

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): VANTAGENS E DESVANTAGENS NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE POR MEIO DAS OSCIPs

Recebido em: 19/09/2023

Aceito em: 05/10/2023

DOI: 10.25110/akropolis.v31i2.014



Daiane Oliveira de Melo Nascimento¹
Gleicyone Barbosa de Oliveira²
Douglas Moro Piffer³

RESUMO: A gestão da saúde pública no Brasil enfrenta desafios desde o período colonial, culminando no Movimento da Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto das desafiadoras questões históricas relacionadas à gestão dos serviços de saúde, emergem as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que têm adquirido crescente relevância no cenário do desenvolvimento social e na implementação de programas e projetos nas áreas de saúde, sendo notável a celebração de parcerias entre OSCIPs e municípios de Rondônia. Este estudo propõe uma análise da corresponsabilidade dos entes federativos na saúde pública, concentrando-se na descrição das principais ações, explorando as vantagens e desvantagens documentadas na literatura recente relacionadas à adoção das OSCIPs na gestão destas. Com este objetivo foi conduzida uma pesquisa bibliográfica sistematizada, com parâmetros e critérios de inclusão e exclusão descritos e replicáveis, junto à Plataforma de Periódicos da CAPES que obteve como amostra 7 publicações cuja análise do conteúdo utilizou a técnica de saturação de dados, obtendo 5 dimensões nas quais foram agrupadas os conteúdos manifestos em cada publicação, sendo estes posteriormente analisados criticamente sob o escopo da temática abordada no referencial teórico, e cujos resultados possibilitaram observar que as discussões elementares realizadas pelos autores quanto às vantagens e desvantagens da adoção das OSCIPs na gestão local de saúde pública apontam, cada qual sob suas perspectivas, para tendências centrais relativas às questões econômicas, burocráticas e jurídicas implicadas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão; Saúde; Terceirização; Privatização; Organizações Sociais.

¹ Discente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Rondônia Campus Zona Norte.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0616355819771012>. E-mail: famillia10@hotmail.com

² Discente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Rondônia Campus Zona Norte.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1498577352860371>. E-mail: gleicyoliveira20@hotmail.com

³ Docente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Rondônia Campus Zona Norte. Mestre em Administração (PPGMAD/UNIR).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8754245231535185>. E-mail: douglas.piffer@ifro.edu.br

SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS): ADVANTAGES AND DISADVANTAGES IN PUBLIC HEALTH MANAGEMENT THROUGH OSCIPs

ABSTRACT: Public health management in Brazil has faced challenges since the colonial period, culminating in the Health Reform Movement and the creation of the Unified Health System (SUS). In the context of challenging historical issues related to the management of health services, Civil Society Organizations of Public Interest (OSCIPs) emerge, which have acquired increasing relevance in the scenario of social development and in the implementation of programs and projects in the areas of health, being notable the celebration of partnerships between OSCIPs and municipalities in Rondônia. This study proposes an analysis of the co-responsibility of federal entities in public health, focusing on the description of the main actions, exploring the advantages and disadvantages documented in recent literature related to the adoption of OSCIPs in their management. With this objective, a systematized bibliographical research was conducted, with described and replicable parameters and inclusion and exclusion criteria, together with the CAPES Periodical Platform, which obtained as a sample 7 publications whose content analysis used the data saturation technique, obtaining 5 dimensions in which the contents expressed in each publication were grouped, and these were later critically analyzed under the scope of the theme addressed in the theoretical framework, and whose results made it possible to observe that the elementary discussions carried out by the authors regarding the advantages and disadvantages of adopting OSCIPs in local management of public health point, each from their own perspectives, to central trends relating to the economic, bureaucratic and legal issues involved.

KEYWORDS: Management; Health; Outsourcing; Privatization; Social Organizations.

SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS): VENTAJAS Y DESVENTAJAS EN LA GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA A TRAVÉS DEL OSCIPs

RESUMEN: La gestión de la salud pública en Brasil ha enfrentado desafíos desde el período colonial, culminando con el Movimiento de Reforma Sanitaria y la creación del Sistema Único de Salud (SUS). En el contexto de desafiantes problemáticas históricas relacionadas con la gestión de los servicios de salud, surgen Organizaciones de la Sociedad Civil de Interés Público (OSCIP), que han adquirido creciente relevancia en el escenario del desarrollo social y en la implementación de programas y proyectos en las áreas de salud. , destacándose la celebración de alianzas entre las OSCIP y los municipios de Rondônia. Este estudio propone un análisis de la corresponsabilidad de las entidades federativas en salud pública, centrándose en la descripción de las principales acciones, explorando las ventajas y desventajas documentadas en la literatura reciente relacionadas con la adopción de los OSCIP en su gestión. Con este objetivo, se realizó una investigación bibliográfica sistematizada, con parámetros y criterios de inclusión y exclusión descritos y replicables, en conjunto con la Plataforma de Periódicos CAPES, que obtuvo como muestra 7 publicaciones cuyo análisis de contenido utilizó la técnica de saturación de datos, obteniendo 5 dimensiones en las que Se agruparon los contenidos expresados en cada publicación, para luego analizarlos críticamente bajo el alcance de la temática abordada en el marco teórico, y cuyos resultados permitieron observar que las discusiones elementales llevadas a cabo por los autores sobre las ventajas y desventajas

de La adopción de los OSCIP en la gestión local de la salud pública apunta, cada uno desde su propia perspectiva, a las tendencias centrales relacionadas con las cuestiones económicas, burocráticas y legales involucradas.

PALABRAS CLAVE: Gestión; Salud; Subcontratación; Privatización; Organizaciones Sociales.

1. INTRODUÇÃO

A gestão da saúde pública no Brasil enfrentou desafios desde o período colonial, e esses desafios culminaram no Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi formalmente estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentado pela Lei 8.080 de 1990, que definiu claramente as responsabilidades e funções do sistema de saúde público (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a). A Lei 8.142, também de 1990, desempenhou um papel crucial ao estabelecer diretrizes para a participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS (BRASIL, 1990b). A criação do SUS marca um momento histórico na promoção da inclusão social no Brasil, destacando o compromisso político do Estado com os direitos dos cidadãos. Nesse contexto, os princípios de equidade, integralidade e universalidade são pilares fundamentais, assegurando o acesso igualitário e abrangente a serviços e ações de saúde para todos os brasileiros.

Segundo Mello (2021), contexto das desafiadoras questões históricas relacionadas à gestão dos serviços de saúde, emergem as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), entidades privadas sem fins lucrativos que podem ser qualificadas pelas autoridades para colaborar com o Estado na realização de atividades de interesse público, mediante o atendimento a requisitos legais e transparência rigorosa. A criação das OSCIPs foi formalizada pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, a qual estabeleceu os critérios e as condições para seu funcionamento, bem como autorizou a celebração de parcerias e convênios com órgãos públicos para a realização de atividades de interesse público (BRASIL, 1999a). Tais organizações têm adquirido crescente relevância no cenário do desenvolvimento social e na implementação de programas e projetos nas áreas de saúde, sendo notável a celebração de parcerias entre OSCIPs e municípios de Rondônia, visando à administração de hospitais e outras unidades de saúde (KOGA, 2004).

