

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA KAROLINE DE SOUZA COSTA
DIOCLECIANA FERREIRA DO ROSÁRIO

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO SUS: ARGUMENTOS E CRÍTICAS À
GESTÃO TERCEIRIZADA

Joinville, SC

2025

ANA KAROLINE DE SOUZA COSTA
DIOCLECIANA FERREIRA DO ROSÁRIO

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO SUS: ARGUMENTOS E CRÍTICAS À
GESTÃO TERCEIRIZADA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Câmpus Joinville do Instituto Federal de Santa Catarina para obtenção do diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aurélio Schwede

Joinville, SC

2025

Costa, Ana Karoline de Souza.

Organizações sociais no SUS: argumentos e críticas à gestão terceirizada / Ana Karoline de Souza Costa, Diocleciana Ferreira do Rosário. – Joinville, SC, 2025.

140 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão hospitalar, Joinville, 2025.

Orientador: Marcos Aurélio Schwede.

1. Gestão pública. 2. Organização social. 3. SUS. I. Rosário, Diocleciana Ferreira. II. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. III. Título.

ANA KAROLINE DE SOUZA COSTA
DIOCLECIANA FERREIRA DO ROSÁRIO

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO SUS: ARGUMENTOS E CRÍTICAS À
GESTÃO TERCEIRIZADA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em (Nome da Habilitação), pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 13 de Junho de 2025.

Prof. Dr. Marcos Aurélio Schwede

Orientador

Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville

Prof. Dra. Andrea Heidemann

Avaliadora

Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville

Prof. Roni Anderson Schiochet

Avaliador

Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão a todos os docentes que, ao longo desta trajetória, contribuíram não apenas para nossa formação acadêmica, mas também para fortalecer nossa admiração pela gestão hospitalar. Seus ensinamentos mostraram o verdadeiro impacto dessa área na sociedade e a importância de um sistema de saúde bem gerido.

Ao nosso orientador, Prof. Dr. Marcos Aurélio Schwede, nosso sincero agradecimento por aceitar o desafio de nos orientar. Sua paciência, bom humor e apoio foram fundamentais ao longo deste percurso. Mais do que nos conduzir na produção acadêmica, o senhor contribuiu significativamente para o nosso crescimento pessoal e profissional.

À Prof.^a Dra. Andrea Heidemann, nosso carinho e reconhecimento pela dedicação, generosidade e paciência. Foi em uma de suas aulas, ainda no início da nossa jornada acadêmica, que surgiu a inspiração para a criação deste trabalho. Muito obrigada por todo o apoio durante o processo, você foi peça fundamental para o desenvolvimento deste trabalho. Será sempre uma inspiração para nós. Obrigada por acreditar e confiar em nosso potencial.

Ao Prof.^o Roni Anderson Schiochet, nossa gratidão pelo incentivo, apoio e pelos valiosos conhecimentos compartilhados, que enriqueceram não apenas este trabalho, mas também nossa trajetória acadêmica.

A todos os professores que, de forma direta ou indireta, contribuíram para nossa formação, deixamos nosso mais sincero agradecimento. Cada ensinamento, orientação e palavra de incentivo foi essencial para esta conquista.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS ANA

Com profunda gratidão, dedico este trabalho a todos que me apoiaram ao longo desta jornada desafiadora e transformadora.

A realização deste Trabalho de Conclusão de Curso representa muito mais do que um requisito acadêmico é a confirmação de que sou capaz de conquistar tudo aquilo que me proponho. Este é apenas o primeiro passo de uma trajetória que, com fé e dedicação, será repleta de conquistas, tanto na vida pessoal quanto na profissional.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela força, sabedoria e perseverança que me conduziram até aqui, tornando possível a realização deste sonho. Cada desafio superado foi a confirmação de que, com fé e determinação, nenhum obstáculo é grande demais.

Ao meu noivo, meu eterno obrigado. Sua presença incondicional foi meu porto seguro nos momentos de dúvida e cansaço. Você me lembrou que, mesmo quando eu não acreditava, eu era capaz. Seu apoio, paciência e incentivo foram fundamentais para que eu alcançasse esta vitória.

Aos meus pais, meus primeiros e maiores incentivadores, que desde a infância me ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos. Vocês sonharam comigo, compartilharam minhas frustrações e celebraram cada conquista. Esta graduação é também de vocês, fruto do amor, dos ensinamentos e da base sólida que me proporcionaram.

À Diocleciana, minha parceira que aceitou embarcar nesse desafio comigo, incansável ao longo de toda a jornada, minha gratidão é imensurável. Compartilhamos risadas, desabafos, desafios e superações. Sua companhia foi essencial, e sou eternamente grata por termos vivido este percurso lado a lado. Gostaria também de agradecer à Amanda, com quem formamos um trio inseparável do começo ao fim. Com vocês, tudo foi mais leve durante essa caminhada. Que a nossa amizade possa se estender para muito além da vida acadêmica.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e para a minha formação, deixo meu mais sincero agradecimento. Cada ensinamento, cada gesto de apoio e carinho foram peças indispensáveis na construção desta conquista.

Que este seja apenas o começo de uma trajetória repleta de realizações!

AGRADECIMENTOS DIOCLECIANA

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me possibilitado realizar essa jornada desde a saída do meu estado com vários sonhos no bolso e, até agora, realizando-os com muita saúde, força de vontade e esperança em ser alguém melhor.

A realização deste Trabalho de Conclusão de Curso representa não apenas o encerramento de uma etapa importante da minha formação acadêmica, mas também a concretização de um sonho que só foi possível graças ao apoio de muitas pessoas.

Agradeço a minha parceira Ana Karoline por ter aceitado embarcar nesse projeto e por toda trajetória no curso, desde os momentos de muitas risadas até os momentos mais sérios que passamos juntas, sou eternamente grata por cada momento, e por juntas termos chegado até aqui, obrigada por ser você a minha dupla.

Agradeço em especial ao meu marido, meu companheiro de vida, que esteve ao meu lado em cada passo dessa caminhada. Obrigada por sua paciência, compreensão, encorajamento e por acreditar em mim mesmo quando eu duvidava. Sua presença foi essencial para que eu mantivesse o equilíbrio e a motivação nos momentos mais desafiadores.

Agradeço a minha amiga Amanda por ter acreditado em mim, por ter compartilhado suas ideias e por sempre estar ao meu lado, seja nos momentos de dúvida ou de celebração, e por sua motivação e persistência durante todo o decorrer do curso. Sua amizade foi essencial, para superar momentos de dificuldades, obrigada por toda a parceria.

Aos colegas e amigos que estiveram ao meu lado durante essa caminhada, pelos momentos de companheirismo, pelas conversas, pelos incentivos e pelas risadas que tornaram tudo mais leve.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste TCC, meu mais sincero agradecimento.

Muito obrigada!

RESUMO

A gestão em saúde tem passado por constantes transformações, especialmente no setor público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gerando debates sobre sua eficiência e sustentabilidade. Neste contexto, o presente Trabalho de Conclusão de Curso em Tecnologia em Gestão Hospitalar tem como objetivo analisar criticamente as possibilidades e os problemas relacionados à adoção da gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) em hospitais públicos vinculados ao SUS, no período de 2004 a 2024. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática, com buscas nas plataformas SciELO, Google Acadêmico e Portal de Periódicos da CAPES, resultando na seleção de 18 publicações, analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo. Entre os principais resultados encontrados, destacam-se os argumentos favoráveis à implantação das OSS, como a maior flexibilidade administrativa, a agilidade na contratação de profissionais e a redução da burocracia nos processos de aquisição de insumos e equipamentos. Tais aspectos são apontados como fatores que potencialmente contribuem para uma gestão mais eficiente e dinâmica dos serviços de saúde. Por outro lado, as críticas ao modelo incluem preocupações com a perda de controle público, fragilização da transparência e risco de comprometimento dos princípios constitucionais do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade. Também são apontadas a precarização das relações de trabalho e a priorização da eficiência financeira em detrimento da qualidade do cuidado integral. Assim, é fundamental que os gestores busquem um entendimento mais aprofundado sobre essa temática, com vistas à superação dos desafios identificados, de modo a garantir que a população não seja prejudicada na construção do modelo de saúde pública ofertado no país.

Palavras-chave: Gestão pública, organização social, SUS.

ABSTRACT

Health management has undergone constant transformations, especially in the public sector represented by the Unified Health System (SUS), leading to ongoing debates about its efficiency and sustainability. In this context, this Undergraduate Thesis in Hospital Management Technology aims to critically analyze the possibilities and challenges related to the adoption of management by Social Health Organizations (OSS) in public hospitals linked to the SUS, during the period from 2004 to 2024. To this end, a systematic bibliographic research was conducted, with searches on the SciELO and Google Scholar platforms, resulting in the selection of 18 publications, which were analyzed using the Content Analysis method. Among the main findings, favorable arguments for the implementation of OSS stand out, such as greater administrative flexibility, faster hiring processes for professionals, and the reduction of bureaucracy in the procurement of supplies and equipment. These aspects are highlighted as factors that potentially contribute to a more efficient and dynamic management of health services. On the other hand, criticisms of the model include concerns about the loss of public control, weakened transparency, and the risk of compromising the constitutional principles of the SUS, such as universality, equity, and comprehensiveness. Other issues raised include the precariousness of labor relations and the prioritization of financial efficiency to the detriment of quality and comprehensive care. Therefore, it is essential for health managers to seek a deeper understanding of this topic in order to overcome the identified challenges and ensure that the population is not harmed in the ongoing construction of the public health model offered in the country.

Keywords: Public management, social organization, SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Fluxograma referencial teórico	20
Figura 2: Blocos de financiamento	29
Figura 3: Critérios para repasse regular automático para os entes federados	44
Figura 4: Tipos de entidades filantrópicas.....	55
Figura 5: Caracterização da pesquisa.....	63
Figura 6: Processo de coleta de dados.....	65
Figura 7: Etapas da análise.....	67

QUADROS

Quadro 1: Publicações selecionadas para o estudo	69
Quadro 2: Argumentos referente a concepção de saúde e do SUS	72
Quadro 3: Argumento referente às relações de trabalho	75
Quadro 4: Argumentos referente à relação com a população x qualidade dos serviços prestados	78
Quadro 5: Argumentos referente a eficiência/racionalidade financeira	84
Quadro 6: Crítica referente a concepção de saúde e do SUS	93
Quadro 7: Crítica referente às relações de trabalho	100
Quadro 8: Crítica referente à relação com a população x qualidade dos serviços prestados	110
Quadro 9: Críticas referente a eficiência/racionalidade financeira	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALESP - Assembleia Legislativa de São Paulo
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
BARDIN - Modelo de Análise de Conteúdo
CES - Conselho Estadual de Saúde
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DRU - Desvinculação das Receitas da União
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC - Emenda Constitucional
EPI - Equipamento de Proteção Individual
FASUBRA - Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
FEF - Fundo de Estabilização Fiscal
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FSE - Fundo Social e Emergência
FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GM - General Motors
HUB - Hospital Universitário de Brasília
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MS - Ministério da Saúde
NAP - Nova Administração Pública
NGP - Nova Gestão Pública
ONG - Organização Não Governamental

OS - Organização Social

OSC - Organização da Sociedade Civil

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS - Organização Social de Saúde

PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PIB - Produto Interno Bruto

PIS/PASEP - Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PNH - Política Nacional de Humanização

PNP - Programa Nacional de Publicização

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

RCL - Receita Corrente Líquida

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Tribunal de Contas do Estado

CLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB - Universidade de Brasília

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Contextualização	14
1.2 Justificativa	15
1.3 Problema da pesquisa	16
1.4 Objetivos	17
1.4.1. Objetivo geral	17
1.4.2 Objetivo específico	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Sistema Único de Saúde	18
2.2 Financiamento do SUS	24
2.3 Gestão: Base Conceitual	31
2.4 Gestão Pública na Saúde	35
2.5 A Gestão no âmbito do SUS	41
2.6 Desafios da Gestão do Sistema Único de Saúde	43
2.7 Terceirização	46
2.8 Organização Social	51
3 METODOLOGIA	61
3.2 Procedimentos de Coleta	62
3.3. Análise e Organização dos Dados	65
3.4 Cuidados Éticos	66
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	67
4.1 Os Argumentos para Implementação do Modelo de Gestão por Organizações Sociais	73
4.1.1 Argumentos Referentes à Concepção de Saúde e do SUS	73
4.1.2 Os Argumentos Referentes às Relações de Trabalho no Contexto da Gestão por OS nos Serviços de Saúde	75
4.1.3 Argumentos Referentes à Relação com a População Versus Qualidade dos serviços prestados	78
4.1.4 Argumentos Referentes à Eficiência/Racionalidade Financeira	85
4.2 As Críticas ao Modelo de Gestão por Organizações Sociais	93
4.2.1 Críticas referente à concepção de saúde e do SUS	93
4.2.2 Críticas Referente à Relações de Trabalho	99
4.2.3 Críticas referentes à relação com a população x qualidade dos serviços prestados	110
4.2.4 Críticas referente à eficiência/racionalidade financeira	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE 1 - FICHAMENTO DE ARTIGO	142

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Por ser um sistema de grande complexidade, enfrenta diversos desafios para oferecer serviços de qualidade aos seus usuários. Nesse sentido, tem sido objeto de constantes reformulações e debates desde sua criação, com o objetivo de aprimorar a qualidade e a eficiência dos serviços oferecidos à população (Paim, 2012).

Como proposta para melhorar seus serviços ao longo dos anos, buscaram-se novas estratégias de gestão capazes de alcançar melhores resultados, entre elas a adoção do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Esse modelo transfere a administração de unidades de saúde para instituições privadas sem fins lucrativos, com o propósito de otimizar os resultados obtidos na prestação dos serviços (Bresser-Pereira, 1998).

No entanto, desde sua implementação, a administração por OSS tem gerado intensos debates e controvérsias quanto à sua efetividade e aos seus reais interesses. Torna-se, assim, essencial avaliar criticamente os serviços prestados por essas organizações, bem como verificar os argumentos a favor e contra a adoção desse modelo de gestão, a fim de garantir a qualidade e o acesso universal aos serviços do SUS.

A adoção das Organizações Sociais de Saúde (OSS) como modelo de gestão no SUS tem se expandido no Brasil, sendo vista por muitos como uma alternativa para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços públicos de saúde. Criadas pela Lei nº 9.637/1998, as OSS surgiram como uma tentativa de superar desafios históricos da gestão direta, como a burocracia excessiva, a rigidez administrativa e a má alocação de recursos públicos, como defendem alguns autores (Bresser-Pereira, 1998).

Ao permitir maior flexibilidade na contratação de pessoal e na gestão financeira, esse modelo busca proporcionar mais agilidade e eficiência à administração de hospitais e unidades de saúde. No entanto, sua implementação não está isenta de críticas, suscitando debates sobre riscos como a fragilização do controle público e a privatização indireta do SUS. Este estudo propõe-se a analisar

de forma ampla e crítica as implicações desse modelo de gestão, considerando diferentes perspectivas e seus impactos na saúde pública brasileira.

Druck (2016) reforça que as Organizações Sociais foram concebidas no contexto da reforma do Estado como uma forma de “publicização”, ou seja, a transferência da responsabilidade pela prestação de serviços públicos do Estado para o setor não estatal, mantendo, no entanto, o financiamento estatal. Contudo, cresce na literatura especializada uma visão crítica sobre esse formato de gestão, mesmo diante de argumentos que o defendem como alternativa para o bom funcionamento dos serviços públicos de saúde. Tal contexto evidencia a necessidade de uma análise mais aprofundada, tanto científica quanto histórica, capaz de identificar os potenciais benefícios e os riscos e problemas envolvidos na atuação das OSS.

Diante dessas controvérsias, torna-se fundamental investigar criticamente os serviços prestados pelas Organizações Sociais de Saúde, bem como as possibilidades e limitações associadas a esse modelo. Essa avaliação é essencial para garantir que ele, de fato, contribua para a melhoria da qualidade e do acesso universal aos serviços do SUS, sem comprometer seus princípios fundamentais. O debate sobre as OSS não apenas revela os desafios enfrentados pela gestão pública no Brasil, como também evidencia a importância de se equilibrar a busca por eficiência administrativa com a garantia dos direitos sociais e a manutenção dos valores que norteiam o sistema público de saúde.

Portanto, este estudo tem como objetivo analisar as possibilidades e os problemas relacionados à adoção da gestão por Organizações Sociais em instituições de saúde, no contexto do SUS. Para isso, analisaram-se os diferentes modelos de gestão utilizados no sistema, com ênfase na história, legislação e políticas públicas que regulamentam a atuação das OSS no Brasil. Além disso, identificaram-se os principais argumentos favoráveis e contrários à implantação desse modelo de gestão, bem como foram avaliadas suas vantagens e desvantagens.

1.2 Justificativa

A gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) vem se consolidando como uma estratégia adotada em diversas regiões do Brasil, especialmente diante

dos desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à sua sustentabilidade, eficiência e capacidade de resposta às necessidades da população. De acordo com levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), atualmente 1.874 unidades da rede pública de saúde são geridas por 158 OSS, em um total de 270 municípios em 20 estados brasileiros. Esse dado reflete o avanço e a capilaridade do modelo, demonstrando a necessidade urgente de estudos que analisem suas repercussões na gestão do SUS.

Neste encaminhamento, esta pesquisa apresenta-se como relevante por contribuir para a compreensão crítica desse processo de terceirização, apontando possíveis vantagens e desvantagens da gestão por OSS, bem como por fomentar novos estudos e debates voltados ao conhecimento mais aprofundado sobre os impactos dessa modalidade. Essa prática tem sido frequentemente alvo de questionamentos quanto à sua eficiência, à transparência dos processos e à qualidade dos serviços prestados, especialmente quando confrontada com os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade.

A escolha do recorte temporal entre 2004 e 2024 justifica-se pela complexidade da temática e pelos diferentes impasses e debates que emergiram ao longo dessas duas décadas. Esse período compreende importantes momentos de expansão do modelo, mudanças legislativas e aprofundamento das críticas e defesas que envolvem a adoção das OSS como alternativa de gestão. Com isso, busca-se compreender a evolução histórica dessa proposta e analisar de forma abrangente as nuances que demandam reflexão tanto teórica quanto prática.

Além do panorama nacional, o estudo adquire relevância local ao existir a possibilidade de implementação da gestão por OSS no Hospital Municipal São José, localizado em Joinville (SC). Trata-se de um hospital de alta complexidade que realiza cerca de 18 mil atendimentos mensais e apresenta um custo operacional estimado em R\$ 370 milhões anuais. Atualmente, está sob gestão pública direta, mas encontra-se no centro de discussões públicas sobre a viabilidade de contratação de uma organização social para sua administração. A proposta foi objeto de análise pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) e debatida em audiência pública municipal, o que evidencia a atualidade, relevância e

pertinência do tema para o contexto joinvilense.

Dessa forma, este trabalho se propõe a oferecer uma análise crítica, fundamentada e contextualizada, contribuindo para a compreensão dos efeitos da terceirização via OSS, tanto em âmbito nacional quanto local. Essa avaliação é fundamental para garantir que quaisquer decisões relacionadas à gestão de serviços públicos de saúde estejam alinhadas aos princípios do SUS, resguardando os direitos sociais da população e a efetividade dos serviços prestados.

1.3 Problema da pesquisa

Quais são os argumentos e críticas relacionados à implantação da gestão por organizações sociais de saúde no SUS?

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo geral

Analisar as possibilidades e problemas relacionados ao uso da gestão por organizações sociais em hospitais públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a literatura no período de 2004-2024.

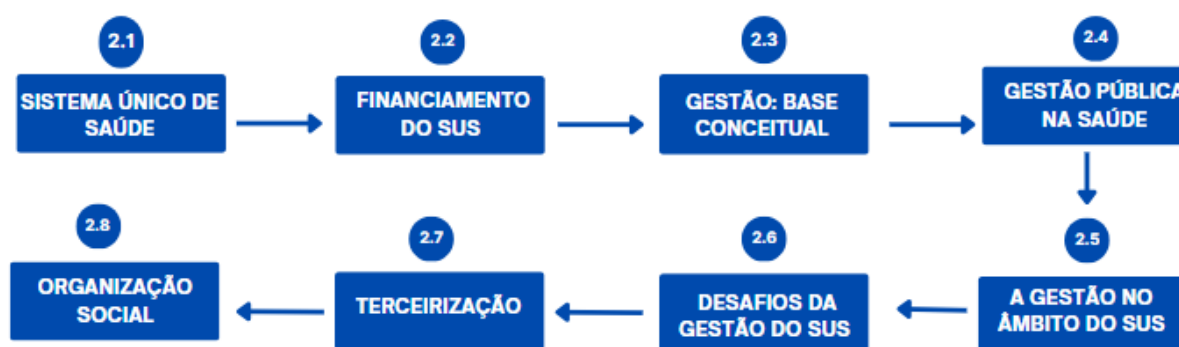
1.4.2 Objetivo específico

1. Identificar os principais argumentos para a implantação do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) no SUS;
2. Analisar as críticas feitas às OSS na gestão do SUS;
3. Suscitar pontos de reflexão sobre os desafios que envolvem a temática aqui discutida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o intuito de fornecer um embasamento teórico sólido para a análise dos dados, este capítulo apresenta os principais conceitos que embasaram a pesquisa. Para tanto, o capítulo foi dividido em nove sub títulos, conforme figura 1:

Figura 1: Fluxograma do referencial teórico



Fonte: autoras (2025).

2.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito universal e determinou que o Estado fosse o responsável por garantir esse acesso à população. Para viabilizar as políticas públicas de saúde, a Constituição estabeleceu o SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que define seus princípios e diretrizes (Noronha *et al.*, 2008).

Para compreender a importância do SUS, é essencial olhar para a história da saúde pública no Brasil, que passou por diversas transformações ao longo dos séculos, até chegar ao modelo de saúde conhecido atualmente (Paim, 2009).

Para traçar a linha histórica da saúde pública no Brasil, é fundamental iniciar pelo período colonial (1500-1822), período no qual não havia um sistema organizado de saúde. Nessa época, os cuidados dependiam quase exclusivamente de recursos naturais e do conhecimento empírico de curandeiros. Essa situação começou a mudar parcialmente com a chegada da família real portuguesa em 1808, que demandou a organização de uma estrutura sanitária mínima. Dom João VI, por

exemplo, fundou o Colégio Médico-Cirúrgico na Bahia e a Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro. No entanto, a saúde pública permaneceu muito limitada até 1850, pois a mesma restringiu-se principalmente ao controle sanitário de portos e da capital do Império, sem alcançar a maior parte da população (Polignano, 2001).

Com a Proclamação da República em 1889, o Brasil começou a estruturar um sistema de saúde pública, ainda de forma bastante restrita. No início do século XX, o país enfrentava epidemias de febre amarela, varíola e peste, que atingiam principalmente o Rio de Janeiro.

Para enfrentar esse cenário, o governo de Rodrigues Alves, com a atuação do sanitarista Oswaldo Cruz, implementou medidas como a vacinação obrigatória contra a varíola. No entanto, essa obrigação gerou forte resistência popular, resultando na Revolta da Vacina em 1904. Apesar das tensões, essas campanhas foram fundamentais para o controle das epidemias e estabeleceram um modelo de intervenção sanitária que se manteve por décadas. A Revolta da Vacina evidenciou a importância de considerar a participação popular e o diálogo na implementação de políticas de saúde. A imposição autoritária da vacinação, sem esclarecimento ou envolvimento da população, gerou desconfiança e resistência, um erro que o movimento da Reforma Sanitária, décadas depois, buscou evitar (Polignano, 2001).

Neste período, a “conjuntura Oswaldo Cruz” como ficou conhecida, deu início a um enfoque mais científico para a saúde, embasando-se na bacteriologia e microbiologia e a defesa da imunização através de vacinas. Na sequência, a criação do Departamento de Saúde Pública se deu, principalmente, pelas reformas sanitárias defendidas pelo sanitarista (Nunes, 2002).

Durante o Estado Novo (1937-1945), com a ascensão de Getúlio Vargas, houve uma maior organização da previdência social. Foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que ofereciam assistência médica e previdenciária para trabalhadores urbanos, organizados por categorias profissionais. No entanto, os trabalhadores rurais e as populações mais pobres, permaneceram excluídos desses benefícios. A falta de investimentos em prevenção e saneamento básico manteve a saúde pública em um estado precário (Polignano, 2001).

Segundo Gato (2020, p.8), o Estado Novo se dedicou a uma política de saúde baseada na premissa ideológica estabelecida na Constituição de 1933 e na subsequente legislação de que “cabia ao Estado cuidar apenas dos pobres”.

O regime militar (1964-1985) trouxe uma expansão do sistema previdenciário,

com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, que unificou os IAPs. O governo priorizou a medicina curativa, estabelecendo convênios com hospitais privados, o que levou ao crescimento do complexo médico-industrial. Apesar da expansão, a atenção à saúde pública permaneceu insuficiente, com poucos recursos destinados ao Ministério da Saúde e pouca ênfase na prevenção (Polignano, 2001).

É importante ressaltar que, no regime militar existia apenas o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). O INAMPS fornecia a assistência restrita aos que contribuíam com a Previdência Social. “Os demais brasileiros eram considerados indigentes e atendidos apenas em serviços filantrópicos” (Garcia, 2018, s.n).

A crise econômica das décadas de 1970 e 1980 evidenciou as fragilidades do sistema de saúde, com o aumento dos custos da medicina curativa e a incapacidade de atender a população com maior vulnerabilidade. Nesse contexto, o movimento da Reforma Sanitária, liderado por sanitaristas e movimentos sociais, ganhou força, defendendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Esse movimento foi fundamental para a inclusão do SUS na Constituição de 1988, que representou uma mudança significativa ao estabelecer a saúde como um direito universal, baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (Polignano, 2001).

De acordo com Solha (2014), os três pilares do SUS – universalidade, equidade e integralidade – são fundamentais e vão além do conceito teórico, impactando diretamente a vida dos brasileiros. A universalidade assegura que todos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica. Um exemplo disso é o atendimento em postos de saúde, hospitais públicos e UPAs, onde são realizadas desde consultas básicas até procedimentos complexos, como transplantes de órgãos e tratamentos de câncer. Segundo Paim (2008), essa abordagem rompeu com o modelo anterior, que atendia apenas trabalhadores formais e deixava de lado os mais pobres e os trabalhadores rurais.

A equidade, por sua vez, busca reduzir as desigualdades regionais e sociais ao direcionar recursos e ações conforme as necessidades específicas de cada grupo. Um exemplo prático é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada para enfrentar as barreiras históricas e sociais que afetam a população negra (Brasil, 2017). Giovanella et al. (2012) ressaltam que a equidade

não significa oferecer o mesmo serviço a todos, mas distribuir os recursos de maneira a reduzir as desigualdades presentes.

Já a integralidade propõe um cuidado abrangente em todas as fases da saúde, desde a promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação. Um exemplo claro dessa abordagem é a Estratégia de Saúde da Família, que vai além do tratamento pontual de doenças. Essa estratégia inclui ações de educação em saúde, vacinação, planejamento familiar, acompanhamento de gestantes e o manejo contínuo de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, com fornecimento gratuito de medicamentos (Brasil, 2012). Conforme Mattos (2004), a integralidade é um desafio constante para o SUS, exigindo a integração efetiva de diferentes serviços e profissionais para garantir um cuidado completo e contínuo.

Esses pilares, no entanto, convivem com uma realidade complexa: a dualidade do sistema de saúde brasileiro, que se divide entre o público, representado pelo SUS, e o privado. Na prática, isso significa que, atualmente, o sistema de saúde no Brasil opera em duas frentes distintas. O SUS, como base da saúde pública, garante acesso universal e integral a milhões de brasileiros, oferecendo desde consultas básicas até procedimentos de alta complexidade (Giovanella et al., 2012).

Por outro lado, o setor privado atua de duas formas principais: o atendimento particular, em que o paciente paga diretamente pelos serviços, e a saúde suplementar, que inclui planos de saúde e seguros privados. Nesse modelo, as operadoras de planos funcionam como intermediárias, estabelecendo contratos e valores entre os prestadores de serviços e os usuários. Essa coexistência entre o público e o privado, embora comum, gera desafios significativos, como a desigualdade de acesso e a diferença na qualidade dos serviços oferecidos (Giovanella et al., 2012).

Nesse contexto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS regula o setor de saúde suplementar, definindo políticas, diretrizes e critérios para credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço. O credenciamento autoriza um prestador a atender os beneficiários de planos de saúde, enquanto o descredenciamento visa garantir padrões de qualidade, protegendo os usuários contra práticas inadequadas (Brasil, 2000).

Apesar dos avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o

sistema enfrenta desafios significativos que comprometem sua capacidade de garantir o acesso universal, equitativo e integral à saúde. Um dos principais obstáculos é o subfinanciamento crônico, que limita a capacidade de investimento em infraestrutura, equipamentos e contratação de profissionais de saúde (Paim e Teixeira, 2007).

Conforme destacam Paim e Teixeira (2007), o SUS opera com recursos insuficientes para atender às demandas crescentes da população, especialmente em um contexto de envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas. Além do subfinanciamento crônico, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta outros desafios estruturais e operacionais que impactam sua eficácia e a qualidade dos serviços prestados à população.

Um dos principais problemas é a má distribuição de recursos e profissionais de saúde, que tendem a se concentrar nas regiões mais desenvolvidas do país, como o Sudeste, em detrimento das áreas rurais e periféricas, especialmente no Norte e Nordeste. Essa desigualdade regional reforça as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, contrariando o princípio da equidade (Viacava *et al.*, 2019).

Outro desafio significativo é a fragmentação do sistema de saúde, que dificulta a coordenação e a integração entre os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária). A falta de uma rede de serviços bem articulada resulta em duplicação de esforços, desperdício de recursos e, principalmente, em uma assistência descontínua e pouco eficaz para os usuários. A integralidade, um dos pilares do SUS, é diretamente afetada por essa fragmentação, já que os pacientes muitas vezes não conseguem transitar de forma fluida entre os diferentes serviços de que necessitam (Mendes, 2010).

A gestão do SUS também é um ponto crítico, com problemas relacionados à descentralização e à autonomia dos municípios. Embora a descentralização tenha sido uma conquista importante para a democratização do sistema, ela trouxe consigo desafios como a falta de capacidade técnica e financeira de muitos municípios para gerir os serviços de saúde de forma eficiente. Essa fragilidade na gestão local pode levar à ineficiência no uso dos recursos e à dificuldade de implementação de políticas públicas de saúde (Paim, 2008).

A judicialização da saúde é outro fenômeno que tem pressionado o SUS, com um aumento significativo de demandas judiciais por medicamentos, tratamentos e procedimentos não disponíveis no sistema público. Essa judicialização reflete, em

parte, as falhas do SUS em garantir o acesso oportuno e integral aos serviços de saúde, mas também gera distorções, como a priorização de casos individuais em detrimento de políticas coletivas e o aumento dos gastos com ações judiciais (Diniz *et al.*, 2012).

Além disso, o SUS enfrenta desafios relacionados à qualidade dos serviços prestados, incluindo longas filas de espera para consultas, exames e cirurgias, infraestrutura precária em muitas unidades de saúde e a insatisfação dos profissionais da área, que frequentemente lidam com más condições de trabalho. Esses problemas impactam diretamente a experiência dos usuários e a eficácia do sistema como um todo (Giovanella *et al.*, 2012).

Diante dos desafios estruturais e operacionais do SUS, como o subfinanciamento crônico, a má distribuição de recursos, a fragmentação dos serviços e a judicialização da saúde, as Organizações Sociais (OS) surgem como uma proposta de gestão que visa aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços públicos de saúde. No entanto, sua implementação tem gerado debates acalorados: enquanto alguns defendem que as OS trazem maior flexibilidade administrativa e redução da burocracia, outros argumentam que elas podem aprofundar a privatização do sistema e comprometer os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (Paim, 2008; Giovanella *et al.*, 2012). Além disso, a falta de transparência e controle social no modelo de gestão das OS tem levantado questionamentos sobre sua efetividade e legitimidade (Mendes, 2010). Portanto, a discussão sobre as Organizações Sociais no SUS não se limita a uma simples escolha entre eficiência e princípios constitucionais, mas envolve uma reflexão profunda sobre o futuro da saúde pública no Brasil (Paim, 2009).

