciado e experimentado em outros países, tais como Espanha, Portugal, Reino Unido, Nova Zelândia. O objetivo, tanto nos outros países como no Brasil é polarizar, apresentar o novo e, ao mesmo tempo, sedimentar o discurso da eficiência e da eficácia. Contudo, essa “Nova Gestão Pública” (tradução para o português do *New Public Management*) se faz conhecido em estudos diversos do campo das políticas públicas, que julga o Estado como não-funcional e burocrático. A proposta trazida por

essa nova gestão é a flexibilização do modo de gerir o público, adotando as diretrizes do privado e, mais uma vez, colocando o mercado como solução para a saúde pública brasileira.

Além disso, foi observado pelos resultados da tese que os CG e TA pesquisados conferem permissões distantes dos princípios da administração pública e das normas jurídico-administrativas. Há na gestão pública dificuldade de acesso aos documentos e informações incompletas para a população num desacordo com a Lei de Acesso à Informação e com a própria Lei das OSS. Em um estudo detalhado sobre as legislações que regulamentam a atuação das OSS e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), Silva, Lima e Teixeira (2015) apontam a ineficiência do modelo jurídico-institucional em assegurar mecanismos democráticos que ampliem a participação social e, por conseguinte, o controle social.

Um dos principais desafios em nossa pesquisa foi lidar com os balanços patrimoniais e financeiros das OSS – que compõem o terceiro setor. Na maioria das vezes esses documentos estão incompletos, só apresentam resultados parciais e pouco ajudam no acesso aos dados. Para uma verdadeira política de transparência é necessário que os órgãos de controle estabeleçam mecanismos que permitam o acesso da sociedade a esse tipo de informação contábil. Como a legislação sobre a legalidade das OSS só foi definitivamente julgada pelo Superior Tribunal Federal (STF) em 2016, entendemos que o desenvolvimento de uma cultura de fiscalização e transparência por parte das OSS ainda está por ser construída, mesmo que haja algumas ações nesse sentido em agentes do executivo, legislativo e judiciário.

Na tese também foi observada a necessidade da disponibilização das informações seguindo as recomendações de boas práticas de transparência de dados, conforme preconizado na Lei de Acesso à Informação (LAI), nas publicações do Portal Brasileiro de Dados Abertos e da Estratégia Nacional de Combate à Corrupção e à Lavagem de Dinheiro (ENCCLA), dentre outros. Apesar de haver no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) uma frente de estudos sobre as Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil (Fasfil), as publicações desta autarquia não se debruçam sobre os dados financeiros das OSS; sequer destacam o papel da OSS dentro do escopo dessas entidades.

Constatamos que as discussões sobre o tema das OSS ainda precisam de maiores aprofundamentos. Isto faz parte do processo científico e a busca por melhores respostas para os objetos de pesquisa. Políticas públicas eficazes requerem debates amplos em arenas de discussões plurais. A escassez desses espaços de discussão, no que diz respeito a atuação das organizações sem fins lucrativos no SUS, acaba por colocar sob suspeição esse tipo de parceria público-privada. E uma vez que esse caminho de gestão é uma “escolha política”, esse debate não pode ocorrer de forma “blindada”, ou seja, o instrumento de gestão tem de ser universal e transparente.

Como resultado complementar deste estudo, os dados financeiros coletados estão disponíveis em formato recomendado pelos órgãos de controle e transparência através de uma plataforma de visualização de dados<sup>44</sup>. Mesmo que parciais, as planilhas servem de dados secundários, que permitirão futuros estudos de outros pesquisadores, assim como podem ajudar órgãos de controle, sociedade civil e as próprias OSS a construir estratégias mais adequadas às exigências de responsabilidade social que marcam nosso tempo.

Cabe ressaltar que mediante a celebração de CG e de seus respectivos TA, a OSS passa a se constituir de uma ilimitada autonomia gerencial, administrativa e financeira na gestão dos recursos financeiros e bens públicos. Essa liberdade auferida à organização explicita os benefícios excessivos e atípicos, ao mesmo tempo, enfatiza o tamanho da responsabilidade dos órgãos públicos de controle e transparência na missão de fiscalizar, monitorar e controlar os CG e, suas possíveis renovações e termos aditivos

Esta tese também levanta a discussão sobre a necessidade de rigor nos mecanismos de controle, monitoramento e avaliação das OSS. Os dados sugerem que a atuação das OSS no Brasil reflète processos de corrupção, aos quais elas propunham erradicar. Visto que a sociedade civil não possui o conhecimento sobre a forma de atuação das OSS, e muito menos ferramentas para monitorar de maneira efetiva o uso dos volumosos recursos públicos destinados às organizações sociais. Ao final, é

---

<sup>44</sup> Visualizações disponíveis na plataforma Flourish. Acesso via endereço <<https://app.flourish.studio/@FabianaTurino>>.

possível considerar que a criação das OSS foi apenas uma nova nomenclatura de gestão com objetivo permanente de obedecer às diretrizes neoliberais: privatizar.