A presente pesquisa é justificada pela sua relevância na orientação do processo de tomada de decisões administrativas, contribuindo para um entendimento mais profundo

da gestão de serviços de saúde por parte das OSCIPs. Subsidiando embasamento científico para gestores municipais, capacitando-os a tomar decisões assertivas e informadas. Esta avaliação considera a adequação desse modelo de gestão à realidade local, levando em conta uma série de fatores cruciais, incluindo recursos disponíveis, necessidades da população, capacidade de monitoramento e controle, entre outros. Este estudo de pesquisa bibliográfica sistematizada aborda a gestão do SUS em nível municipal pelas OSCIPs. O referencial teórico explorou inicialmente o panorama histórico da saúde pública no Brasil para fins de contextualização, seguindo para a análise da criação e evolução do SUS, bem como da responsabilidade compartilhada entre os diferentes níveis de governo na gestão da saúde pública. Posteriormente, são delineadas as principais atividades do SUS, suas diretrizes e os desafios enfrentados pelos gestores na busca pela eficiência do sistema e pela prestação de serviços de saúde de qualidade à população, em conformidade com a legislação vigente. Por fim, são exploradas as vantagens e desvantagens documentadas na literatura recente relacionadas à adoção das OSCIPs na gestão dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, este estudo propõe uma análise da corresponsabilidade dos entes federativos na saúde pública, concentrando-se na descrição das principais ações, com destaque para a Gestão da Saúde realizada por OSCIPs. Para essa finalidade, optou-se por conduzir uma pesquisa bibliográfica sistematizada, visando identificar, dentre as experiências relatadas em publicações dos últimos 10 anos, as vantagens e desvantagens da Gestão da Saúde por OSCIPs, com objetivo de fornecer informações que possam contribuir significativamente para o processo de tomada de decisão dos gestores diante dos desafios enfrentados na busca pela eficiência do sistema de saúde e na entrega de cuidados de saúde de qualidade a toda a população.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A saúde no Brasil é um desafio complexo e crucial, apesar da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso gratuito a serviços médicos e medicamentos, enfrentamos uma série de obstáculos para assegurar uma saúde de alta qualidade para todos os cidadãos. Desde os tempos coloniais, a saúde no Brasil tem sido marcada por desafios significativos. Grandes movimentos e lutas foram necessários para que o Movimento da Reforma Sanitária ganhasse força. Foi através desse movimento que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido, estabelecendo a saúde como um direito

fundamental dos cidadãos e um dever do Estado, conforme estipulado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Posteriormente, o SUS foi regulamentado pela Lei 8.080 de 1990, que delineou suas atribuições e funções como um sistema público de saúde, e pela Lei 8.142, também de 1990, que tratou da participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b). A criação do SUS representa um dos maiores movimentos de inclusão social na história do Brasil, refletindo o compromisso político do Estado brasileiro com os direitos de seus cidadãos. Um dos princípios fundamentais do SUS é a universalização do acesso a ações e serviços de saúde, o que representa uma mudança significativa em relação à época colonial, quando essa responsabilidade recaía sobre instituições de caridade.

Além disso, como descreve Pavão (2016), o SUS desempenha um papel crucial na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil. Antes de sua criação, as disparidades na assistência médica eram profundas, com acesso privilegiado para alguns e negligência para outros. O SUS, com seu princípio de igualdade de acesso, tornou-se um instrumento fundamental na busca pela justiça social e na redução das desigualdades em saúde. Pois, apesar dos desafios contínuos, o Sistema Único de Saúde é um testemunho do compromisso do Brasil com o bem-estar de sua população. Ele representa um avanço notável na garantia do direito à saúde para todos os cidadãos, com o objetivo de proporcionar serviços de qualidade e promover uma sociedade mais saudável e justa. Como tal, é uma peça fundamental na complexa paisagem da saúde pública brasileira, representando uma busca constante por um sistema que atenda às necessidades de todos os brasileiros, independentemente de sua origem ou situação financeira.

2.1 Breve Histórico da Saúde Pública Brasileira

Antes da chegada dos navios europeus ao Brasil, o território era habitado exclusivamente por povos indígenas que já enfrentavam algumas enfermidades, porém, com a colonização portuguesa, várias doenças europeias foram introduzidas, causando uma crise de saúde significativa, já que os nativos não possuíam imunidade contra essas novas enfermidades, e como resultado, milhares de indígenas perderam a vida. Nessa época, a preocupação com o desenvolvimento da saúde no Brasil era praticamente inexistente, carecendo de infraestrutura adequada, e aqueles que buscavam tratamento

geralmente recorriam a pajés, curandeiros ou boticários que operavam de maneira informal e sem planejamento público (BAPTISTA, 2007).

Gonçalves e Goulart (2015) explicam que os portugueses rapidamente introduziram o modelo das Santas Casas de Misericórdia no Brasil, com as primeiras estabelecidas em São Vicente, por Braz Cubas, em 1543, e em Salvador, por Tomé de Souza, em 1549. Conforme a colonização avançava, outras instituições semelhantes foram criadas por líderes locais conhecidos como "homens bons", muitos associados às Irmandades da Misericórdia, sociedades civis compostas geralmente por pessoas de posses e fé católica, dedicadas a obras sociais. Entretanto, o cuidado com a saúde era precário, uma vez que a mão de obra inicialmente dependia da escravidão indígena e, posteriormente, da africana, resultando em poucas melhorias na assistência médica. As pessoas adoeciam e morriam em suas casas, instituições filantrópicas ou em condições precárias, refletindo um cenário de negligência em relação à saúde pública.

Com a chegada da família real portuguesa e sua corte ao Brasil em 1808, durante sua fuga da ameaça de Napoleão Bonaparte, o país testemunhou um aumento significativo nos investimentos em infraestrutura. Uma das primeiras ações foi a instituição de cursos universitários de Medicina, Cirurgia e Química, permitindo que profissionais fossem graduados localmente, substituindo a dependência de médicos estrangeiros. Destacam-se a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador como pioneiros desse período de avanços na área da saúde (MEIRELLES, 2015).

Schwarcz (2017) descreve em sua obra intitulada "A longa viagem da biblioteca dos reis: do terremoto de Lisboa à independência do Brasil", que após a Independência do Brasil em 1822, D. Pedro II empreendeu a criação de órgãos para monitorar a saúde pública e implementar medidas de saneamento básico, visando prevenir epidemias e melhorar a qualidade de vida da população. Durante o final do século XIX e início do XX, o Rio de Janeiro testemunhou diversas iniciativas de saneamento e campanhas de vacinação contra a varíola, uma vez que o esgoto ainda corria a céu aberto e o lixo não era devidamente tratado, tornando a população suscetível a diversas doenças. D. Pedro II também estabeleceu a vacinação obrigatória contra a varíola para crianças, fundou o Instituto Vacínico do Império e implementou medidas para controlar a disseminação de doenças como tuberculose, febre amarela e malária.