Por fim, a pandemia de COVID-19 expôs e agravou muitas das fragilidades do SUS, como a falta de investimento em ciência e tecnologia, a insuficiência de leitos de UTI e a desarticulação entre os entes federativos. Apesar de o SUS ter sido fundamental no enfrentamento da pandemia, a crise sanitária evidenciou a necessidade de maior financiamento e fortalecimento do sistema para lidar com emergências de saúde pública (Marques e Ferreira, 2023).

Em síntese, embora o SUS represente um avanço significativo na garantia do direito à saúde no Brasil, seus desafios estruturais e operacionais exigem ações urgentes e coordenadas para que possa cumprir plenamente seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. A superação desses obstáculos depende

não apenas de maior investimento financeiro, mas também de uma gestão mais eficiente, da valorização dos profissionais de saúde e do fortalecimento da participação social na definição e no controle das políticas públicas de saúde (Paim, 2009; Giovanella *et al.*, 2012; Mendes, 2010).

2.2 Financiamento do SUS

Segundo Ugá, Porto e Piola (2012), o financiamento de sistemas de saúde refere-se às fontes de recursos que sustentam os gastos em saúde de uma determinada sociedade. A Constituição Federal de 1988 determinou que a Seguridade Social, incluindo a saúde, fosse financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, além de contar com recursos provenientes dos orçamentos da União, estados, Distrito Federal e municípios. Em resumo, o artigo 195 estabelece que a União transfira pelo menos 30% dos valores desse financiamento para o Orçamento da Seguridade Social (OSS) e orçamentos fiscais para estados e municípios (Brasil, 1988).

Com a criação do Orçamento da Seguridade Social (OSS), ficou estabelecido que este contaria com a arrecadação de diversas fontes de contribuição para garantir o financiamento da saúde. Essas contribuições viriam por meio da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), do Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep), da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), além de uma parcela da receita de concursos de prognósticos e receitas próprias da contribuição sobre a folha de pagamento das empresas (que anteriormente era a principal fonte de custeio do seguro social) (Brasil, 1991).

A consolidação do financiamento da saúde no Brasil ganhou robustez com o estabelecimento de normas complementares que visavam reforçar a garantia de recursos e a organização do setor. A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), detalha a organização e funcionamento do SUS, complementando a Constituição. Entretanto, apenas a LOS não era suficiente para regulamentar o SUS. Em 28 de dezembro de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.142, que complementa a LOS ao estabelecer diretrizes para a participação da comunidade na gestão do SUS e para a transferência de recursos financeiros entre as esferas de governo. Para que estados e municípios possam receber recursos

federais, ficou estabelecida a necessidade de manter instâncias colegiadas como a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, garantindo a participação da sociedade na formulação e execução das políticas públicas de saúde (Brasil, 2013).

Entretanto, o Orçamento da Seguridade Social começou a perder recursos vinculados em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), renovado em 1997 como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Em 2000, o mecanismo foi transformado na Desvinculação das Receitas da União (DRU), permitindo ao Executivo usar até 20% das receitas da saúde, previdência e assistência social para outras finalidades, como gerar superávits primários para pagar juros da dívida pública (Brasil, 2013).

Diante da insuficiência de recursos, foi instituída, em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com o objetivo de complementar o financiamento da saúde. Apesar de sua arrecadação significativa, a CPMF foi extinta em 2007 após intensos debates sobre sua efetividade e impacto na economia. Entre os argumentos contrários, destacava-se a percepção de que a carga tributária sobre transações financeiras era excessiva e que a arrecadação da CPMF não garantia o cumprimento integral dos percentuais mínimos de investimento estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2013).

O Conselho de Saúde é uma instância permanente e deliberativa, composta por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Sua principal função é participar da formulação das estratégias e acompanhar a execução das políticas de saúde no âmbito correspondente, avaliando inclusive os aspectos econômicos e financeiros envolvidos. Já as Conferências de Saúde são eventos periódicos e participativos, convocados para discutir e propor diretrizes para as políticas de saúde. Ambas as instâncias reforçam a participação social na definição das prioridades do SUS, incluindo o uso dos recursos públicos no âmbito da saúde (Paim, 2012).

Na EC 29 de 13 de setembro de 2000, que foi um marco, ela estabelece as porcentagens de repasses dos impostos recolhidos em serviços públicos em saúde. O Município e o Distrito Federal deverão aplicar anualmente no mínimo 15%, o estado será de 12%, já a União deverá aplicar de acordo com ano anterior de exercício financeiro, acrescentado o percentual de elevação do PIB. Essa vinculação de recursos trouxe mais segurança para o setor, diminuindo a dependência de fontes temporárias ou instáveis (Brasil, 2000).

De maneira geral, o financiamento da saúde atualmente é proveniente de diversas fontes de receitas. Para estados e municípios, inclui impostos, multas, juros de mora, encargos relacionados a impostos, dívida ativa (com suas multas, juros e atualização monetária), transferências constitucionais e legais, recursos do SUS, transferências voluntárias, operações de crédito vinculadas à saúde e outras receitas orçamentárias. Já para a União, o financiamento vem das fontes do orçamento da Seguridade Social (Brasil, 2000).

Diante desse cenário, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a Resolução nº 322, em 2003, com o objetivo de operacionalizar a EC 29 e garantir a correta aplicação dos recursos destinados à saúde. A resolução aborda quatro aspectos fundamentais: a base de cálculo para determinar o valor mínimo a ser investido em saúde por cada ente federado; os percentuais mínimos de investimento em saúde; a definição de quais ações e serviços podem ser considerados como parte do cálculo; e os mecanismos de acompanhamento, fiscalização e controle para assegurar o cumprimento das disposições da EC 29 (Brasil, 2003).

Ficou estabelecido então, que as despesas com ações e serviços públicos de saúde devem incluir tanto os custos de funcionamento (custeio) quanto os investimentos (capital), financiados pelos fundos de saúde de cada esfera de governo. De acordo com o artigo 198, § 2º da Constituição Federal, essas ações devem atender a três critérios: I – Ser destinadas a serviços de saúde que garantam acesso universal, igualitário e gratuito; II – Estar alinhadas com os objetivos e metas dos planos de Saúde de cada estado, município e União; III – Ser de responsabilidade exclusiva da área de saúde, sem se confundir com despesas de outras políticas públicas, mesmo que estas influenciam as condições de saúde. A Resolução também considera como ações de saúde as despesas com promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (Brasil, 2003).

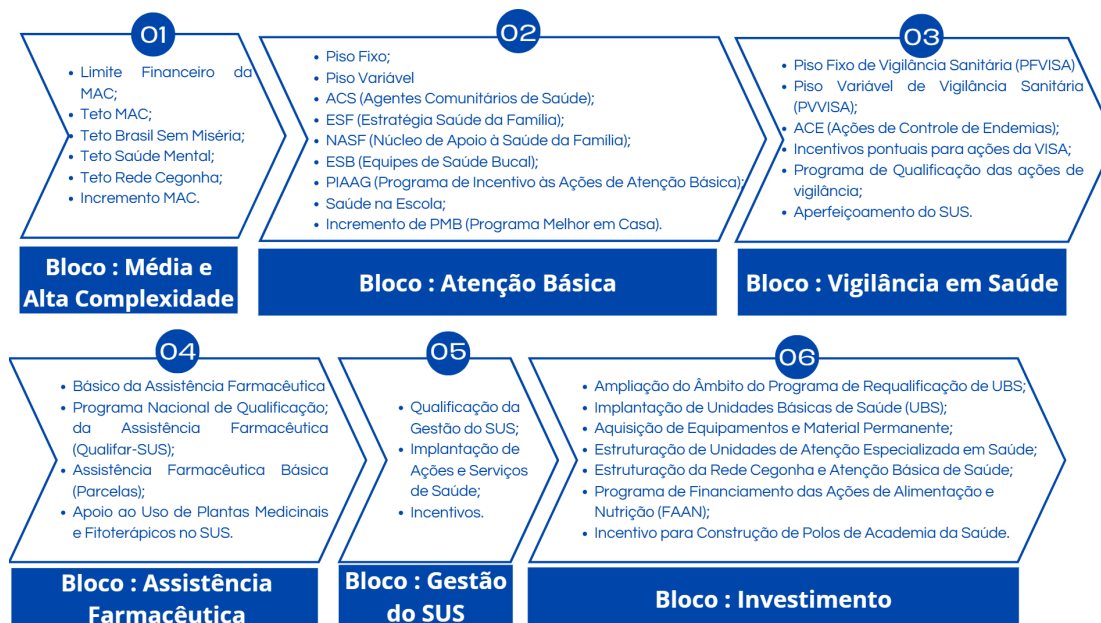
Além disso, o valor relacionado às operações de crédito para financiar ações e serviços de saúde deve ser deduzido dos gastos com saúde no exercício seguinte. Ou seja, somente os pagamentos de juros e amortizações dessas operações de crédito podem ser considerados como despesa de saúde, garantindo que os recursos sejam devidamente contabilizados dentro dos limites e regras estabelecidos para o financiamento da saúde (Brasil, 2012).

A implementação da Emenda Constitucional 29 (EC 29) entre 2000 e 2003 revelou um desrespeito aos limites mínimos de investimento em saúde. Dados

indicam que os gastos da União, estados e municípios ficaram R\$7,09 bilhões abaixo do mínimo estabelecido, com 11 estados em 2000, 18 em 2001 e 13 em 2003 não atingindo os requisitos (Brasil, 2013).

Após a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em 2000, surgiram diversas interpretações divergentes sobre o conceito de "ações e serviços públicos de saúde" (ASPS). Essa incerteza abriu brechas para questionamentos sobre quais atividades poderiam ser consideradas elegíveis para o financiamento com os recursos vinculados à saúde (Brasil, 2012). Para organizar os recursos da saúde e dar mais previsibilidade à gestão do SUS, o Ministério da Saúde publicou, em 2007, a Portaria nº 204. Essa norma criou os blocos de financiamento, dividindo os repasses federais em seis grandes áreas: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos, conforme figura 1 (CNM, 2018).

Figura 2: Blocos de financiamento



Fonte: Adaptado Confederação Nacional de Municípios (2018).

Segundo a Confederação Nacional de Municípios (2018), essa divisão trouxe mais controle sobre o uso dos recursos, evitando desvios e garantindo que cada setor da saúde recebesse sua parte do financiamento conforme o planejamento.

Para receber esses recursos federais, o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, abria uma conta bancária específica para cada bloco de

financiamento. No caso do bloco de investimento, era criada uma conta financeira separada para cada projeto aprovado, com um plano de aplicação e prestação de contas específicas (Brasil, 2017).

Como forma de complementar os avanços trazidos pela Portaria nº 204/2007, surgiu o Decreto nº 7.508, em 2011, que visa estabelecer mecanismos adicionais para a organização e transparência da gestão do SUS. Enquanto a Portaria criou os blocos de financiamento, o decreto introduziu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Esse instrumento estratégico define as responsabilidades e atribuições de cada ente federado (União, estados e municípios) na provisão de ações e serviços de saúde, além de estabelecer critérios de avaliação e monitoramento permanente dos resultados (Brasil, 2011).

Dessa forma, o decreto reforçou a integração entre os entes federativos e ampliou o controle sobre o uso dos recursos, garantindo que os repasses fossem aplicados de acordo com as necessidades regionais e as prioridades estabelecidas nos blocos de financiamento. Ressalta-se, também, que no intervalo de 2004 e 2012, não havia regulamentação disponível para garantir o entendimento do que era gasto em saúde. Esse processo implicou no uso de recursos públicos da saúde para as mais diversas finalidades, que não a estrutura de saúde de fato e a prestação de serviços (Brasil, 2013).

Como uma continuação lógica desse processo, a Lei Complementar nº 141, de 2012, foi promulgada para definir os tipos de ações e serviços que podem ser custeados com recursos da saúde. Essa lei reforça o compromisso entre União, Distrito Federal, estados e municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde, superando algumas resistências às definições da Resolução nº 322 (CNS, 2003) sobre a apuração do percentual mínimo a ser investido em saúde (Brasil, 2013).

O Art. 2º da Lei Complementar nº 141 esclarece que despesas com ações e serviços públicos de saúde são aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios do art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Já no Art. 4º, fica listado o que não será considerado despesas com ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2012).

A Lei Complementar nº 141/2012 define, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, estados, Distrito Federal e municípios, de declarar e

homologar bimestralmente os recursos aplicados em saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (Brasil,2012).

Em 2015, a Emenda Constitucional 86 foi aprovada para definir um percentual mínimo de investimento da União em saúde, fixado em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL). No entanto, a medida trouxe preocupações, já que esse percentual seria alcançado de forma gradual, começando em 2016 com 13,2% e aumentando até chegar a 15% apenas em 2020 (CNM, 2018).

Por isso, em alguma medida, a EC 86 pode ser vista como um retrocesso para a saúde pública, já que, em vez de garantir o investimento total de imediato, permitiu que ele fosse implementado de forma escalonada. Além disso, a emenda possibilitou que recursos dos royalties do petróleo fossem utilizados para cumprir o mínimo obrigatório, tornando o financiamento do SUS mais instável e sujeito à variação de receitas externas (Brasil, 2015).

Agravando ainda mais a situação, em 2016, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional 95, que instituiu um novo regime fiscal válido por 20 anos, limitando os gastos públicos federais à correção pela inflação do ano anterior. No caso da saúde, isso representou o fim da vinculação do financiamento ao crescimento da RCL, reduzindo ainda mais os recursos destinados ao SUS (Mariano, 2017).

Dessa forma, enquanto a EC 86 adiou a aplicação integral dos investimentos em saúde, a EC 95 impôs um teto de gastos, tornando o financiamento ainda mais limitado. Essas medidas agravaram os desafios do SUS, comprometendo sua capacidade de expansão e a garantia do direito à saúde para a população (Brasil, 2016).

Com os recursos cada vez mais restritos, a ampliação de políticas públicas fica comprometida, tornando mais difícil atender às necessidades da população e promover melhorias nos serviços. Embora o objetivo da emenda seja o controle dos gastos e o equilíbrio fiscal, seus impactos a longo prazo levantam preocupações sobre a manutenção e a qualidade dos serviços públicos (Brasil, 2016).

De acordo com Rossi e Dweck (2016, p.4) “a reforma fiscal proposta pelo governo não é um plano de estabilização fiscal, mas um projeto de redução drástica do tamanho do Estado”. Tendo em vista que no plano macroeconômico, “a reforma será um entrave ao crescimento econômico ao institucionalizar e automatizar um ajuste fiscal permanente. Além disso, a reforma tem profundos impactos sociais”.

No contexto de restrições orçamentárias, a Portaria 3.992/2017, publicada em 28 de dezembro de 2017, trouxe mudanças significativas para o financiamento e a transferência de recursos federais destinados às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, que havia incorporado o texto da Portaria 204/2007, responsável por regulamentar o financiamento e a transferência de recursos no SUS. Seu principal objetivo foi ampliar a autonomia dos gestores municipais e estaduais na utilização dos recursos financeiros recebidos da União (Pereira *et al.*, 2019).

Uma das principais inovações da Portaria 3.992/2017 foi a separação clara entre o fluxo orçamentário e o fluxo financeiro. Essa medida permitiu maior flexibilidade aos gestores na execução dos recursos, desde que fossem respeitadas as finalidades estabelecidas nas peças orçamentárias ao final de cada exercício financeiro (Brasil, 2017).

Antes da portaria, estados e municípios gerenciavam mais de 34 mil contas bancárias para receber repasses da União, o que gerava complexidade operacional e acúmulo de saldos, que chegaram a R\$8,6 bilhões em 2017. A partir de 2018, as transferências passaram a ser realizadas em apenas duas contas: uma para investimento e outra para custeio, reduzindo o total para 11.190 contas (Pereira *et al.*, 2019). Além disso, a portaria eliminou a prática de segregar os recursos em subcontas específicas, conhecidas como "caixinhas", que dificultavam a gestão financeira e contribuía para o acúmulo de saldos. Agora, os recursos são transferidos em dois blocos principais: custeio das ações e serviços de saúde e investimento na rede de serviços de saúde (Brasil, 2017).

Apesar da maior flexibilidade no fluxo financeiro, os recursos federais continuam vinculados às finalidades definidas no Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União e no plano de saúde local. Isso significa que os gestores não podem redirecionar os recursos para outras finalidades sem autorização legislativa. A portaria buscou, portanto, equilibrar a autonomia dos gestores subnacionais com a responsabilidade na execução dos recursos, permitindo que eles alocassem os recursos de acordo com as necessidades locais, desde que respeitadas as diretrizes orçamentárias e os planos de saúde (Pereira *et al.*, 2019).

Essas mudanças representaram um avanço na gestão financeira do SUS, simplificando processos, reduzindo burocracia e proporcionando maior eficiência na aplicação dos recursos públicos em saúde. Porém, o financiamento do Sistema

Único de Saúde (SUS) no Brasil é um tema complexo e dinâmico, marcado por avanços e retrocessos ao longo das últimas décadas. Desde a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito universal e dever do Estado, com as recentes emendas constitucionais e portarias que regulamentam o uso dos recursos, o SUS tem enfrentado desafios significativos para garantir um financiamento adequado e estável. A criação de mecanismos como a Emenda Constitucional nº 29 e a Lei Complementar nº 141 representaram importantes marcos na tentativa de assegurar investimentos mínimos em saúde. No entanto, a implementação gradual da Emenda Constitucional 86, que alterou as regras de aplicação de recursos mínimos em saúde, e, posteriormente, a promulgação da Emenda Constitucional 95, que instituiu o teto de gastos públicos, trouxeram preocupações quanto à sustentabilidade e à qualidade do sistema (Brasil, 2016).

Apesar dos esforços para melhorar a gestão dos recursos, como a simplificação dos fluxos financeiros pela Portaria 3.992/2017, a insuficiência de investimentos e a desvinculação de receita limitam a sua capacidade de expansão e de atendimento às demandas da população através do SUS. A participação social, por meio de conselhos e conferências de saúde, tem papel fundamental para garantir transparência e controle sobre o uso dos recursos (Brasil, 2017).

2.3 Gestão: Base Conceitual

A gestão pode ser definida como um conjunto de ações estratégicas que visam dirigir e controlar uma organização, com o objetivo de alcançar metas e resultados preestabelecidos de forma eficiente e eficaz. No contexto da administração, a gestão desempenha um papel fundamental na otimização de recursos humanos, financeiros e materiais, garantindo o cumprimento dos objetivos organizacionais. Essa prática evoluiu ao longo da história por meio de diferentes abordagens teóricas, cada uma contribuindo para o desenvolvimento das organizações e a melhoria dos processos administrativos (Chiavenato, 2022).

Um marco importante foi a administração científica, introduzida por Frederick Winslow Taylor no final do século XIX e início do século XX. Taylor aplicou métodos científicos para solucionar problemas administrativos, reduzir desperdício e aumentar a produtividade nas indústrias (Affonso e Ferrari, 2018).

Paralelamente, Henry Ford, fundador da Ford Motor Company, revolucionou a

indústria automobilística com a introdução da linha de montagem móvel. Nesse sistema, os produtos se moviam ao longo de uma esteira, enquanto as estações de trabalho permaneciam fixas. Essa inovação permitiu um aumento significativo na velocidade de produção, além de reduzir os custos associados ao estoque de peças que aguardavam montagem. A combinação das idéias de Taylor e Ford impulsionaram a eficiência industrial, mas também trouxeram desafios relacionados à complexidade dos processos organizacionais (Affonso e Ferrari, 2018).

Para enfrentar esses desafios, Henri Fayol desenvolveu os 14 princípios gerais da administração, considerados universais e flexíveis. Fayol enfatizou que os princípios devem ser aplicados de forma flexível, pois os problemas da administração são dinâmicos e não podem ser resolvidos por regras rígidas (Affonso e Ferrari, 2018).

No entanto, a mecanização e aceleração do trabalho geraram efeitos nocivos à saúde dos trabalhadores. Elton Mayo desenvolveu então a Teoria das Relações Humanas, buscando entender os efeitos psicológicos e sociológicos do trabalho alienante e antissocial. A Experiência de Hawthorne, realizada por Mayo, destacou a importância dos fatores sociais e emocionais no ambiente de trabalho. Os resultados mostraram que a produtividade dos trabalhadores estava diretamente ligada à sua satisfação e ao sentimento de pertencimento ao grupo, representando uma mudança significativa em relação à visão clássica da administração, colocando o ser humano e suas relações no centro das preocupações organizacionais (Affonso e Ferrari, 2018).

Max Weber desenvolveu a teoria da burocracia, baseada no pensamento racional e voltada para a excelência. Weber definiu a burocracia como um sistema técnico-administrativo organizado por normas e atribuições específicas, utilizado para dirigir um sistema social. As características ideais de uma organização burocrática, segundo Weber, incluem a formalização, a divisão do trabalho, a hierarquia, a impessoalidade, a competência técnica e a profissionalização do funcionário (Affonso e Ferrari, 2018).

A teoria sistêmica, por exemplo, considera as empresas como sistemas abertos, que interagem com o ambiente e realizam contínuos intercâmbios. Essa abordagem reconhece que as organizações precisam se adaptar constantemente para se tornarem mais competitivas, especialmente em um mundo onde as mudanças externas ocorrem rapidamente e afetam significativamente os processos,

produtos e serviços das empresas (Affonso e Ferrari, 2018).

A partir dessa visão, surgiu a teoria da contingência, que analisa as estruturas organizacionais e sua interface com o ambiente externo. A teoria da contingência defende que não há um modelo organizacional único, mas que cada empresa deve desenvolver um modelo que atenda às suas necessidades específicas, considerando as relações com o ambiente externo (Affonso e Ferrari, 2018).

No contexto da gestão pública, a finalidade é promover o bem-estar social, utilizando recursos tributários para melhorar áreas como saúde, educação e desenvolvimento econômico. Isso destaca que a gestão não é neutra, pois está diretamente relacionada à percepção da complexidade do ambiente e dos problemas a serem enfrentados (Nascimento, 2020).

A gestão deve operar como um sistema integrado para alcançar os objetivos organizacionais de forma eficaz, com base em três pilares fundamentais: sustentabilidade, inovação empresarial e governança corporativa. A sustentabilidade garante o equilíbrio entre crescimento econômico e preservação do meio ambiente. A inovação empresarial mantém a competitividade da organização em um mercado dinâmico, incentivando a criação de novos produtos, serviços e processos que agreguem valor. Já a governança corporativa estabelece a transparência, ética e responsabilidade, garantindo a confiança e credibilidade da organização (Chiavenato, 2022).

Nesse sentido, as proposições de Karl Albrecht sobre a administração orientada para o serviço complementam essa visão integrada da gestão, especialmente ao destacar a importância da experiência do cliente e da qualidade do serviço. Assim como a gestão pública busca promover o bem-estar social, as organizações de serviços devem priorizar a satisfação do cliente e a criação de valor por meio de interações significativas. Albrecht ressalta que a gestão de serviços não pode se limitar à eficiência operacional, mas deve incorporar uma cultura de serviço que valorize a empatia, a resolução de problemas e a gestão dos "momentos da verdade". Da mesma forma, o autor reforça a importância de se promover a autonomia e o compromisso social do trabalhador (Albrecht, 1998).

Essa perspectiva se alinha com os pilares da sustentabilidade, inovação e governança, pois uma gestão centrada no cliente exige transparência, ética e responsabilidade, além de inovação constante para adaptar-se às necessidades do mercado. Assim, as ideias de Albrecht reforçam a necessidade de uma gestão

integrada e adaptativa, capaz de responder tanto aos desafios internos quanto às demandas externas, seja no setor público ou privado. Essa conexão entre a gestão de serviços e os princípios de sustentabilidade e governança corporativa demonstra que a excelência na administração depende da capacidade de equilibrar eficiência operacional com a criação de valor para todos os stakeholders envolvidos (Affonso e Ferrari, 2018; Chiavenato, 2022).

Albrecht critica as concepções clássicas de gestão, provenientes das indústrias, que ele chama de "concepção GM de produção". Ele argumenta que essas abordagens, embora eficazes para a produção em massa, não são adequadas para a gestão de serviços, onde a interação humana e a experiência do cliente são fundamentais. Essa crítica é relevante, pois destaca a necessidade de adaptar as práticas de gestão ao contexto específico de cada organização, especialmente em setores onde a qualidade do serviço e a satisfação do cliente são determinantes para o sucesso (Albrecht, 1998).

Além disso, é importante considerar as críticas de Prestes Motta à burocracia. Este autor realiza a crítica à burocracia, considerando como um instrumento de controle e dominação dos trabalhadores, em detrimento da autonomia, autodeterminação e auto-organização. Motta argumenta que a burocracia, embora seja um elemento constitutivo das sociedades humanas, é um processo civilizatório, por outro lado, assume formas específicas em diferentes contextos históricos e econômicos. No atual tempo histórico, a burocracia é permeada por uma concepção de sociedade e de poder que pode ser perniciosa, especialmente quando se torna um mecanismo de subjugação dos trabalhadores, limitando sua capacidade de atuar com autonomia e criatividade (Faria e Meneghetti, 2011).

Tanto Tragtenberg quanto Prestes Motta enfatizam que a burocracia deve ser entendida em seu espaço e tempo históricos. Eles argumentam que as formas específicas de burocracia só podem ser compreendidas em um contexto econômico e político indissociável. A burocracia é mais do que um fenômeno específico do sistema capitalista; é um processo de racionalização que se apresenta em todas as épocas históricas. Portanto, é essencial compreender a burocracia dentro do contexto histórico em que está inserida, reconhecendo que ela faz parte de um processo contínuo de racionalização. Embora a burocracia seja influenciada por ideologias e culturas específicas, sua análise deve ir além desses aspectos para entender sua função estrutural ao longo do tempo (Faria e Meneghetti, 2011).

2.4 Gestão Pública na Saúde

A administração pública surgiu junto com o Estado moderno e foi se modificando ao longo do tempo, acompanhando as mudanças na sociedade. No início, era usada como uma forma de controle, com foco em questões militares e cobrança de impostos. Depois, passou a defender os interesses dos grupos mais poderosos. Com o tempo, assumiu um papel mais social, buscando como finalidade o bem-estar de toda a população (Dias, 2017).

Gestão pública, segundo é proposto por Maximiano e Nohara (2017), é um conjunto de cargos e funções, processos ou atividades que precisam ser gerenciadas. Também pode-se entender de forma subjetiva como planejar, dirigir ou comandar subordinados, sujeitos a planos do governo. Segundo Bresser-Pereira (2000), o papel do Estado moderno envolve a utilização dos recursos públicos, especialmente os tributários, para promover a redução da pobreza, fomentar o desenvolvimento econômico e educacional, além de realizar um planejamento estratégico que visa melhorias nas instituições públicas.

Nesse contexto, vale evidenciar que, dependendo do viés do autor, identifica-se uma clara contradição. Enquanto autores mencionam o papel do Estado na acumulação econômica e na atuação em prol dos grupos hegemônicos, outros mencionam que o Estado surge para reduzir a pobreza (Rizek, 2018).

Já ao se verificar o que diz o Tribunal de Contas da União (2022), Gestão Pública é o processo de administração de setores e organizações públicas, que trabalha para os interesses coletivos, como saúde, trabalho, desigualdade social, educação e moradia. Conceitua também a Gestão Pública como estratégias e práticas organizacionais, elaboração e implementação de programas, monitoramento de ações públicas, avaliação do desenvolvimento dos funcionários e comunicação eficaz.

Autores como Kanaane *et al.*, (2012), mencionam que a administração pública não tem conseguido gerenciar bem as políticas sociais. As ações são desorganizadas e fragmentadas, pois o governo se concentra em criar planos, mas esquece de acompanhar e avaliar se eles estão funcionando. Os processos de monitoramento e avaliação são ferramentas cruciais para a gestão eficiente de políticas públicas. Embora complementares, a avaliação se destaca por sua

capacidade de analisar se os objetivos traçados estão sendo atingidos e se as transformações desejadas estão ocorrendo na prática.

A ideia de reformar a administração pública brasileira não é nova. Em 1967, já se falava em descentralizar e flexibilizar a administração, buscando diminuir a burocracia. A intenção era transferir a responsabilidade de alguns serviços para autarquias, fundações e empresas públicas, buscando maior agilidade. A nova administração pública é uma versão moderna da administração, que surgiu em resposta aos problemas que o governo enfrentava na América Latina nos anos 80. Nessa época, as pessoas começaram a questionar se o governo era capaz de resolver os problemas do país e se era confiável. Esta “nova administração pública” ganhou força nos anos 90, quando as pessoas começaram a criticar a forma como o Estado brasileiro era administrado, com muita corrupção e autoritarismo (Oliveira, 2015).

Esta Nova Administração Pública, mencionada anteriormente, se refere a uma “série de ideias desenvolvidas a partir do final dos anos 1980 que buscavam tornar os administradores públicos mais autônomos e responsáveis, e as agências executoras dos serviços sociais mais descentralizadas”. Porém, é válido ressaltar que ela é “reflexo do neoliberalismo e que este pretendia o fim dos direitos sociais” (Occhi *et al.*, 2022, p. 10).

As ideias da nova administração pública começaram a ser colocadas em prática no Brasil durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002). Essa nova forma de administrar se tornou a principal quando o governo mudou e passou a dar mais importância à gestão pública. A sociedade brasileira passou por muitas mudanças, como um crescimento rápido, mudanças políticas e econômicas, além de novas experiências financeiras. Autores como Oliveira (2015), mencionam que, a forma como a sociedade se relaciona com o Estado também mudou, sendo o principal responsável pelo desenvolvimento da economia e passou a se preocupar mais com o bem-estar social. Diante de tudo isso, era preciso uma administração pública que fosse capaz de lidar com os problemas financeiros, econômicos e sociais, e que também pudesse criar oportunidades para o desenvolvimento da ciência, da cultura e da sociedade (Oliveira, 2015).

Por outro ponto de vista, Anderson (1995, p.9) afirma que, economicamente, “o neoliberalismo fracassou, não conseguindo nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado”. E, ainda, “socialmente, ao contrário, o neoliberalismo

conseguiu muitos dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente mais desiguais, embora não tão desestatizadas como queria. O neoliberalismo obteve sucesso em reduzir a inflação e aumentar os lucros corporativos, mas falhou em revitalizar o crescimento econômico nos países avançados. A desigualdade social aumentou significativamente, e o Estado de bem-estar, embora contido, não foi desmontado como pretendido. A desregulamentação financeira incentivou a especulação em detrimento dos investimentos produtivos.

A Nova Administração Pública surge como um instrumento para viabilizar essa lógica de mercado dentro da gestão estatal. Inspirada nos princípios empresariais, a NAP busca implementar eficiência, produtividade e competitividade no setor público, propondo medidas como a descentralização administrativa, a terceirização de serviços e a introdução de métricas de desempenho. No entanto, essa abordagem muitas vezes atua como um disfarce para a aceitação social da transferência de serviços estatais para a iniciativa privada, como uma forma de legitimar a aceitação social dessa lógica. Sob o discurso de modernização e eficiência, ela impulsiona a adoção de práticas do setor privado na gestão estatal, mascarando a retirada do Estado da prestação de serviços essenciais. Isso reduz o gasto social e amplia a acumulação econômica dos grupos hegemônicos, reforçando desigualdades estruturais (Anderson, 1995).

A gestão da saúde no Brasil é como um trabalho em equipe entre União, os governos estaduais e os governos municipais. Essa "cogestão" garante, ou propõe, que todos trabalhem juntos para cuidar da saúde da população. Neste trabalho em equipe, a União tem um papel de liderança e responsabilidade maior, atuando na coordenação para garantir que todos estejam trabalhando na mesma direção (Gil *et al.*, 2016). Dessa forma, o governo federal tem como principais atuações:

1. Dar apoio técnico e financeiro para os estados e municípios, garantindo que eles tenham recursos e conhecimento para cuidar da saúde da população local.
2. Criar políticas públicas de saúde para o país todo, pensando nas necessidades da população e buscando soluções para os problemas de saúde que afetam os brasileiros.
3. Garantir que essas políticas sejam colocadas em prática em todo o país, para que todos tenham acesso aos serviços de saúde de que precisam.