Diante das análises e dos resultados, lançamos luz sobre a necessidade de propor políticas e leis que protejam, ao mesmo tempo em que garantam a sustentabilidade das políticas públicas, em especial a saúde. As políticas deveriam promover a reorganização do SUS com base nos princípios como universalidade, integralidade e equidade. Estudos apontam para a necessidade do enfrentamento por parte dos movimentos sociais e de profissionais de saúde no sentido de disputar nas arenas política, social e econômica a preservação do direito universal à saúde, como previsto originalmente na proposta do SUS e na Constituição Federal de 1988 (GIOVANELLA; ATEGMULLER, 2014). Essa luta pela qualidade dos serviços de saúde, com uso racional dos recursos públicos, é legítima e deve ser defendida sempre.

Porém, o que percebemos é que os processos políticos são marcados pela contraposição dos interesses, sendo que a bandeira do bem público e coletivo não é consenso, havendo grupos que defendem a entrega do SUS, em sua totalidade, para a iniciativa privada. Cabe aos pesquisadores do campo da saúde fomentar a produção científica no intuito de enfrentar os desafios e problemas que existem ao buscar soluções que resultem em melhorias efetivas na qualidade dos serviços de saúde do Brasil.

Concluimos que em um sistema de saúde pública, tal qual o SUS, voltado para uma distribuição socialmente justa de recursos financeiros e com acesso efetivamente universal, integral e igualitário, nenhuma política de privatização, seja ela “funcional”, gerencial ou reinventada, deveria existir.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H.P. Transformações ideológicas e societárias do espaço público e privado no estado brasileiro. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**, Universidade Federal do Maranhão. São Luis: UFMA, 2011. Disponível em: < <https://cutt.ly/chM0G4T> >. Acesso em: 10 Out. 2020.

ANDRÉ, M. A. de. A Efetividade dos Contratos de Gestão na Reforma do Estado. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 3, jul-set, p.42-52, 1999. Disponível em: < <https://cutt.ly/lhM0LAV> >. Acesso em: 10 out. 2020.

ANDREAZZI, M.F.S.; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e a organização social na atenção à saúde. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.12. n.3, 2014, p. 499-518. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

BAGGENSTOSS, S.; DONADONE, J.C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. **Latinoamérica**. 2014(59):69-98.

BAHIA, L. **A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil**. Mesa Redonda: A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil, 2015. Disponível em < <https://cutt.ly/0hM0M1Q> >. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/11.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições. Futuros do Brasil ideias para ação. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**, 2017. Disponível em < <https://cutt.ly/shM09GH> >. Acesso em: 10 Dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Planos de saúde privados são predadores do SUS. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Edição 148 de 31 de outubro de 2019. Disponível em <https://diplomatique.org.br/planos-de-saude-privados-sao-predadores-do-sus/>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. ;Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde debate**. 2018;42:158-171.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, 2010, p.2483-2495.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ªed. Lisboa: Edições. 2011;70:1977.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.



BERTOLINI, D.B.; MOTA, A.V.L.; MELONI, D.R.; COSTA, F.N; COSTA, A.L; MATOS, P.V.L. Contrato de gestão: O impacto da contratualização no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - **MATER. Medicina** (Ribeirão Preto). 2015;48(1):19-26.

BLAIR, T. **The third way: new politics for the new century**. London: Fabian Society, 1998.

BORGES, F.T; MOIMAZ, S.A.S; SIQUEIRA, C.E.G; GARBIN, C.A.S. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das Organizações Sociais de Saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012.

BRANDÃO, A.D.O.; SILVA, A.D.; GUADAGNIN, L. Das origens do Estado ao advento do Terceiro Setor. **Encontro Nacional dos Programas de Pósgraduação em Administração**. 1998;22.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm44](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm44)>. Acesso em: 27 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Desenvolvido pela Secretaria de Tecnologia da Informação. Disponível em <<https://dados.gov.br/>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Nacional de Justiça. Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional**. Enccla : Estratégia nacional de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro. Plano de Diretrizes de Combate à Corrupção, 2018. Disponível em <<http://enccla.camara.leg.br/acoes/ENCCLA2018Ao01PlanodeDiretrizesdeCombateCorrupo.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. **Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1923**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/VotoADI1923LF.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em: < <https://cutt.ly/lhM2dPJ> >. Acesso em: 10 Out. 2020