Azambuja (2016) descreve que durante a República Velha no Brasil (1889-1930), o rápido crescimento urbano devido à industrialização trouxe desafios de saneamento e saúde pública. Para enfrentar epidemias e melhorar a imagem do país no exterior, o governo implementou medidas de saneamento, adotou o modelo de medicina higienista e promoveu a vacinação obrigatória contra a varíola, levando à Revolta da Vacina. O sucesso no controle da varíola levou à adoção do modelo sanitarista-campanhista, com foco na vigilância sanitária, notificação de doenças e saneamento. Em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi criado, liderado por Carlos Chagas, para abordar questões de saúde e pesquisa. Em 1923, um convênio com a Fundação Rockefeller capacitou profissionais de saúde, enquanto a Lei Eloy Chaves marcou o início da previdência social no Brasil, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP).

Dos Santos Quadros e Machado (2013) citam que o período da Era Vargas (1930-1964) marcou o início da transição demográfica e epidemiológica. A expectativa de vida aumentou devido à redução da mortalidade por doenças infecciosas, enquanto as doenças da pobreza predominaram, juntamente com o surgimento de doenças crônicas, como problemas cardíacos e câncer, além do aumento de acidentes e da violência. Em 1930, foi estabelecido o Ministério da Educação e Saúde (MESP), responsável pela oferta de serviços de saúde para os chamados pré-cidadãos, como pobres, desempregados e trabalhadores informais, que não eram cobertos pela previdência social. A criação do Ministério do Trabalho levou à organização sindical dos trabalhadores, e na área da saúde, surgiu o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP). Em 1953, o Ministério da Saúde foi criado, focando em ações educativas, campanhas de saúde e manutenção de serviços assistenciais para aqueles que não eram segurados pela previdência social.

O período do autoritarismo no Brasil (1964-1985), segundo Mendes (2017), enfrentou uma crise burocrática administrativa na área da saúde, onde as condições precárias de saúde coexistiram com doenças da pobreza e da modernidade, destacando-se as doenças cardiovasculares. A saúde pública era de qualidade limitada, com o Ministério da Saúde focando em reduzir doenças evitáveis e programas específicos, enquanto a assistência à saúde era entregue pela medicina previdenciária privada aos contribuintes dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e seus familiares. Para reorganizar o sistema, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que unificou diferentes órgãos. Em 1975, surgiu a proposta de criar o Sistema Nacional de Saúde, mas enfrentou resistência dos empresários da saúde. O Movimento da Reforma

Sanitária Brasileira ganhou força durante a década de 1970 e início dos anos 1980, promovendo a ideia de um Sistema Único de Saúde para o país.

Lima (2017) explica que durante a Nova República (1985-1988), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco histórico ao permitir a participação da sociedade civil na formulação de um novo modelo de saúde no Brasil, baseado no princípio de "Saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado". Suas conclusões fundamentais serviram como alicerce para a inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). No ano seguinte, em 1987, enquanto as discussões sobre financiamento e operação do SUS avançavam, o governo estabeleceu o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que enfatizava conceitos como universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade. O SUDS representou um avanço na administração estatal de um sistema nacional de saúde, notadamente pela transferência de responsabilidades para os estados e municípios. Em 1988, a Constituição Federal oficializou a saúde como um direito universal e uma obrigação do Estado, instituindo o SUS nos artigos 194 a 200, posteriormente regulamentados pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme descreve Machado (2022) é um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde pública global, oferecendo desde serviços básicos de saúde, como medição da pressão arterial na Atenção Primária, até procedimentos complexos como transplantes de órgãos, assegurando acesso integral, universal e gratuito a toda a população brasileira. Ao ser estabelecido, o SUS revolucionou o acesso à assistência de saúde pública, garantindo igualdade e atenção completa à saúde para todos, desde o nascimento até a vida adulta, com um foco essencial na qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Os princípios fundamentais do SUS, conforme Sales (2019), incluem a Universalização, que assegura o acesso à saúde como um direito de todos, independentemente de diferenças sociais ou pessoais; a Equidade, que busca reduzir desigualdades, reconhecendo que as necessidades de cada pessoa são distintas e, portanto, requer tratamentos diferenciados para atender às carências específicas; e a Integralidade, que abrange todas as necessidades de saúde das pessoas, promovendo não apenas o

tratamento de doenças, mas também a promoção da saúde, prevenção, reabilitação e a integração com outras políticas públicas para garantir a qualidade de vida da população. Esses princípios são fundamentais para a concepção e implementação do SUS no Brasil.

Os princípios organizativos do SUS, como descreve Leite (2018), incluem a Regionalização e Hierarquização, que buscam organizar os serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, com base em critérios epidemiológicos e geográficos, garantindo acesso a serviços adequados à necessidade da população. A Descentralização é outro princípio importante, redistribuindo responsabilidades e recursos entre os três níveis de governo, com ênfase na autonomia dos municípios. Além disso, o princípio do Comando Único assegura que cada esfera de governo tome decisões autônomas, respeitando os princípios gerais do SUS e a participação da sociedade. A Participação Popular é essencial, promovendo a criação de Conselhos e Conferências de Saúde para envolver a sociedade na formulação, controle e avaliação das políticas de saúde. Esses princípios visam garantir a efetividade e a qualidade dos serviços de saúde no SUS.

Preuss (2018) aponta que a gestão do SUS é compartilhada entre os três níveis de governo - federal, estadual e municipal - e sua rede de serviços abrange uma ampla variedade de cuidados, desde a atenção primária até serviços de média e alta complexidade, atendimento de emergência, cuidados hospitalares, vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e farmacêutica. A União desempenha um papel fundamental, sendo o principal financiador da saúde pública no país, aplicando historicamente metade dos recursos destinados à saúde, enquanto estados e municípios contribuem com a outra metade. O Ministério da Saúde, como gestor federal, formula políticas de saúde, elabora normas, avalia o SUS e depende de parcerias para a execução de projetos. Estados e Distrito Federal possuem secretarias estaduais de saúde responsáveis pela gestão em nível estadual e colaboram na implementação de políticas nacionais. Os municípios executam ações de saúde em seus territórios, aplicam recursos próprios e recebem repasses da União e do estado, sendo também parceiros na aplicação de políticas de saúde em nível local. Eles podem estabelecer colaborações intermunicipais para garantir atendimento completo à população, especialmente para procedimentos de maior complexidade.

Preuss (2018) também identifica a estruturação do SUS de acordo com a Constituição Federal, envolvendo o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, cada um com suas responsabilidades específicas:

- O Ministério da Saúde atua como gestor nacional do SUS, sendo responsável por formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações de saúde em colaboração com o Conselho Nacional de Saúde. Além disso, desempenha um papel fundamental na Comissão Intergestores Tripartite, onde são pactuados o Plano Nacional de Saúde e outras diretrizes. A estrutura do Ministério inclui diversos órgãos, como a Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais;

- As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) participam da formulação das políticas e ações de saúde e prestam apoio aos municípios em colaboração com os conselhos estaduais de saúde. Além disso, desempenham um papel importante na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), onde são aprovados e implementados os planos estaduais de saúde;

- As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) são responsáveis por planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços de saúde em colaboração com os conselhos municipais de saúde e em alinhamento com a esfera estadual, visando aprovar e implementar o plano municipal de saúde.