Essa forma de organização, com a União liderando e apoiando os estados e

municípios, garante que o sistema de saúde funcione de forma unificada e que todos os brasileiros tenham acesso à saúde, independentemente de onde moram (Gil *et al.*, 2016).

A gestão em saúde é um desafio porque envolve muitas coisas diferentes e precisa atender às necessidades de saúde de toda a população. A gestão em saúde é basicamente como os responsáveis organizam e cuidam de tudo que envolve a saúde das pessoas. Isso inclui hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços de saúde, tanto públicos quanto privados. A gestão em saúde é uma área complexa e desafiadora, mas fundamental para garantir o bom funcionamento do sistema de saúde e a saúde da população (Lorenzetti *et al.*, 2014).

Esta prática de gestão não se resume apenas a organizar serviços, mas também a planejar, executar, controlar e avaliar o uso de recursos (humanos, financeiros, materiais) para garantir a eficiência e a qualidade do atendimento. Envolve a tomada de decisões estratégicas para otimizar processos, reduzir custos e melhorar os resultados em saúde da população. Vai além do atendimento individualizado, incluindo a coordenação entre os profissionais de saúde, a humanização do atendimento e a promoção da saúde. A gestão deve garantir que os profissionais tenham os recursos e o suporte necessários para oferecer um cuidado de qualidade (Lorenzetti *et al.*, 2014).

A gestão eficaz de hospitais, clínicas e laboratórios exige a otimização de processos, a gestão de custos, a garantia da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade. Segundo Lorenzetti *et al.* (2014), envolve a gestão de pessoas, a gestão de equipamentos e a gestão de informações. A criação de redes integradas é fundamental para garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde.

Dessa forma, a gestão deve promover a coordenação entre os diferentes níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) e garantir a continuidade do cuidado. A gestão em saúde enfrenta diversos desafios, como a complexidade do sistema de saúde, a escassez de recursos, a necessidade de inovação e a crescente demanda por serviços de saúde. A gestão deve buscar soluções criativas e eficientes para superar esses desafios e garantir a sustentabilidade do sistema de saúde (Lorenzetti *et al.*, 2014).

Nesse encaminhamento, uma gestão eficaz é fundamental para garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficiente, que os serviços de saúde sejam de

qualidade e que a população tenha acesso a um atendimento oportuno e adequado. A gestão em saúde contribui para a melhoria da saúde da população, para a redução das desigualdades em saúde e para a promoção do bem-estar social, (Lorenzetti *et al.*, 2014).

Segundo Garcia e Reis (2016), a gestão em saúde no SUS tem três ideias principais:

1. Saber lidar com as coisas: É preciso saber resolver conflitos e ter métodos, diretrizes e ferramentas para as equipes de saúde analisarem e agirem nas organizações de saúde. Basicamente, é ter um plano e saber como agir para que as coisas funcionem bem.

2. Trabalhar em conjunto (cogestão): A cogestão acontece quando mais pessoas participam das decisões, incluindo a comunidade e os trabalhadores da saúde. Assim, todos podem dar sua opinião e ajudar a melhorar o SUS. Isso significa analisar a situação, o contexto e as políticas, formular soluções e aprender juntos.

3. Participação de todos: A participação social é quando os usuários do SUS e os trabalhadores participam das decisões. Isso acontece nas reuniões dos conselhos de saúde, onde eles têm representantes. É importante que essa participação aconteça não só nesses momentos, mas também no dia a dia dos serviços de saúde.

Ou seja, Garcia e Reis (2016), defendem que a gestão em saúde no SUS deve ser participativa, com a colaboração de todos, para que o sistema funcione melhor e atenda às necessidades da população.

As diretrizes do SUS acreditam que todo mundo deve ter voz nas decisões sobre saúde, isso está escrito na nossa Constituição, a lei mais importante do país. A ideia é que a gestão da saúde seja democrática, ou seja, que as pessoas participem e ajudem a decidir como as coisas funcionam. Isso significa que a população pode e deve participar das decisões sobre como o dinheiro é gasto, quais serviços são mais importantes. A participação ajuda a garantir que o sistema seja justo e que funcione para todo mundo (Brasil, 2009).

Para que os representantes dos usuários e dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde (Municipal, Estadual e Nacional) defendam efetivamente os interesses da comunidade, é crucial que sua escolha seja feita de maneira justa e transparente, aliada a um genuíno compromisso com a população. Uma forma de assegurar essa

representatividade é promover consultas e debates prévios com a comunidade, buscando compreender suas reais necessidades e desejos antes da tomada de decisões. As Conferências de Saúde também são um espaço importante para a população participar e dar a sua opinião. Elas servem para avaliar como anda a saúde no município e decidir quais os próximos passos para melhorar o sistema (Brasil, 2009).

De acordo com Sales *et al.*, (2019) um problema que a gestão enfrenta nos dias atuais é a falta de dados confiáveis sobre a saúde da população. Sem esses dados confiáveis, fica difícil o planejamento e organização do sistema de saúde. Com dados corretos, a gestão consegue entender melhor a situação da saúde no Brasil, que está mudando rapidamente, como por exemplo:

1. Transição demográfica acelerada: A população está envelhecendo, com menos crianças nascendo e mais pessoas idosas.
2. Tripla carga de doenças: Estamos lidando com doenças antigas (como infecções), doenças crônicas (como diabetes e pressão alta) e problemas causados por violência e acidentes. E o mais importante: as doenças crônicas são as que mais afetam as pessoas hoje em dia.

Para que se possa compreender melhor, cabe especificar quais os tipos de informações que podem ser elencadas como imprescindíveis:

1. Dados qualificados: Informações completas e confiáveis sobre a saúde da população, como número de casos de doenças, causas de morte, etc. Planejamento e estratégias de gestão em saúde: Como usar o dinheiro e os recursos do SUS da melhor forma para atender a população.
2. Situação de saúde brasileira: Como anda a saúde da população no Brasil.
3. Transição demográfica: Mudanças na população, como aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de natalidade.
4. Situação epidemiológica: Quais as doenças mais comuns na população e como elas se espalham.
5. Tripla carga de doenças: O fato de termos que lidar com vários tipos de doenças ao mesmo tempo.
6. Condições crônicas: Doenças que duram muito tempo, como diabetes, pressão alta e problemas cardíacos (Sales *et al.*, 2019).

Precisa-se de dados confiáveis para entender como anda a saúde da população e planejar melhor o SUS. As doenças crônicas são um grande desafio hoje em dia, e precisamos de informações precisas para combatê-las (Sales *et al.*, 2019).

2.5 A Gestão no âmbito do SUS

A gestão dos entes do SUS é composta por três esferas do governo: União, Estado e Distrito Federal e Municípios. A União, sob administração do Ministério da Saúde, repassa parte do recurso gasto em saúde no Brasil para os estados e municípios. Os primeiros possuem secretarias próprias que realizam a gestão dos recursos recebidos da União e destinados para os municípios. Estes últimos são responsáveis pela execução e utilização dos recursos, sendo que os secretários municipais de saúde são responsáveis pela destinação tanto dos recursos próprios quanto daqueles recebidos da União através da secretaria estadual de saúde (Brasil, 2024).

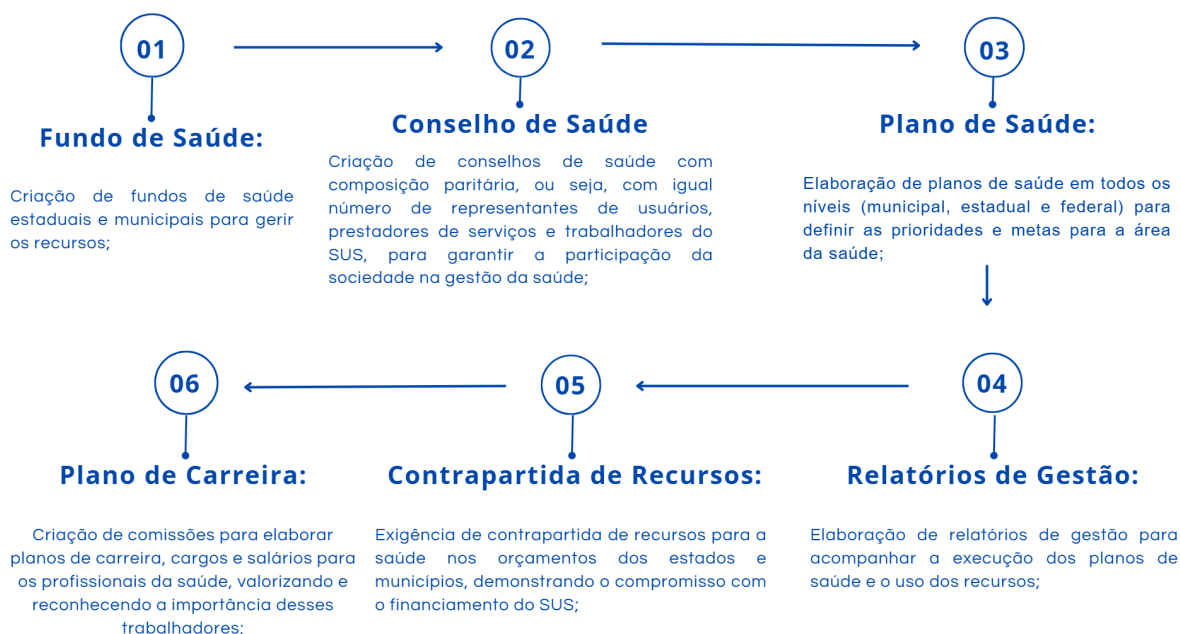
Desse modo, os gestores do SUS atuam em duas áreas: a política e a técnica. A política expressa o relacionamento contínuo dos gestores do SUS com outros atores sociais, em diferentes locais de negociação. A técnica permeia as variáveis políticas por meio de exercício de funções gestoras na saúde, tais funções podem ser consideradas como um conjunto de conhecimento e práticas de gestão para implantação de políticas na saúde (Noronha *et al.*, 2012).

A gestão participativa é um modelo de administração que busca envolver todos os interessados nas decisões e ações de uma organização. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão participativa é um princípio fundamental, previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). A gestão participativa no SUS se baseia na ideia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e que a participação da comunidade é essencial para a construção de um sistema de saúde justo e eficaz. A gestão participativa envolve a participação de usuários, trabalhadores da saúde, gestores e outros atores sociais nas decisões sobre políticas de saúde, planejamento, execução e avaliação de ações e serviços de saúde (Paim, 2012).

A Lei 8.142/90 estabeleceu o Fundo Nacional de Saúde (FNS), responsável por gerir os recursos financeiros destinados à saúde como a gestão do SUS. Para

garantir o repasse regular e automático desses recursos aos estados, Distrito Federal e municípios, foram estabelecidas algumas condições, conforme figura 3:

Figura 3: Critérios para repasse regular automático para os entes federados



Fonte: adaptado (Paim, 2012).

É importante lembrar que, mesmo que a participação da população e o controle social no SUS sejam muito importantes, eles não podem passar por cima do que o Congresso e os vereadores decidem. Por isso, a lei do SUS já avisa logo no começo: tudo bem participar, mas sem atrapalhar o trabalho do Legislativo (Paim, 2012).

2.6 Desafios da Gestão do Sistema Único de Saúde

Apesar de seus avanços e conquistas, o SUS enfrenta uma série de desafios estruturais e operacionais que comprometem sua capacidade de atender às demandas crescentes da população e de garantir a qualidade dos serviços prestados. Esses desafios, que vão desde questões de financiamento até a gestão dos recursos e a participação social, refletem a complexidade de administrar um sistema de saúde de grande porte em um país com dimensões continentais e profundas desigualdades socioeconômicas (Paim *et al.*, 2011).

A burocracia excessiva se destaca como um dos principais obstáculos à eficiência operacional do SUS. A complexidade dos processos administrativos, especialmente nas licitações e contratações, dificulta a agilidade necessária para responder às necessidades da população. A rigidez burocrática impõe barreiras que tornam a implementação de políticas públicas de saúde mais lenta e ineficaz (Paim e Teixeira, 2007).

A fragmentação e a burocracia no SUS comprometem a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A falta de integração entre os processos administrativos e a rigidez das normas burocráticas geram duplicação de esforços e desperdício de recursos, impactando negativamente a qualidade dos serviços prestados. Essa situação é agravada pela falta de flexibilidade na gestão, que dificulta a adaptação às necessidades locais e regionais (Mendes, 2010).

Outro reflexo dessa burocracia é a crescente judicialização da saúde. A lentidão dos processos administrativos, como a aquisição de medicamentos e a realização de procedimentos médicos, leva a um aumento das ações judiciais, sobrecarregando ainda mais o sistema. Essa judicialização, por sua vez, gera custos adicionais e desvia o foco das políticas coletivas, priorizando demandas individuais que muitas vezes não seguem critérios técnicos e de equidade (Diniz *et al.*, 2012).

Além da burocracia, outro grande desafio do SUS é a limitação da autonomia gerencial dos gestores locais. Embora o sistema tenha sido concebido dentro de um modelo descentralizado, a rigidez das normas e a centralização das decisões dificultam a implementação de soluções ágeis e adaptadas às realidades regionais. A descentralização deve vir acompanhada de maior autonomia para os gestores municipais e estaduais, permitindo decisões mais rápidas e eficientes para atender às necessidades da população (Kanaane *et al.*, 2012).

Mendes (2010) complementa essa discussão ao destacar que a hierarquização excessiva do SUS também impacta a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Sem autonomia suficiente, os gestores locais enfrentam dificuldades para coordenar a atenção primária, secundária e terciária, o que contribui para a fragmentação do sistema e o desperdício de recursos.

Lorenzetti *et al.*, (2014) reforçam que a falta de autonomia gerencial é um dos principais entraves para a implementação de políticas públicas inovadoras na saúde. A centralização das decisões no nível federal reduz a capacidade dos gestores locais de experimentar novas abordagens e soluções para os desafios específicos

de cada região, limitando o potencial de inovação e adaptação do SUS às realidades locais. No entanto, o contraponto da Fundação Oswaldo Cruz (2025, s.n) aponta para uma questão importante: “a partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade”. O que não justificaria a afirmação de Lorenzetti *et al.*, (2014) de que a falta de autonomia seria uma desculpa a ser considerada para a implementação das políticas de saúde, tendo em vista que o SUS prevê a descentralização de gestão e de financiamento.

Outro desafio crítico é o subfinanciamento crônico do SUS. A falta de recursos adequados impede investimentos essenciais em infraestrutura, equipamentos e contratação de profissionais. O SUS opera com recursos insuficientes para atender às demandas crescentes da população, especialmente em um contexto de envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas (Paim e Teixeira, 2007).

O financiamento da saúde no Brasil é marcado por uma desvinculação de receitas e pela priorização de outras áreas em detrimento da saúde, resultando em um subfinanciamento crônico que compromete a sustentabilidade do sistema. Embora a Constituição de 1988 tenha garantido o direito universal à saúde, os investimentos públicos não cresceram proporcionalmente às necessidades do sistema, dificultando a ampliação e a melhoria dos serviços (Ugá *et al.*, 2012).

A insuficiência de recursos impacta diretamente a oferta de atendimento à população. O subfinanciamento crônico do SUS resulta em longas filas de espera, infraestrutura precária e insatisfação dos profissionais da saúde, que frequentemente lidam com más condições de trabalho. Além disso, a distribuição desigual dos recursos prejudica principalmente as regiões menos desenvolvidas, acentuando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Giovanella *et al.*, 2012).

Viacava *et al.*, (2019) também chamam a atenção para as desigualdades regionais agravadas pelo subfinanciamento. Segundo eles, o subfinanciamento crônico do SUS reforça as iniquidades regionais, já que as regiões menos desenvolvidas têm menos capacidade de investir em infraestrutura e profissionais de saúde. Esse cenário compromete um dos princípios fundamentais do SUS, a equidade, que visa garantir acesso igualitário à saúde para todos os brasileiros.

Mendes (2010) reforça que a escassez de investimentos compromete a oferta

de um cuidado integral e contínuo, tornando o sistema fragmentado e pouco eficaz. A falta de recursos compromete a capacidade do sistema de oferecer um cuidado integral e contínuo, resultando em uma assistência fragmentada e pouco eficaz.

A infraestrutura e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS são aspectos essenciais para garantir o atendimento adequado à população. No entanto, diversas unidades de saúde enfrentam problemas estruturais que comprometem a eficiência do sistema, como longas filas de espera, equipamentos defasados e condições precárias de trabalho para os profissionais da área. Esses desafios refletem a dificuldade do SUS em atender à crescente demanda, agravada pelo subfinanciamento crônico e pela má distribuição de recursos (Bahia e Scheffer, 2018).

A precariedade da infraestrutura hospitalar e a insuficiência de equipamentos modernos impactam diretamente a qualidade do atendimento. Muitos hospitais públicos operam com máquinas obsoletas, reduzindo a eficácia dos diagnósticos e tratamentos. Além disso, a falta de insumos básicos, como medicamentos e materiais hospitalares, compromete a continuidade do cuidado prestado aos pacientes (Mendes, 2010).

Longas filas de espera para consultas, exames e cirurgias são um dos principais problemas enfrentados pelos usuários do SUS. Esse cenário se deve, em grande parte, à falta de profissionais suficientes para atender à demanda, bem como à inadequação da estrutura física das unidades de saúde, que frequentemente operam acima de sua capacidade. Essa sobrecarga contribui para a insatisfação dos pacientes e prejudica a qualidade do serviço prestado (Viacava et al., 2019).

A precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde também é um fator preocupante. Muitos trabalhadores do SUS enfrentam jornadas exaustivas, salários defasados e falta de recursos para exercer suas funções de maneira adequada. Essas condições impactam diretamente a motivação e o desempenho dos profissionais, podendo comprometer a qualidade do atendimento prestado à população (Giovanella et al., 2012).

A pandemia de COVID-19 sobrecarregou ainda mais um sistema já fragilizado. A escassez de leitos, a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a insuficiência de unidades de terapia intensiva (UTIs) demonstraram a necessidade urgente de investimentos na estrutura física e tecnológica do SUS para lidar com emergências de saúde pública (Marques e Ferreira, 2023). Para

tentar minimizar esses desafios, Mendes (2010) sugere que o fortalecimento da atenção primária à saúde pode contribuir para reduzir a sobrecarga nos hospitais e melhorar a eficiência do sistema. Além disso, investimentos contínuos em infraestrutura, a modernização de equipamentos e a valorização dos profissionais de saúde são essenciais para garantir um SUS mais eficiente e acessível a toda a população.

Como destacado por Paim (2011), a complexidade de administrar um sistema de saúde universal em um país de dimensões continentais e desigualdades socioeconômicas exige não apenas maior investimento financeiro, mas também uma gestão mais ágil e descentralizada. A superação desses obstáculos passa pela valorização dos profissionais de saúde, pelo fortalecimento da atenção primária e pela implementação de políticas públicas que priorizem a integração e a inovação no sistema. Somente com essas mudanças será possível assegurar que o SUS cumpra plenamente seu papel de garantir saúde universal, integral e equitativa para todos os brasileiros.

2.7 Terceirização

A terceirização consiste basicamente na transferência de um serviço ou responsabilidade de uma empresa para outra. Esse fenômeno teve origem nos Estados Unidos, na década de 1950, inicialmente no setor industrial. No Brasil, a prática foi introduzida por empresas multinacionais entre as décadas de 1950 e 1960, especialmente pelas montadoras de veículos. A partir dos anos 1970, a terceirização se expandiu para outros segmentos, como o mercado imobiliário, que passou a adotá-la para serviços de limpeza e manutenção de empreendimentos (Kian, 2006).

A terceirização no serviço público tem suas bases normativas estabelecidas desde o Decreto-Lei nº 200/1967, em seu Artigo 10, §7º, que instituiu princípios de descentralização como mecanismo de modernização administrativa, sendo posteriormente reforçada pela Constituição Federal de 1988. Esse arcabouço legal criou as condições necessárias para o desenvolvimento da terceirização como instrumento de gestão pública, permitindo que o Estado contrate empresas privadas para a execução de atividades operacionais, enquanto mantém seu foco nas funções essenciais de governo. A regulamentação desse processo encontra-se

estabelecida na Lei de Licitações e Contratos (Lei nº 8.666/1993), que define os parâmetros para a transferência de serviços auxiliares, como limpeza e segurança, e atividades instrumentais, incluindo manutenção e suporte técnico, desde que não vinculadas ao núcleo estratégico da administração pública (Santos *et al.*, 2016).

Para a administração pública, a terceirização surgiu logo após a Primeira Guerra Mundial, quando o Estado teve que assumir o controle da economia para amenizar os impactos da guerra. A partir desse momento, surgiu a ideia de Estado que prioriza o Bem-Estar Social. A ideia era garantir que todo mundo tivesse uma maior qualidade de vida, onde o governo auxiliava os sujeitos com menor poder aquisitivo mantendo a propriedade privada (Kian, 2006).

Na sequência, por volta de 1945, surgiu as teorias econômicas conhecidas como Keynesianismo, ou seja, as teorias econômicas de Keynes, que surgem após a Segunda Guerra Mundial, que estão focadas na forte intervenção do Estado na economia, no amplo incentivo à prestação de serviços públicos, foca na melhoria dos salários, dentre outros aspectos, que visam a melhoria das condições de vida da população. Ou seja, a proposta de Keynes após as crises econômicas de 1929 e a destruição decorrente da Segunda Guerra Mundial foi gerar o crescimento econômico a partir do consumo. Todos esses aspectos são chamados de Estado de Bem-estar Social (Andrade, 2000).

Até a década de 1970 as teorias de Keynes se apresentavam como inovadoras, no entanto, outra crise do capitalismo surge. A receita utilizada, então, proposta por Hayek, foi o Neoliberalismo, ou seja, um Estado mínimo, perseguição aos sindicatos e privatizações. Entende-se que, segundo Andrade (2000), se Keynes propôs o crescimento da acumulação de capital pelo consumo, Hayek propôs a retomada da acumulação do capital pelo aumento da desigualdade social - menores salários gerando maior acumulação.

Já na década de 90, o Brasil é tomado pelas concepções neoliberais, impulsionando ainda mais a defesa da terceirização como uma alternativa viável e promissora. No entanto, segundo Rodrigues (2016), há de se ter atenção com as defesas provenientes deste período, em decorrência dos interesses relacionados à privatização. Nem sempre existem ideais sociais, positivos, envolvidos.

Desse modo, segundo Santos (2014) a terceirização surge como uma alternativa estratégica de compra e ofertas de serviços, transferindo a responsabilidade da empresa sobre a oferta de serviço para terceiros, colocando em

risco o seu custo, produção e distribuição e colaboradores, por esse motivo deve se considerar todas as relações com seus parceiros, que possam trazer vantagens para ambas as partes, analisar cuidadosamente todos os aspectos da contratação do serviço.

Nos últimos anos, diversos estudos sobre a terceirização no Brasil mostraram que essa prática tem tido consequências negativas para os trabalhadores. Algumas delas apontam problemas como:

1. Direitos trabalhistas: Desrespeito aos direitos dos trabalhadores.
2. Condições de trabalho: Ambientes de trabalho ruins e prejudiciais à saúde.
3. Salários: Pagamentos muito baixos.
4. Saúde: Piora na saúde dos trabalhadores, com mais doenças e problemas relacionados ao trabalho.
5. Acidentes: Maior número de acidentes de trabalho.
6. Organização dos trabalhadores: Dificuldade dos trabalhadores em se organizar para lutar por seus direitos, já que estão espalhados em diversas empresas (Druck, 2016).

Nessa lógica, a terceirização, que está inclusa em diversas pesquisas, não é apenas uma abordagem central para os estudiosos do trabalho, mas também se revela como uma estratégia de dominação que afeta todos os trabalhadores, embora de maneiras diferentes e hierarquizadas. Essa dinâmica faz parte do desenvolvimento do capitalismo flexível, impulsionado pela globalização e pela hegemonia neoliberal (Druck, 2016).

Souza e Lemos (2016) analisaram o Projeto de Lei nº 4.330/2004, que trata da regulamentação da terceirização no Brasil. A proposta gerou debates entre empresários e trabalhadores, revelando posições divergentes sobre o tema. Sancionada em 2017, a lei representou um marco na fiscalização e normatização da terceirização no país, estabelecendo diretrizes para a contratação de serviços terceirizados e garantindo direitos aos trabalhadores envolvidos. O Projeto de Lei nº 4.330/2004, que deu origem à Lei nº 13.429/2017, representou uma mudança significativa na legislação trabalhista brasileira ao ampliar e regulamentar a terceirização no país. Antes restrita a atividades como limpeza, segurança e serviços administrativos, a nova lei passou a permitir a terceirização também para atividades a fim, ou seja, tarefas diretamente ligadas à produção principal da empresa contratante.

Por tanto, a terceirização na saúde pública brasileira, apresentada como estratégia de modernização administrativa para ganhos de eficiência e redução de custos, enfrenta desafios como deficiências na fiscalização, precarização trabalhista e questionamentos sobre sua efetividade, apresentando resultados ambíguos com melhorias pontuais na gestão, mas riscos de aumento de custos. Para que seja sustentável, é fundamental fortalecer mecanismos de controle social, estabelecer critérios rigorosos de seleção das entidades com foco em qualificação técnica e preservar os princípios constitucionais do SUS, limitando a atuação privada a funções complementares, de modo a conciliar eficiência administrativa com a garantia de serviços públicos de qualidade (Leite *et al.*, 2018).

A terceirização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta desafios significativos que comprometem sua eficácia e princípios fundamentais, conforme análise crítica de Silva (2019). O estudo revela algumas desvantagens problemática como: a precarização das relações de emprego, extensas jornadas de trabalho e ausência de progressão operacional; a assistência, manifestada na queda da qualidade dos serviços e na rotatividade excessiva de profissionais; e o enfraquecimento dos pilares do SUS, como os princípios da universalidade e equidade. Esses achados evidenciam que a terceirização pode resultar na fragmentação do sistema público de saúde e no aprofundamento das desigualdades no acesso aos serviços, contrariando os objetivos originais do SUS (Silva, 2019).

2.8 Organização Social

As Organizações Sociais são qualificadas e regulamentadas através da Lei Nº 9.637, de 15 de Maio de 1998, que reconhece como entidades privadas sem fins lucrativos, que podem firmar contratos de gestão com o poder público para a realização de atividades direcionados ao ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, a preservação e proteção de meio ambiente, cultura e saúde (Brasil, 1998). É importante destacar que, paralelamente aos acontecimentos já mencionados, o neoliberalismo consolidava-se como a ideologia dominante no cenário político brasileiro. Alinhada ao que foi anteriormente discutido, essa corrente de pensamento defende que as “funções essenciais do Estado” se restringem, em grande medida, à arrecadação de tributos, à condução das relações internacionais e à manutenção da ordem interna por meio das forças armadas, das polícias e do

sistema prisional (Peres, 2015, p. 158).

Para a Rodrigues (2016) é evidente que, de acordo com a ideia neoliberal acerca do papel do Estado, as políticas e os serviços sociais, como saúde, educação e assistência social não fariam parte dessas 'funções essenciais do Estado' e seriam melhor desenvolvidas pelo setor privado, através de entidades como as Organizações Sociais (OS).

Já para Moraes *et al* (2018), a criação das Organizações Sociais (OS) foi prevista na reforma administrativa do Estado, iniciada em 1995/1998, com o objetivo de otimizar a gestão e ampliar a oferta de serviços à população, sendo considerada um marco na atuação da administração pública brasileira. Buscava enfrentar a crise fiscal do Estado, trazendo mais eficiência para gestão pública, dispendo da necessidade de uma economia globalizada e com uma administração pública mais eficiente.

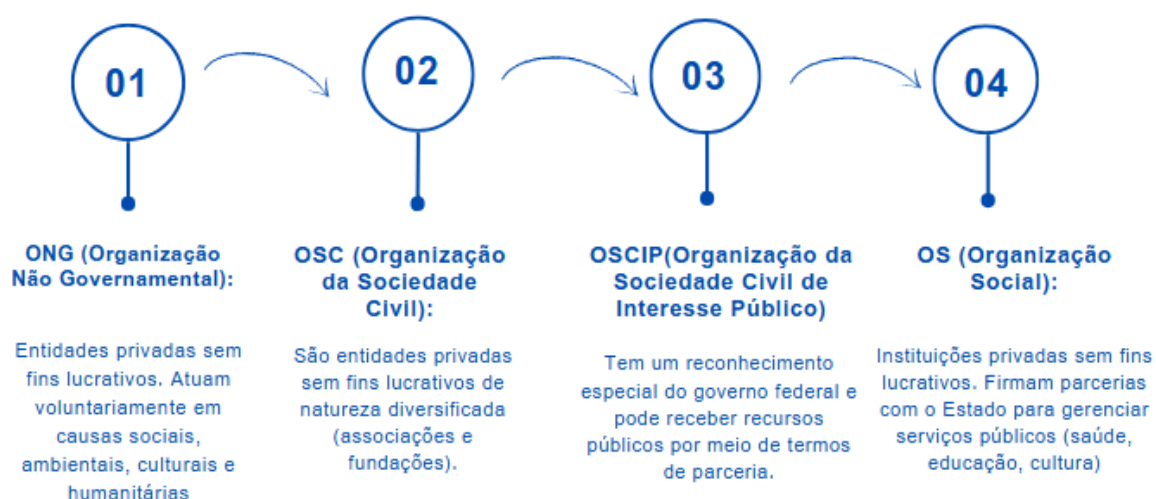
Bresser-Pereira (1998) destaca que as organizações sociais são instituições privadas sem fins lucrativos, que gerenciam organizações sob demandas, através de contrato de gestão com o poder público e que atuam de forma diversificada, de acordo com as características de seus clientes e sua condição de concentração. Para que o controle da sociedade sobre as organizações sociais funcione e garanta serviços de qualidade, algumas coisas são importantes: a organização precisa ser flexível e responder rápido às necessidades dos usuários, adaptando-se à forma como a sociedade participa e controla os serviços.

Existem algumas formas de organização social de acordo com Bresser-Pereira (1998), que são: Organizações Governamentais (OG): que são criadas e mantidas pelo Estado, seja em nível federal, estadual ou municipal, com o objetivo de prestar serviços públicos à população, a exemplo de ministérios e secretarias de governo, autarquias e empresas estatais. As Organizações Não Governamentais (ONGs) que são entidades privadas sem fins lucrativos e que atuam em diversas áreas sociais, ambientais, culturais e educacionais, como por exemplo: Greenpeace, Médicos Sem Fronteiras, Ação da Cidadania. As Organizações Sociais (OS) são instituições privadas sem fins lucrativos que recebem do poder público o poder para gerenciar serviços públicos essenciais, como saúde, educação e cultura. Como, por exemplo, as organizações que administram hospitais do SUS (Sistema Único de Saúde), instituições que gerem museus e centros culturais, e organizações que atuam na área de educação, como

escolas e universidades. E, por último, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que são um tipo específico de Organização da Sociedade Civil (OSC) e que recebe um título especial do governo federal para atuar em áreas de interesse público, como saúde, educação, cultura, meio ambiente e direitos humanos.

Nessa lógica, a figura 4 vai representar as principais diferenças entre a OSCIP, a ONG e a OS, conforme figura 4:

Figura 4: Tipos de entidades filantrópicas



Fonte: adaptado Bresser (1998).

Barbosa (2015), destaca que esse modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), possui contratos com algumas metas estabelecidas, como questões de qualidade e resultados, bem como, plano de ação em sua gestão. Assim, possibilita maior flexibilidade para compras de alguns insumos e controle sobre os recursos que são repassados, e também flexibiliza a contratação de novos profissionais.