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**. Disponível em: < <https://cutt.ly/bhM2q3y> >. Acesso em: 17 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)>. Acesso em: 17 Ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 12.868 de 15 de outubro de 2013**. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12868.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12868.htm)>. Acesso em: 31 Out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.246 de 22 de outubro de 1991**. Disponível em <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8246.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8246.htm)>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado**. Organizações sociais /Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado**. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República/MARE, 1995. Documento on line disponível em  
<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>.  
 Acesso em: 17 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 18 maio 1998. Disponível em  
 <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm)>. Acesso em: 17 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília: Presidência da República/MARE**, 1995. Documento on line disponível em <  
<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>.  
 Acesso em: 17 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 9.190 de 01 de novembro de 2017**. Disponível em <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12868.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12868.htm)>. Acesso em: 31 Out. 2017.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Democracia, estado social e reforma gerencial. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v. 50, n.1, p. 12-116, 2010. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/pdf/rae/v50n1/a09v50n1.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. Burocracia pública na construção do Brasil, 2008. Disponível em < <https://cutt.ly/phM2Sbu> >. Acesso em 10 Out. 2020.

CAMPO, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ver. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

CARDOSO, A.M; ANDRIETTA, L. S. Interesses econômicos nas Organizações Sociais de Saúde. In: Sodré, Francis; Bussinguer, Elda Coelho de Azevedo; Bahia, Ligia. (Org.). **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2018.

CARDOSO, A.M. **Organizações Sociais na saúde: Rio Intransparente**. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

CARNEIRO, C.C.G; MARTINS, M.I.C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab educ saúde**. 2014;13(1):45-66.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P.E. A reforma do estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Rev adm pública**. 2003;37(2):201-226.

\_\_\_\_\_. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 914-920, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/23.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

CARNEIRO JUNIOR, N. **O setor público não estatal**: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 971-979, 2011. Disponível em < <https://cutt.ly/nhM22zkpdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

CASTANHEIRA, D.; FAULHABER, C.; GERSCHMAN, S. O papel da mídia na construção da agenda governamental para o SUS no Rio de Janeiro. **RECIIS (Online)**. 2018;12(3):1-18.

CLARKE, M. OXMAN, A. **Cochrane reviewers' handbook**. Update Software; 2000.

COELHO, I.B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010;15(1):171-83. Disponível em < <https://cutt.ly/3hM9qFn>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

COELHO, V.S.P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo, DADOS – **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/dados/v59n3/0011-5258-dados-59-3-0867.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

COHN, A, ELIAS, P. MANGEON, E. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002, supl., p. S173-S180. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13803.pdf>>. Acesso em: 25 Abr. 2015.

COMTE, A. **Curso de filosofia positiva**; Discurso sobre o espírito positivo; Discurso preliminar sobre o conjunto do positivismo; Catecismo positivista/Auguste Comte; seleção de textos de José Arthur Giannotti. Trad José Arthur Giannotti & Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

CONTREIRAS, H., MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015914>>. Acesso em: 23 set. 2018.

CRESWELL, J. W, CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DEL NERO, C. R. "O que é Economia da Saúde". In: S. Piola& S. Vianna (org.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA.2002. Disponível em <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3036/27/EcoSaude.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2020.

DERRAIK & MENEZES. **Parecer sobre riscos jurídicos e tributários relacionados aos investimentos de Fundações e Associações sem fins lucrativos em sociedades empresariais**. Elaboração Derraik & Menezes Advogados. Força Tarefa de Finanças Sociais. 2016. Disponível em< <https://cutt.ly/3hM9jZZ> > Acesso em 29 Set. 2017.

DI PIETRO, M.S.Z. Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas. **rev. e ampl**. São Paulo: Atlas. 2002:17-18.

DINIZ, E. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo em perspectiva**. 2001;15(4):13-22.

DONADONE, J.C., BAGGENSTOSS, S. Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro: um estudo sobre as organizações sociais de saúde. **Tempo Social** 2017;29(1):131-149. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/120270>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab educ saúde**. 2016;14(supl.1):15-43.

DUARTE, I.G.; BOTAZZO, C Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Rev adm saúde**. 2009;11(45):161-168.

EKMAN, B. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. **Health policy and planning**. 2004;19(5):249-270.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

IBGE. **Perfil dos estados e dos municípios brasileiros**, 2014. In: IBGE Rio de Janeiro; 2014.