Segundo Ricardi, Shimizu e Santos (2017), os Conselhos de Saúde, em suas respectivas esferas (Nacional, Estadual ou Municipal), são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Eles desempenham um papel fundamental na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, abrangendo também aspectos econômicos e financeiros, com suas decisões sujeitas à homologação pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo. A composição de cada Conselho inclui 50% de representantes de entidades e movimentos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação governamental e de prestadores de serviços. Além disso, existem instâncias de negociação e pactuação entre os gestores em nível federal, estadual e municipal, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), bem como entidades representativas dos estados e municípios na CIT, como o Conass e o Conasems, que tratam de assuntos relacionados à saúde.

2.3 Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

Segundo Morais et al. (2018), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou Organizações Sociais da Saúde (OSS) surgiram no Brasil durante a

Reforma do Estado nos anos 1994/1995 e representam uma forma inovadora de gestão e prestação de serviços de saúde. Elas fazem parte do chamado "terceiro setor" e operam como parcerias público-privadas, envolvendo entidades sem fins lucrativos na gestão de unidades de saúde e serviços específicos. O principal propósito das OSS é promover a produção não lucrativa de bens e serviços públicos, com foco na melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados de saúde. Esse modelo reflete uma tendência global de engajar organizações da sociedade civil na prestação de serviços públicos, contribuindo para a diversificação e aprimoramento da gestão da saúde no país (BRASIL, 1997).

A concepção do "terceiro setor" como uma categoria intermediária entre os setores privado e estatal é defendida por Bresser-Pereira (1999), um dos principais defensores da Reforma do Estado no Brasil. Ele enxerga essa denominação como apropriada, pois sugere uma terceira forma de propriedade, que se manifesta em organizações privadas, mas sem fins lucrativos, desempenhando um papel relevante na prestação de serviços públicos. No contexto da Reforma, o autor argumenta que o Estado não deve mais ser o principal executor do desenvolvimento econômico e social por meio da produção direta de bens e serviços, mas sim concentrar-se na promoção e regulamentação desse processo. No entanto, essa interpretação não é consensual, como destacado por Violin (2015), que considera o termo "terceiro setor" controverso e amplo, associado ao fortalecimento das ideias gerenciais do neoliberalismo, destacando que no o IV Encontro Ibero-Americano do Terceiro Setor, em 1998, definiu as organizações desse setor como entidades privadas, não governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas e baseadas na associação voluntária, refletindo um contexto em que a sociedade civil desempenha um papel mais ativo na prestação de serviços públicos.

Montaño (2001), em uma extensa análise sobre o conceito de "terceiro setor", identifica imprecisões conceituais no termo, pois observa que o conceito, ao opor Estado e sociedade, reflete uma influência liberal. Além disso, identifica divergências entre os estudiosos sobre quais segmentos da sociedade civil compõem o "terceiro setor", e o caráter não governamental, autônomo e não lucrativo atribuído a ele é questionado. O autor argumenta contra a fragmentação entre o "primeiro setor" (Estado), "segundo setor" (mercado) e "terceiro setor" (sociedade civil), destacando a falta de consenso sobre quais segmentos pertencem ao último. Ele também aponta que as entidades do "terceiro setor" estão profundamente ligadas às políticas governamentais em sua sobrevivência, financiamento, projetos e área de atuação, comprometendo sua autonomia prática,

ideológica e financeira. Além disso, ele destaca que essas entidades, apesar de declararem sua não lucratividade, buscam interesses econômicos, aproveitando isenções fiscais e subsídios estatais, e muitas vezes pagam altos salários a seus líderes.

No contexto da saúde, diversos autores têm explorado o fenômeno da privatização: Correia e Santos (2015) definem a privatização como o momento em que o Estado deixa de atuar como agente econômico produtivo ou empresarial, seja por meio da venda de empresas estatais ou ao permitir que o setor privado forneça serviços públicos, muitas vezes com o respaldo de recursos públicos ou isenções fiscais. De maneira mais concisa, Scheffer (2015) resume a privatização como a transferência, total ou parcial, de funções e responsabilidades do setor público para o setor privado no campo da saúde. Essa transferência pode envolver a gestão, operação ou financiamento de serviços de saúde.

A Lei nº 9.637/1998, que serviu de modelo para as legislações subnacionais subsequentes, estabeleceu o conceito de Organizações Sociais (OS) como entidades públicas não estatais aptas a assumir atividades que possam ser transferidas para o setor privado, mediante qualificação específica. Esse modelo é concebido como uma parceria entre o Estado e a sociedade, centrado em resultados de desempenho (BRASIL, 1998). Já o processo de qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) é regulamentado pela Lei nº 9.790/1999, que trata da qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como OSCIPs e estabelece o Termo de Parceria como modalidade de cooperação entre tais entidades e o Poder Público (BRASIL, 1999a). Para obter o certificado de OSCIP, uma entidade deve estar em funcionamento regular há pelo menos três anos, atendendo aos requisitos legais.

De acordo com dados do relatório emitido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2020, a distribuição geográfica das Organizações da Sociedade Civil (OSCs) em geral, observa-se que a maioria das Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) está localizada na região Sudeste, com 423 OSs, representando 37,97% do total, e 3.651 OSCIPs, correspondendo a 51,82% do total. Em seguida, em termos numéricos, a região Nordeste concentra a maior quantidade de OSs, totalizando 253, ou 22,71% do total, enquanto o segundo maior número de OSCIPs está situado na região Sul, com 1.251, o que equivale a 17,75% do total. São Paulo é o estado com maior concentração de OSs, contando com 216 (19,39% do total), enquanto no caso das OSCIPs, São Paulo também lidera com 2.178 (30,91% do total).

No extremo oposto, Roraima possui apenas 1 OS, enquanto Rondônia conta com 37. É importante ressaltar que a localização geográfica nem sempre reflete a área de atuação das organizações, pois a sede pode estar em um local, mas a atuação estender-se a outro. Além disso, tanto as OSs quanto as OSCIPs atuam em oito grandes áreas e suas subáreas, incluindo Assistência social, Associações patronais e profissionais, Cultura e recreação, Desenvolvimento e defesa de direitos e interesses, Educação e pesquisa, Saúde, Religião e Outras (IPEA, 2020).

Outros instrumentos jurídicos também devem ser considerados quanto à regulamentação e operação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) no Brasil. O Decreto Nº 3.100, de 30 de Junho de 1999, regulamenta a Lei nº 9.790/1999, estabelecendo critérios e procedimentos para a qualificação de entidades como OSCIPs e instituindo o uso do Termo de Parceria (BRASIL, 1999b). A Portaria MJ Nº 362, de 1º de Março de 2016, define critérios para credenciamento, manutenção e cancelamento das OSCIPs sob a jurisdição do Ministério da Justiça (BRASIL, 2016). A Portaria Nº 537, de 4 de Julho de 2017, introduz alterações nos procedimentos de credenciamento e regulamentação dessas organizações (BRASIL, 2017). Esses instrumentos legais promovem a transparência e a responsabilidade nas parcerias entre OSCIPs e o setor público, regulamentando um setor importante para o desenvolvimento da sociedade civil no país.