O estudo feito por Barbosa (2015), apontando falhas no acompanhamento e avaliação das organizações sociais por parte do setor público, levanta um questionamento importante sobre a efetividade do modelo de gestão proposto pela reforma do Estado. É fundamental que o Estado, ao delegar a gestão de serviços públicos a entidades privadas, como as OSS, mantenha um papel ativo no

monitoramento e avaliação dessas organizações, garantindo que elas cumpram seus objetivos e prestem serviços de qualidade à população.

O governo criou um plano, chamado Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), que tinha como ideia principal a implantação de Organizações Sociais (OS), para trabalhar junto com o governo. As OS seriam como parceiros, que fariam alguns serviços que seria da responsabilidade do governo fazer. O objetivo era que, com essas OS, os serviços fossem feitos com mais qualidade, gastando menos dinheiro e mostrando resultados melhores (Brasil, 1995).

Para Krüger e Reis (2019) o governo utiliza dos recursos que seriam para a melhoria do SUS para financiar empresas privadas e instituições de caridade, para administração, em vez utilizar desse dinheiro para melhorar os hospitais públicos e contratar mais profissionais. Esses contratos acontecem de diferentes maneiras, como por exemplo:

1. Deixando de cobrar impostos: o governo abre mão de receber impostos de empresas privadas em troca de serviços de saúde.
2. Contratando empresas para gerenciar hospitais públicos: essas empresas podem acabar se preocupando mais com o lucro do que com a saúde das pessoas.
3. Fazendo parceria com empresas privadas para construir hospitais: muitas vezes, a empresa privada lucra muito, e o governo fica com a maior parte dos custos.

O governo usa o argumento de que é para economizar dinheiro e melhorar a saúde, todavia, segundo Krüger e Reis (2019) essas medidas só beneficiam quem lucra com a saúde e não é a população. Essa forma de administrar a saúde esconde os verdadeiros problemas, como a falta de médicos, a falta de remédios e as longas filas de espera.

Por outro lado, o modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), na visão de Nascimento et al (2017), permite que o governo transfira a administração de hospitais e outros serviços de saúde para empresas privadas, sem fins lucrativos. Com o objetivo de que a população não seja prejudicada, recebendo atendimento de qualidade e sem pagar pelo serviço. Para garantir que as OSS funcionem bem, o governo precisa acompanhar de perto o que elas estão fazendo, controlando como os recursos estão sendo utilizados e se os serviços estão sendo prestados corretamente.

Já para Coutinho (2006), o modelo de Organização Social (OS) foi criado com o objetivo de transferir a gestão de serviços públicos, como saúde, educação, cultura e pesquisa científica, do Estado para entidades privadas sem fins lucrativos. No entanto, é importante ressaltar que o Estado continua sendo o responsável por garantir o acesso da população a esses serviços, e as OS atuam de forma complementar, através de contratos de gestão com o poder público.

O referido autor afirma, ainda, que através das Organizações Sociais, o Estado pretende redimensionar o seu tamanho, permitindo maior participação das iniciativas da sociedade civil, descentralizando seu poder e tornando-se mais eficiente, além de reduzir seus custos. Portanto, a atividade desempenhada pela Organização Social deve ser feita com ênfase ao cidadão, que necessita da prestação deste serviço, e de forma clara, transparente e objetiva (Coutinho, 2006).

Coutinho (2006) escreve, também, que a Organização Social deve, por meio de suas atividades, buscar fins de natureza social, que são “aqueles cuja conquista não ocorre no interesse exclusivo ou principal dos membros da pessoa jurídica, como a busca do lucro, mas no interesse comum de toda a coletividade, ou, ao menos, no interesse comum de parte considerável. No entanto, chama a atenção para o fato de que as Organizações Sociais não fazem parte da Administração Pública porque, como expresso em seu conceito, trata-se de pessoas jurídicas de direito privado, ou seja, são organizações particulares.

Araujo (2014) reforça as questões relacionadas à precarização do trabalho como um dos aspectos negativos do modelo de gestão por OSS, profissionais de saúde contratados por essas organizações geralmente não possuem estabilidade, sendo contratados por meio de regimes temporários e recebendo salários mais baixos em comparação aos servidores concursados. Isso reduz a qualidade das condições de trabalho e impacta diretamente na qualidade do atendimento, além disso, a alta rotatividade de funcionários prejudica a continuidade do cuidado e a relação de confiança entre pacientes e profissionais de saúde. O modelo das OSS também viola os princípios fundamentais do SUS, como a integralidade e a universalidade do atendimento, ao transferir a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde para o setor privado. O modelo de gestão por OSS pode se expandir, fragilizando mais ainda os princípios do SUS, com serviços precários, de baixa qualidade.

Reis e Coelho (2018) ao realizar um estudo onde resgata o contexto histórico,

apontando que as OSS surgem com força na década de 1990, dentro das reformas neoliberais propostas pelo Plano Diretor da Reforma do Estado. A Bahia se destaca como pioneira, sendo um dos primeiros estados a implementar esse modelo por meio da Lei nº 7.027/97, antecedendo inclusive a legislação federal sobre o tema. Onde diversos problemas estruturais são identificados, como a atuação do mesmo grupo empresarial, tanto em contratos terceirizados, quanto nas OSS, a descaracterização do papel do Estado (previsto na Constituição como responsável principal pela saúde pública) e o enfraquecimento do controle social.

Por tanto, na Bahia, entre os anos de 2005 e 2015, o modelo de OSS se consolidou, substituindo em grande parte os antigos contratos de terceirização. Apesar de receberem mais recursos do que os hospitais sob gestão direta, os resultados das OSS não apresentaram evidências concretas de maior qualidade nos serviços. A adoção das OSS como modelo de gestão hospitalar no SUS representa uma reprodução da lógica privatista segundo os autores, promovendo a transferência de recursos públicos para entidades privadas e justificando, com um discurso de que as OSS traz mais eficiência e qualidade nos serviços prestados, a desresponsabilização do Estado em relação à saúde pública (Reis e Coelho 2018).

Andreazzi e Bravo (2014) investiga a privatização da gestão de unidades de saúde pública no Brasil, utilizando as Organizações Sociais (OSs) como principal foco de análise. A pesquisa busca compreender os impactos dessa forma de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e as transformações mais amplas no sistema de saúde brasileiro, resultantes das interações entre o Estado e o mercado. O estudo se concentra no período compreendido entre o primeiro governo Lula (2003) e o ano de 2014, com especial atenção aos casos dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. A discussão contextualiza o surgimento das OSs na década de 1990, dentro do cenário da contrarreforma do Estado brasileiro. Esse movimento foi inspirado no modelo da Nova Gestão Pública, que preconiza a flexibilização, a terceirização e a introdução de lógicas de mercado na administração pública. O artigo aponta que governos posteriores, incluindo as gestões de Lula e Dilma, mantiveram certas políticas de cunho neoliberal, como o ajuste fiscal e a privatização, mesmo diante das expectativas de mudanças significativas.

No que tange aos impactos no SUS, a privatização da gestão por meio das OSs é apresentada como uma ameaça aos princípios fundamentais de universalidade e equidade do sistema. A substituição da gestão pública por

entidades privadas, embora formalmente sem fins lucrativos, levanta questionamentos sobre suas práticas. O estudo relata a ocorrência de irregularidades, como a falta de transparência nos processos, o favorecimento político e a terceirização excessiva de serviços, fatores que comprometem a qualidade e o acesso da população aos cuidados de saúde. O estudo observado nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro revela que, apesar da ampla adoção das OSS, essas entidades enfrentam críticas significativas. As queixas incluem práticas patrimonialistas, alta rotatividade de funcionários e dificuldades nos mecanismos de fiscalização. Além de citar exemplos concretos, tais como: hospitais sobre gestão de OSS que destinam parte de sua capacidade para atender pacientes privados, o que desvirtua a natureza pública dessas unidades de saúde (Andreazzi e Bravo 2014).

Em suas críticas os autores posicionam as OSS como parte de um projeto neoliberal mais amplo, que promove a transferência de recursos públicos para o setor privado, enfraquecendo o papel do Estado como provedor direto de serviços e fragilizando o SUS. O estudo enfatiza a urgência de implementar mecanismos de maior controle social e transparência para evitar distorções e assegurar que a saúde continue a ser tratada como um direito universal e fundamental, além de oferecer uma análise crítica clara da privatização da gestão na área da saúde no Brasil, alertando para os perigos que essa tendência representa para o SUS e ressaltando a necessidade de políticas públicas que defendam os princípios de equidade e universalidade, os autores deixam um alerta sobre a complexidade das relações entre o Estado e o mercado no setor da saúde, sublinhando a importância de um debate aprofundado sobre o futuro da saúde pública no país (Andreazzi e Bravo 2014).

Pilotto e Junqueira (2017) destacam diversos desafios enfrentados pelo modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), com base na experiência do estado de São Paulo. Um dos principais obstáculos é a fragilidade dos mecanismos de controle externo. Órgãos como o Tribunal de Contas do Estado (TCE-SP) e a Assembleia Legislativa (Alesp) enfrentam sérias dificuldades para acessar dados, fiscalizar adequadamente e influenciar mudanças políticas, evidenciando os limites institucionais do controle exercido sobre essas entidades privadas. Alguns desafios relevantes destacados pelos autores, são: a dificuldade de avaliação da qualidade da gestão, a falta de transparência nos contratos de terceirizações e relatórios de prestação de contas são frequentemente inacessíveis

ou controlados por conselhos administrativos compostos por membros indicados pelo governo ou pelas próprias OSS, o que compromete a confiabilidade dos dados, a alta rotatividade e a precarização da força de trabalho, decorrentes da contratação via CLT, que resulta em vínculos frágeis e descontinuidades nos serviços prestados

Souza (2013) ao realizar um estudo aprofundado dos desafios estruturais e operacionais enfrentados pelo modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência a experiência do município de Uberlândia. A partir disso, foram identificados alguns desafios centrais que comprometem a efetividade e os princípios que regem o SUS. O primeiro desafio refere-se à constitucionalidade questionável do modelo. A transferência da gestão de serviços públicos de saúde para entidades privadas, ainda que sem fins lucrativos, entra em conflito com o artigo 196 da Constituição Federal, que define a saúde como um dever do Estado. Tal terceirização esvazia o caráter público do SUS e fragiliza os princípios da universalidade e da integralidade, configurando uma ameaça à sua natureza estatal. Em segundo lugar, destaca-se a instabilidade política e administrativa. O modelo OSS demonstra-se vulnerável às transições de governo, o que pode provocar a ruptura de contratos e descontinuidade das políticas públicas de saúde. O caso da Fundação Maçônica em Uberlândia exemplifica como essas mudanças afetam diretamente trabalhadores e usuários, dificultando o planejamento de longo prazo necessário para garantir a qualidade dos serviços.

O segundo desafio a precariedade nas relações de trabalho constitui um problema persistente. As OSS substituem servidores concursados por profissionais contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que resulta em alta rotatividade e dificuldade na formação de equipes estáveis. Essa instabilidade afeta diretamente a continuidade do cuidado, além de gerar conflitos trabalhistas frequentes, como ilustram as ações judiciais envolvendo a SPDM. O sexto a opacidade na gestão e os riscos de má administração também são ressaltados. O modelo apresenta sérios problemas de transparência, com processos decisórios obscuros, acesso restrito às informações sobre a aplicação dos recursos e critérios questionáveis para a escolha das organizações gestoras. Essa falta de governança amplia as possibilidades de clientelismo, ineficiência e desvio de recursos públicos (Souza, 2013).

Por fim, o último a dificuldade de integração com a rede SUS, uma vez que as

unidades administradas por OSS tendem a operar de maneira isolada, desarticuladas do restante da rede pública. Essa fragmentação compromete a comunicação entre os serviços, prejudica o funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência e vai na contramão do princípio da integralidade do cuidado. Ou seja, o estudo revela que os desafios enfrentados pelo modelo de gestão por OSS não são pontuais, mas sim estruturais. Eles indicam uma profunda incompatibilidade com os princípios fundantes do SUS. A experiência de Uberlândia reforça a necessidade de retomar a gestão pública direta e fortalecer os mecanismos de controle social, como forma de garantir um sistema de saúde verdadeiramente público, universal e de qualidade (Souza, 2013).

O modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), embora consolidado em várias regiões do Brasil, especialmente no estado de São Paulo, enfrenta uma série de desafios que colocam em questão sua efetividade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os principais problemas, destaca-se a fragilidade institucional no processo de escolha das OSS, uma vez que sua seleção ocorre sem licitação e sem critérios públicos transparentes, favorecendo a politização das decisões e a ausência de isonomia. Além disso, o modelo apresenta sérias limitações nos mecanismos de regulação e controle, dificultando o acesso a informações sobre contratos e repasses, bem como enfraquecendo o controle social por parte dos conselhos de saúde. Outro desafio relevante refere-se à precarização das relações de trabalho, marcada por alta rotatividade, vínculos celetistas e contratações como pessoa jurídica, o que compromete a valorização profissional e a continuidade do cuidado. As OSS também reforçam a lógica empresarial na gestão da saúde pública, utilizando estratégias voltadas à eficiência e à racionalidade financeira, frequentemente em desacordo com os princípios do SUS, como a universalidade e a equidade. Soma-se a isso a fragmentação territorial da gestão, com a formação de zonas de influência política por parte das OSS, e a dificuldade de avaliação objetiva dos resultados do modelo, que se sustenta fortemente em discursos de modernização e eficácia, mas carece de evidências empíricas robustas que justifiquem sua ampla adoção (Baggenstoss e Donadone, 2019).

Soares e Lôbo (2014), estudaram a implementação das OSS no estado de Goiás e foram identificados riscos sistêmicos relevantes, como a ameaça à continuidade dos serviços em caso de desqualificação ou desistência da OSS, bem como a excessiva dependência de recursos públicos sem garantias de fluxo estável,

o que compromete a sustentabilidade do modelo. Soma-se a isso a resistência de conselhos de saúde e do Ministério Público, que apontam para a fragilidade dos mecanismos de participação social e de responsabilidade, essenciais para a legitimidade da gestão pública. Diante desse cenário, conclui-se que o modelo de OSS não é, em si, inviável, mas sua aplicação no contexto goiano revelou distorções e deficiências significativas. Para que esse arranjo institucional se torne compatível com os princípios constitucionais e eficaz na gestão dos serviços de saúde, são necessários ajustes profundos, tanto no plano normativo quanto na prática administrativa. O modelo deve atuar de forma complementar, e não substitutiva, à gestão pública direta, preservando o papel estratégico do Estado na condução das políticas de saúde. Além disso, é necessário garantir maior rigor e transparência nos processos de seleção das organizações, bem como fortalecer os mecanismos de controle social e institucional. A proteção aos direitos dos trabalhadores da saúde também deve ser assegurada durante as transições entre modelos de gestão.

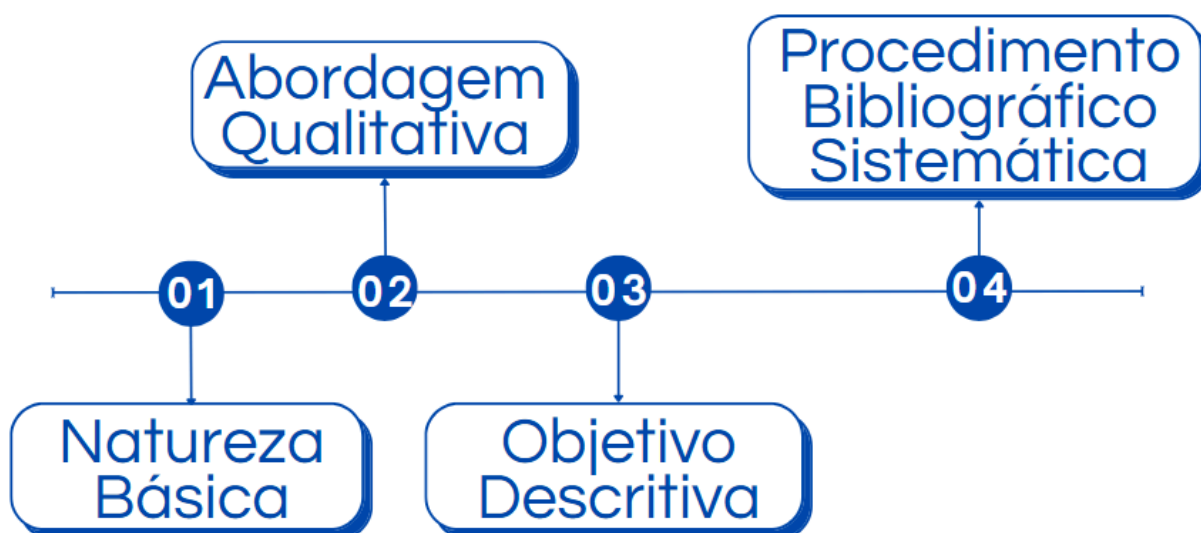
3 METODOLOGIA

Nesta seção, está descrito de forma detalhada os procedimentos adotados para alcançar os objetivos propostos, garantindo a coerência e a fundamentação necessárias ao estudo. Para tanto, apresenta-se a caracterização da pesquisa, os procedimentos de coleta e análise dos dados e, por fim, os cuidados éticos com a pesquisa.

3.1 Caracterização da Pesquisa

A classificação deste estudo segue os seguintes quesitos, conforme figura 5.

Figura 5: Caracterização da Pesquisa



Fonte: as autoras (2025).

Este estudo caracteriza-se quanto à natureza básica, pois busca ampliar o conhecimento sobre a gestão das organizações sociais de saúde no SUS a partir da sistematização dos conhecimentos levantados em estudos publicados no Brasil. Assim, pode ser classificado como um estudo de avaliação com atribuição de valor ao fenômeno estudado (Nascimento, 2016).

Em relação à abordagem, se trata de uma pesquisa qualitativa, pois de acordo com Minayo *et al.* (2002), a mesma trabalha as subjetividades, buscando

compreender a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos. Neste aspecto, a gestão das Organizações Sociais (OS) no SUS vão além de dados quantitativos, e a ferramenta qualitativa possibilita uma interpretação dos dados partindo de uma visão ampliada dos fenômenos, com uma análise mais ampla e contextualizada sobre o funcionamento das OS na rede pública de saúde.

No que se refere aos objetivos, classifica-se como descritiva, já que se propõe a analisar e descrever o modelo de gestão por OSS no SUS, identificando suas características, vantagens, desvantagens e impactos na gestão da saúde pública. Para Gil (2008), o método descritivo considera a variabilidade de informações por meio do detalhamento dos fenômenos com a identificação de tendências e padrões.

A escolha da revisão bibliográfica sistemática como método de pesquisa neste trabalho justifica-se pela necessidade de realizar uma análise crítica e abrangente sobre a gestão por Organizações Sociais (OS) no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2004 a 2024. Essa abordagem permite examinar o desenvolvimento e os impactos desse modelo de gestão, com base em estudos científicos produzidos ao longo de duas décadas. De acordo com Rother (2007), a revisão sistemática organiza e sintetiza o conhecimento disponível, identificando padrões, contradições e lacunas na literatura. Tal sistematização é essencial para temas complexos, pois possibilita uma visão panorâmica e ao mesmo tempo crítica. Para Gil (2008) e Lakatos e Markoni (2003, p.183), a pesquisa bibliográfica é estruturada a partir de materiais já elaborados, considerando artigos científicos, livros, dissertações e teses, permitindo ao investigador uma amplificação dos resultados obtidos sobre a temática estudada, possibilitando uma nova análise e enriquecendo a discussão. Além disso, será utilizada uma revisão do tipo narrativa que possibilita discorrer e inter relacionar informações sob ponto de vista teórico ou contextual do assunto (Rother, 2007).

3.2 Procedimentos de Coleta

Os procedimentos que foram adotados para a seleção e organização das fontes é representado através da figura 6:

Figura 6: Processo de coleta de dados



Fonte: as autoras (2025).

Sendo assim, as etapas percorridas foram as seguintes:

1. Seleção da pergunta norteadora: Quais são os aspectos positivos e problemas relacionados à implantação da gestão por organizações sociais de saúde no SUS?

2. Definição de descritores: Gestão, organização social e terceirização na saúde, privatização.

3. Levantamento bibliográfico: Após a definição dos descritores, foi realizada a coleta de dados, que consistiu na busca por materiais bibliográficos relevantes para o estudo. Essa coleta inclui artigos científicos que tratam da gestão pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi conduzida nas seguintes bases de dados acadêmicas: Scielo, Google Acadêmico.

4. Critérios de inclusão: Artigos científicos, idioma de publicação na língua

portuguesa, que apresentavam em seus resumos relação direta com a temática deste estudo e período de publicação de 2004-2024. Foram priorizadas as publicações de pesquisadores com elevada qualificação nas suas áreas de pesquisa.

5. Critérios de exclusão: livros, teses, dissertações, monografias, publicações repetidas nas bases de dados, revisões literárias, que não estejam em língua portuguesa, não se enquadraram no período de 2004-2024 e não possuíam relação com os descritores estabelecidos.

6. Coleta de dados: Os dados foram coletados no período de abril/2025 a maio/2025, e a partir da leitura detalhada dos materiais selecionados. Após a leitura na íntegra das publicações, os dados foram extraídos de acordo com os objetivos deste estudo.

No teste de quatro descritores no dia 05/04/2025, na base do Google Acadêmico foram encontrados aproximadamente 16 mil artigos, com as leituras dos títulos foram selecionados 21 artigos. Na sequência, foram excluídos 8 artigos após leitura do resumo, por se tratarem de revisão de literatura e resumos de anais. No portal do CAPES foi encontrado apenas um artigo e descartado após a leitura do título.

Na plataforma Scielo, nesta mesma data, foram localizados 16 artigos a partir dos filtros definidos anteriormente. Destes, todos foram descartados após a leitura dos títulos. Foi realizada uma nova busca nesta mesma base no dia 08/04/2025, total de 18 artigos encontrados, após leitura do título, excluídos 12 artigos e selecionados 5 após leitura do resumo.

Ao finalizar a coleta de dados nas plataformas, incluiu-se 18 artigos que foram lidos na íntegra para a produção de fichamentos, identificando os principais argumentos e críticas para a implantação do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) no SUS, as principais vantagens e desvantagens do modelo de gestão por OSS, e os desafios do modelo de gestão por OSS, conforme apêndice 1.

Após a seleção dos textos que foram analisados, foi feito o fichamento de cada texto conforme apêndice 1, visando a apreensão dos aspectos relevantes e a adequada apropriação destes aspectos pelas pesquisadoras.

Após a realização do fichamento, as informações relevantes inicialmente identificadas foram analisadas nas categorias de argumentos e críticas, e após

divididas em quatro subcategorias criadas, que foram: Concepção de Saúde e do SUS; Relações de Trabalho no Contexto da Gestão por OS nos Serviços de Saúde; Relação com a População e a Qualidade dos serviços prestados; Eficiência/Racionalidade Financeira.

3.3. Análise e Organização dos Dados

Para a análise dos dados, foram considerados o modelo de Bardin (1977) para a análise de conteúdo e seguiu as etapas conforme figura 6.

Figura 6: Etapas da análise



Fonte: Adaptado Bardin (2011 apud Souza e Santos, 2020).

Portanto, na pré análise foram feitas as leituras flutuantes dos artigos, principalmente verificando se os estudos estão relacionados aos objetivos desta pesquisa, onde foi feita a escolha dos documentos para o estudo, reformulados os objetivos e descartados as hipóteses.

Já na exploração do material foram criadas duas categorias e divididas em mais quatro subcategorias, para realização do estudo.

Por fim, as informações obtidas, em aspectos específicos, foram apresentadas em quadros, e analisadas à luz do referencial teórico deste estudo.

3.4 Cuidados Éticos

Como a pesquisa não envolve coleta de dados de seres humanos ou dados sensíveis, não será necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa e obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No entanto, o estudo seguirá os princípios éticos necessários para garantir a integridade e o respeito aos direitos autorais. Os materiais utilizados serão devidamente identificados, respeitando os direitos dos autores e as normas acadêmicas (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo está destinado a apresentar os resultados e discussões deste estudo. Após o processo de coleta de dados, com a leitura na íntegra e de forma minuciosa das 18 publicações selecionadas, conforme Quadro 1 , organizou-se a apresentação e a análise dos resultados em três tópicos para melhor responder os objetivos deste estudo: os principais argumentos para a implementação do modelo de gestão por Organizações Sociais; as críticas ao modelo; e a título de síntese de resultados, as principais consequências para a gestão do SUS nos casos que optaram por este modelo. Por fim, são apresentadas as considerações finais, contendo aspectos preponderantes para a reflexão da temática.

Das publicações selecionadas, 12 são classificadas como Qualis A e 6 são B. Na produção dos estudos, 15 tiveram a presença de Doutores e 3 tinham apenas mestres em suas autorias. As áreas de atuação e pesquisa dos Doutores são: Direito, Psicologia, Enfermagem, Ciências Sociais, Serviço Social, Nutrição, Saúde Coletiva, Medicina, Engenharia de Produção, Saúde Pública, Administração Pública, Ciência Política.

Quadro 1: Publicações selecionadas para o estudo

Identificação	Obra/Ano	Autor(es)	Título	Plataforma	Região
A1	Artigo (2007)	Nelson Ibañez; Gonzalo Vecina Neto	Modelos de gestão e o SUS	Scielo	Não Especifica
A2	Artigo (2008)	Nelson Bezerra Barbosa; Paulo Eduardo Mangeon Elias	As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado	Scielo	Não Especifica
A3	Artigo (2008)	Hironobu Sano, Fernando Luiz Abrucio.	Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: O caso das organizações sociais de saúde em São Paulo	Scielo	São Paulo
A4	Artigo (2021)	Nacime Salomão Mansur; Patricia Tosiro Marcos; Deyvid Fernando Mattei; Gaspar Jesus Lopes Filho	Financiamento público versus faturamento privado em um hospital público sob gestão de uma Organização Social de Saúde	Scielo	São Paulo
A5	Artigo (2006)	Nina Novaes Coutinho	As organizações sociais e o contrato de gestão	Google Acadêmico	Não Especifica

Identificação	Obra/Ano	Autor(es)	Título	Plataforma	Região
A6	Artigo (2007)	Jairnilson Silva Paim; Carmen Fontes Teixeira	Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios	Google Acadêmico	Não Especifica
A7	Artigo (2013)	Julio César Donisete Santos de Souza	Privatização e contratualização da Saúde Pública em Uberlândia: as Unidades de Atendimento Integrado e o Hospital e Maternidade Municipal	Google Acadêmico	Unidades de Atendimento Integrado (UAI) e o Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia (HMMU).
A8	Artigo (2014)	Isabelle Maria Mendes de Araujo	Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social	Google Acadêmico	Não Especifica

Identificação	Obra/Ano	Autor(es)	Título	Plataforma	Região
A9	Artigo (2014)	Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi; Maria Inês Souza Bravo	Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde	Google Acadêmico	Não Especifica
A10	Artigo (2014)	Luciana Martins Soares; Mariana Rúbia Mendonça Lôbo	Organização Social: Viabilidade de sua inserção na gestão dos hospitais estaduais em Goiás	Google Acadêmico	Goiás
A11	Artigo (2016)	Graça Druck	A terceirização na saúde pública: Formas diversas de precarização do trabalho	Google Acadêmico	Não Especifica
A12	Artigo (2017)	Bernardo Seixas Pilotto; Virginia Junqueira	Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo	Google Acadêmico	São Paulo
A13	Artigo (2018)	Assuero Fonseca Ximenes, Valdilene Pereira Viana Schmaller,	Alocação de recursos do fundo público para organizações sociais da saúde	Google Acadêmico	Pernambuco

Identificação	Obra/Ano	Autor(es)	Título	Plataforma	Região
		Adriana Falangola Benjamin Bezerra			
A14	Artigo (2018)	Manoela Cerqueira Reis; Thereza Christina Bahia Coelho	Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde.	Google Acadêmico	Bahia
A15	Artigo (2018)	Heloisa Maria Mendonça de Moraes; Maria do Socorro Veloso de Albuquerque; Raquel Santos de Oliveira; Ana Karina Interaminense Cazuzu; Nadine Anita Fonseca da Silva	Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil	Google Acadêmico	Não Especifica

Identificação	Obra/Ano	Autor(es)	Título	Plataforma	Região
A16	Artigo (2019)	Salli Baggenstoss; Julio Cesar Donadone	A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil	Google Acadêmico	São Paulo
A17	Artigo (2022)	Luciana Bezerra de Melo; Henry Oh	Organizações Sociais de Saúde: Um passo para a privatização do SUS?	Google Acadêmico	Não Especifica
A18	Artigo (2024)	João Felipe Marques da Silva; Fernanda de Freitas Mendonça; Adelyne Maria Mendes Pereira; Brígida Gimenez Carvalho	Características e tendências das modalidades de gestão e prestação de serviços contratualizados no SUS	Google Acadêmico	Não Especifica

Quadro 1: Publicações selecionadas para o estudo Fonte: as autoras (2025)

4.1 Os Argumentos para Implementação do Modelo de Gestão por Organizações Sociais

A implementação do modelo de gestão por Organização social (OS) está pautada, conforme as publicações estudadas, a partir de categorias de análise como: concepções do SUS, relações de trabalho e a relação com a população *versus* a qualidade dos serviços prestados, como será apresentado na sequência. A partir destas categorias, podem ser encontrados argumentos que reforçam a relevância dessa prática, mas também, como críticas a esse modelo de gestão. Neste momento serão apresentados os argumentos favoráveis encontrados na literatura estudada.

4.1.1 Argumentos Referentes à Concepção de Saúde e do SUS

Nesse encaminhamento, os argumentos firmados em torno da concepção de saúde e do SUS, estavam relacionados à base legal e aos princípios do referido sistema, e nas mudanças no cenário de saúde que exigiam novas soluções, como se pode verificar no quadro 2.

Quadro 2: Argumentos referentes à concepção de saúde e do SUS

Categorias de Análise: Concepção de Saúde e do SUS	
Achados na Literatura	Publicações
Base legal e compatibilidade com os princípios do SUS	A1
Mudanças no cenário da saúde e a necessidade de novas soluções	A1
Subordinação à política de saúde e legalidade	A1
Atendimento universal por meio do SUS	A3

Fonte: as autoras (2025)

Dessa forma, a publicação A1 destaca que a base legal do SUS prevê que o atendimento prestado através da Organização Social de Saúde (OSS), assim como ocorreu no modelo adotado em São Paulo, seja exclusivo ao Sistema Único de Saúde, respeitando a complementaridade prevista na Constituição Federal. A

legislação paulista estabelece que as normas do Código Sanitário do Estado, instituído pela Lei Complementar nº 791/95, aplicam-se também às entidades privadas contratadas para a prestação de serviços ao SUS, conforme disposto no artigo 22 da Lei Complementar nº 846/98, reforçando a obrigatoriedade de que essas organizações atuem de forma complementar e exclusiva ao sistema público de saúde (São Paulo, 1995).

O autor de A1 ressalta, ainda, que isso não altera o modelo do SUS, já que o atendimento continuará utilizando a Tabela SUS, com um acréscimo de 50% (cinquenta por cento), com dotação prevista no orçamento estadual. Além disso, prevê-se a utilização do contrato de gestão como instrumento de administração da parceria, bem como a convocação pública para escolha da entidade parceira, embora sem licitação nos moldes convencionais.

Complementando essa perspectiva, nesse contexto, o texto A1, também enfatiza que as mudanças recentes no cenário da saúde pública, como o crescimento das demandas assistenciais, a crise fiscal dos entes federativos e os desafios enfrentados durante e após a pandemia, evidenciam a necessidade de novas soluções para garantir a continuidade e a qualificação dos serviços prestados pelo SUS. Assim, a adoção de modelos mais flexíveis e pactuados, como o das OSS, surgem como uma alternativa de gestão capaz de responder com maior agilidade às exigências do sistema de saúde contemporâneo (Paim, 2008).

Adicionalmente, A1 destaca que a subordinação das OSS à política de saúde do nível de governo onde estão inseridas é um aspecto crucial e deve ser claramente delineado na legislação que cria tal alternativa. Essa subordinação não deve resultar em um controle burocrático excessivo que anule a efetividade do modelo. Ao contrário, ela pode ser operacionalizada por meio de instrumentos como os contratos de gestão e termos de ajuste, que permitem a pactuação de metas, o acompanhamento da execução e a definição do financiamento. O desafio está em equilibrar autonomia e controle, evitando que as exigências cartoriais transformem a solução proposta em um entrave à eficiência do sistema.