- FALCONER, A.P. **A promessa do terceiro setor**. Centro de Estudos em Administração do Terceiro Setor Universidade de São Paulo. 1999.
- FERLIE, E. Exploring thirty years of UK public services management reform - the case of health care. **International Journal of Public Sector Management**, v. 30 Issue: 6-7:615-625, 2017.
- FERNANDES, L.E.M., SOARES, G.B.; TURINO, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; SODRÉ, F. Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por organizações sociais de saúde: a lógica do privado. **Trab educ saúde**. 2018;16(3):955-973.
- FERNANDES, L. E. M. **Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com Organizações Sociais de Saúde**. 2017. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.
- FERREIRA JUNIOR, W.C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Rev adm pública**. 2003;37(2):243-264.
- FILIPPON, G.F. et. al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2016. Acesso em 10 jan. 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00034716>
- FINE, B. **Financialization and Social Policy**. United Nations Research Institute for Social Development. Social and Political Dimensions of the Global Crisis: Implications for Developing Countries. Genebra, 12–13 nov. 2009.
- FLEURY, S. Capitalismo, democracia, cidadania contradições e insurgências. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 108-124, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0108.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.
- FLEURY, S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: Matta GC, Lima JCF, (Orgs). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 49-87.
- FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- FLOURISH. **Flourish is a registered trademark of Kiln Enterprises Ltd**. Disponível em <<https://flourish.studio/>>. Acesso em: 05 Dez. 2020.
- FONSECA, F. C.P. **Da reforma gerencial ao conservadorismo; análise da reforma do Estado em tempos de ocasião da democracia**. Trabalho apresentado no 9º Congresso Latino Americano de Ciência Política, 2017. Disponível em <<https://cutt.ly/8hM94JG>>. Acesso em 31 Out. 2017.

FRANÇA, A. et al. **Manual de procedimentos para o terceiro setor: aspectos de gestão e de contabilidade para entidades de interesse social**. Brasília: CFC: FBC: Profis, 2015.

FUNCIA, F.R. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019. Disponível em < <https://cutt.ly/khM3epy> >. Acesso em: 10 Out. 2020.

FUNCIA, F.R. **Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde**, 2015.

GADELHA, C.A.G; COSTA, L.S.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Rev. Saúde Pública**. 2012; 46 ( Suppl 1 ): 21-28. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/ao4188.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 521-535, Rio de Janeiro, 2003.

GADELHA, CAG; BARBOSA, R; MALDONADO, J; VARGAS, M; COSTA, L. **Informes CEIS**. Boletim Informativo do Grupo de Pesquisas de Inovação em Saúde da ENSP/UPPIS/Fiocruz, no 01, ano 1- O Complexo Econômico Industrial da Saúde, 2010.

GADELHA, P. **Subfinanciamento da saúde teve início com FHC**, diz Paulo Gadelha. Hora do Povo. 2011;2.999:4.

GIDDENS, A. **A terceira via**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

\_\_\_\_\_. **O debate global sobre a terceira via**. Unesp; 2007.

GIOVANELLA, L.; ATEGMULLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, 2014, p. 1-19. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt\\_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf)>. Acesso em 06 Dez. 2015.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saude soc**. 2004;13(2):20-31.

GRAEF, A.; SALGADO, V. As Relações com as Entidades Privadas sem Fins Lucrativos no Brasil, in **Anais do 14º Congresso Internacional do Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo**. Salvador, 27-30 de outubro, pp. 27-30, 2009.

HARVEY, D. **A brief history of neoliberalism**. Oxford University Press, USA; 2007.

IBANEZ, N.; BITAR, O.J.N.V.; SÁ, E.N.C.; YAMAMOTO, E.K.; ALMEIDA, M.F.; CASTRO, C.G.J. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciênc Saúde Colet**. 2001;6(2):391-404.

IBAÑEZ, N.; VECINA, N.; GONZALO. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, suppl.0, nov. 2007, p.1831-1840. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>>. Acesso: 26 Abr. 2015.

IBGE. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil 2010**. In: Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

\_\_\_\_\_. Produto Interno Bruto - PIB. In: **Estatística IBdGe**, ed. Brasília: IBGE; 2019. <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>

IBROSS. **Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde**. Disponível em <<https://www.ibross.org.br/>>. Acesso em 10 Out. 2020.

IUNES, R. F. “A Concepção Econômica dos Custos”. In: S. Piola& S. Vianna (org.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde**.Brasília: IPEA. 2002. Disponível em <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3036/27/EcoSaude.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2020.

KLEIN, R. **The New Politics of the NHS**, London: Radcliffe Publishing, 2013.

KRACHLER, N.; GREER, I. **When Does Marketisation Lead to Privatisation?** Profit-making in English Health Services after the 2012 Health and Social Care Act. *Social Science & Medicine*, v. 124, p. 215-223, 2015.

LIMA, L. D. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. 2006. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trab educ saúde**. 2009;6(3):573-598. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/10.pdf>>. Acesso em: 31 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 12, p. 511-522, 2007.