No entanto, é importante ressaltar que os recursos do SUS, em cada território e em cada instituição que integre o sistema, devem ser publicizados pelos canais competentes e aplicados com transparência e sob gestão participativa. Sem que esses requisitos sejam atendidos, qualquer privatização (ou estatização) não assegura que o sistema seja, de fato, estatal, público e com participação da comunidade. É fundamental que a atuação das OSCIPs seja acompanhada de perto pelos órgãos de controle e pela sociedade para garantir a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde (NARVAI, 2022).

Em suma, as Organizações Sociais podem ser contratadas para gerir unidades de saúde no âmbito do SUS. Parceria essa que tem como objetivo melhorar a gestão e a eficiência dos serviços, embora seja um tema que ainda provoque debates e divergências. Desse modo, a terceirização não pode ser confundida com fraude à legislação ou com algo relacionado a reduzir os direitos do trabalhador (SANTOS, 2014).

2.4 A terceirização através das organizações sociais

As organizações sociais desempenham um papel importante na gestão de saúde, especialmente em contextos onde o setor público busca parcerias com o setor privado para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde. De acordo com Santos (2014), a revisão de literatura sobre organizações sociais na gestão de saúde destaca várias tendências e resultados encontrados em pesquisas recentes sobre a necessidade de cautela na decisão de terceirizar:

O estabelecimento dificultoso de relações com fornecedores em razão das particularidades destes deve ser considerado quando se optar por terceirizar. Assim, ao encontrar um fornecedor que não atenda às expectativas técnicas do mercado induz ao impedimento da adoção da estratégia de terceirização (SANTOS, 2014).

As organizações sociais são frequentemente adotadas como um modelo de gestão inovador, com ênfase na autonomia e flexibilidade operacional. Estudos destacam a capacidade dessas organizações em responder rapidamente às necessidades dos pacientes e implementar estratégias eficazes de melhoria da qualidade. A lei 13.019, de 31 de julho de 2014 e a Lei 13.204, de 14 de dezembro de 2015, atualizaram o marco regulatório das parcerias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil conceituaram parceria como:

... conjunto de direitos, responsabilidades e obrigações decorrentes de relação jurídica estabelecida formalmente entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividade ou de projeto expressos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

As organizações sociais frequentemente colaboram com o setor público na prestação de serviços de saúde, obtendo reconhecimento por sua capacidade de unir recursos e conhecimentos de ambos os setores, o que resulta em melhorias na eficácia e qualidade dos serviços. Essa ênfase na qualidade, avaliação de desempenho e prestação de contas é central para essas organizações. Estudos indicam que as organizações sociais podem aprimorar a eficiência na gestão da saúde, otimizando o uso de recursos, reduzindo custos operacionais e agilizando a tomada de decisões, tornando os serviços mais acessíveis e sustentáveis financeiramente. No entanto, é importante destacar a necessidade de monitoramento rigoroso, pois algumas organizações sociais podem operar de forma opaca, apresentando riscos de fragmentação e privatização excessiva dos

serviços de saúde. A participação ativa da comunidade na gestão da saúde é enfatizada, fortalecendo os laços entre serviços de saúde e população. A participação dos conselhos e da sociedade civil é fundamental para garantir a representatividade e o controle democrático sobre as ações de saúde. Portanto, embora as organizações sociais ofereçam vantagens na gestão da saúde, é vital abordar cuidadosamente os desafios e manter princípios como equidade, transparência e responsabilidade (NARVAI, 2022).

3. METODOLOGIA

Considerando a classificação metodológica de Creswell e Clark (2015), o presente estudo classifica-se como: qualitativa, quanto à natureza da abordagem metodológica, pois busca obter dados que contribuam para a compreensão das vantagens e desvantagens da gestão pública de saúde por meio das OSCIPs; transversal, quanto à temporalidade, pois observa os achados relativos à temática e objetivos de estudo nas publicações científicas nos últimos 10 anos; descritivo, quanto aos objetivos de pesquisa, posto que propõe a descrição destes achados a partir da análise dos desafios e êxitos para compreensão de sua importância no desenvolvimento do setor público; e quanto ao método, como pesquisa bibliográfica sistemática, pois adota estratégia sistematizada de coleta, avaliação, sintetização, análise e discussão dos achados junto aos artigos científicos, com o propósito de criar um embasamento teórico-científico (estado da arte) sobre a temática da gestão da saúde pública por meio das organizações sociais.

A estratégia para coleta de dados consistiu da operacionalização do motor de buscas por publicações Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através dos descritores e operadores booleanos: “saúde” AND “terceirização” OR “SUS” AND “gestão” OR “financiamento” AND “Organizações Sociais” OR “saúde” AND “privatização”.

Tabela 1: Instrumento de coleta e tabulação de resultados por base de dados

Base de Dados utilizada para Coleta: Busca realizada na base de dados da plataforma Capes no período dos últimos 10 anos.	
Publicações Obtidas na Língua Portuguesa	Publicações: 07
Publicações Obtidas na Língua Inglesa	Publicações: 06
Publicações Obtidas na Língua Espanhola	Publicações: 02
Publicações realizadas entre os períodos de 2013 a 2023	Publicações: 07
Publicações restringidas apenas a artigos científicos e excluídas monografias, dissertações, liv capítulos, patentes e citações	Publicações: 07
Publicações restringidas a apenas artigos científicos com acesso completo e gratuito	Publicações: 07

Publicações cujo título relaciona-se com os objetivos do estudo			Publicações: 07
Publicações cujo resumo relaciona-se com os objetivos do estudo			Publicações: 07
Tabulação dos Resultados			
Título do Artigo	Ano	Autor(es)	Considerações do Ar
Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS): caminhos para a gestão	2020	Revisa experiências na área de gestão pública em saúde, com ênfase na mudança de paradigmas da cultura organizacional pública a partir da gestão do trabalho e da inserção das Organizações Sociais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Shimizu, Lisandra; Veronezi, Rafaela
Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde	2014	Discute os avanços recentes da contrarreforma do Estado na saúde, particularmente na privatização da gestão para organizações sociais	Andreazzi, Maria de Fátima Siliansky de; Bravo, Maria Inês Souza
Organizações Sociais Como Alternativa Às Limitações Da LRF: Um Estudo De Caso Em Uma Capital Brasileira	2020	Analisar os indicadores de endividamento com pessoal da PMF de modo a confirmar essa declaração e apresentar alternativas ao enquadramento fiscal e as organizações sociais	Kinczeski, Gabriel Nascimento; More, Rafael Pereira Ocampo
Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico	2020	Identificar tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica pela ótica de Druck e Franco	Damascena, Dhuliane Macêdo; Vale, Paulo Roberto Lima Falcão do
A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios	2021	A cidade do Rio de Janeiro implantou em larga escala o modelo das Organizações Sociais (OSS) para a gestão da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta opção torna a compreensão da experiência da cidade muito relevante, especialmente porque então o modelo organizacional das OSS tinha sido adotado predominantemente na gestão hospitalar do SUS. Assim, é acompanhado a experiência de desenvolvimento da APS em dois momentos conflitantes da gestão municipal em relação ao modelo das OSS	Costa, Nilson do Rosário; Iandara de Moura Silva; Paula Travassos de Lima; Thaís Severino da Silva; da Costa, Isabel Cristina Maria; Iara Veloso Oliveira Figueiredo
Direito Constitucional à saúde: visão da classe médica sobre a terceirização da saúde pública na cidade de Santos/SP.	2015	estudo consistem em verificar a legalidade e viabilidade da terceirização, quanto da escolha por OSs na prestação do serviço público de saúde (SUS), e qual a opinião do médico, que mantém contato direto com a modalidade de serviço	Machado, Alexandre Ricardo; Juliana Buck Gianin.
Terceirização e flexibilização das normas trabalhistas	2013	análise da terceirização dentro do processo das transformações pelas quais vem passando a sociedade, no tocante à flexibilização das leis trabalhistas	Oliveira, Fernanda Sousa.