Nesse sentido, Mendes (2010) argumenta que, a sustentabilidade e a efetividade das parcerias público-privadas na saúde dependem da capacidade do poder público de exercer uma governança qualificada, com base em contratos bem estruturados, mecanismos de monitoramento contínuo e alinhamento com as políticas públicas definidas para o setor para que, assim, os princípios do SUS

mantenham-se fortalecidos.

Portanto, conforme destaca a publicação A3, a defesa da adoção das Organizações Sociais de Saúde se ampara na promessa de garantir o atendimento universal da população por meio do SUS, amparado por mecanismos legais de controle social, maior flexibilidade na gestão e um sistema de avaliação baseado em resultados por meio do contrato de gestão. A proposta, nesse caso, seria compatível com os princípios constitucionais do SUS, especialmente a universalidade, desde que devidamente monitorada e avaliada.

Na abordagem realizada pelos autores de A3, o atendimento universal por meio do SUS é visto como facilitado, pois as OSS operam dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o acesso aos serviços seja gratuito e universal. No enfoque desta publicação, isso fortalece os princípios do SUS, assegurando que toda a população, independentemente de sua condição socioeconômica, tenha direito a atendimento de qualidade.

Neste sentido, é importante lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo atendimento estatal, gratuito, integral e universal. Nos princípios do SUS, a saúde é entendida como um bem público, coletivo e essencial à cidadania. Sendo assim, ela não se limita à simples ausência de doença, mas está ligada às condições de vida e à organização social. Diferente da lógica de mercado, em que a saúde é tratada como mercadoria e submetida à empresarialização dos serviços, o SUS reafirma a saúde como um direito universal, financiado e gerido publicamente para garantir equidade e justiça social (Krüger e Reis, 2019).

Giovanella et al. (2012) corroboram com essa perspectiva ao afirmar que os modelos híbridos de gestão, quando submetidos a regulação estrita e participação social, podem conciliar eficiência operacional com a garantia de direitos e o fortalecimento dos princípios doutrinários do SUS, desde que mantidos os pilares de financiamento público e acesso igualitário. Nesse cenário, as questões que envolvem as relações de trabalho também chamam a atenção na literatura estudada, como se vê a seguir.

4.1.2 Os Argumentos Referentes às Relações de Trabalho no Contexto da Gestão por OS nos Serviços de Saúde

A segunda categoria a ser analisada é a que envolve os argumentos referentes às relações de trabalho no contexto da gestão por OS nos serviços de saúde. Neste sentido, emergiram as seguintes questões: o pagamento por desempenho incentiva a qualidade ao recompensar resultados, aumentando a produtividade e a motivação dos funcionários; apresenta mais autonomia na gestão de pessoal e permite decisões ágeis e adaptadas às necessidades de cada setor, melhorando a eficiência; Facilidade de demissão reduz a burocracia; a flexibilidade na contratação como regimes temporários ajuda as empresas a ajustarem rapidamente sua equipe conforme a demanda e; torna as organizações mais eficazes e preparadas para os desafios do mercado, conforme quadro 3. Juntas, essas categorias, segundo os autores de A3, A12 e A14, são fatores que modernizam a administração, mas devem ser aplicadas de forma justa, equilibrando produtividade e bem-estar dos colaboradores.

Quadro 3: Argumentos referentes às relações de trabalho

Categorias de Análise: Relações de Trabalho	
Achados na Literatura	Publicações
Flexibilidade na contratação e gestão	A12; A14
Maior autonomia na gestão de pessoal	A3
Facilidade na demissão de funcionários	A3

Fonte: as autoras (2025)

A maior autonomia na gestão de pessoal e facilidade na demissão de funcionários tem como objetivo aumentar a eficiência e a competitividade das organizações, conforme a publicação A3. Nesse caso, a maior autonomia na gestão de pessoal permite que os líderes tomem decisões mais ágeis e adaptadas às necessidades específicas de suas equipes. Isso pode aumentar a eficiência operacional e a satisfação dos gestores, que se sentem mais empoderados.

Bresser-Pereira (1998), defende esse ponto de vista como uma das principais vantagens das Organizações Sociais (OS) em relação à administração pública tradicional, é a maior autonomia na gestão de recursos humanos, orçamentários e financeiros, diferentemente dos órgãos estatais, que seguem

rigorosamente o Regime Jurídico Único. Tendo em vista que, as OS não estão submetidas às mesmas normas rígidas de contratação, remuneração e demissão de pessoal.

O modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), na visão de Mendes (2017), trouxe uma revolução na administração de recursos humanos no setor público de saúde. Ao contrário da rigidez do modelo estatal tradicional, marcado pelo Regime Jurídico Único, processos burocráticos de admissão e demissão, e tabelas salariais inflexíveis, as OSS operam com ampla autonomia na gestão de pessoas.

Nesta mesma linha, a facilidade na demissão de funcionários, de acordo com o texto A3, pode ser vista como vantajosa para os hospitais, especialmente em momentos de crise ou reestruturação, pois reduz custos e burocracia. Para os autores desta publicação, um dos principais diferenciais das Organizações Sociais (OS), no que diz respeito à administração pública tradicional, é a agilidade na gestão de recursos humanos, especialmente no que diz respeito à admissão e desligamento de profissionais.

Neste movimento, Bresser-Pereira (1998), já afirmava que enquanto o setor público enfrenta entraves burocráticos devido ao Regime Jurídico Único que exige processos demorados, estabilidade funcional e justificativas complexas para demissões, as OS operam sob o regime (CLT), o que permite uma administração de pessoal mais dinâmica e alinhada às necessidades organizacionais. Por outro lado, nas OS, o desligamento de colaboradores segue as regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem a necessidade de longos processos administrativos ou intervenções judiciais, como ocorre frequentemente no serviço público (Bresser, 1998).

Sendo assim, segundo Mendes (2017), o modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS) introduziu uma abordagem moderna para o desligamento de profissionais no serviço público de saúde, diferenciando significativamente com a rigidez do regime tradicional. Esta flexibilidade, quando bem gerida, representa um dos pilares da eficiência organizacional das OSS, nos processos de desligamento ágeis e alinhados à CLT, eliminação de burocracias excessivas características do serviço público tradicional, possibilidade de rápida adequação do quadro funcional conforme necessidades operacionais.

A flexibilidade na contratação e gestão de pessoal é indicada por A12 e A14,

como uma categoria a ser observada como favorável, quando da decisão de uma gestão por OSS, pois refere-se à capacidade de ter a autonomia das políticas de recrutamento, alocação e administração de colaboradores de acordo com as necessidades da organização, ou seja, uma visão mais ampla do que só o fato de poder demitir com facilidade, como citou A3. Sendo assim, permite ajustar o quadro de funcionários conforme a demanda, evitando gastos fixos excessivos, buscando a alternativa de contratos temporários, que tendem a ter processos mais simples do que a CLT tradicional.

Neste mesmo encaminhamento, Barbosa (2015) ressalta que o modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) facilita a contratação de profissionais. Sendo assim, a flexibilidade na seleção e contratação de pessoal permite que as OSS ajustem suas equipes conforme a demanda, reduzindo carências de profissionais e otimizando a alocação de talentos, o que impacta positivamente na eficiência dos serviços de saúde.

Pacheco et al (2016) reforça que, essa flexibilidade administrativa permite otimizar tempo e recursos, otimizando os processos de recursos humanos, em que Organizações Sociais de Saúde (OSS) podem adotar procedimentos próprios que favorecem uma alocação mais eficiente de tempo e recursos, direcionando esforços para prioridades estratégicas.

4.1.3 Argumentos Referentes à Relação com a População e a Qualidade dos serviços prestados

Conforme os argumentos anteriores, percebe-se que há a defesa de que a autonomia gerencial das OSS são essenciais para responder às demandas da população com agilidade e eficiência, assegurando um sistema de saúde acessível e de qualidade. Neste sentido, surge a categoria relações com a população versus qualidade dos serviços prestados, apresentadas no quadro 4.

Quadro 4: Argumentos referentes à relação com a população e a qualidade dos serviços prestados

Categoria de Análise: Relação com a População e a Qualidade dos Serviços Prestados	
Achados na Literatura	Publicações
Inovação e Qualidade nos Serviços	A2; A7; A10; A11; A12; A13; A14
Aumento de serviços com variação financeira controlada e foco nos resultados	A3; A7; A8; A9; A12; A15
Participação social e a parceria com a sociedade	A1; A3; A13; A15
Redução da superlotação e ampliação e melhoria da rede	A12; A13, A17
Resposta rápida a emergências	A14
Descentralização e especialização	A6
Capilaridade nos municípios pequenos	A18
Capacidade de adaptação e resposta rápida	A16

Fonte: as autoras (2025)

A inovação e a qualidade nos serviços, conforme A2, A7, A10, A11, A12, A13, A14, é uma categoria relevante no contexto deste modelo de gestão, pois as Organizações Sociais de Saúde (OSS) introduzem maior inovação e qualidade na prestação de serviços, permitindo a adoção de sistemas que conversem entre os setores. Facilitando, assim, o gerenciamento do mesmo. Com um modelo de gestão baseado em resultados, as OSS conseguem implementar melhorias contínuas, garantindo atendimentos mais eficientes e seguros. Além disso, a resposta rápida a emergências é facilitada pela autonomia administrativa, permitindo ações ágeis em situações críticas, como pandemia ou surtos de doenças.

Dessa maneira, a implementação de instrumentos e práticas gerenciais refere-se à aplicação de tecnologias para organizar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas, alinhando-as aos objetivos definidos. Esse processo exige a otimização dos recursos disponíveis e a capacidade de negociar internamente, buscando consensos entre os diversos interesses presentes na organização (Barbosa e Elias, 2010).

Sendo assim, há de se considerar que a administração pública gerencial é construída sobre a ideia de um Estado que opera como uma grande empresa no âmbito hospitalar, direcionando seus serviços aos cidadãos. No entanto, Reis e Coelho (2018), afirmam que através das OSS, que passa a ser a nova administradora, as principais características são ampliadas, pois incluem a busca pela eficiência dos serviços, a avaliação de desempenho e o controle rigoroso de resultados. Com a perspectiva de que essa abordagem era o caminho para alcançar maior flexibilidade e eficiência na prestação dos serviços de saúde, oferecendo mais qualidade (Reis e Coelho, 2018).

A redução da superlotação e ampliação da rede, de acordo com A13, é um dos principais benefícios das OSS. Sendo assim, essa categoria se fortalece no entendimento de que a OSS oferta uma gestão mais eficiente, já que consegue ampliar a rede de atendimento, oferecendo mais consultas, exames e procedimentos, o que diminui a pressão sobre hospitais públicos e UPAs. Isso contribui para um fluxo mais organizado e menor tempo de espera para os pacientes.

Pacheco et al (2016), por sua vez, reforça que o modelo de gestão baseado na execução de serviços por Organizações Sociais de Saúde (OSSs) no SUS, tem como objetivo ampliar a capacidade de atendimento e melhorar a eficiência do sistema público de saúde. Ao transferir a gestão de unidades e serviços para OSSs, o estado busca otimizar recursos, garantir maior agilidade na prestação de serviços e elevar a qualidade do cuidado oferecido à população.

Nesse sentido, é perceptível que as reformas políticas promoveram diversas mudanças na política de saúde, visando reduzir a superlotação nas emergências por meio da ampliação da rede de serviços de alta complexidade. Nessa ótica, foi realizado um estudo no estado de Pernambuco por Ximenes *et al.*, (2018), quando o governador eleito de Pernambuco Eduardo Henrique Accioly Campos (2007-2010) adotou a terceirização de serviços, com transferência de recursos orçamentários para Organizações Sociais da Saúde (OSS), responsáveis por gerenciar unidades públicas de alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste caso, o argumento utilizado foi de diminuir as superlotações nas unidades de saúde.

No entanto, os resultados mostraram ao contrário, tanto com a antiga gestão quanto com a nova, houve aumento de busca de atendimento. Já que a análise dos dados revelou um crescimento progressivo nos atendimentos de alta complexidade

em Pernambuco durante o período estudado: 2011: aumento de 7,47% em relação a 2010, e 2012: crescimento de 5,71% sobre 2011. Embora ambos os modelos de gestão (pública e por OSS) tenham ampliado sua capacidade de atendimento, a participação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) nesse segmento permaneceu em alta: 2010: 0,29% do total, 2011: 1,67%, 2012: 5,85% (Ximene *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que, na leitura de Pilotto e Junqueira (2017), nos primeiros anos de implantação do SUS, a rede assistencial passou por uma significativa expansão, com intuito de melhorar, buscou alternativas de gestão para ampliação da rede, sendo uma delas a gestão por Organizações Sociais (OSS), comprovando que diferentes arranjos institucionais podem ser eficazes na organização dos serviços públicos de saúde.

Na categoria relacionada à participação social e parceria com a Sociedade, de acordo com A3, A13, A15, as OSS promovem maior participação social por meio de mecanismos como ouvidorias, conselhos gestores e transparência na prestação de contas. Essa interação com a comunidade permite que os serviços sejam mais alinhados às necessidades reais da população, fortalecendo o vínculo entre usuários e gestores.

A transparência na gestão do SUS e o controle social constituem exigências legais essenciais, independente do modelo de gestão estabelecido, seja ela administração direta ou através de Organizações Sociais de Saúde (OSS). A Constituição Federal de 1988 e a lei 8.142/90 estabelecem a obrigatoriedade permanente dos mecanismos de participação social, como as conferências de saúde, os conselhos de saúde, que devem funcionar como autoridade efetiva de fiscalização e deliberação.

É importante destacar que, a participação popular não se configura como uma especificidade das OSS, mas sim um direito constitucional garantido e um dever institucional de todos os gestores do SUS, caracterizado como condição essencial para os repasses públicos, garantindo, assim, o controle e a transparência social (Brasil, 1988 e 1990).

O projeto de contrarreforma também visa ampliar a participação social, submetendo essas organizações ao controle direto da sociedade por meio de conselhos de administração eleitos pela comunidade atendida. Além disso, busca-se fortalecer a parceria com a sociedade, que passará a financiar uma parcela menor,

porém relevante, dos custos dos serviços oferecidos. Dessa forma, essas instituições não apenas utilizam recursos públicos, mas também têm a liberdade de captar fundos no setor privado, fazer campanhas de arrecadação e receber doações da sociedade (Ximenes *et al.*, 2018).

No entanto, há de se observar que, o acolhimento e o atendimento humanizado não são especificidades da gestão por OSS, tendo em vista que o SUS preconiza orientações claras e precisas na Política Nacional de Humanização, para todos os serviços da rede, independente da sua forma de gestão.

Por outro lado, o uso de metas de qualidade, baseado na Escola de Relações Humanas, com ênfase na cultura organizacional, esse modelo busca orientar o serviço público para a excelência, incorporando princípios de gestão do setor privado. No entanto, até hoje, ele permanece como o padrão menos desenvolvido, resultado de uma fusão entre as lógicas pública e privada. Essa abordagem introduz aspectos qualitativos da administração privada no setor público, como maior responsabilidade perante usuários e cidadãos, que deixam de ser vistos apenas como consumidores passivos, mas como partes ativas no processo. Ainda assim, sua implementação plena segue como um desafio, refletindo a tensão entre eficiência gerencial e os valores tradicionais da administração pública (Ibañez, 2007).

Estudos realizados por Ferreira Júnior (2003), entre 2000 e 2002, no estado de São Paulo, demonstram que as Organizações Sociais (OS) apresentaram maior eficiência na prestação de serviços de saúde em comparação com hospitais de administração direta. Dessa maneira, constatou-se que as OS conseguiram ampliar significativamente a produção de serviços como internações, atendimentos ambulatoriais e de urgência, sem grandes variações orçamentárias. Segundo o Banco Mundial, os hospitais geridos por OS registraram menores índices de mortalidade; os resultados sugerem que o modelo de gestão por OS pode oferecer ganhos de produtividade e eficiência na saúde pública, combinando maior capacidade operacional com otimização de recursos (Sano e Abrucio, 2008).

A introdução de mudanças nos serviços prestados com a flexibilidade administrativa, enquanto categoria de análise, permite que as OSS implementem mudanças rápidas nos serviços oferecidos, conforme A1. Seja na reorganização de fluxos, na introdução de novas especialidades ou na otimização de processos, esse modelo garante uma adaptação contínua às necessidades da população.

Sendo assim, o atual cenário da saúde é marcado por profundas mudanças, como as revoluções demográfica e epidemiológica, o aumento dos custos devido à incorporação tecnológica, a expansão da tecnologia da informação, as disputas corporativas entre profissionais e as demandas sociais pós-Constituição de 1988. Esse novo contexto exige abordagens inovadoras, já que as soluções do passado não são mais suficientes para enfrentar os desafios atuais. Portanto, é obrigatório buscar novas estratégias que respondam às necessidades emergentes do sistema de saúde.

A introdução de mudanças nos serviços prestados e no modo de prestá-los, juntamente com uma nova configuração das relações de poder e a formação de uma cultura e ideologia organizacionais renovadas, são elementos essenciais para a construção de modelos que aprimorem a capacidade de produzir resultados. Essa transformação não está voltada apenas para a competitividade, mas sim para a efetividade das organizações de saúde perante a sociedade. Tais soluções não se restringem a hospitais, podendo ser aplicadas também na gestão de redes de atenção, ambulatórios e outros serviços (Ibañez, 2007).

O aumento de serviços com variação financeira controlada também se apresenta como uma categoria a ser analisada, pois é vista como uma das vantagens das OSS a capacidade de ampliar a oferta de serviços sem elevar proporcionalmente os custos, de acordo com A3, A9, A15. Isso ocorre devido à otimização de recursos, redução de desperdícios e gestão financeira mais eficiente, permitindo que mais pessoas sejam atendidas com o mesmo orçamento.

Para Vieira e Barreto (2019), é certo que a combinação de aumento de serviços com variação financeira controlada em OSS refere-se a um modelo de gestão que favorece a expansão da rede e o aumento dos serviços prestados para a população. Assim, enquanto se assegura um controle financeiro rigoroso se garante, também, a sustentabilidade da organização e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados.

Outra categoria que emergiu da literatura estudada é a Resposta Rápida a Emergências, que se refere à agilidade na tomada de decisões que permite que as OSS respondam rapidamente a crises sanitárias, como epidemias, desastres ou aumento repentino da demanda, conforme A14. Essa capacidade é essencial para salvar vidas e evitar o colapso do sistema, segundo os autores da referida publicação.

Neste sentido, Vieira e Barreto (2019), aponta que a resposta rápida a emergências em saúde, especialmente quando da participação de OSS, tem como objetivo minimizar os impactos dos eventos adversos como epidemias, desastres e crises climáticas, já que consegue garantir respostas rápidas, eficazes e coordenada com as demais esferas do SUS. Esse entendimento se dá pelo fato das OSS apresentarem mais autonomia de gestão e de financiamento, sem estarem presas às pressões impostas pela legislação.

Diante da urgente necessidade de resolver a escassez de leitos e a superlotação nas unidades de urgência e emergência em Uberlândia, por exemplo, a Prefeitura Municipal, por meio da Secretaria de Saúde, optou pela gestão por OSS e iniciou um projeto para a construção de um hospital e maternidade municipal. A proposta, divulgada pela administração pública, promete oferecer à população uma assistência completa, integral, qualificada e humanizada, buscando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde na região (Silva, 2022).

Essa iniciativa surge como uma resposta direta à crise hospitalar local, com o objetivo de ampliar a capacidade de atendimento e reduzir a pressão sobre as unidades já existentes. No entanto, sua implementação e eficácia dependerão de fatores como financiamento adequado, gestão eficiente e integração com a rede de saúde já estabelecida. Nesse caso específico, essas condições reforçam o compromisso com um serviço de saúde acessível, adequado e de qualidade, alinhado às necessidades da população de Uberlândia. A fiscalização do cumprimento dessas metas será essencial para avaliar a eficácia do modelo de gestão terceirizada (Silva, 2022).

O Foco em Resultados, enquanto categoria de análise, diz respeito a gestão por desempenho que faz com que as OSS tenham um compromisso claro com metas de eficiência e qualidade, de acordo com A7, A8, A9. Isso inclui indicadores como tempo de espera, resolutividade e satisfação do usuário, garantindo que os recursos sejam aplicados de forma estratégica.

Para o governo de Santa Catarina (2025), o foco direcionado para os resultados é fundamental para as OSS na área da saúde, pois além de otimizar recursos e melhorar a qualidade do atendimento, também possibilita a ampliação da rede de serviços, em especial onde ela apresenta mais fragilidades. Por outro lado, o foco nos resultados, permite avaliar a eficácia das OSS na execução do que foi contratualizado, promovendo o controle das ações e a sustentabilidade do SUS.

Complementando, a autonomia na organização dos serviços e o aumento da produtividade, são categorias relacionadas a liberdade para definir fluxos, escalas e prioridades, pois permite que as OSS adaptem seus serviços conforme a demanda local, evitando gargalos e melhorando a eficiência operacional, com processos mais ágeis e menos burocráticos, as OSS conseguem elevar a produtividade das equipes, realizando mais consultas, exames e cirurgias sem comprometer a qualidade, conforme A12.

Para Rodrigues *et al.* (2020), a autonomia na organização dos serviços, dentro de contexto das OSS no setor de saúde, pode alavancar a produtividade, permitindo maior flexibilidade e adaptação às necessidades locais. Isto porque, a OSS se apresenta como uma gestão mais eficiente, com foco nos resultados e na melhoria contínua dos serviços ofertados para a comunidade.

Nesse contexto, uma das reflexões realizadas são referentes a preocupação com a eficiência e o bom uso dos recursos públicos, como será apresentado no próximo tópico.

4.1.4 Argumentos Referentes à Eficiência/Racionalidade Financeira

A categoria Eficiência e Racionalidade Financeira estão permeadas por fatores como: gestão eficiente; aumento da produtividade e redução de custos; financiamento, aproveitamento dos recursos públicos, autonomia administrativa e financeira, como pode ser visto no quadro 5.

Quadro 5: Argumentos referentes à eficiência/razionalidade financeira

Categoria de Análise: Eficiência/razionalidade financeira	
Achados na Literatura	Publicações
Aumento de produtividade e redução de custo	A3; A7; A10; A13; A14
Atração de Recursos Complementares	A9; A14; A15
Autonomia administrativa e financeira	A2; A15
Gestão eficiente	A13
Financiamento no mercado privado	A13
Maior eficiência e eficácia sobre o uso dos recursos públicos	A13
Incentivo financeiro	A5
Custeio para a folha de pagamento dos colaboradores	A4
Controle financeiro e transparência	A1
Pagamento por desempenho como incentivo à qualidade	A3
Aumento de serviços com variação financeira controlada	A3
Sustentabilidade Financeira	A14
Expansão da rede de serviços sem custo adicional	A9
Flexibilidade nos processos de compras e licitações	A18

Fonte: as autoras (2025)

A modernização dos serviços de saúde requer gestão eficiente e participação social para reduzir a superlotação e ampliar o acesso. Investimentos em atenção primária e descentralização diminuem a procura por emergências, enquanto tecnologia e processos ágeis melhoram respostas a urgências e reduzem os impactos negativos de algumas demandas. O SUS deve manter seu caráter

universal, com controle financeiro e foco em resultados, garantindo atendimento de qualidade em todos os municípios.

Nesse contexto, A13 destaca que a alocação de recursos para as Organizações Sociais de Saúde (OSS) pode otimizar a aplicação das verbas públicas, desde que esteja vinculada a metas de desempenho e à transparência na gestão. Essa perspectiva converge com a tese de Olívio (2005), segundo a qual determinados serviços públicos, especialmente os não exclusivos do Estado, podem ser executados com maior eficiência pelo setor não estatal, desde que mantido o financiamento público. No entanto, o autor também observa que a expansão das OSS reflete uma estratégia do capital, inserida em um movimento global de redefinição do papel do Estado, que passa a se afastar de suas funções executoras diretas.

O aumento de produtividade na gestão pública da saúde, especialmente com a introdução de modelos de administração por Organizações Sociais (OS), tem sido um dos principais argumentos em defesa da adoção dessas novas formas de gestão. Os textos A3 e A13 exemplificam bem essa lógica. No contexto paulista, Costa e Ribeiro (2006) demonstraram que nove, entre os dez hospitais mais eficientes, eram geridos por OS. Apesar de operarem com um orçamento apenas 8,1% maior que os hospitais administrados diretamente pelo Estado, esses hospitais apresentavam um custo médio cerca de 25% menor, evidenciando um uso mais racional e eficiente dos recursos públicos. Esse resultado aponta para uma maior produtividade, entendida como a capacidade de oferecer mais e melhores serviços com menos custos.

Essa lógica de gestão está diretamente relacionada às transformações iniciadas com o Programa Nacional de Publicização (PNP), lançado em 1995 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. O PNP teve como proposta central implantar um novo modelo de gerenciamento das políticas sociais, baseado em princípios de eficiência, eficácia e racionalidade dos gastos públicos. Além disso, o programa visava desburocratizar as ações estatais, criando mecanismos mais ágeis e flexíveis de gestão por meio de parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos, como as OS.

A crise do Estado nas décadas de 1980 e 1990, conforme apontado no artigo A7, manifestou-se em três dimensões: fiscal, de intervenção e de gestão. A crise fiscal foi caracterizada pela perda de crédito do Estado e pela poupança pública

negativa; a crise do modo de intervenção refletiu o esgotamento do modelo de industrialização por substituição de importações; e, por fim, a crise do modelo burocrático de gestão pública se revelou por meio dos altos custos e da baixa qualidade dos serviços prestados. Esse cenário alimentou o discurso da redução de custos e da necessidade de modernização da administração pública, especialmente no setor da saúde.

A década de 1990 foi marcada por uma agenda neoliberal, que promoveu uma contrarreforma do Estado, conforme discutido no artigo A7 e reafirmado no Artigo A13 . Essa reforma propunha mudanças estruturais nas instituições estatais, com foco na contenção de despesas públicas. Como consequência, houve extinção ou fusão de órgãos públicos e o repasse de funções para entidades privadas ou do terceiro setor. Na área da saúde, essa estratégia se materializou na transferência da gestão de unidades do SUS para Organizações Sociais (OS) por meio de contratos de gestão, instrumentos esses que buscavam garantir maior economia, agilidade e qualidade nos serviços prestados.

O Artigo A13 também destaca que uma das principais estratégias da contrarreforma da saúde foi justamente essa busca por novas formas de gestão não estatais, apoiadas na ideia de combater a “ineficiência” e a “baixa qualidade” dos serviços do SUS. Nesse contexto, a gestão por OS é apresentada como solução para tornar os serviços mais rápidos, eficientes e baratos (Barbosa e Elias, 2010).

O Artigo A14 pesquisou a realidade vivenciada na Bahia em 2002, e apresenta um exemplo prático do uso desse modelo: em 2001, 12 hospitais no estado da Bahia estavam sob administração terceirizada, sendo que seis eram geridos por uma única empresa. A justificativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para essa concentração era a experiência acumulada da empresa em gestão hospitalar e sua capacidade de propor novas formas de organização do trabalho, com custos otimizados, reforçando mais uma vez a centralidade da redução de custos como meta da reforma gerencial.

O artigo A13, por sua vez, ressalta que uma das principais estratégias da contrarreforma da saúde foi justamente a busca por maior eficiência e eficácia na aplicação dos recursos públicos. Nesse sentido, a adoção do modelo de gestão por Organizações Sociais surge como alternativa à administração direta, prometendo resultados mais expressivos com menor custo. A lógica é otimizar os gastos públicos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados, por meio de estruturas mais

flexíveis, com metas de desempenho bem definidas e controle social sobre os resultados. Assim, o modelo de gestão propõe uma alocação mais racional dos recursos do Estado, reforçando o argumento de que é possível alcançar melhores indicadores de saúde pública com o mesmo volume ou até com a redução de investimentos financeiros.

A busca por maior eficiência e eficácia na utilização dos recursos públicos também está diretamente relacionada ao grau de autonomia administrativa e financeira conferido às Organizações Sociais. Como apontam os Artigos A5 e A15, essa autonomia, especialmente no que se refere à aquisição de bens e serviços e à contratação de pessoal, permite uma gestão mais ágil, menos burocrática e mais adaptada às necessidades reais das unidades de saúde. A flexibilidade na execução orçamentária, a adoção de processos simplificados e o uso de tecnologias gerenciais inovadoras favorecem a racionalização dos gastos e a estruturação eficiente dos processos de trabalho.

Assim, dentro dos limites orçamentários previamente estabelecidos, as OS conseguem realizar arranjos institucionais que maximizam o uso dos recursos públicos, reformando a lógica de que é possível oferecer melhores serviços sem aumentar proporcionalmente os custos, desde que se mantenha o compromisso com o interesse público (Bresser-Pereira 1988).

Além da autonomia administrativa e financeira, um dos fatores que reforçam o atrativo do modelo das Organizações Sociais é a concessão de incentivos econômicos por parte do Estado. Conforme aponta o Artigo A5, ao obterem a qualificação como OS, essas entidades passam a usufruir de vantagens financeiras significativas, como isenções fiscais, recebimento direto de recursos públicos e possibilidade de firmar parcerias com o poder público. Esses estímulos visam fortalecer a capacidade operacional das organizações e ampliar sua atuação nas áreas sociais, criando um ambiente institucional propício à inovação gerencial e ao alcance de melhores resultados. Tais incentivos, portanto, não apenas facilitam a viabilidade financeira das OS, como também fazem parte da estratégia do Estado para incentivar modelos mais ágeis e eficazes de provisão de serviços públicos.

A análise da composição do custeio hospitalar sob gestão de uma Organização Social (OS) revela ganhos expressivos de eficiência econômica, especialmente no que diz respeito à folha de pagamento dos colaboradores. Segundo dados do artigo A4, em 2018, cerca de 50% do valor repassado

mensalmente pela Secretaria Estadual de Saúde ao Hospital de Transplantes foi destinado à remuneração dos profissionais, incluindo benefícios. Desse total, a folha médica representou 25% do custeio geral. Esses números indicam uma gestão racional dos recursos humanos, com controle de gastos e valorização das equipes.

Ao se comparar com a administração pública direta, observa-se que a gestão por OS apresenta maior flexibilidade e autonomia na alocação de recursos, o que contribui para a redução de custos operacionais sem comprometer a qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, o modelo demonstra ser uma alternativa mais econômica e eficaz dentro do sistema público de saúde.

A adoção do modelo de Organizações Sociais também trouxe avanços significativos em termos de controle financeiro e transparência na gestão dos recursos públicos, conforme destacado no artigo A1. A introdução de sistemas de custos e auditorias, tanto sob a ótica financeira quanto profissional, fortaleceu os mecanismos de monitoramento e avaliação do desempenho institucional. A implementação de objetivos claros, indicadores de resultados e auditorias sistemáticas, permite à administração pública exercer um controle mais eficaz sobre a aplicação dos recursos, ao mesmo tempo em que concede maior autonomia gerencial à administração das unidades. Essa combinação entre desregulamentação do mercado de trabalho e exigência de *accountability* configura um modelo de gestão mais flexível, mas também mais comprometido com a entrega de resultados mensuráveis e com a responsabilização pelo uso dos recursos públicos.

A implementação do modelo de pagamento por desempenho nas Organizações Sociais tem se mostrado uma ferramenta estratégica para a promoção da qualidade e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, como aponta o artigo A3. A divisão do orçamento em parcela fixa e parcela variável atrelada ao cumprimento de metas funciona como um incentivo direto à melhoria dos resultados institucionais.

A diretora administrativa do Hospital Santa Marcelina, Vivian Hart Ferreira, destaca que os recursos obtidos por metas alcançadas representam uma conquista derivada do esforço da equipe, e não uma bonificação arbitrária. De forma complementar, Maria Alice Ferreira, diretora dos hospitais de Pirajuçara e Diadema, ressalta que esse modelo não apenas premia o alcance de metas, mas também estimula a busca por quantidade com qualidade, favorecendo uma cultura organizacional voltada para o desempenho e para a entrega de valor à população

(Costa e Castro, 2009).