LIMA, W.J.A. **Direito à saúde e Organizações Sociais: uma Análise da decisão do STF na Adin nº 1923/98 sob o prisma das teorias do sentimento Constitucional e da constituição dirigente**. 2016. Dissertação. (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2016.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, Sup2, 2017. Disponível em <

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES, R.M. **Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS**. *Planej Polit Públicas*. 2017; 49:35-53. Disponível em <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/950>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

MARQUES, R.M. O direito à saúde no mundo. In: **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde,

MARTINS, P.G.B. **As universidades fundacionais e o New Public Management**. 2012. Dissertação. (Mestrado em Administração Pública). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2012.

MATOS TT, FERREIRA AC, LOURENÇO A, ESCOVAL A. Contratualização interna vs. contratualização externa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 9, p. 161-180, 2010.

MAYOR, M. **Longman dictionary of contemporary English**. Pearson Education India; 2009.

MELLO, L.H.D.P. **A relação entre os poderes Executivo e Legislativo quanto às emendas individuais ao orçamento**. Trabalho de Conclusão de Curso [Monografia]. Brasília: ISC/ TCU, 2012.

MELO, C. TANAKA, O. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? **Organ Soc**. 2001;8(22):1-12.

MELO, M.P.; LESSA, S.E.C. Políticas de saúde, neoliberalismo e o crescimento do chamado terceiro setor: uma análise das FASFIL do campo da saúde no Censo IBGE 2005. **Textos contextos (Porto Alegre)**. 2017;16(1):262-274.

MENDES, A. N. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saude soc**. 2015;24:66-81.

\_\_\_\_\_. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M.I.S. et al. (Org.). **A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015;1:11-19.

\_\_\_\_\_. **Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.



\_\_\_\_\_. Discutindo os Repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de reateio com um pouco de história e com propostas. **Revista Domingueira da Saúde**. Campinas, v. 25, p. 5-8, 2017.

\_\_\_\_\_. O eterno dilema do financiamento da saúde pública brasileira. **Revista Doc Gestão em Saúde**, v. 9, p. 37-37, 2016.

\_\_\_\_\_.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/19.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_. ; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: Marques, R.M; Piola, S.F; Roa, A.C (org). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 139 – 168.

MESZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo/Unicamp, 2002.

MILLS, A. To Contract or Not Contract: Issues for Low and Middle Income Countries. **Health Policy and Planning**, vol. 13, no 1, pp. 31-40, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MISOCZKY, M. C.A., ABDALA, P.R.Z., DAMBORIARENA, L. A trajetória ininterrupta da Reforma do Aparelho de Estado no Brasil: Continuidades nos Marcos do Neoliberalismo e do Gerencialismo. **Administração Pública e Gestão Social**, 9(3):184-193, 2017.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G.; GROUP, P. Reprint—preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Physical therapy**. 2009;89(9):873-880.

MONTAÑO, C. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e “terceiro setor” em questão. **Serviço Social & Sociedade**. 1999;59:47-79.

\_\_\_\_\_. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. Cortez Editora; 2002.

\_\_\_\_\_. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. **Lutas Sociais**, 2002;8:53-64.

MORAIS, H.M.; ALBUQUERQUE, M.S.V.; OLIVEIRA, R.S.; CAZUZU, A.K.I. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad Saude Publica**. 2018;34(1):e00194916-e00194916.

MOZZICAFREDDO, J. Modernização da administração pública e poder político. **Administração e Política**, Oeiras, Celta Editora. 2001.

MUYLAERT, C.J.; ROLIM NETO, M.L.; ZIONI, F.; REIS, A.O.A. Vivências de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: organização social de saúde e prefeitura. **Ciênc Saúde Colet.** 2015;20(11):3467-3476.

NEWMAN, J. **Modernizing governance**: New Labour, policy and society, London. Sage, 2001.

NORONHA, J.C; NORONHA, G.S; PEREIRA, T.T; COSTA, A.M. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciênc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2051-2060, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2051.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2020.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde debate.** 2017;41:365-371.

\_\_\_\_\_. **SUS: o desafio de ser único.** SciELO-Editora FIOCRUZ; 2012.

\_\_\_\_\_. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciênc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

\_\_\_\_\_.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde 2003 a 2015.** Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica, n. 48).

\_\_\_\_\_.; MARMOR, T.R. The Brazilian national health system: na unfulfilled promise? **Int J Health Plann Manage.** 2010;25(4):318-29. Disponível em <[https://www.researchgate.net/publication/40909161\\_The\\_Brazilian\\_National\\_Health\\_System\\_an\\_unfulfilled\\_promise/link/5b992a4892851c4ba816971d/download](https://www.researchgate.net/publication/40909161_The_Brazilian_National_Health_System_an_unfulfilled_promise/link/5b992a4892851c4ba816971d/download)>. Acesso em: 10 Out. 2020.