Fonte: Adaptado de PIFFER *et al.*, 2023c.

3.1 Estratégia para Análise dos Dados

Para analisar os dados obtidos, levando em consideração fatores como recursos disponíveis, necessidades da população, capacidade de monitoramento e controle, e oferta de serviços de saúde à população nas publicações coletadas, adotou-se a estratégia de análise das publicações por saturação de dados, como define Fontanella et. al (2008), é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras. Assim, a avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, ao passo em que a definição de variáveis de agrupamento ocorre contiguamente à tabulação dos dados a partir da análise do conteúdo.

Operacionalmente, realiza-se a tabulação utilizando-se uma ficha com as seguintes informações: identificação ordinária (Id), variável emergente, conteúdo manifesto na publicação, identificação da publicação, agrupando através da mesclagem das linhas da variável emergente todas as publicações que a compartilham. Assim, a análise encerrou-se quando todas pelo menos cinco publicações, ordenadas ao acaso, deixaram de manifestar novos conteúdos relevantes para a análise, pois como observa Fontanella *et al.* (2008), neste momento faz-se improvável que novas ideias apareçam, mesmo que chegássemos ao dobro de amostras analisadas.

Tabela 2: Instrumento de Saturação Teórica de Dados

Id.	Variável Emergente	Conteúdo Manifesto	Id. dos artigos
V-1	Vantagens Econômicas	<p><i>“a escala da cobertura da ESF dependeu exclusivamente da capacidade econômica do Município. Na federação brasileira, considerou-se que a ESF geraria incentivos iguais a todos os Municípios para aderir às preferências do governo central”</i></p> <p>Interpretação: A adoção da gestão OSCIP possibilitou maior cobertura ESF, que por sua vez garantiu maiores repasses federais para o município.</p>	COSTA <i>et al.</i> , 2021.
		<p><i>“à luz da Lei de Responsabilidade Fiscal, o executivo municipal de Florianópolis estava impedido de realizar novas contratações via concurso público, quando do envio do projeto de lei das OS à Câmara”</i></p> <p>Interpretação: Alguns gestores estão optando pela contratação de OSs para fugir do teto do índice prudencial da folha de pagamento. Porém, a contratação não deixa de utilizar recursos financeiros.</p>	KINCZESKI <i>et. al.</i> , 2020.

		<p><i>“outras vantagens podem ser destacadas no processo de terceirização, dentre as quais: especialização do serviço, maior produtividade.”</i></p> <p>Interpretação: No serviço privado a maior cobrança e conseqüentemente comprometimento da equipe, gerando resultados e qualidade, com menos desperdícios de recursos em relação a medicamentos, com o pessoal entre outros.</p>	OLIVEIRA, 2013.
V - 2	Vantagens Burocráticas	<p><i>“constatou-se maior agilidade nas decisões para a contratação de pessoal e aquisição de materiais e equipamentos, uma vez que se utiliza de fluxos e processos vigentes no serviço privado como permitido no contrato de gestão.”</i></p> <p>Interpretação: Ao contrário do que ocorre no setor público onde há exigência de um processo licitatório para aquisição de materiais e serviços, bem como para a contratação de pessoal, o serviço terceirizado segue o rito privado com contratações diretas. O que torna o processo menos moroso.</p>	OLIVEIRA, 2013.
		<p><i>“o setor público é o principal empregador, confirmando o presente estudo, mas infelizmente, alguns profissionais utilizam-se do trabalho como ‘bico’, deixando de cumprir seus horários, fato esse não observado no serviço privado ou na supervisão terceirizada”</i></p> <p>Interpretação: No serviço terceirizado os funcionários cumprem a carga horária, enquanto no serviço público deixam a desejar.</p>	MACHADO et al., 2015.
D-1	Desvantagens Burocráticas	<p><i>“fica clara a desconstrução da gestão do trabalho no SUS, com impactos no trabalho em equipe e continuidade do cuidado.”</i></p> <p>Interpretação: A contratação através das OCIPS provoca alteração no quadro de funcionários e pode provocar a rotatividade, o que não é recomendado segundo as diretrizes do SUS.</p>	SHIMIZU et al., 2020.
		<p><i>“os resultados indicaram o crescimento do trabalho informal por procedimento, este relacionado a subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico no setor público, mas principalmente no setor privado, com redução significativa do trabalho assalariado”</i></p> <p>Interpretação: quando realizada terceirização, para não dispensar os funcionários efetivos acabam firmando algum tipo de acordo, o que acaba provocando uma informalidade entre contratos estatutários e regidos pela CLT.</p>	MACHADO et al., 2015.
		<p><i>“A inconstância no emprego, a fragilidade dos vínculos, a falta de proteção dos contratos podem gerar esse tipo de sentimento que acarreta em preocupações para o trabalhador e dificulta o planejamento da sua vida individual e familiar.”</i></p> <p>interpretação: A falta de instabilidade na contratação das OCIPS gera insegurança nos funcionários, uma vez que diferente do estatutário a qualquer momento o funcionário pode ser despedido.</p>	DAMASCENA et al., 2020.