Neste mesmo caminho, estudos sobre a implementação das Organizações Sociais na área da saúde em São Paulo evidenciam que essas entidades conseguiram ampliar significativamente a oferta de serviços sem ocasionar grande variação nos custos operacionais. Segundo Ferreira Júnior (2003), no período de 2000 a 2002, os hospitais geridos por OS apresentaram aumento expressivo nas internações, atendimentos ambulatoriais e de urgência, ao passo que mantiveram controle financeiro mais eficaz em comparação com hospitais da administração direta.

A adoção do modelo de Organizações Sociais (OSS) na gestão hospitalar tem contribuído para a captação de recursos complementares, ampliando a capacidade de financiamento do sistema de saúde sem onerar diretamente o orçamento público. A partir do uso da infraestrutura construída com recursos estatais, essas organizações passaram a oferecer leitos e serviços também ao setor privado, especialmente em um cenário de retração da oferta de leitos pelas instituições privadas tradicionais, apontou A9. Com isso, possibilitam uma expansão da cobertura dos planos de saúde voltados às camadas de menor renda, sem necessidade de novos investimentos do setor privado.

Apesar de o discurso oficial apresentar essa prática como uma forma de publicização e parceria com a sociedade civil, o que se observa, na prática, é uma crescente dependência das OSS de repasses do fundo público para sustentação de suas atividades, de acordo com A15. Além disso, mecanismos legais como contratos de gestão passaram a permitir a substituição de verbas públicas por privadas, gerando um rearranjo orçamentário que favorece o ajuste fiscal do Estado, mas que pode comprometer a natureza pública e universal do SUS, conforme percebido por A14. Nesse contexto, A15 afirma que as OSS se consolidam como atores que operam em uma lógica mercantil, incorporando estratégias de valorização financeira ao mesmo tempo que se mantêm essencialmente dependentes do financiamento estatal .

Nesta direção, a experiência com Organizações Sociais na gestão hospitalar tem demonstrado potencial para promover maior sustentabilidade financeira no sistema de saúde pública. Um dos principais fatores é a autonomia administrativa e financeira concedida a essas entidades, o que lhes permite maior flexibilidade para aquisição de bens e serviços e a contratação de recursos humanos.

Tal liberdade operacional, segundo A14, associada à definição de objetivos e metas claras nos contratos de gestão, favorece uma estruturação mais eficiente dos processos de trabalho e incentiva o uso de tecnologias gerenciais inovadoras. Esses elementos, aliados à possibilidade de adequar os recursos disponíveis às reais necessidades das unidades de saúde, contribuem para maior previsibilidade orçamentária e controle de custos, sem comprometer a qualidade da assistência. Vale destacar que, longe de representar uma crítica generalizada à administração pública, os resultados apontam para a importância de apropriar e implementar tais inovações de forma equilibrada, assegurando ganhos de eficiência com preservação do interesse público (A14).

A adoção do modelo das Organizações Sociais (OSs) tem viabilizado, ainda, a expansão da rede de serviços de saúde sem necessidade de novos investimentos significativos pelo Estado, utilizando estruturas e recursos já existentes.

Um exemplo emblemático desta configuração é o do município do Rio de Janeiro, onde a gestão do prefeito Eduardo Paes, iniciada em 2009, optou por implantar o modelo de OSs nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e no Programa Saúde da Família. Tal decisão permitiu a ampliação significativa da rede assistencial em curto espaço de tempo, com a contratação de diversas entidades sem fins lucrativos para operacionalização dos serviços (A9). Em 2011, já havia 37 entidades qualificadas como OSs no município, sendo 21 exclusivamente na área da saúde.

Essa estratégia de ampliação, ao alocar a gestão em entidades privadas qualificadas, favorece a utilização de uma capacidade instalada preexistente, sem requerer novos gastos com infraestrutura, o que gera ganhos operacionais com custo controlado (Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio, 2010).

A gestão por meio de Organizações Sociais (OSs) tem sido apontada, também, como uma alternativa eficaz para enfrentar os entraves burocráticos da administração pública tradicional, sobretudo no que diz respeito à agilidade nos processos de compras e licitações. Essa característica é especialmente valorizada em contextos nos quais a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) impõe restrições severas aos gestores públicos.

Em um dos casos analisados, a administração municipal optou por transferir a gestão de um hospital para uma OS após sofrer autuação de órgãos de controle externo devido a dificuldades legais. A decisão se justifica também pela capacidade

das OSs de realizar processos licitatórios e aquisições com mais rapidez, conferindo maior eficiência à gestão hospitalar (A18).

De acordo com Carrera e Malik (2013, p. 4), as principais críticas em torno da necessidade de licitação nas compras públicas estão pautadas em: “pouca agilidade nos processos licitatórios (compra de insumos e equipamentos); baixo dinamismo tecnológico e dificuldade na contratação de profissionais de qualidade no número necessário”. Então, descartando essa necessidade para as OSS, a visão é de grande vantagem, pois é mais rápida e flexível.

Ainda segundo Carrera e Malik (2013, p.5), o debate na saúde acerca das relações público-privadas no SUS tem gerado polêmicas e impasses. Os discursos “dos principais estudiosos e gestores da administração pública da saúde sobre as compatibilidades e incompatibilidades dos princípios do SUS e do Direito Sanitário com os princípios das parcerias público-privadas são fortes e controversos”. Dessa forma, se faz necessário uma abordagem com relação às críticas que envolvem esse modelo de gestão, como se lê na sequência.

4.2 As Críticas ao Modelo de Gestão por Organizações Sociais

Após o levantamento e a descrição dos argumentos favoráveis para o uso do modelo de gestão por OSS, faz-se necessário elencar também as críticas que surgiram durante a pesquisa bibliográfica que deu origem a este estudo. No mesmo formato utilizado anteriormente, as críticas serão apresentadas de acordo com as categorias de análise estabelecidas: concepção de saúde e do SUS; relações de trabalho; eficiência/racionalidade financeira e; relação com a população *versus* qualidade dos serviços prestados.

4.2.1 Críticas referente à concepção de saúde e do SUS

As críticas referem-se, principalmente, ao modelo de gestão baseado em organizações sociais, especialmente no que se relaciona à concepção de saúde adotada, ao desvio dos objetivos do SUS, à fragilização da participação social e à falta de humanização nos atendimentos prestados pelas instituições que operam sob esse modelo, conforme evidenciado no Quadro 6.

Quadro 6: Críticas referente à concepção de saúde e do SUS

Categorias de Análise: Concepção de Saúde e do SUS	
Achados na Literatura	Publicações
Violação dos princípios constitucionais do SUS	A6; A7; A8; A9; A12; A15; A16; A17
Privatização da saúde	A3; A9; A13; A15; A17
Baixa participação do controle social	A3; A8; A14; A16; A18
Falta de Humanização	A17

Fonte: as autoras (2025)

A adoção das Organizações Sociais de Saúde (OSS) como modelo de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) tem gerado intensos debates, com críticas contundentes sobre seu alinhamento aos princípios constitucionais que regem o sistema público de saúde brasileiro. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentado nos pilares da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e gestão pública estatal. No entanto, a implementação das OSS tem sido questionada por promover uma gradual descaracterização desses fundamentos, colocando em risco a essência democrática e pública do SUS (Paim, 2009).

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) indicam que, em 2020, aproximadamente 40% dos hospitais estaduais brasileiros estavam sob gestão de OSS, sendo que, no estado de São Paulo, esse percentual ultrapassa 60% (IPEA, 2020). Esse avanço da terceirização da gestão pública de saúde representa um dos principais ataques ao modelo constitucional do SUS, conforme apontado por A7 e A8. A terceirização enfraquece a gestão direta estatal e desloca a saúde do campo do direito público para o do direito privado, comprometendo princípios como a legalidade, a supremacia do interesse público e a moralidade administrativa.

As OSS não estão sujeitas às mesmas exigências impostas à administração pública, como a obrigatoriedade de concursos públicos e processos licitatórios. Isso favorece práticas que precarizam o trabalho e fragilizam os mecanismos de controle social e institucional.

Essa crítica encontra respaldo em Araújo (2014), que caracteriza a terceirização via OSS como uma forma de “privatização indireta” da saúde pública, violando diretamente o princípio da supremacia do interesse público. Segundo o autor, as OSS atuam sob lógicas mercantis, transformando o direito à saúde em objeto de contrato e eficiência financeira, como já alertava o Plano Diretor da Reforma do Estado (Brasil, 1995).

Além disso, a autonomia excessiva das OSS em relação ao Estado compromete a integração e hierarquização dos serviços, contrariando o princípio da integralidade da atenção à saúde. Essa crítica é corroborada por Andreatti e Bravo (2014), que argumentam que essa independência compromete a lógica de rede, enfraquecendo o sistema de referência e contrarreferência. Essa lógica é frequentemente substituída por uma gestão orientada a indicadores de produtividade e metas contratuais, o que resulta na fragmentação e mercantilização dos serviços de saúde (A9).

Outro aspecto preocupante é a prática conhecida como “dupla porta”, que permite o atendimento de pacientes de planos de saúde em hospitais públicos gerenciados por OSS, mediante pagamento. Reportagem da Folha de S.Paulo (2021) revelou que o Hospital Geral de Vila Penteado (SP), sob gestão de uma OSS, destinava leitos e atendimentos diferenciados a usuários de convênios privados, enquanto pacientes do SUS enfrentavam longas filas de espera. No Rio de Janeiro, denúncias semelhantes ocorreram no Hospital Estadual Getúlio Vargas, onde leitos de UTI foram priorizados para usuários de planos durante a pandemia de COVID-19 (2020). Essa prática contraria diretamente os princípios de equidade e acesso universal, conforme denunciado por Moraes *et al.* (2018).

A lógica de mercado introduzida pelas OSS não apenas fere os princípios constitucionais do SUS, mas também fragiliza o caráter estatal da saúde pública, promovendo sua mercantilização. O uso de recursos públicos por essas organizações frequentemente ocorre com pouca transparência. Segundo o Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS/Fiocruz), apenas 35% dos contratos de OSS estão integralmente disponíveis nos portais de transparência, o que compromete a fiscalização e o controle social.

O problema da falta de controle também foi identificado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP), que, em relatório de 2021, apontou que mais da metade dos contratos com OSS apresentava ausência de prestação de

contas adequada, além de descumprimento de metas assistenciais. O Ministério Público de São Paulo, entre 2015 e 2020, instaurou mais de 300 procedimentos investigativos relacionados a fraudes, desvios e irregularidades em contratos com OSS.

O enfraquecimento do controle social é outro efeito colateral desse modelo. Pilotto e Junqueira (2017) destacam que a falta de transparência nos contratos de gestão reduz significativamente a capacidade de fiscalização, enquanto Souza (2013) denuncia que esse modelo viola os princípios da publicidade e da moralidade administrativa. Esse quadro é agravado pela flexibilização dos processos licitatórios, como já alertava Coutinho (2006).

Neste encaminhamento, os casos do Hospital Geral de Vila Penteadó (SP) e do Hospital Estadual Getúlio Vargas (RJ) ilustram concretamente os efeitos da lógica mercantil criticada por Druck (2016) e Paim e Teixeira (2007): a precarização do trabalho, a fragmentação dos serviços e a violação dos princípios constitucionais do SUS, especialmente a universalidade e a equidade.

A privatização da saúde no Brasil, intensificada a partir dos anos 1990, tem se aprofundado com a crescente transferência da gestão e operação dos serviços públicos para entidades privadas, como as Organizações Sociais (OSs). Esse processo, articulado às diretrizes da Nova Administração Pública (NAP), é apresentado por seus defensores como uma solução para os desafios de eficiência da gestão estatal. Contudo, diversos estudos e especialistas alertam para os riscos que essa lógica privatizante representa à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (Paim, 2008; Giovanella et al., 2012).

Um dos principais mecanismos de privatização indireta ocorre por meio da contratação de Organizações Sociais (OSs) para administrar unidades públicas com recursos estatais. De acordo com A3, esse modelo compromete o controle social sobre os serviços de saúde, pois enfraquece os mecanismos de participação e fiscalização por parte da sociedade. Embora juridicamente sejam entidades sem fins lucrativos, essas organizações operam com ampla autonomia financeira e administrativa. Como aponta Druck (2016), essa autonomia permite que escapem dos instrumentos clássicos de controle da administração pública direta, como licitação e prestação de contas, o que fragiliza a *accountability* e favorece a apropriação privada do fundo público.

Além disso, a introdução da lógica de mercado no interior do SUS tem produzido efeitos concretos, como a priorização de atendimentos a pacientes conveniados ou pagantes em detrimento da população dependente do sistema público, como ocorreu em hospitais universitários e estaduais (A13). Essa prática evidencia o desvio de função das unidades públicas e reforça a mercantilização da saúde, contrariando o espírito da Constituição de 1988.

A precarização do trabalho é outro efeito colateral da privatização. A flexibilização das relações laborais promovida pelas OSs, com aumento da terceirização, rotatividade e contratos mais frágeis afeta diretamente a continuidade do cuidado e a qualidade do atendimento. Segundo Druck (2016), essa forma de gestão desresponsabiliza o Estado e rebaixa os direitos dos profissionais de saúde, gerando impactos negativos à prestação de serviços e à valorização da força de trabalho no SUS (A9).

A fragmentação da gestão pública em contratos terceirizados dificulta o planejamento e a coordenação em rede, pilares centrais da integralidade da atenção à saúde. Como destaca Mendes (2010), a articulação entre os níveis de atenção fica comprometida, criando desorganização sistêmica e inviabilizando respostas coordenadas às necessidades populacionais. A chamada privatização ativa (A15) é vista quando o Estado fomenta a criação de um mercado interno de saúde, compromete sua própria capacidade de governança e favorece a hegemonia dos interesses privados sobre os direitos sociais (Anderson, 1995; Occhi et al., 2022).

A17 aponta que esse cenário se soma à erosão da participação social e do caráter democrático da política de saúde. A transferência da gestão para OSs reduz o espaço de deliberação e enfraquece os conselhos de saúde, instâncias fundamentais de controle popular do SUS. O processo decisório se torna opaco e tecnocrático, distanciando-se dos princípios constitucionais da gestão participativa (Paim, 2012).

Portanto, a crítica à privatização da saúde vai além da eficiência administrativa. Trata-se de uma disputa política sobre o papel do Estado e sobre o reconhecimento da saúde como direito e não como mercadoria. Como afirma Marques e Ferreira (2023), a pandemia de COVID-19 evidenciou a centralidade do SUS, mas também expôs suas fragilidades estruturais, muitas delas agravadas por anos de políticas de desfinanciamento e terceirização.

Reverter o processo de privatização exige resgatar o compromisso com o

SUS público, estatal, universal e participativo. Isso passa pela valorização da gestão direta, pelo fortalecimento do financiamento público, pela valorização dos trabalhadores e, sobretudo, pela defesa intransigente da saúde como bem comum e direito de todos (Paim, 2009).

A baixa participação do controle social é um dos pontos críticos apontados na literatura sobre o modelo de gestão por Organizações Sociais (OS) na saúde pública brasileira. Segundo A3, o controle social previsto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado por Bresser-Pereira, encontra pouco espaço nas OS paulistas. Embora o desenho institucional preveja formas de participação como a atuação do Conselho de Administração das OS ou dos representantes do Conselho Estadual de Saúde, essas instâncias têm sido subutilizadas. Observa-se um afrouxamento dos mecanismos de controle social, como também ocorreu na accountability parlamentar, e uma predominância do Executivo nas decisões, enfraquecendo as arenas institucionais, como a Comissão de Avaliação.

De forma complementar, Paim (2009) e Mendes (2010) ressaltam que, embora o SUS tenha como um de seus princípios fundamentais a participação social, a lógica gerencialista das OS tende a esvaziar a efetividade dessa participação, convertendo o controle social em uma formalidade sem poder real de deliberação. A substituição de espaços democráticos por mecanismos técnicos e centralizados compromete a transparência e dificulta o exercício do controle popular.

A8 reforça essa crítica ao apontar que esse modelo de gestão compromete a consolidação do direito à saúde como direito social universal e estatal, contribuindo para sua transformação em mercadoria e propriedade privada. Isso se expressa na fragilidade das estruturas políticas e jurídicas de controle e participação social.

No contexto da Bahia, A14 destaca que, embora o Estado tenha sido pioneiro na criação de uma legislação estadual para OS, o processo enfrentou críticas de diversos setores da sociedade civil e dos órgãos de controle, como o Conselho Estadual de Saúde (CES). Houve apontamentos sobre fragilidades jurídicas, ausência de transparência e omissões em deliberações cruciais. Ainda que o CES tenha representado um espaço potencial de resistência, também demonstrou limitações práticas diante da hegemonia do Executivo.

No plano teórico, Anderson (1995) e Occhi *et al.* (2022) ajudam a compreender esse fenômeno ao mostrarem como a Nova Administração Pública e o discurso da eficiência neoliberal promovem a retirada do Estado de funções

essenciais, transferindo-as para entidades privadas sob o argumento de modernização. Segundo eles, essa lógica reduz o gasto social, enfraquece os mecanismos de participação democrática e acentua as desigualdades estruturais.

A16 também critica a retórica da publicização baseada na ideia de eficiência e redução de custos. Segundo esta publicação, essa lógica resulta, na prática, em precarização dos serviços e na perda do caráter universal e do direito à saúde, com enfraquecimento da participação cidadã e do controle social.

Já o A18 aponta que os contratos de gestão com OS têm se caracterizado por instrumentos frágeis de regulação e baixa participação do controle social, especialmente em municípios pequenos. Mesmo quando previstos em lei, os espaços para o controle social como os Conselhos de Política de Saúde não têm sido efetivamente ativados.

A governança das OS se mostra incipiente, excluindo os atores regionais e sociais do processo decisório. Garcia e Reis (2016) reforçam que a gestão no SUS deveria ser orientada pela cogestão e pela participação ampliada dos usuários e trabalhadores, o que raramente se efetiva nos arranjos com OS.

A falta de humanização no modelo de gestão por Organizações Sociais (OSs) representa uma das críticas mais contundentes ao seu funcionamento no contexto do SUS. Conforme aponta A17, a lógica adotada por essas organizações tende a priorizar a redução de custos operacionais, uma vez que os repasses financeiros do governo são fixos e, quanto menos se gasta, maior pode ser o excedente disponível. Esse cenário incentiva a contenção de despesas com insumos, estrutura e, principalmente, força de trabalho, o que resulta em contratações precárias, baixos salários e alta rotatividade de profissionais, fatores que impactam diretamente na qualidade do cuidado prestado, como será apresentado de maneira mais detalhada no tópico seguinte.

Sendo assim, esse modelo enfraquece os vínculos entre usuários e equipes, rompe a continuidade do cuidado e favorece práticas desumanizadas, baseadas em metas e produtividade, em detrimento de escuta, acolhimento e empatia. A ausência de um olhar sensível sobre a dor e a singularidade do outro fere os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e descaracteriza o SUS como sistema público voltado à cidadania.

1. Embora a saúde precise de inovação e melhorias na gestão, de acordo com A7, “uma visão humanista, empática e focada na dor humana não

pode deixar de habitar corações e mentes gestoras.” Nesse sentido, retomar o compromisso ético com a dignidade das pessoas atendidas pelo sistema é essencial para que o SUS se mantenha como política pública universal, equitativa e integral.

Autores como Paim (2008) e Mendes (2010) reforçam que a gestão em saúde deve estar alinhada à valorização da vida e do cuidado em sua dimensão humana. Ao transformar a saúde em um serviço regido por lógicas privadas, o modelo das OSs compromete esse horizonte, colocando em risco não apenas a qualidade assistencial, mas também o sentido ético e social do sistema.

4.2.2 Críticas Referente às Relações de Trabalho no Contexto da Gestão por OS nos Serviços de Saúde

As críticas geradas no contexto das relações de trabalho evidenciam questões como: precarização do trabalho e enfraquecimento sindical, índices de acidentes de trabalho, aumento da jornada de trabalho, rotatividade e ausência de planos de cargos e salários, assim como pode ser observado no quadro 7.

Quadro 7: Críticas referente à relações de trabalho

Categorias de Análise: Relações de Trabalho	
Achados na Literatura	Publicações
Precarização do trabalho	A7; A8; A9; A10; A11;A12; A13
Terceirização e quarteirização do trabalho	A8; A13; A14
Alta rotatividade de profissionais	A2; A14
Ausência de plano de cargos e salários	A2, A8
Falta e diminuição do número de funcionários	A10; A11
Fragilidade na garantia de direitos trabalhistas	A7; A11
Enfraquecimento da organização sindical	A11
Altos índices de acidente de trabalho	A11
Aumento da jornada de trabalho	A11

Fonte: as autoras (2025)

A precarização do trabalho é uma das consequências mais graves e estruturais do modelo de gestão por Organizações Sociais (OSs) na saúde pública. A lógica de flexibilização administrativa que sustenta esse modelo, promovida sob a promessa de maior eficiência, tem sido amplamente criticada por sua associação direta com a erosão de direitos trabalhistas e a fragilização das condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Segundo A8, a institucionalização das OSs inaugura um regime marcado pela flexibilização de contratos, desorganização do processo de trabalho em saúde e rompimento da estabilidade empregatícia, anteriormente garantida pelo regime estatutário. Essa flexibilização, como destaca A9, confere às OSs poder total sobre a forma de contratação e remuneração, resultando em alta rotatividade de trabalhadores, ausência de concursos públicos, salários reduzidos e perda de vínculos permanentes, elementos que afetam diretamente a qualidade da assistência e o vínculo com os usuários.

Nesse sentido, como alerta o Sindserv Santos (2014), a eliminação de concurso público com o objetivo de contratação de pessoal abre um sério precedente rumo a uma prática clientelista, além de gerar precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos e à formação de currais eleitorais, destruindo o caráter democrático da gestão pública. Tal prática compromete a impessoalidade e a transparência do serviço público, favorecendo interesses políticos e corroendo os princípios republicanos que deveriam nortear a administração pública.

A Comissão Parlamentar de Inquérito da Alesp (2008), citada por A9, constatou que os programas de educação permanente, essenciais no setor da saúde, são anulados pelos efeitos negativos da instabilidade funcional. Ainda, A10 denuncia que a atuação das OSs reforça práticas patrimonialistas, ampliando distorções salariais e impossibilitando o trabalho integrado das equipes multiprofissionais, o que compromete diretamente a lógica do cuidado em rede.

Esse cenário é analisado em profundidade por Druck (2016), que define a terceirização como uma forma sistêmica de precarização social do trabalho, caracterizada por baixa remuneração, más condições de trabalho, enfraquecimento da organização sindical, alta rotatividade e insegurança contratual. A referida autora observa que, embora a terceirização na saúde tenha sido inicialmente justificada como solução para a crise de pessoal e de gestão, na prática resultou em uma institucionalização da instabilidade, especialmente nos serviços essenciais como saúde e educação.

Ainda segundo Druck (2016), a terceirização por meio de OSs é uma estratégia neoliberal que não apenas fragiliza os direitos trabalhistas, mas também desqualifica e desvaloriza o funcionalismo público, rompendo com a noção de servidor como agente garantidor do direito à saúde. Ao reduzir o corpo de trabalhadores estatutários e substituí-los por contratos celetistas, temporários e rotativos. Nesse movimento, as OSs contribuem para a descaracterização do serviço público como espaço de estabilidade, formação continuada e compromisso com o bem coletivo.

O impacto dessa precarização é perceptível não apenas nos trabalhadores, mas na própria assistência à população. A12 aponta que a alta rotatividade da força de trabalho afeta a continuidade do cuidado e mina a formação de equipes estáveis. Já A13 denuncia práticas como quarteirização e contratação de empresas intermediárias, o que intensifica ainda mais a fragmentação do trabalho e transforma

o atendimento em uma lógica voltada ao cumprimento de metas, e não ao cuidado integral.

O processo de quarteirização, definido como a contratação de empresas privadas por parte das OSS para a execução de serviços terceirizados, aprofunda ainda mais a fragmentação e a perda de controle público. Conforme relatado por A13, essa dinâmica transforma o cuidado em saúde em uma lógica voltada ao cumprimento de metas contratuais, e não à promoção da saúde como direito constitucional. A quarteirização também amplia a precarização, pois as empresas contratadas tendem a oferecer condições de trabalho ainda mais vulneráveis, com vínculos frágeis e alta rotatividade, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada.

Além disso, decisões judiciais, como as citadas em A10, têm reconhecido a ilegalidade de contratos de gestão que substituem servidores públicos concursados por trabalhadores terceirizados, evidenciando que a transferência da gestão para OSs muitas vezes fere a legalidade constitucional e contribui para um modelo de privatização do trabalho estatal.

Assim, a precarização promovida pelas OSs ultrapassa o campo das relações laborais e atinge o próprio direito à saúde, ao enfraquecer a capacidade de resposta do sistema público, desvalorizar o trabalho como eixo estruturante da atenção e comprometer a qualidade do cuidado prestado à população.

A ampliação da terceirização nas políticas públicas de saúde, especialmente por meio das Organizações Sociais (OSs), não apenas precariza as relações de trabalho como também compromete diretamente a organização sindical e a capacidade de luta coletiva dos trabalhadores. Como aponta Druck (2016), a terceirização sintetiza um conjunto de transformações que afetam profundamente o mundo do trabalho, entre elas a pulverização dos sindicatos e o enfraquecimento da solidariedade de classe.

A terceirização contribui para a fragmentação dos vínculos empregatícios, o que dificulta a unidade de representação dos trabalhadores e enfraquece sua organização política. Isso ocorre porque os trabalhadores terceirizados e celetistas, vinculados a diferentes empresas e sem estabilidade, enfrentam obstáculos tanto na filiação sindical quanto na participação em instâncias coletivas. A instabilidade contratual e o medo de retaliações também dificultam a mobilização, resultando na chamada institucionalização da instabilidade, que esvazia a ação coletiva e

compromete os mecanismos democráticos de pressão social (Druck, 2016).

O caso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), é emblemático: a coexistência de servidores públicos estatutários, trabalhadores celetistas e terceirizados em um mesmo hospital gera tensões internas, enfraquece a identidade coletiva e dificulta a ação unificada dos sindicatos. Essa estrutura fragmentada abre brechas para disputas internas, enfraquecendo os canais de negociação e representação trabalhista, como apontado pela Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA) (2015).

Além disso, a segmentação contratual promovida pelas OSs com vínculos diversos, rotatividade e ausência de estabilidade cria uma massa de trabalhadores vulneráveis, cuja representação se torna dispersa e fragilizada. Como consequência, os sindicatos perdem força para reivindicar melhores condições de trabalho, formação continuada, reajustes salariais ou políticas de valorização profissional.

A crítica ao projeto de lei PL 4.330/2004, citado por Druck (2016), mostra como o enfraquecimento da organização sindical não é acidental, mas faz parte de uma estratégia de desregulamentação do trabalho no contexto das reformas neoliberais do Estado. A resistência sindical a esse projeto e às práticas de terceirização mostra a importância da ação coletiva como forma de proteção dos direitos sociais, especialmente em setores essenciais como a saúde.

Portanto, a lógica de terceirização incorporada pelas OSs representa um ataque duplo aos trabalhadores da saúde pública: por um lado, retira direitos e precariza vínculos; por outro, mina a base da organização coletiva, reduzindo sua capacidade de resistência e negociação frente ao poder público e às entidades gestoras. Preservar a capacidade de mobilização sindical e fortalecer as entidades representativas dos trabalhadores é fundamental para garantir não apenas melhores condições laborais, mas também a manutenção da saúde como um direito público e universal, conforme previsto na Constituição de 1988.

Conforme aponta A11, a terceirização promovida pelo modelo de gestão por Organizações Sociais (OSs) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem produzido efeitos profundos sobre o quadro de pessoal da administração pública, especialmente nos níveis municipal e estadual. Um dos impactos mais evidentes é a redução progressiva do número de servidores públicos concursados e estatutários, substituídos por trabalhadores contratados sem vínculo permanente, frequentemente

celetistas, comissionados ou terceirizados, todos com menos garantias trabalhistas e maior rotatividade.

Segundo Druck (2016), esse processo faz parte de uma estratégia mais ampla de desmonte do conteúdo social do Estado, articulada às políticas neoliberais de ajuste fiscal, recomendadas por organismos internacionais e implementadas desde a década de 1990. A autora aponta que a terceirização se consolidou como o principal instrumento do Estado para reduzir o tamanho do funcionalismo público, desqualificando e desvalorizando uma categoria essencial à garantia de direitos sociais, como saúde e educação. A ideia de maior agilidade e flexibilidade administrativa das OSs tem servido de justificativa para essa substituição, ainda que, os supostos ganhos de eficiência raramente se sustentem em evidências concretas.

Dados do IBGE (2014) reforçam essa análise ao mostrar que, entre 1999 e 2014, o percentual de funcionários estatutários na administração municipal caiu de 65% para 61,1%, enquanto o número de trabalhadores sem vínculo empregatício saltou de 13,4% para 18,7%. Nos estados, o número de estatutários caiu 5,9% entre 2012 e 2014, ao passo que o número de servidores sem vínculo cresceu 36,2% no mesmo período. Considerando que a maior parte das contratações por OSs é feita por estados e municípios, é possível inferir que o avanço dessas organizações está diretamente ligado à substituição sistemática dos servidores concursados por profissionais com vínculos frágeis.

Esse fenômeno, segundo A11, acarreta uma dupla forma de precarização: por um lado, gera um novo segmento de trabalhadores com contratos instáveis, baixos salários e sem acesso a direitos sociais consolidados; por outro, promove o desmonte do funcionalismo público, destruindo sua estrutura institucional, seu conhecimento acumulado e sua estabilidade funcional. Essa substituição prejudica a continuidade das políticas públicas, desarticula as equipes de trabalho e enfraquece o caráter público e democrático do SUS.

Para A11, a diminuição do número de funcionários públicos na saúde e sua substituição por trabalhadores precarizados não é um efeito colateral da gestão por OSs, mas sim um de seus objetivos centrais. Essa estratégia compromete a qualidade dos serviços, a transparência da gestão e a efetivação do direito à saúde, ao fragilizar deliberadamente a base de sustentação do serviço público brasileiro.

Na perspectiva de A11, a adoção de modelos de gestão como as Organizações Sociais (OSs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

(EBSERH) tem provocado alterações profundas nas condições de trabalho no âmbito da saúde pública. Entre os efeitos mais perceptíveis e alvo de recorrentes denúncias por parte de trabalhadores e sindicatos está o aumento da jornada de trabalho, uma mudança que não se restringe ao contrato, mas reflete a intensificação da precarização no cotidiano laboral dos profissionais do SUS.

Segundo denúncia do Sindicato dos Trabalhadores da Fundação UnB (2015) citada em A11, com a entrada da EBSERH no Hospital Universitário de Brasília (HUB), os servidores públicos que, há cerca de 10 anos, cumpriam jornadas de 6 horas diárias, passaram a ser submetidos à jornada de 8 horas diárias, conforme o previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Embora essa alteração ainda não tenha sido integralmente implementada em todos os setores, já se observam os efeitos da ampliação da carga horária: aumento no número de plantões, exigência de trabalho em recessos e feriados, e sobrecarga emocional e física nos profissionais de saúde.

Para A11, a substituição de trabalhadores estatutários por celetistas, sob a lógica das OSs ou da EBSERH, representa a consolidação de uma lógica de gestão orientada por metas e produtividade, típica do setor privado. Essa mudança vai além da forma contratual, afetando diretamente a organização do trabalho e as condições necessárias para garantir um cuidado digno e contínuo à população. O aumento da jornada é, portanto, parte de um projeto mais amplo de flexibilização do trabalho, cujos custos são absorvidos pelos próprios profissionais.

Esse cenário viola diretamente os princípios constitucionais da valorização do trabalho e da dignidade da pessoa humana, pois a ampliação da jornada sem a devida valorização contribui para o esgotamento físico, o adoecimento e o comprometimento da saúde mental dos trabalhadores. Essa realidade tem sido amplamente denunciada em diferentes contextos do país.