OLIVEIRA, D.P.R. **Sistema de informações gerenciais**: estratégias, táticas, operacionais. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

OSBORNE, D. **Reinventing government**: What a difference a strategy makes. Paper presented at: 7th global forum on reinventing government: Building trust in government, 2007.

\_\_\_\_\_. **Reinventando o governo; como o espírito empreendedor está transformando o setor público.** Trad. de Sérgio Fernando Guarischi Bath e Ewandro Magalhães Jr. 7ª ed. Brasília, MH Comunicação, 1995.

\_\_\_\_\_.; GAEBLER, T. Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. **Mh Comunicação**; 1994.

OSBORNE, S.P. **The new public governance**: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance. Abingdon: Routledge, 2010.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, Supl. 1, p. 205-2018, 2015. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>>. Acesso em: 31 Out. 2020.

PAHIM, M.L.L. **Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo**: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da saúde. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2009.

PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>>. Acesso em: 31 Out. 2020.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6. p. 1723-1728, 2018. Disponível em < <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1723-1728/pt>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Rev. adm. empres**, São Paulo, v.45, n.1, Mar. 2005, p.36-49. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v.45,n.1/v45n1a05>>. Acesso: 26 Abr. 2015.

PEREIRA, A.M.M; LIMA, D.D; MACHADO, C.V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2239-2251, 2018. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n7/2239-2252/pt>. Acesso em: 31 Out. 2020.

PERIM, M. C. M. **Organizações Sociais e a diretriz da complementariedade**: desafios da participação social na saúde. Curitiba: CRV, 2014.

PETERS, B.G.; PIERRE, J. Governance without government? Rethinking public administration. **Journal of public administration research and theory**. 1998;8(2):223-243.

PIKETTY, T. About capital in the twenty-first century. **American Economic Review**. 2015;105(5):48-53.

PILOTTO, B.S.; JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serv soc soc**. 2017(130):547-563.

PINHO, J. A.G. Reforma do aparelho do estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. **Organ. Soc.** vol.5, n.12:59-79, 1998.

PINTO, I.C.M. Construção da agenda governamental: atores, arenas e processo decisório na saúde. **Organ Soc.** 2008;15(44):13-23.

PRADO, A.; COELHO, A.; GUIMARÃES, A.; CASTRO, N.; COELHO, H. **Polícia e MP prendem 5 pessoas em investigação sobre contratos do labas com a Prefeitura do Rio.** TV Globo, GloboNews e G1. Disponível em < <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/23/policia-civil-e-mprj-fazem-operacao-nesta-quinta-feira.ghtml>>. Acesso em 10 Out. 2020.

RAMOS, A.L.P.; SETA, M.H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro) 2019;35(4). Disponível em: < <https://cutt.ly/MhM4N79> > . Acesso em: 10 Out. 2020.

REXACH, Á.M. [Indirect management of public health care. Reflections on the debate on the privatization of healthcare]. **Revista de Administración sanitaria siglo XXI.** 2008;6(2):269-296.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3ª ed. 14ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

RIO DE JANEIRO. **Decreto Municipal nº 40.454, de 10 de agosto de 2015.** Dispõe sobre a manutenção, a renegociação e a revisão de Contratos e Convênios e dá outras providências. Disponível em: <[http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/49840Dec%2040454\\_2015.pdf](http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/49840Dec%2040454_2015.pdf)>. Acesso em: 10 Out. 2020.

ROCHA, O. Modelos de gestão pública. **Revista de Administração e Políticas Públicas.** 2000;1(1):6-16.

RODRIGUES, P.H.A. **Os ‘donos’ do SUS.** 2016.

ROMANO, C.M.C.; SCATENA, J.H.G.; KEHRIG, R.T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis** (Rio J). 2015;25(4):1095-1115.

RUFIN, C.; RIVERA-SANTOS, M. Between commonweal and competition: Understanding the governance of public–private partnerships. **Journal of Management**, London, v. 38. N. 5, p. 1634-54, 2012.

SÁ, E. B. et al. Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos. In: SOUZA, A. M.; MIRANDA, P. **Brasil em desenvolvimento 2015:** Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2015. p. 139-172. (Série Brasil: o Estado de uma nação).

SÁ, E. B. **O público e o privado no sistema de saúde**: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília: Ipea, jan. 2018. (Nota Técnica, n. 47).

SALGADO, V.A.B. **A Lei Federal de Organizações Sociais e sua regulamentação no âmbito do Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2016. Disponível em < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/34/15.Regulamentacao-da-Lei-de-OS.pdf>>. Acesso em 10 Out. 2020.

SALVALÁGIO, A. Apontamentos sobre fundação, associação e instituto. **Revista Jurídica**. v. 16, nº. 32, p. 103 - 120, 2012.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.I.; ABELLÁN-PERPIÑÁN, J. M.; OLIVA-MORENO, J. **La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno**. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, Barcelona, v. 28, p. 75-80, 2014.