D-2	Desvantagens econômicas	<p><i>“as OSs, por priorizarem as transferências de recursos do Estado para antes de direito privado, em vez de fortalecerem a administração própria, respondem aos ditames do ajuste fiscal demandado pelas agências financeiras internacionais pela flexibilização, que proporciona interrupção da prestação dos serviços de saúde”</i></p> <p>Interpretação: Os recursos financeiros investidos nas OSs seguem as regras do mercado privado, o que enfraquece a administração própria em virtude da falta de controle financeiro e do serviço prestado.</p>	KINCZESKI, et al., 2020.
		<p><i>“a terceirização também se apresenta como uma questão social uma vez que a sua importância pode levar à necessidade de dispensa de pessoal por parte da empresa, ocorrendo com isso um processo de precarização do trabalho.”</i></p> <p>Interpretação: A rotatividade de funcionários e funcionários de gerência, afeta o desenvolvimento das atividades, e provoca maior dispêndio financeiro para treinamentos e capacitações, além de pagamentos de verbas de caráter indenizatório.</p>	OLIVEIRA, 2013.
		<p><i>“Os efetivos rogam a estabilidade e conseqüentemente é um gasto de difícil redução, além da questão previdenciária dos inativos.”</i></p> <p>Interpretação: A contratação pelas empresas terceirizadas pela CLT implica uma preocupação dos servidores efetivos, tendo em vista que eles têm instituto próprio de previdência. Considerando que alguns servidores vão passando para o quadro de inativos, sem contratação de efetivos a saúde financeira do instituto fica comprometida.</p>	KINCZESKI, et al., 2020.
D-3	Desvantagens jurídicas	<p><i>“observa-se uma nítida violação de diretrizes e princípios do SUS com a falta de atendimento integral, pois com a terceirização o Estado deixa de prestar o serviço completo de saúde, transferindo totalmente ou parcialmente à iniciativa privada.”</i></p> <p>Interpretação: o artigo 1º, §2º, da Lei 8.142, de 1990 prevê que O Conselho de Saúde como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com caráter permanente e deliberativo, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Com a terceirização esse órgão “perde” esse controle.</p>	MACHADO et al., 2015.
		<p><i>“No âmbito do judiciário contradições no âmbito do Judiciário, existem diferentes interpretações que questionam a sua legalidade. Há resistências da sociedade civil e dos trabalhadores do setor saúde à sua implementação.”</i></p> <p>Interpretação: A terceirização vem ganhando espaço no cenário brasileiro. porém é um tema que tem gerado grandes debates no âmbito jurídico, tendo em vista as diversas interpretações das leis.</p>	ANDREAZZI et al., 2014.

Fonte: Adaptado de PIFFER et al., 2023b.

4. ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS DADOS

4.1 Vantagens e desvantagens econômicas

Os achados da pesquisa bibliográfica em estudos realizados apontam para vantagens e desvantagens do processo de terceirização relativas ao aspecto econômico. A eficiência, um dos princípios da gestão pública, constitui um dos priori dos atos administrativos do serviço público, na visão de Santos, (2014) a terceirização busca a otimização do uso do dinheiro público, e a diminuição de custos. Fazendo-se necessário atenção, quanto à origem das OSCIPs, histórico social e propriedade para evitar o amalheamento de dinheiro público.

Conforme dados apresentados por Costa *et al.* (2021) as vantagens econômicas relacionadas ao processo de terceirização por meio da OSCIP podem ser descritas a partir do aumento da capacidade de escala da cobertura da ESF, pois esta interfere proporcionalmente da capacidade econômica do município, pois considerando que uma maior cobertura da ESF, consecutivamente geraria maiores incentivos aos municípios, atraindo estes à essa nova estratégia de gestão.

Adicionalmente, Kinczeski *et al.* (2020), apontou em estudo realizado na cidade de Florianópolis que, à luz da Lei de Responsabilidade Fiscal, o executivo municipal estava impedido de realizar novas contratações via concurso público, quando do envio do projeto de lei das OSCIPs à Câmara. Outrossim, a terceirização surgiu como uma alternativa, pois alguns gestores estão optando pela contratação de OSCIPs para fugir do teto do índice prudencial da folha de pagamento. Ressalta-se que a contratação não deixa de utilizar recursos financeiros, contudo proporcionalmente ao implemento das folha de custeio, ampliam-se às margens de repasse federal, posto que são alcançados indicadores de cobertura pela ESF, como descrito por Costa *et al.* (2021), entre outros.

Ainda de acordo com Oliveira (2013) outra vantagem que pode ser destacada no processo de terceirização, a especialização do serviço, e conseqüentemente maior produtividade. Tendo em vista que no serviço privado há maior cobrança e comprometimento da equipe, gerando resultados e qualidade, com menos desperdícios de recursos em relação a insumos, folha de pagamento de pessoal, entre outros.

Sob a perspectiva das desvantagens econômicas, Kinczeski *et al.* (2020) aponta que os recursos financeiros investidos nas OSCIPs seguem as regras do mercado privado, o que enfraquece a administração própria em virtude da falta de controle financeiro e do serviço prestado. Posto que as OSCIPs, por priorizarem as transferências de recursos do

Estado para entes de direito privado, em vez de fortalecerem a administração própria, respondem aos ditames do ajuste fiscal demandado pelas agências financeiras internacionais pela flexibilização, que proporciona interrupção da prestação dos serviços de saúde.

Outra desvantagem de natureza econômica está relacionada a dispensa de funcionários, pois como aponta Oliveira (2013) a terceirização também se apresenta como uma questão social uma vez que a sua importância pode levar à necessidade de dispensa de pessoal por parte da empresa, ocorrendo com isso um processo de precarização da relação empregado e empregador. Pois a rotatividade de funcionários afeta o desenvolvimento das atividades, e provoca maior dispêndio financeiro para treinamentos e capacitações, além de pagamentos de verbas de caráter indenizatório.

Adicionalmente, aponta Kinczeski *et al.* (2020), que sob a perspectiva de seguridade social dos servidores inativos, que possuem instituto próprio de previdência, a terceirização, regidos pela CLT, representa preocupação com a manutenção dos fundos previdenciários, posto que servidores vão passando para o quadro de inativos, sem contratação de efetivos a saúde financeira do instituto fica comprometida.

Logo, observa-se que as publicações que integram a amostra deste estudo corroboram com a teoria do Santos (2014) a qual aponta a busca pela otimização do uso do dinheiro público. Pois, embora as desvantagens observadas, os dados apresentados revelam que a terceirização é capaz de provocar a diminuição de custos e aumentar os repasses federais para o município. Configurando-se ainda como uma saída para o gestor que esteja necessitando realizar contratações e que já tenha atingido o índice prudencial da folha de pagamento de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

4.2 Vantagens e desvantagens burocráticas

As vantagens e desvantagens de natureza burocrática afeta diretamente o sistema de organização dos serviços da administração pública, ordenados por rotinas, linhas de autoridade e responsabilidades. As OSCIPs podem trazer agilidade, eficiência e inovação à gestão pública da saúde, devido a capacidade dessas organizações em responder rapidamente às necessidades dos pacientes e implementar estratégias eficazes de melhoria da qualidade. Desse modo, a terceirização não pode ser confundida com fraude à legislação ou com algo relacionado a reduzir os direitos do trabalhador (Santos, 2014).

Ao contrário do que ocorre no setor público onde há exigência de um processo licitatório para aquisição de materiais e serviços, bem como para a contratação de pessoal, o serviço terceirizado segue o rito privado com contratações diretas. O que torna o processo menos moroso, conforme constata Oliveira (2013) há maior agilidade nas decisões para a contratação de pessoal e aquisição de materiais e equipamentos, uma vez que se utiliza de fluxos e processos vigentes no serviço privado como permitido no contrato de gestão. No serviço terceirizado os funcionários cumprem a carga horária, enquanto no serviço público em alguns casos deixam a desejar. Machado, *et al.* (2015) afirma que o setor público é o principal empregador, mas infelizmente, alguns profissionais utilizam-se do trabalho como ‘bico’, deixando de cumprir seus horários, fato esse não observado no serviço privado ou na supervisão terceirizada.