Além disso, o rompimento com a jornada tradicionalmente reduzida do serviço público nas áreas da saúde e da educação desconsidera a especificidade dessas funções, que historicamente demandam maior proteção ao trabalhador em nome da qualidade do serviço prestado. A imposição de contratos celetistas, com maior carga horária e exigências crescentes, revela a contradição entre a lógica empresarial da produtividade e o cuidado como valor central da saúde pública.

Dessa forma, o aumento da jornada de trabalho no contexto da gestão terceirizada configura-se, segundo A11, como mais um elemento da precarização

estrutural imposta aos trabalhadores da saúde. Esse processo reforça o alerta de que a busca por eficiência administrativa não pode se sobrepor aos direitos fundamentais nem comprometer a saúde de quem cuida da população.

A adoção do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem gerado profundas transformações na estrutura do trabalho público, resultando em significativa fragilidade na garantia de direitos trabalhistas. Embora esse modelo seja justificado pela busca de maior flexibilidade administrativa e foco em resultados, os impactos negativos sobre os trabalhadores são evidentes e amplamente documentados.

Segundo A7, embora a gestão por OSS consiga implementar a flexibilização pretendida ao dispensar concursos públicos e licitações e ao privilegiar metas e resultados em detrimento de processos administrativos, essa mesma flexibilização resulta em sérias violações aos princípios constitucionais da administração pública, como a legalidade, isonomia, publicidade e a supremacia do interesse público. A ausência de concursos compromete a estabilidade no serviço público e abre espaço para formas precárias de contratação, marcadas pela insegurança jurídica e ausência de garantias históricas, como férias, licenças e aposentadoria com integralidade.

A gestão via OSS também é marcada por alta rotatividade, ausência de planos de carreira, salários rebaixados e jornadas exaustivas. Tais características favorecem a precarização das relações de trabalho, além de enfraquecer o vínculo dos profissionais com os usuários e as instituições, comprometendo diretamente a qualidade da assistência prestada à população.

A11 reforça essa análise ao destacar que, a terceirização da qual as OSS são uma das expressões mais estruturadas, têm promovido a degradação do trabalho em todas as suas dimensões: desrespeito a direitos, más condições de trabalho, baixos salários, aumento de acidentes e doenças ocupacionais. Além disso, os trabalhadores terceirizados se encontram em posição de vulnerabilidade política, com dificuldade de organização coletiva, dada a fragmentação dos vínculos e o medo de retaliações.

Essa lógica, segundo Druck (2016), integra uma estratégia mais ampla de desmonte do funcionalismo público, impulsionada por políticas neoliberais que visam reduzir o papel do Estado na prestação direta de serviços. Ao substituir trabalhadores concursados e estáveis por contratos temporários e celetistas, o

Estado desvaloriza a função pública e fragiliza a proteção social dos trabalhadores.

Além disso, a ausência de regulação efetiva e controle social sobre as OSS favorece práticas abusivas e aumenta o número de ações trabalhistas, como demonstrado pelos processos enfrentados por entidades como a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), que, apesar de sua experiência, responde por irregularidades na gestão de pessoal e nos contratos com o Estado (Sindserv, 2014).

Portanto, a fragilidade na garantia de direitos trabalhistas no modelo de OSS não é um efeito colateral, mas sim um de seus aspectos estruturais. Ao flexibilizar excessivamente a gestão e priorizar metas em detrimento de direitos, esse modelo compromete não apenas a dignidade dos profissionais, mas também a qualidade do serviço público e o próprio direito constitucional à saúde.

Nesta lógica, a terceirização e, mais recentemente, a quarteirização do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) têm se consolidado como estratégias centrais das Organizações Sociais de Saúde (OSS), com graves implicações para a estrutura e o funcionamento da saúde pública no Brasil. Esses mecanismos, que integram a chamada contrarreforma do Estado, operam sob o discurso de eficiência, mas resultam na precarização das relações laborais e na fragmentação da gestão do SUS.

Como aponta A8, a criação e disseminação das OSS representaram a transformação da terceirização de serviços públicos em regra, comprometendo o princípio constitucional do concurso público, que assegura o ingresso isonômico e estável no serviço público. Essa lógica, segundo Soares *et al.* (2016), levou à desorganização do processo de trabalho em saúde, à flexibilização dos contratos e à precarização do trabalho, rompendo com a estrutura de Gestão Única do SUS. Cada serviço terceirizado, ao adquirir autonomia em relação à Administração Pública, compromete diretamente os sistemas de referência e contrarreferência, pilares da integralidade e continuidade do cuidado no SUS.

Essa expansão da terceirização é também reflexo de um modelo de financiamento da saúde marcado por cortes e desvinculações. Bravo (2005), citado em A13, denuncia que o desfinanciamento do setor como a desvinculação da CPMF, o uso do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário e a Desvinculação de Receitas da União (DRU), contribuiu para a consolidação de uma política focal e precarizante, com substituição de servidores estáveis por mão de

obra terceirizada.

A racionalidade econômica por trás da terceirização é escancarada por gestores como José Maria de Magalhães Netto, ex-secretário de Saúde da Bahia. Em entrevista à Folha de São Paulo (2000), ele afirma que o modelo permitiria maior flexibilidade para contratar e demitir funcionários, além de reduzir custos e aumentar a suposta eficiência (A14). Essa visão gerencialista, orientada por metas financeiras e produtividade, ignora a complexidade do trabalho em saúde e seus fundamentos humanitários e éticos.

Nesse cenário, a rotatividade de profissionais de saúde é um dos principais desafios enfrentados pelas unidades geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). De acordo com dados apresentados na fonte A2, a comparação entre uma unidade da administração direta e uma sob gestão de OSS revela uma disparidade alarmante: enquanto a administração direta registrou, em determinado período, índices de rotatividade de 1,2% entre médicos e 2,0% entre profissionais de enfermagem, nas unidades sob gestão de OSS os índices chegaram a 19,22% para médicos e 16,8% para a enfermagem. No ano seguinte, embora com leve redução, as taxas permanecem elevadas, com 12,18% entre médicos e 11,09% entre enfermeiros.

Segundo a análise de A2, essa alta rotatividade é resultado da adoção de mecanismos de mercado para a contratação de pessoal. Embora esse modelo permita uma maior agilidade no preenchimento de vagas, ele também promove uma instabilidade estrutural no quadro funcional. A ausência de concursos públicos, a inexistência de políticas de progressão funcional e a remuneração abaixo do valor de mercado para determinadas categorias contribuem para a insatisfação e migração de profissionais, sobretudo os mais qualificados, para outros setores.

A rotatividade frequente compromete a continuidade das atividades, gera sobrecarga aos profissionais que permanecem, dificulta a formação de equipes estáveis e prejudica o desenvolvimento institucional, que depende da permanência e qualificação dos trabalhadores. Além disso, fatores como localização das unidades, dificuldades de acesso e a prática comum de múltiplos vínculos empregatícios entre os profissionais intensificam o problema.

A14 corrobora com essa análise ao afirmar que as experiências com OSS, embora promovam certa modernização da gestão hospitalar, têm sido acompanhadas por alta instabilidade e rotatividade de profissionais de saúde, além

de falhas em aspectos como controle social, integralidade e transparência.

Portanto, os dados evidenciam que a alta rotatividade, longe de ser um fenômeno pontual, reflete uma fragilidade estrutural do modelo de gestão por OSS, que compromete não apenas os direitos trabalhistas, mas também a qualidade e continuidade do cuidado oferecido à população. Enfrentar esse problema exige políticas de valorização do trabalho e estabilidade dos vínculos, essenciais para um SUS público, de qualidade e comprometido com o bem coletivo.

De forma complementar a situação da rotatividade, há de se compreender que a ausência de um plano estruturado de cargos, salários e carreira nas Organizações Sociais de Saúde (OSS) é um dos principais fatores que contribuem para a precarização das relações de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo análise de A2, a inexistência de um plano formal gera um ambiente marcado pela informalidade nos processos de progressão funcional, que acabam dependendo exclusivamente da avaliação subjetiva feita pelas chefias imediatas, sem critérios padronizados ou transparência.

Essa informalidade compromete a motivação dos trabalhadores, fragiliza a previsibilidade de crescimento profissional e prejudica o desempenho organizacional. A inexistência de diretrizes claras sobre evolução funcional interfere negativamente na produtividade, na coesão das equipes e no comprometimento com o serviço público.

A2 também recorda que um dos pilares da construção do SUS era a unificação e valorização dos trabalhadores do setor público, por meio da implementação de planos de cargos e carreiras que garantisse tratamento igualitário, independentemente do ente federativo ao qual o trabalhador estivesse vinculado. Contudo, a descentralização de responsabilidades entre os gestores e a crescente adoção de arranjos institucionais baseados na lógica público-privada inviabilizaram essa política. Em consequência, consolidou-se um cenário de grande disparidade salarial e contratual entre os profissionais do SUS, mesmo que ocupem funções semelhantes.

A8 reforça que as OSS possuem ampla liberdade para definir seus próprios regulamentos internos, inclusive no que diz respeito ao plano de cargos, salários e benefícios. Conforme previsto na legislação que regulamenta essas entidades (Brasil, 1998), tais decisões ficam sob atribuição exclusiva do Conselho de Administração da organização, sem necessidade de prestação de contas a órgãos

de controle público. Na prática, isso significa que cada OSS pode instituir modelos próprios de remuneração e carreira, sem qualquer padronização ou compromisso com isonomia entre os trabalhadores do SUS.

Esse cenário é particularmente preocupante, pois contribui para a fragmentação da força de trabalho em saúde, instaurando desigualdades salariais e contratuais que minam a ideia de um sistema público universal, igualitário e integrador. Ao mesmo tempo, reforça o poder discricionário das entidades privadas na gestão do trabalho, enfraquecendo o papel do Estado como garantidor de direitos e regulador das relações laborais no setor público.

Dessa forma, a ausência de um plano de cargos e salários nas OSS deve ser compreendida como um componente essencial da precarização estrutural do trabalho no SUS, que compromete não apenas a valorização dos trabalhadores, mas a própria coesão e efetividade do sistema público de saúde.

4.2.3 Críticas referentes à relação com a população e a Qualidade dos Serviços Prestados

Com relação às críticas referentes à relação com a população e a qualidade dos serviços prestados, estão direcionadas a questões como: o Impacto na qualidade dos serviços; a Ausência de melhorias em indicadores de saúde; a Judicialização da saúde e, também; a Baixa participação do controle social, como está apresentado no quadro 9.

Quadro 8: Críticas referente à relação com a população e a qualidade dos serviços prestados

Categoria de Análise: Relação com a População e a Qualidade dos Serviços Prestados	
Achados na Literatura	Publicações
Baixa participação do controle social	A3; A8; A14; A16; A18
Ausência de melhorias em indicadores de saúde	A7; A8; A12, A14
Impacto na qualidade dos serviços	A6; A8; A9; A16
Desigualdade regional	A8; A16; A18
Judicialização da saúde	A6

Fonte: as autoras (2025)

A qualidade dos serviços de saúde no Brasil é diretamente influenciada pela relação entre a população e o sistema de saúde, afetando tanto a eficiência quanto a satisfação dos usuários conforme A6; A9; A16. No entanto, a ausência de compromisso efetivo com a população usuária do sistema público tem se agravado, especialmente diante do desmonte progressivo das políticas sociais. Isto porque a Lei 9.637/98, que qualifica entidades privadas como Organizações Sociais (OS), não estabelece mecanismos eficazes de controle público nem garante a participação social na fiscalização desses serviços.

Essa fragilidade abre espaço para a priorização de interesses mercadológicos em detrimento das necessidades da população, comprometendo a transparência e a responsabilidade estatal. Assim, a privatização representa uma ameaça concreta aos direitos sociais historicamente conquistados, e sem regulamentação e controle social adequados, há risco de reversão dos avanços legais em saúde pública, aprofundando desigualdades e restringindo o acesso a serviços essenciais. Para efetivar esses direitos, é imprescindível não apenas a manutenção do Estado como principal garantidor, mas também o fortalecimento dos mecanismos democráticos que assegurem a voz e a fiscalização da sociedade (Sindserv Santos, 2014).

Um estudo no município de Uberlândia apontou que a gestão por OSS

enfraquece o controle social, um dos pilares do SUS, ao reduzir a efetividade dos conselhos de saúde e afastar as decisões do escrutínio público. Esse modelo privilegia metas quantitativas, como o número de atendimentos, em detrimento da qualidade e do cuidado humanizado. Pesquisas de satisfação tendem a ser superficiais, não captando os reais problemas enfrentados pelos usuários, o que contribui para a burocratização e desumanização do atendimento (Souza, 2013).

A análise crítica de Melo e Oh (2022) sobre a expansão das OSS no SUS problematiza a ideia de que esse modelo promove inovação e eficiência. Ele destaca que a mercantilização da saúde, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade dos mecanismos de fiscalização e a baixa humanização no atendimento comprometem os princípios constitucionais do SUS: universalidade, equidade e integralidade. A ausência de controle social efetivo e a desarticulação com a Rede de Atenção à Saúde agrava esses problemas.

Soares e Lôbo (2014), afirmam que a partir da experiência em Goiás, identificaram contradições entre a teoria da Nova Gestão Pública (NGP) e a prática da gestão por OSS. Embora o modelo prometa agilidade e inovação, enfrenta limites institucionais e legais que dificultam sua implementação e levantam dúvidas sobre os reais benefícios para a população. A lógica contratual baseada em metas e indicadores pode contribuir para melhorias, mas também pode priorizar a eficiência em detrimento da qualidade e da efetividade.

Neste contexto, os indicadores essenciais de saúde mostram pouca melhoria, refletindo falhas na gestão e implementação das políticas públicas (A12). Pilotto e Junqueira (2017), com base na experiência paulista, destacam a fragilidade do controle externo sobre OSS, órgãos como o Tribunal de Contas do Estado (TCE-SP) e a Assembleia Legislativa (Alesp) enfrentam sérias dificuldades de acesso a informações, para fiscalizar adequadamente, a prevalência de indicadores quantitativos e a falta de transparência. O modelo promove a lógica de mercado e enfraquece o papel do Estado, especialmente na prevenção e na promoção da saúde, além de gerar precarização e alta rotatividade na força de trabalho.

Pilotto e Junqueira (2017) apontam outro desafio relevante, que é a dificuldade de avaliação da qualidade da gestão, pois o modelo privilegia indicadores quantitativos, deixando de lado aspectos qualitativos essenciais ao atendimento humanizado e integral, previstos nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a falta de transparência na gestão é recorrente, contratos, terceirizações

e relatórios de prestação de contas são frequentemente inacessíveis ou controlados por conselhos administrativos compostos por membros indicados pelo governo ou pelas próprias OSS, o que compromete a confiabilidade dos dados.

Outro fator a ser considerado são as desigualdades regionais, que se apresentam como um dos maiores desafios para o SUS. As desproporções entre as regiões, deixam parte do país enfrentando dificuldades estruturais, o que limita o acesso e a qualidade dos serviços (A8; A16; A18). A discussão sobre as desigualdades, fundamentada nos obstáculos e problemas da regionalização é essencial para entender os desafios do SUS. A descentralização, alicerçada na intolerância democrática, enfrenta obstáculos na escala e nos fluxos territoriais, dificultando o acesso universal, enquanto a oferta tecnológica permanece concentrada em municípios polo, a centralidade no cidadão e no território ainda não equilibra demanda e recursos.

As desigualdades regionais intensificam vulnerabilidades, agravadas por políticas de autocontrole e pelo desfinanciamento das políticas públicas sociais, que retrocedem na garantia de direitos. Nesse cenário, é essencial estruturar tanto as inclusões desiguais quanto às exclusões profundas, revelando um Brasil fragmentado, onde desenvolvimento e acesso à saúde seguem padrões profundamente desiguais (Louvison, 2019).

Continuando no mesmo contexto, Louvison (2019), destaca que a equidade territorial é um dos maiores obstáculos para a efetivação da integralidade no SUS. O processo de regionalização da saúde no Brasil ainda se limita a iniciativas pontuais, focadas na implantação de serviços específicos, em vez de um planejamento territorial integrado capaz de construir redes regionais de atenção no modelo já consolidado em outros países.

Embora algumas experiências recentes tenham buscado ampliar a oferta descentralizada, muitas ficaram vulneráveis a descontinuidades, pois não se converteram em políticas de Estado, mantendo-se como ações de governo e, assim, passageiras. Além disso, as chamadas redes temáticas promoveram diálogo e planejamento entre atores locais, mas não conseguiram transformar estruturas arraigadas nem garantir efeitos duradouros na reorganização dos sistemas regionais de saúde. Por conseguinte, persiste um cenário fragmentado, onde a integralidade esbarra na falta de um modelo regionalizado e sustentável (Louvison, 2019)

No âmbito econômico, o crescimento por si só não reduz desigualdades e os

gastos sociais não são considerados insuficientes, e sim mal alocados, exigindo maior eficiência e foco nos mais pobres. Reformas estruturais e investimentos em capital humano são apontados como necessários para um desenvolvimento mais justo, com um papel ativo do Estado na economia para promover equidade social (Araújo, 2014).

Com as fragilidades regionais, a judicialização da saúde tem crescido expressivamente, refletindo falhas no sistema público, como falta de medicamentos, leitos e demora no atendimento, e sobrecarregando o Judiciário (A6). Dados do Instituto de Ensino e Pesquisa (2019), indicam um aumento de cerca de 130% em processos judiciais anualmente, relacionados à saúde em primeira instância, entre 2008 e 2017. Este indicador está muito acima do crescimento médio dos processos judiciais. Sendo assim, a judicialização evidencia lacunas na assistência e reflete a busca dos cidadãos por direitos que o sistema não consegue garantir.

Por outro lado, a judicialização pode aprofundar as desigualdades, beneficiando aqueles com maior acesso a recursos jurídicos e dificultando o planejamento orçamentário do SUS, ameaçando sua sustentabilidade e equidade. Apesar disso, ela foi fundamental para garantir direitos constitucionais em casos emblemáticos, como o acesso a antirretrovirais para HIV/Aids. Equilibrar as demandas judiciais e a gestão eficiente é um desafio crucial para o sistema (Ventura et al., 2010; Jesus et al., 2024).

Finalmente, a baixa participação da população no controle social (A3; A8; A14; A16; A18) limita a fiscalização e a adequação dos serviços às necessidades reais da comunidade. Embora a descentralização via OSS tenha prometido maior flexibilidade e controle social, na prática, esse modelo frequentemente enfraquece a responsabilidade estatal, transferindo a gestão para entidades que podem priorizar a eficiência econômica em detrimento dos direitos sociais. Já é de conhecimento que as contrarreformas do Estado, marcadas por políticas neoliberais desde os anos 1990, intensificaram a terceirização e a mercantilização da saúde, enfraquecendo as redes regionalizadas e a integração dos serviços, além de comprometer os instrumentos de controle social (Baggenstoss e Donadone, 2019; Silva et al., 2024).

4.2.4 Críticas referente à eficiência/racionalidade financeira

Por fim, em relação às questões financeiras, as categorias de análise

apontam críticas voltadas para a Fragilidade na fiscalização e regulação e Risco de corrupção; Falta de licitações; Instabilidade orçamentária; Mercantilização da saúde; Custo elevado para o poder público; Sucateamento da infraestrutura e insumos de baixa qualidade, como posto no quadro 8.

Quadro 9: Críticas referente à eficiência/racionalidade financeira

Categoria de Análise: Eficiência/racionalidade financeira	
Achados na Literatura	Publicações
Fragilidade na fiscalização e regulação e Risco de corrupção, falta transparência do controle financeiro no repasse de recursos	A3; A5; A7; A8; A9; A10; A11; A12; A13; A14; A15; A16; A17; A18
Mercantilização da saúde	A8; A9; A15; A17; A18
Custo elevado para o poder público	A10; A12; A17
Falta de licitações, e de controle de infraestrutura e insumos de baixa qualidade	A5; A8; A17
Instabilidade orçamentária	A3; A6
Flexibilização sem garantia de <i>accountability</i>	A3

Fonte: as autoras (2025)

A fragilidade na fiscalização, o risco de corrupção e a falta de transparência do controle financeiro no repasse de recursos emergiram como categoria de análise nos textos: A3; A5; A7; A8; A9; A10; A11; A12; A13; A14; A15; A16; A17 e A18. Os mesmos apontam deficiências nos mecanismos de controle, aumentando vulnerabilidades a desvios e má gestão de recursos públicos. A falta de transparência nos repasses de verbas dificulta a fiscalização e a prestação de contas, comprometendo a eficácia das políticas.

Ao firmar um contrato de gestão com o poder público, a organização social passa a ser sujeita a controle e fiscalização, isso ocorre porque a entidade assumirá a execução de serviços públicos, ou seja, atividades de interesse coletivo, além de, frequentemente receber recursos públicos e utilizar bens e servidores da administração, portanto é natural que o destino desses bens seja acompanhado de

perto, assim como acontece com o próprio poder público, garantindo transparência e legalidade no uso do patrimônio coletivo. No entanto, isso não se efetiva na prática, na maioria das vezes, conforme os autores vêm demonstrando.

Contudo, um ponto crítico apontado por Araújo (2014), é a falta de transparência e controle nas operações das OSS, embora a flexibilidade seja dada para a contratação de serviços e a compra de insumos sem licitação, esse processo cria brechas para práticas como superfaturamento e corrupção. Como cada OSS age de forma autônoma, a integração entre serviços de saúde, como a referência entre hospitais e postos de saúde, torna-se mais difícil, isso compromete a continuidade do cuidado e a coordenação dos serviços. A ausência de fiscalização rigorosa nas OSS por parte do poder público dificulta a prestação de contas e o acompanhamento dos gastos, o que aumenta o risco de má gestão e uso e apropriação inadequada dos recursos públicos.

Seguindo nesse contexto, Reis e Coelho (2018) analisam a adoção das Organizações Sociais de Saúde (OSS) como modelo de gestão hospitalar pública no estado da Bahia. A proposta é demonstrar como essa estratégia, sob o argumento da eficiência administrativa, promove uma forma de privatização velada do Sistema Único de Saúde (SUS), indo de encontro aos princípios constitucionais que regem a saúde como direito público e dever do Estado. O modelo enfrenta diversas críticas, entre elas, destaca-se a transformação de empresas privadas em OSS para assumir a gestão hospitalar, preservando a lógica de mercado e de busca por lucro. Observa-se também uma profunda falta de transparência nos contratos firmados, muitas vezes sem licitação ou controle social efetivo, além de conflitos de interesse, uma vez que diretores de hospitais públicos migravam para cargos nas OSS. Com isso, ocorreu a fragilização do SUS, pois os recursos públicos passaram a ser transferidos prioritariamente para essas organizações, enquanto as unidades de gestão estatal direta sofriam com o subfinanciamento.

Morais *et al.* (2018) em críticas ao modelo de gestão por OSS, apontam a falta de transparência nas relações contratuais, a dificuldade de fiscalização e controle, a remuneração elevada dos dirigentes, a fragilidade jurídica no processo de qualificação das OSS e a expansão geográfica concentrada nas regiões mais ricas do país, sugerindo a formação de monopólios. Moraes *et al.* (2018) questionam também o caráter público dessas entidades, já que muitas operam com estratégias semelhantes às de grandes empresas privadas. Por fim, conclui que as OSS não

são fenômenos isolados, mas parte de um processo estruturante de mercantilização da saúde. Elas representam uma forma de privatização ativa, estimulada pelo próprio Estado, que transfere fundo público para entes privados sob a justificativa de inovação gerencial. O modelo, embora sustentado por argumentos técnicos e jurídicos, reforça práticas que afastam o SUS de sua vocação pública e democrática.

Por tanto, a falta de licitações e controle de infraestrutura e insumos de baixa qualidade, a ausência de processos licitatórios formais, podem favorecer irregularidades, como favorecimento e superfaturamento, falta de investimento em manutenção e aquisição de materiais adequados afeta a assistência e a segurança dos usuários do sistema, conforme A5; A8 e A17.

Os contratos de gestão são criticados por desrespeitarem as normas de direito público, tanto em sua formação, já que a contratação ocorre sem licitação, violando o artigo 175 da Constituição Federal, pois as Organizações Sociais não realizam licitações ou concursos públicos. Entende-se que o verdadeiro objetivo desses contratos é a privatização dos serviços públicos, justificada por discursos de eficiência, modernidade e eficácia, o que representa uma violação ao Estado de Direito, também, a Lei 9.637/98 é considerada inconstitucional, pois afasta o Estado da prestação de serviços públicos de saúde, transferindo integralmente para a iniciativa privada por meio das Organizações Sociais, contrariando a obrigação estatal de garantir esse direito à sociedade (Coutinho, 2006).

Auditorias realizadas em diversas instituições de saúde revelaram graves problemas na terceirização por meio das OSs, tais como: não há comprovação de que a terceirização seja a melhor opção, pois faltam estudos comparativos antes e depois da contratação, não existe controle e avaliação efetiva dos contratos e serviços prestados, os conselhos de saúde são excluídos ou ignorados no processo decisório, não há critérios transparentes para qualificar entidades como OSs, e o repasse de recursos ocorre sem fiscalização financeira adequada, agravado pela dispensa de licitações para contratações e compras, essas falhas demonstram a fragilidade do modelo, que, em vez de trazer eficiência, abre espaço para irregularidades e afasta o Estado de sua obrigação constitucional de garantir serviços públicos de qualidade (Druck, 2016).

Nesta mesma linha de pensamento, o poder de flexibilização sem *accountability*, apontado por A3, traz a discussão de que a redução de regras sem fortalecer mecanismos de responsabilização gera arbitrariedades e diminui o

controle social sobre as decisões.

A ausência de previsão legal clara em estados como Espírito Santo e Pará expõe riscos de descontrole, evidenciando uma possível contradição entre a flexibilização administrativa e a prestação de contas (*accountability*). Essa lacuna reforça a crítica de que o modelo das OSs pode privilegiar a arbitrariedade em agravo da fiscalização pública, aumentando o risco de irregularidades e enfraquecendo a garantia de serviços eficientes e transparentes à população (Sano e Abrucio, 2008).

Já no que se refere a instabilidade orçamentária, de acordo com A3 e A6, as oscilações no financiamento comprometem o planejamento e a continuidade das políticas públicas, gerando incertezas na execução de serviços essenciais.

O modelo de financiamento das OSS de saúde está estruturado em um sistema de repasses condicionados ao desempenho, supervisionado por uma Comissão de Avaliação que determina os percentuais de repasse; a necessidade de aditivos contratuais ou ajustes de metas; em casos extremos, pode levar à desqualificação do hospital como OS.

Dois avaliações semestrais feitas em São Paulo 2002 a 2003 (julho e dezembro) verificam o desempenho das OS. Se a OS não atingir pelo menos 85% das metas, seu orçamento sofre redução, embora o sistema busque equilibrar estabilidade financeira via repasse fixo e estímulo à eficácia via repasse variável, permanecem desafios de risco de subfinanciamento (Sano e Abrucio, 2008).

A fragilidade institucional do Estado se manifesta na incapacidade de gerir organizações complexas, com deficiências críticas em planejamento, orçamentação, regulação e sistemas de informação. Essa ineficiência administrativa resulta em desperdício de recursos públicos devido à má alocação orçamentária e à ausência de mecanismos efetivos de controle, comprometendo a qualidade e a sustentabilidade dos serviços prestados à população (Paim e Teixeira, 2007).

Para a categoria denominada mercantilização da saúde, encontrada nas publicações A8; A9; A15; A17; A18, enfatiza que a lógica de mercado prevalece sobre o caráter público do SUS, com priorização de interesses privados em desvantagem do acesso universal e equitativo.

O modelo de Gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem gerado uma série de críticas, principalmente devido à privatização e mercantilização da saúde. As OSS foram criadas para transferir a

administração de hospitais e unidades de saúde para entidades privadas, com a justificativa de que essas organizações seriam mais eficientes e reduziriam custos. Contudo, essa transferência de recursos públicos para o setor privado não garante a universalidade do atendimento, já que as OSS operam com uma lógica empresarial que prioriza a redução de custos em detrimento de um atendimento adequado e universal. Isso acaba fragilizando o SUS, pois promove uma maior dependência de entidades privadas, enfraquecendo a rede pública de saúde (Araújo, 2014).

E, por fim, a categoria de análise definida como o custo elevado para o poder público, expressa em A10, A12 e A17, refletem que as terceirizações e parcerias com o setor privado sobrecarregam os cofres públicos, muitas vezes sem garantia de qualidade ou eficiência correspondente.

Neste encaminhamento, de acordo com Sindserv Santos (2014), os números revelam graves ineficiências no modelo de Organizações Sociais (OSs) na saúde, pois no ano 2008 a 2010 apresentou um custo adicional de R\$ 60 milhões nos hospitais geridos por OSs em comparação com a gestão pública direta, representando 38,52% de perda de eficiência, custo por leito anual 17,6% mais alto nas OSs do que nos hospitais sob administração estatal.

Esses dados evidenciam que a terceirização, está longe de trazer a economia que tanto é prometida, elas sobrecarregam mais ainda os cofres públicos e compromete a sustentabilidade do sistema. A suposta eficiência do setor privado não se concretiza na prática. Enquanto o Estado se recusa do seu papel com resultados financeiros e assistenciais piores, a continuidade desse modelo exige urgente reavaliação, com transparência e controle social sobre os gastos e a qualidade dos serviços prestados (Sindserv, 2014).

Neste mesmo olhar, uma Análise de Investimentos na Saúde em Pernambuco (2010-2012) sobre Terceirização x Gestão Pública Direta realizada por Ximenes *et al.* (2018), os dados mostram uma clara preferência pelo modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSS) no financiamento hospitalar em Pernambuco. Enquanto a gestão pública direta utilizava R\$ 631,6 milhões (7,8% do orçamento estadual) as OSS (Terceirização) utilizavam R\$ 894,41 milhões (11% do orçamento). O crescimento de repasse teve um aumento significativo, as OSS tiveram um aumento de 248% (alta exponencial) já a gestão pública aumento de 229%. A alocação percentual maior para o modelo terceirizado (11% contra 7,8%) indica uma opção política pela gestão indireta, mesmo sem evidências de maior eficiência (como

demonstram estudos que apontam custos 17,6% mais altos por leito em OSS), além da velocidade do repasse para OSS (248%) supera a da rede própria, sugerindo um progressivo esvaziamento do Estado como executor direto (Ximenes *et al.*, 2018).

Os números evidenciam não apenas uma transferência de recursos para o setor não-estatal, mas uma aceleração deliberada desse processo, o que exige urgentes questionamentos, sobre a discrepância nos investimentos reforça a necessidade de auditorias independentes e debate público sobre os rumos da saúde em Pernambuco (Ximenes *et al.*, 2018).

Uma auditoria feita pelo Tribunal de Contas da União encontrou irregularidades em contratos de OS no estado de São Paulo no ano de 2012. Os contratos de gestão analisados foram o 6/2008-NTCSS/SMA e o 9/2008-NTCSS/SMS, que exemplificam graves problemas no modelo de terceirização por Organizações Sociais (OS). Em um deles foi identificado o aumento exponencial de valores sem controle, o contrato 6/2008 iniciado com R\$ 10 milhões/ano, atingiu R\$ 120 milhões (crescimento de 1.100%) já o contrato 9/2008 começou com R\$ 10 milhões/ano e chegou a R\$ 44 milhões em custeio (Tribunal de Contas da União, 2012).

Os casos expõem como o modelo de terceirização via OSS, embora vendido como modernização, pode resultar em um aumento descontrolado de gastos, fragilização da fiscalização pública, violação de princípios constitucionais (como legalidade e moralidade administrativa) a situação demanda maior rigor nos contratos, transparência nos repasses e fortalecimento dos órgãos de controle para evitar que a saúde pública seja prejudicada por gestões obscuras e custosas (Tribunal de Contas da União, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o presente estudo é possível afirmar que os objetivos propostos foram alcançados, pois permitiu identificar resultados significativos para a compreensão do cenário atual das OSS no âmbito do SUS. Dessa maneira, evidencia-se que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, ou seja, identificou-se tanto argumentos favoráveis como críticas ao processo de gestão terceirizada no SUS.