SANGLARD, G. Filantropia e assistencialismo no Brasil. **História, Ciência e Saúde**. v. 10, nº 3: 1095-98. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

SANTOS, B.S. **A reinvenção solidária e participativa do Estado**. Seminário Internacional Sociedade e Reforma do Estado. Brasília: Mare, 1998. In:1998.

SANTOS NETO, J.A.; MENDES, A.N.; PEREIRA, A.P.; PARANHOS, L.R. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, **Brasil. Ciên Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1269.pdf>. Acesso em: 101 Out. 2020.

SANTOS, T.B.S.; SOUZA, J.S.; MARTINS, J.S.; ROSADO, L.B.; PINTO, I.C.M. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 247-261, 2018. Disponível em: < <https://cutt.ly/lhM78xY> >. Acesso em: 10 Out. 2020.

SANTOS, I.S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011;16(6):2743-52. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/13.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

SANTOS, L. O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania**. Disponível em < <https://cutt.ly/xhM5wou> > Acesso em: 10 Out. 2020.

SBU. **Behandling av astma och KOL**. En systematisk kunskapssammanställning. In: SBU; 2000.

SCHMID, A.; WENDT, C. The changing role of the state in healthcare service provision. In: **The State and Healthcare**. Springer; 2010:53-71

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**. 2009;43(2):347-369.

SESTELO, J. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2027-2033, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/2027-2034/pt>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

SESTELO, J.; ANDRIETTA, L. S.; BRAGA, I. F.; MATTOS, L.; MONTE-CARDOSO, A. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, v.26, p. 1097-1126, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-06182017000401097&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-06182017000401097&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 10 Out. 2020.

SILVA, A.A. **A gestão da seguridade social brasileira**: entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, V.M.; LIMA, S.M.L.; TEXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 145-149, 2015. Disponível em: , <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00145.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

SILVA, P.H.C. As relações de trabalho de um hospital administrado por uma Organização Social de Saúde. In. **A face privada na gestão das políticas públicas** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Fundação Irmão José Otão, 2014.

SIQUEIRA, C. E. G., BORGES. F. T. **Inventando o Reinventado**: as Organizações Sociais de Saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser-Pereira. In. **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018.

SMITH A. **A theory of moral sentiments**. New York. Penguin Press, 2010.

SOARES, G.B; BORGES, F.T; SANTOS, R.R; GARBIN, C.A.S; MOIMAZ, S.A.S; SIQUEIRA, C.E.G. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. Gest.Saúde** (Brasília) Vol.07, N°. 02, Ano 2016. p 828-50.

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. **Organizações Sociais**: agenda política e os custos para o setor público da saúde. Vol 1. São Paulo: Hucitec; 2018

SODRÉ, F. et al. **Relatório de Pesquisa do projeto “Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), inovação e dinâmica capitalista**: desafios estruturais para a construção do Sistema Universal de Saúde no Brasil”. Universidade Federal do Espírito Santo, Faculdade de Direito de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. 2016.

SODRÉ, F., BUSSINGUER, E.C.A. Organizações Sociais e privatização da saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o Terceiro Setor. In Sodré F, Bussinguer ECA, Bahia L. (Orgs), **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**, São Paulo: Hucitec, 2018.

SODRÉ, F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00302134.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2020.

SOUZA, N.A. **Economia brasileira contemporânea: de Getúlio a Lula**. 2nd ed. São Paulo: Atlas; 2008.

SPRATT, C.; WALKER, R.; ROBINSON, B. **Mixed Research Methods**. Practitioner Research and Evaluation Skills Training in Open and Distance Learning. Commonwealth of Learning, 2004.

TEIXEIRA, C.F.S.; PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em debate**. 2018;42:11-21.

TEIXEIRA, M. J. O. **A política nacional de saúde na contemporaneidade: as Fundações Estatais de Direito Privado como estratégia de direcionamento do fundo público**. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Serviço Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

TERMO DE REFERÊNCIA CG 17/2009. Governo do Estado do Rio de Janeiro. 2009.

TIBÉRIO, A.A.; SOUZA, E.M.; SARTI, F.M. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. **Saúde Soc**. 2010;19(3):557-568.

TRAVAGIN, L.B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde debate**. 2017;41(115):995-1006.

TURINO, F.; FILIPPON, J.; SODRÉ, F.; SIQUEIRA, C.E. Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social Health Organizations in Brazil. **International Journal of Health Services**, 2020;1(11). Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0020731420961286>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

TURINO, F.; SOARES, G.B.; MANSUR, M.C.; SODRÉ, F. Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18: 96-101, 2016.