Dessa maneira, por meio das análises realizadas, foi possível identificar e discutir os principais argumentos que sustentam tanto a defesa quanto a crítica à adoção das Organizações Sociais em Saúde (OSS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o estudo permitiu examinar de forma detalhada as vantagens, as limitações e os desafios enfrentados por esse modelo de gestão na saúde pública brasileira, oferecendo uma visão abrangente sobre seus impactos.

A metodologia escolhida para a execução deste estudo, ou seja, a revisão sistemática da literatura, mostrou-se assertiva, especialmente pela quantidade e qualidade das publicações disponíveis, que possibilitaram responder à questão norteadora. A bibliografia selecionada atendeu às expectativas da pesquisa, fornecendo dados relevantes sobre o funcionamento das OSS, suas implicações na gestão pública e os principais desafios enfrentados em sua implementação, especialmente no que diz respeito à garantia da universalidade, da equidade e da integralidade no acesso aos serviços de saúde.

Com base nos resultados alcançados, reconhece-se que este trabalho apresenta algumas limitações, pois oferece uma visão geral sobre a implementação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Brasil, o estudo não abrange de forma aprofundada experiências locais, que podem apresentar particularidades relevantes. Por fim, a ausência de entrevistas com gestores ou profissionais da saúde limita a compreensão das percepções práticas sobre os desafios enfrentados no cotidiano do SUS.

Ainda assim, a análise realizada permitiu identificar pontos importantes para a compreensão do tema. Entre os principais resultados, destacam-se os argumentos favoráveis à implantação das OSS, como a maior flexibilidade administrativa na gestão dos serviços, a possibilidade de contratação ágil de profissionais e a redução da burocracia nos processos de aquisição de insumos e equipamentos.

Já no que diz respeito às críticas à adoção das OSS, sobressaem preocupações com a perda do controle público, a fragilização da transparência e o risco de comprometimento dos princípios do SUS, como a universalidade e a equidade. Além disso, apontam-se a precarização das relações de trabalho e a priorização da eficiência em detrimento da qualidade e do cuidado integral.

Através da análise dos materiais selecionados, foi possível constatar que a terceirização da gestão por meio de Organizações Sociais tem sido adotada como alternativa para enfrentar as limitações da estrutura governamental tradicional trazendo consigo a promessa de maior agilidade administrativa, desburocratização dos processos e ampliação do acesso aos serviços de saúde. No entanto, esses benefícios são frequentemente acompanhados de contradições e desafios que comprometem a efetividade dessa proposta.

Diante do atual cenário da saúde brasileira, observa-se uma tendência crescente à terceirização. No entanto, este estudo convida à reflexão, pois, embora essa prática se apresenta como alternativa para superar as limitações da estrutura governamental tradicional, ela precisa ser cuidadosamente avaliada para que não comprometa os princípios consagrados do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, é fundamental que os gestores aprofundem o debate sobre essa temática, buscando soluções que superem os desafios identificados sem prejudicar a população.

Recomenda-se que futuras pesquisas explorem estudos de caso específicos, incluindo entrevistas com atores diretamente envolvidos na gestão por OSS (gestores públicos e privados; usuários; trabalhadores; sindicatos) e ampliem a análise sobre os impactos desse modelo nas diferentes regiões do país. Tais abordagens permitirão uma compreensão mais ampla e contextualizada sobre a efetividade, os riscos e as possibilidades das OSS no fortalecimento do Sistema Único de Saúde de maneira mais prática e a partir de experiências concretas. Essas situações concretas devem ser relacionadas, sempre, com consistente base teórica, explicativa da realidade, para que se consiga compreender a realidade em sua complexidade.

É fundamental que o horizonte que nos aponta para qual projeto de sociedade desejamos sirva de guia para as nossas atuações e intervenções na sociedade atual. Devemos pensar concepções de gestão que atendam, antes de tudo, as pessoas, a saúde plena e uma sociedade de possibilidades para todos.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Ligia M. F.; FERRARI, Fernanda L. **Teorias da administração**. Porto Alegre: SAGAH, 2018. E-book. p.50. ISBN 9788595026407. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595026407/>. Acesso em: 22 fev. 2025.

ALBRECHT, K. **A Revolução nos Serviços**. São Paulo: Pioneira, 1998. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1YK50M_Y_88UQbdewBovrMDyKaC8D2T86/view 21. Acesso em: 23 mar. 2025.

ANDERSON, Perry. **Balanco do neoliberalismo**. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/pt/component/edocman/balanco-do-neoliberalismo-perry-anderson?Itemid=0>. Acesso em: 514 mar. 2025.

ANDRADE, Rogério P. de. **A agenda do keynesianismo filosófico: origens e perspectivas**. Revista de Economia Política, v. 20, n. 2, p. 3-22, abr./jun. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/RRLqNQrQj4pNSHyS6YnjbXS/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Acesso em: 19 abr. 2025.

ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes de. **Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social**. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 16, n. 2, p. 62-79, jan./jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v16n2p62>. Acesso em: 06 jun. 2025

BAGGENSTOSS, Salli; DONADONE, Julio Cesar. **A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 294–306, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180311>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 158-171, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pXkTFtKZ4F5JYrmjGRsztSD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mar 2025.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2483–2495, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GPJ3YH9qzSfbQfz9g3vqZmh/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2025.

BARBOSA, Nelson Bezerra; LIMA, Helen de; TRINDADE, Andrei Machado Viegas

da; DIAS, Natália Vieira; CASTRO, Mariana Vilela de; SANTOS, Caroline Kwiatkoski dos. **As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público-privada em Goiás** – o caso HUANA. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 66, n. 1, p. 121–144, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i1.686>. Acesso em: 2 jun. 2025.

BARCELOS, Catarina Oliveira Guimarães et al. **Censo das organizações sociais de saúde brasileiras**: levantamento e caracterização. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, v. 14, supl. 1, p. 15-30, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):15-30](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):15-30). Acesso em: 16 maio 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: <https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf> Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003. Dispõe sobre a operacionalização da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, para garantir a correta aplicação dos recursos destinados à saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2003/res0322_08_05_2003.html. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 26 fev 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 fev. 1967. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 27 maio 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os artigos 198 e 200 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera o § 5º do

art. 165 da Constituição Federal, para dispor sobre a vinculação de recursos para a educação. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 30 de setembro de 2015**. Altera o art. 77 da Constituição Federal para dispor sobre o aumento gradual das despesas mínimas obrigatórias com ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 out. 2015. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Estabelece o Novo Regime Fiscal e limita os gastos públicos, alterando a Constituição Federal. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Estabelece a regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da saúde no Brasil, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.779, de 10 de novembro de 2003**. Dispõe sobre a Desvinculação das Receitas da União – DRU. Diário Oficial da União, Brasília, 11 nov. 2003. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.779.htm. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui o Plano de Custeio. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 1998. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: Presidência da República, 1995.

Disponível em:

<https://bresserpereira.org.br/documents/mare/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Cadernos MARE 2. 2024.

Disponível em:

<https://www.gov.br/mcti/pt-br/arquivos/contratos-de-gestao-organizacoes-sociais/pdf/cadernos-mare-2.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. Organizações Sociais. Disponível em:

<https://www.gov.br/gestao/pt-br/assuntos/organizacoes-sociais>. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Introdução à gestão de custos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 3. ed. Brasília, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2012.pdf. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2017. Dispõe sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde e sobre a gestão dos recursos financeiros no Fundo Nacional de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 jan. 2017. Disponível em:

https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/15784278/do1-2017-01-30-portaria-n-204-de-29-de-janeiro-de-2017-15784162. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala Nacional de Emergências Climáticas em Saúde.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-nacional-de-emergencias-climaticas-em-saude>. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala Nacional de Emergências Climáticas em Saúde. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-nacional-de-emergencias-climaticas-em-saude>. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala Nacional de Emergências Climáticas em Saúde. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-nacional-de-emergencias-climaticas-em-saude>. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 28 fev 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestão participativa e cogestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos básicos de saúde). ISBN 978-85-334-1586-7. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 03 mar 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 03 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Responsabilidades dos entes que compõem o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus/responsabilidades-dos-entes-que-compoem-o-sus>. Acesso em: 03 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 44 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 28 fev 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Portal Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf.

Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento público de saúde: Eixo 1. Brasília, 2013. 124 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Define as normas para a gestão de recursos destinados à saúde e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. **Presidência da República**. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995. Disponível em: <https://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Do Estado patrimonial ao gerencial**. 2000. Disponível em: <https://www.bresserpereira.org.br/papers/2000/00-73EstadoPatrimonial-Gerencial.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma gerencial no Brasil: a estratégia das organizações sociais**. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 49, n. 1, p. 27–56, jan./mar. 1998. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1462>. Acesso em: 30 maio 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil**. Revista do Serviço Público, v. 49, n. 1, p. 5–42, jan. 1998. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/handle/1/1462>. Acesso em: 30 maio 2025.

CARNEIRO, José A. **A agenda do keynesianismo filosófico: origens e perspectivas**. Revista de Economia Política, v. 20, n. 2, p. 123-145, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/RRLqNQrQj4pNSHyS6YnjbXs/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

CARRERA, Mariana Baleeiro Martins; MALIK, Ana Maria. **Gestão pública da saúde no Brasil: perspectivas e desafios das organização social e parceria público-privada (PPP)**. [S.l.]: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), 2016. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Gest%C3%A3o-P%C3%ABlica-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 19 maio 2025.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: Teoria, Processo e Prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2022. E-book. p.6. ISBN 9786559773305. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559773305/>. Acesso em: 22 fev. 2025.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Mudanças no financiamento da saúde**. Disponível em: <https://cnm.org.br/storage/biblioteca/Mudan%C3%A7as%20no%20Financiamento%2>

Oda%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 26 fev. 2025.

COSTA, Nilson Araújo; CASTRO, Jorge Abrahão de. **Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil**: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 56–71, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/nRDJMVhZqmZHZXtDhmQkWJz/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2025.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. **Desempenho comparado de hospitais sob diferentes formas de gestão no Estado de São Paulo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621–634, jul./set. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XKP35tHC9PzJdcbxcdMk69z/?lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2025.

COUTINHO, Nina Novaes. **As organizações sociais e o contrato de gestão**. *Revista do Direito Público*, Londrina, v. 1, n. 2, p. 25–40, dez. 2006. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/view/11565>. Acesso em: 26 fev. 2025.

DIAS, Reinaldo. **Gestão Pública** - Aspectos Atuais e Perspectivas para Atualização. Rio de Janeiro: Atlas, 2017. E-book. pág. XI. ISBN 9788597013382. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597013382/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SCHWARTZ, Ida Vanessa D. **Consequências da judicialização das políticas de saúde**: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v28n3/08.pdf. Acesso em: 26 fev. 2025.

DRUCK, G. **Terceirização e precarização**: uma expressão da reestruturação produtiva no Brasil. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 21, n. 2, p. 5-25, 2016. Disponível em: <https://alet.org.mx/alet/index.php/revista>. Acesso em: 2 jun. 2025.

DRUCK, Graça. **A terceirização na saúde pública**: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mai. 2025.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **O outro lado do empresariamento da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-outro-lado-do-empresariamento-da-saude>. Acesso em: 17 mai. 2025.

FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. **Burocracia como organização, poder e controle**. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 424-439, set./out. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rae/a/RVdqf5QvFkDcmKtWZcvqFFD/?lang=pt>. Acesso em: 31 mai. 2025.

FASUBRA – Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil. **Relatório da Plenária Nacional da FASUBRA, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2015** – Auditório da Faculdade de Saúde da UnB. Brasília, DF: FASUBRA, 2015. Disponível em: <https://fasubra.org.br/wp-content/uploads/2016/11/informes-de-direc%CC%A7a%CC%83o-n%C2%BA-5-18-12-2015-informe-nacional-2015.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2025.

FASUBRA (Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil). **Informe Nacional 2015: Relatório da Plenária Nacional**. Brasília: FASUBRA, 18 dez. 2015. Disponível em: <https://fasubra.org.br/wp-content/uploads/2016/11/informes-de-direc%CC%A7a%CC%83o-n%C2%BA-5-18-12-2015-informe-nacional-2015.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2025.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde**. Revista de Administração Pública, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 5-24, jul./ago. 2003. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6486>. Acesso em: 13 mai. 2025.

FIPE – FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Estudo técnico de viabilidade para nova modalidade de gestão do Hospital Municipal São José. São Paulo: FIPE, 2023. Disponível em: <https://fipe.org.br/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

FOLHA DE S.PAULO. **Hospitais públicos de SP usam 'dupla porta' e atendem convênios**. Folha de S.Paulo, 17 jun. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/06/hospitais-publicos-de-sp-usam-dupla-porta-e-atendem-convenios.shtml>. Acesso em: 2 jun. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Descentralização**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentraliza%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 14 mar. 2025.

GARCIA, Maria Fernanda. **Ditadura: hospitais públicos só atendiam contribuintes da Previdência**. Observatório do Terceiro Setor, 26 out. 2018. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/ditadura-hospitais-publicos-so-atendiam-contribuintes-da-previdencia/>. Acesso em: 31 mai. 2025.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares. **O plano de saúde como ferramenta de gestão**. 1. ed. São Luís: EDUFMA, 2016. 52 p. ISBN 978-85-7862-548-1. Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade IV. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7360>. Acesso em: 04 mar. 2025.

GATO, Ana Paula. **O Estado Novo e a saúde dos pobres**. In: BARROS, Maria Filomena Lopes de; GATO, Ana Paula (Org.). Desigualdades. Évora: Publicações do CIDEHUS, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/books.cidehus.15402>. Acesso em: 11 mar 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.com/wp-content/uploads/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnica>

s-de-pesquisa-social.pdf. Acesso em: 04 mar 2025.

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaías Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. **Gestão pública em saúde**: contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS. 1. ed. São Luís: EDUFMA, 2016. Acesso em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-7359>. Acesso em: 04 mar 2025.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Cebes, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2025.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. **Modelos de gestão e o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, supl. 8, p. 1831–1840, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/95QkMx6FTrXhc9rG7WyT7Zx/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2025.

IBGE. **Perfil dos Estados e Municípios Brasileiros 2014**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2014. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Perfil%20Est%20e%20Mun%20Bras_IBGE%202014.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

IBROSS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Panorama das Organizações Sociais de Saúde no Brasil*. Brasília: IBROSS, 2022. Disponível em: <https://ibross.org.br/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA – INSPER. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução – Sumário Executivo. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/10/64e1c2f8e2467272f46e7d295e5486e9.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Perfil das organizações sociais na gestão da saúde no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10406/1/PerfildasOrganizacoesSociaisemAtividadeBrasil.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2025.

JESUS, Andrielly Gomes de; CANÇADO, Airton Cardoso; IWAMOTO, Helga Midori; GOMES, Helierson. **Judicialização da saúde e gestão social**: interfaces entre Estado e sociedade. Revista Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte, n. 128, p. 279–318, jan./jun. 2024. DOI: 10.9732/2024.V128.1152. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbep/article/view/3400>. Acesso em: 21 maio

JOINVILLE. Audiência pública apresenta estudo sobre viabilidade de novo modelo de gestão para o Hospital São José. Joinville: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/noticias/hospital-sao-jose-modelo-de-gestao/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

KANAANE, Roberto; FILHO, Alécio F.; FERREIRA, Maria das G. **Gestão pública**:

planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas. Rio de Janeiro: Atlas, 2012. E-book. p.1. ISBN 9788522475131. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788522475131/>. Acesso em: 03 mar. 2025.

KIAN, Tatiana. **Terceirização na administração pública**. Revista do Direito Público, Londrina, v. 1, n. 2, p. 227-240, 2006. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/view/11577>. Acesso em: 1 dez. 2024.

KRÜGER, Tânia Regina; REIS, Camila. **Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 135, p. 271–289, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/8NWsRv8V4kBznsVwY8S8fF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mar 2025.

KRÜGER, Thaís; REIS, Renata Maria de Almeida. **Empresarialização e mercantilização da saúde no Brasil: tendências e resistências**. Serviço Social & Sociedade, n. 136, p. 574–594, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/YXWkrVFhtmCJfMKfYTpXQyF>. Acesso em: 3 jun. 2025.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p. (ISBN 85-224-3397-6). Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view. Acesso em: 1 dez. 2024.

LEITE, Karla Regina; MOURÃO, Rodrigo; LIMA, Anderson Gomes; SILVA, Daniel. **Terceirização no setor público brasileiro: um olhar sobre a saúde e a educação**. Revista do Curso de Direito da UNIFOR-MG, Formiga, v. 9, n. 1, p. 133-149, jan./maio 2018. Disponível em: <https://revistas.uniformg.edu.br/cursodireitouniformg/article/view/872>. Acesso em: 10 out. 2023.

LORENZETTI, Jorge; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso; PIRES, Denise Elvira Pires de; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417–425, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/qJDndkLvQ9qc6wVRsQRmyyH/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2025.

LOUVISON, Marília Cristina Prado. **Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00116019, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116019>. Acesso em: 21 maio 2025.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281,

jan./abr. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rinc/a/wJb3fZFMmZh65KfmrcWkDrp/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 27 fev 2025.

MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. **O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19**. Brazilian Journal of Political Economy, v. 43, n. 2, p. 465-479, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rep/a/9cxF8wsr3PHBdxWyyJyc37D/>. Acesso em: 26 fev. 2025.

MARTINS, Maria de Fátima M. **Estudos de revisão de literatura**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29213/2/Estudos_revisao.pdf. Acesso em:

04 mar 2025.

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

MAXIMIANO, Antonio Cesar A.; NOHARA, Irene P. **Gestão Pública**. Rio de Janeiro: Atlas, 2017. E-book. p. 5. ISBN 9788597013825. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597013825>. Acesso em: 23

nov. 2024.

MELO, Luciana Bezerra de; OH, Henry. **Organizações Sociais de Saúde: um passo para a privatização do SUS?** Revista Brasileira Multidisciplinar – ReBraM, v. 5, n. 2, p. 82–91, 2022. DOI: <https://doi.org/10.38087/2595.8801.156>. Disponível em: <https://revista.cognitioniss.org/index.php/cogn/article/view/128>. Acesso em: 30 maio 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBygksFwc/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 31 mai. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 30 maio 2025.

MENDES, José Dinio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde**. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista, São Paulo, v. 14, n. 164, p. 33-47, 2017. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/2017/bepa164.pdf>.

Acesso em: 09 mai 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p. Disponível em:

<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em:

04 mar 2025.

Ministério da Saúde (Brasil). **Financiamento público em saúde: eixo 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes: Estruturas em Cinco Configurações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2003. E-book. p.1. ISBN 9786559772162. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559772162/>. Acesso em: 22 fev. 2025.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; CAZUZU, Ana Karina Interaminense; SILVA, Nadine Anita Fonseca da. **Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e00194916, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2025.

NASCIMENTO, Francisco Paulo do; SOUSA, Flávio Luís Leite. **Classificação da pesquisa: natureza, método ou abordagem metodológica, objetivos e procedimentos**. Metodologia da pesquisa científica: teoria e prática – como elaborar TCC. Brasília: Thesaurus, 2016. p. [inserir páginas]. Disponível em: https://www.academia.edu/45150110/Classifica%C3%A7%C3%A3o_da_Pesquisa_Natureza_m%C3%A9todo_ou_abordagem_metodol%C3%B3gica_objetivos_e_procedimentos. Acesso em: 30 maio 2025.

NASCIMENTO, Jose Orcelio do; PEREIRA, Ribamar Antunes; ZITTEI, Marcus Vinicius Moreira; LUGOBONI, Leonardo Fabris. **Gestão privada na saúde pública em São Paulo: um estudo de caso da utilização de organização social de saúde**. Revista Práticas de Administração Pública, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 71–88, 2017. Disponível em: <https://doaj.org/article/76458ac1606744aabe88cceb8f376cf>. Acesso em: 30 maio 2025.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 365–393. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-18.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.

NUNES, Carlos; GOMES, Patrícia; SANTANA, Joaquim. **Transparência, accountability e governance: revisão sistemática da literatura nos hospitais públicos**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. e2022-0238, 2023. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/88888/83520>. Acesso em: 23 maio 2025. <https://doi.org/10.1590/0034-761220220238>.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: ideias e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Campinas, v. 9, n. 1, p. 251-264, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4YsvxPZk3DmWXxbnKxHT8mK/>. Acesso em: 11 mar 2025.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE – OAPS. **Relatório sobre transparência em contratos de OSS no SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org>. Acesso em: 2 jun. 2025.

OCCHI, Bruno; ALMEIDA, Ivana Carneiro; CHAVES, Jorge Fulgêncio Silva; SANTOS, Ciro Meneses. **A nova gestão pública e o Estado de bem-estar na CF/1988**: diferentes perspectivas sobre o papel do Estado. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 9., 2022, São Paulo. Anais [...]. Brasília: Sociedade Brasileira de Administração Pública, 2022. Disponível em: <https://sbap.org.br/ebap-2022/455.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2025.

OLIVEIRA, Saulo Barbará de. **Instrumentos de gestão pública**. Rio de Janeiro: Saraiva Uni, 2015. E-book. pág. 22. ISBN 9788502635975. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502635975/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

OLIVO, Luis Carlos Cancellier de. **As organizações sociais e o novo espaço público**. Florianópolis: FEPESE/Editorial Studium, 2005. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/99641/livro_as_organizacoes_sociais.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 6 jun. 2025.

PACHECO, Hélder Freire; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; SANTOS, Francisco de Assis da Silva; FERREIRA, Simone Cristina da Costa; LEAL, Eliane Maria Medeiros. **Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco**, Brasil: percepção de gestores. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 585–595, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zhycWwMt953n7HJVHk5L6ZD/>. Acesso em: 30 maio 2025.

PAIM, Jaimilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 03 mar 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 6. reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <https://www.livrariaeditorafiocruz.com.br/colecao/temas-em-saude/o-que-e-o-sus>. Acesso em: 30 maio 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=5unrAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=O+que+%C3%A9+o+SUS+&ots=NE_5XZul2P&sig=X1i1wkAjbvZGtUjz1-L8OZN1eGk#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 28 fev. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: https://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0,5. Acesso em: 25 fev. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência &

Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1773-1782, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes de Souza. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, 2007. Disponível em: https://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0,5. Acesso em: 25 fev. 2025.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino; OLIVEIRA JÚNIOR, Antonio Carlos Rosa de; FALEIROS, Daniel Resende. **Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 53, p. 58, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2019.v53/58/pt/>. Acesso em: 30 mai. 2025.

PEREIRA, Maria Érica Ribeiro; TASSIGNY, Mônica Mota; BIZARRIA, Fabiana Pinto de Almeida. **Terceirização e precarização do trabalho na política pública de assistência social**. Administração Pública e Gestão Social, Viçosa, MG, v. 9, n. 3, p. 171–183, jul./set. 2017. ISSN 2175-5787. DOI: <https://doi.org/10.21118/apgs.v1i3.1321>. Disponível em: <http://www.apgs.ufv.br>. Acesso em: 27 maio 2025.

PEREIRA, Vera Lucia. **A privatização da saúde através das Organizações Sociais (OSs)**. Organização Comunista Internacionalista (Esquerda Marxista), 25 jun. 2012. Disponível em: <https://marxismo.org.br/a-privatizacao-da-saude-atraves-das-organizacoes-sociais-oss/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

PERES, Ana Maria Auler Matheus. **Estado, burocracia e gerência: uma análise sobre o agir gerencial no cotidiano dos serviços de saúde**. 2015. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/4749>. Acesso em: 30 maio 2025.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Gestão pública: estrutura e processos**. Disponível em: <https://ouvidoria.tce.pe.gov.br/gestao-publica-estrutura-processos>. Acesso em: 23 nov. 2024.

PILOTTO, Bernardo Seixas; JUNQUEIRA, Virginia. **Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 130, p. 547–563, set./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.123>. Acesso em: 20 abr. 2025.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG, v. 35, 2001. Disponível em: <https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2025.

REIS, Manoela Cerqueira; COELHO, Thereza Christina Bahia. **Publicização da**

gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280419, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280419>. Acesso em: 18 abr. 2025.

RIZEK, Cibele Saliba. **A elite do atraso:** da escravidão à Lava-Jato: À guisa de um debate. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 591–595, set.-dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbeur/a/tzBQFgrZXTx6kpTCD4PWHHL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2025

RODRIGUES, Antonio Felipe Oliveira; SALLUM, Silvio Bhering; RAUPP, Fabiano Maury. **Eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina:** um comparativo entre modelos de gestão. *Advances in Scientific and Applied Accounting*, v. 13, n. 1, p. 68–84, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://asaa.anpcont.org.br/asaa/article/view/628>. Acesso em: 3 jun. 2025.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **As organizações sociais na saúde:** peça-chave para a privatização da saúde. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES*, 23 nov. 2016. Disponível em: <https://cebes.org.br/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizac-ao-da-saude/18793/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **As organizações sociais na saúde, peça chave para a privatização da saúde.** *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)*, 23 nov. 2016. Disponível em: <https://cebes.org.br/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizac-ao-da-saude/18793/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. **Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194316>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática versus revisão narrativa.** *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 2 jun. 2025.

SALES, Orcélia Pereira; VIEIRA, Anderson Fernando Barroso; MARTINS, Antonio Marques; GARCIA, Leandro Guimarães; FERREIRA, Ruhena Kelber Abrão. **O Sistema Único de Saúde:** desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Revista Humanidades e Inovação*, v. 6, n. 17, p. 55–65, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045/1261>. Acesso em: 03 mar. 2025.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. **Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil:** o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas (RAE)*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64–79, jul./set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/nRDJMVhZqmZHZXtDhmQkWJz/>. Acesso em: 12 mai.

2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Organizações Sociais**. Florianópolis: SES/SC, [2025?]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/organizacoes-sociais>. Acesso em: 17 mai. 2025.

SANTOS, Diogo Palau Flores dos. Série IDP - **Terceirização de serviços pela Administração Pública**: estudo da responsabilidade subsidiária. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Saraiva, 2014. E-book. p. 19. ISBN 9788502221352. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502221352/>. Acesso em: 03 dez. 2024.

SANTOS, João da Silva. **A influência da tecnologia na educação básica**: um estudo de caso em escolas públicas. 2020. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.xhtml?popup=true&id_trabalho=8594624. Acesso em: 23 mar. 2025.

SANTOS, Wiliam Oliveira; LOPES JÚNIOR, Francisco Raimundo; LIMA, Alexandre Coelho; LIMA, Camila Coelho; LIMA, Maria do Socorro Macedo Coelho. **A terceirização dos serviços de administração pública na rede hospitalar e na educação**: um estudo na visão dos usuários. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 10, n. 31, supl. 2, p. 27-41, set./out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v10i31.524> Acesso em: 27 mai. 2025

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995**. Institui o Código Sanitário do Estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 10 mar. 1995. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1995/original-lei.complementar-791-09.03.1995.html>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 5 jun. 1998. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/original-lei.complementar-846-04.06.1998.html>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SILVA, João Felipe Marques da; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; CARVALHO, Brígida Gimenez. **Características e tendências das modalidades de gestão e prestação de serviços contratualizados no SUS**. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 120–132, mai./ago. 2024. ISSN 1982-4785. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rgs.v15i2.54288>. Acesso em: 15 maio 2025.

SILVA, Luana Batista da. **Privatização e contratualização da Saúde Pública em Uberlândia**: as Unidades de Atendimento Integrado e o Hospital e Maternidade Municipal. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/101>. Acesso

em: 15 mai. 2025.

SILVA, Valdete Lourenço. **Principais vantagens e desvantagens da terceirização dos serviços na saúde pública brasileira**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, [S. l.], 1 nov. 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/terceirizacao-dos-servicos>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS (Sindserv Santos). **Não há como defender as “Organizações Sociais”**. Santos, 29 ago. 2014. Disponível em: <https://portal.sindservsantos.org.br/2014/08/29/nao-ha-como-defender-as-organizacoes-sociais/>. Acesso em: 17 mai. 2025.

SOARES, Gabriella Barreto; SILVA, Ligia Maria Vieira da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. **Organizações sociais de saúde (OSS): privatização da gestão de serviços de saúde ou solução gerencial para o SUS?** Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, n. 2, p. 828–850, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555892>. Acesso em: 3 jun. 2025.

SOARES, Luciana Martins; LÔBO, Marina Rúbia Mendonça. **Organização Social: viabilidade de sua inserção na gestão dos hospitais estatais em Goiás**. Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 24, n. 5, p. 61–74, set. 2014. Número especial. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/3401/1983>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SOLHA, Raphaela Karla de T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Érica, 2014. E-book. p. 22. ISBN 9788536513232. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536513232/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. **Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer**. Pesquisa e Debate em Educação, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE>. Acesso em: 23 mar. 2025.

SOUZA, Elizabeth; CARVALHO, João. **A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 dez. 2024.

SOUZA, Filipe Augusto Silveira de; LEMOS, Ana Heloisa da Costa. **Terceirização e resistência no Brasil: o Projeto de Lei n. 4.330/04 e a ação dos atores coletivos**. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1035–1053, out./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/YvTrMwwQqfDcWzMzGv5fqdr/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SOUZA, José Carlos de. **Privatização e contratualização da Saúde Pública em Uberlândia: as Unidades de Atendimento Integrado e o Hospital e Maternidade Municipal**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 2, n. 2, p.

497–515, jul./dez. 2013. ISSN 2317-8396. Disponível em:
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/101/143>.
Acesso em: 31 maio 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (Brasil). **Gestão pública: estratégias e práticas organizacionais**. Brasília: TCU, 2022. Disponível em:
<https://www.tcu.gov.br/documento123>. Acesso em: 31 mai. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Auditoria Operacional, TC 018.739/2012-1**. Brasília, 2012. Disponível em:
http://www.tcu.gov.br/consultas/juris/docs/judoc/acord/20131129/ac_3239_47_13_p.doc. Acesso em: 03 jun. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO – TCE-SP. **Relatório de auditoria sobre Organizações Sociais na saúde**. São Paulo, 2021. Disponível em:
<https://www.tce.sp.gov.br>. Acesso em: 2 jun. 2025.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. **Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 395-426. Disponível em:
<https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2010.v20n1/77-100>. Acesso em: 25 mai. 2025.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Roberta de; CARVALHO, Cristiane; LAGUARDIA, José; BELLIDO, Jaime. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar 2025.

VIACAVA, Francisco; PORTO, Silvia Marta; CARVALHO, Carolina de Campos; BELLIDO, Jaime Gregório. **Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/dnPzYYVNL57LqqzF6r63m4r/?lang=pt>. Acesso em: 31 mai. 2025.

VIEIRA, James Batista; BARRETO, Rodrigo Tavares de Souza. **Governança, gestão de riscos e integridade**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap); Sociedade Brasileira de Administração Pública (SBAP), 2019. 240 p. (Coleção Gestão Pública, v. 5). ISBN 978-85-256-0107-0. Disponível em:
<https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4281>. Acesso em: 3 jun. 2025.

XIMENES, Assuero Fonseca; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana; BEZERRA,

Adriana Falangola Benjamin. **Alocação de recursos do fundo público para organizações sociais da saúde**. Sociedade em Debate, Pelotas, v. 24, n. 3, p. 113–128, set./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.47208/sdeb.v24i3.246>. Acesso em: 11 maio 2025.

APÊNDICE 1 - FICHAMENTO DE ARTIGO

FICHAMENTO DE ARTIGO

1. Identificação da publicação		
Título:		
ano:	Link de acesso:	
Plataforma:	Número de páginas:	Revista:
Autores:		
Formação dos autores:		
Qualis da Revista		
Participação de doutores como autores: () sim () não		

Identificação de relação com o objetivo da pesquisa: <input type="checkbox"/> no título <input type="checkbox"/> no resumo <input type="checkbox"/> somente depois da leitura na íntegra
--

Breve síntese da leitura:

Principais argumentos para a implantação do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) no SUS:

Principais críticas ao modelo de gestão por OSS:

Principais vantagens do modelo de gestão por OSS:
--

Principais desvantagens do modelo de gestão por OSS:

Desafios do modelo de gestão por OSS:
--