TURINO, F. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória: um estudo comparativo**. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFES, Vitória, 2016.

TURINO, F., SODRÉ, F. BAHIA, L. A dupla certificação na saúde: a articulação política entre as instituições filantrópicas e as Organizações Sociais de Saúde. In: **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2018.

TURINO, F., SOARES, G. B., MANSUR, M. C., SODRÉ, F. Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18: 96-101, 2016.

VIANA, A.L.D.; SILVA, H. P.; SCHEFFER, M. Economia e saúde. In: **Clínica Médica/vol. 1**[S.l: s.n.], 2016.

VIANNA, M.L.T.W. **A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil:** resultados e argumentos a seu favor. Texto para Discussão n. 2516, IPEA, 2019. Disponível em < [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/td\\_2516.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/td_2516.pdf)>. Acesso em: 10 Out. 2020.

VIEIRA, F.S.; SANTOS, I. S., OCKÉ-REIS, C., RODRIGUES, P. H. A. **Políticas sociais e austeridade fiscal:** como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: CEBES, 2018.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v.10, n. 3, 2016. Disponível em < <http://www.cosemsrj.org.br/wp-content/uploads/2018/05/21860-68023-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

VIEIRA, J. P. T. O. **Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro.** 2016. [Dissertação de Mestrado]. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.

ZAGANELLI, J.C. **Transparência na contratação de organizações sociais de saúde:** a urgência do acesso à informação na Lei nº 12.527/11 para a garantia da economicidade e da eficiência na saúde pública. 2016. Dissertação. Mestrado em Direitos e Garantias Fundamentais. Faculdade de Direito de Vitória, 2016.

WEST, S.; KING, V.; CAREY, T.S. Systems to rate the strength of scientific evidence. **Evidence report/technology assessment.** 2002;47:1-11.

WILKINSON, R.; PICKETT, K. **The spirit level:** Why equality is better for everyone. Penguin UK, 2010.



## APÊNDICE 1

### Reinventing privatization: a political–economic analysis of Social Health Organizations in Brazil

#### Appendix 1. Data information extraction sheet

Information	Remarks
<p>Author(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Name(s):</li> <li>• Title:</li> </ul>	
<p>Study</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Year:</li> <li>• Overall aim/purpose:</li> <li>• Research/analytical question(s):</li> <li>• Type of study:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Theoretical study (political, management, administration):</li> <li>- Case study (management):</li> </ul> </li> <li>• Methodology:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Data analysis: Qualitative (document analysis, exploratory, analytical); Quantitative (analysis descriptive/comparison):</li> </ul> </li> <li>• Findings:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- New Public Management:</li> <li>- Outsourcing:</li> <li>- Social Accountability/Governance:</li> <li>- Labour Conditions of Health Workforce:</li> <li>- Privatization:</li> <li>- Quasi-Market:</li> </ul> </li> </ul>	

## APÊNDICE 2

### Reinventing privatization: a political–economic analysis of Social Health

#### Organizations in Brazil

#### Appendix 2. Study quality assessment protocol

---

	3	2	1	0
Comment				

---

(1) *Research/analytical question (s):*

(i) Does the study have a clear and well-defined analytical/ research question? The overall aim and possible subsequent specific research question(s) should be clearly stated.

(2) *Rationale:*

(i) Does the study motivate its research question? The rationale of the study may include references to other studies, an empirical policy problem, or a theoretical issue of relevance.

(3) *Methodology:*

(i) Does the study clearly describe the methods used to answer the analytical question(s)? The paper should describe, motivate and explain the methodological approach taken.

(ii) Does the study make use of cross-sectional or time series or comparison?

(4) *Data:*

(i) Is the type of information used in the study in terms of source, sample size, time period, clearly described?

(ii) Does the study make use of primary/secondary data for its key analyses?

(5) *Goal achievement:*

(i) Does the study answer (all of) the research/sub- question(s)? There should be no to the incongruence between the stated research question(s) and the reported findings of the study.

(6) *Findings and results:*

(i) Are all of the stated findings and results the outcome of the particular methods used in the current study? All findings and results should be supported by evidence originating from the present study.

(ii) Are the results/findings credible with respect to method and data?

(7) *Discussion and conclusions:*

(i) Does the study critically discuss the robustness of findings, potential sources of bias, and possible limitations of the

approaches of choice?

---

**Total points:**

**Quality rating:**

*Note:*

**Total points possible: 21**

- 2 points are credited if the paper conforms fully to the question.
- 1 point is credited if the paper conforms partially to the question.
- 0 points are credited if the paper does not conform at all to the question.

**Grading scale**

- 18–21 points: **3 stars (\*\*\*)**
- 11–17 points: **2 stars (\*\*)**
- 0–10 points: **1 star (\*)**