Por outro lado, o autor Shimizu *et al.* (2020) compreende uma desvantagem a contratação através das OSCIPs, uma vez que provoca a rotatividade no quadro de funcionários, descumprindo recomendação das diretrizes do SUS. Fica clara a desconstrução da gestão do trabalho no SUS, com impactos no trabalho em equipe e continuidade do cuidado, frisa o autor. Ocorre em alguns casos quando realizada terceirização, para não dispensar os funcionários efetivos acabam firmando algum tipo de acordo, o que acaba provocando uma informalidade entre contratos estatutários e regidos pela CLT.

Os resultados indicaram o crescimento do trabalho informal por procedimento, este relacionado a subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico no setor público, mas principalmente no setor privado, com redução significativa do trabalho assalariado. A falta de instabilidade na contratação das OSCIPs gera insegurança nos funcionários, uma vez que diferente do estatutário a qualquer momento o funcionário pode ser despedido. A inconstância no emprego, a fragilidade dos vínculos, a falta de proteção dos contratos pode gerar esse tipo de sentimento que acarreta em preocupações para o trabalhador e dificulta o planejamento da sua vida individual e familiar, como observa Damascena *et al.* (2020).

Nesse sentido, observa que as publicações que integram a amostra deste estudo não corroboram para com a teoria do Santos (2014), segundo ele a agilidade, eficiência e inovação à gestão pública da saúde, são estratégias eficazes de melhoria da qualidade da gestão das OCIPs sem confundir com fraude à legislação ou a reduzir os direitos do trabalhador. Embora haja agilidade nas decisões, essas contratações podem ser

direcionadas tanto a pessoas físicas como a pessoas jurídicas. Além do mais, a rotatividade de funcionários pode provocar a precarização do trabalho, além de descumprir uma das diretrizes do SUS.

4.3 Vantagens e Desvantagens Jurídicas

A gestão por OSCIPs pode levar à privatização disfarçada do sistema de saúde, além de aumentar a fragmentação e a desigualdade no acesso aos serviços. É fundamental que a atuação das OSCIPs seja acompanhada de perto pelos órgãos de controle e pela sociedade para garantir a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde. O trabalho com o nítido propósito de redução de direitos deve ser repellido com veemência, embora a tarefa de identificação seja complexa, considerando os fatores e contingências do mercado. A participação dos Conselhos é de suma importância uma vez que possibilitam a explicitação de diferentes interesses que são contrapostos ao que se entende como sendo o interesse público. A finalidade da participação social em saúde é possibilitar que cidadãos participem, individualmente ou por meio de entidades e movimentos sociais, de decisões da esfera pública (NARVAI, 2022).

De acordo com Andreazzi *et al.* (2014), a Lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS assegurando a participação dos Conselhos de Saúde, na fiscalização dos recursos, traz na redação do seu Art. 197 que é de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1990b). E embora neste contexto, a terceirização venha ganhando espaço, esse é um tema que tem gerado grandes debates no âmbito jurídico, tendo em vista as diversas interpretações das leis.

No âmbito do judiciário há contradições, existem diferentes interpretações que questionam a sua legalidade. Há resistências da sociedade civil e dos trabalhadores do setor de saúde à sua implementação. Na visão de Machado, *et al.* (2015) a previsão legal para a participação do Conselho de Saúde como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com caráter permanente e deliberativo, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, com a terceirização esse órgão “perde” esse controle. Observa-

se uma nítida violação de diretrizes e princípios do SUS com a falta de atendimento integral, pois com a terceirização o Estado deixa de prestar o serviço completo de saúde, transferindo totalmente ou parcialmente à iniciativa privada.

Destarte, as publicações que integram a amostra deste estudo não corroboram para com a teoria do Narvai, (2022) considerando que a mesma assegura os direitos dos trabalhadores e a participação dos Conselhos de saúde na fiscalização e acompanhamento dos recursos. A terceirização de acordo com os dados apresentados não tem deixado espaço para a participação dos Conselhos de saúde. Além do mais, não conta com funcionários permanentes para atuar de forma deliberativa, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, assim, fica nítida a redução de direitos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente pleiteou retomar o debate sobre as complexas implicações da terceirização de serviços de saúde através das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), com foco nas vantagens e desvantagens econômicas, burocráticas e jurídicas desse processo.

No que se refere às vantagens econômicas, a terceirização busca otimizar a utilização dos recursos públicos e reduzir os custos operacionais associados à gestão pública direta. Este movimento é guiado pelo princípio da eficiência na administração pública, conforme preconizado por Santos (2014). Além disso, a terceirização permite uma maior flexibilidade orçamentária, uma vez que os gastos com pessoal e infraestrutura são repassados para as OSCIPs. Como resultado, os municípios podem contornar o limite de gastos com pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), mantendo margens de repasse federal vinculadas à ampliação da cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), como observado por Costa *et al.* (2021). Este aspecto é especialmente relevante em tempos de restrições orçamentárias e busca por eficiência na gestão pública.

Outra vantagem econômica notável é a especialização dos serviços de saúde. Organizações terceirizadas tendem a ter um foco mais aguçado na qualidade e produtividade, incentivando a equipe a cumprir metas e manter altos padrões de desempenho. A natureza competitiva do setor privado coloca uma pressão adicional para a eficácia, reduzindo desperdícios de recursos e melhorando a relação custo-benefício, conforme destacado por Oliveira (2013).

No entanto, as desvantagens econômicas são igualmente significativas. A terceirização muitas vezes segue as regras do mercado privado, enfraquecendo o controle financeiro e a continuidade da administração pública. Os recursos transferidos para as OSCIPs podem ser gastos de maneira menos transparente e sujeitos a práticas comerciais que buscam lucro, afetando a qualidade dos serviços prestados, conforme apontado por Kinczeski *et al.* (2020). Além disso, a rotatividade de funcionários e o uso de contratos de trabalho menos estáveis podem resultar em gastos adicionais com treinamento e capacitação, bem como verbas indenizatórias, como observado por Oliveira (2013).

Do ponto de vista burocrático, a terceirização pode trazer vantagens, como agilidade na tomada de decisões e maior eficiência na gestão de recursos humanos e materiais, beneficiando-se dos processos estabelecidos no setor privado. No entanto, essa agilidade pode levar à informalidade nas contratações e à fragilização dos vínculos empregatícios, prejudicando a qualidade e continuidade dos serviços. A utilização de contratações diretas no serviço terceirizado pode simplificar os procedimentos, conforme ressaltado por Oliveira (2013).

Em contrapartida, como apontado por Shimizu *et al.* (2020), a terceirização também pode gerar rotatividade no quadro de funcionários, prejudicando a relação empregado-empregador e contribuindo para a precarização das condições de trabalho. Os trabalhadores podem ser submetidos a contratos informais ou intermitentes, afetando a estabilidade do emprego e o planejamento de suas vidas pessoais e familiares, como observado por Damascena *et al.* (2020). Isso não apenas afeta os trabalhadores, mas também a qualidade e continuidade dos serviços de saúde.

Em relação às vantagens e desvantagens jurídicas, a terceirização por meio de OSCIPs traz implicações complexas. Embora possa agilizar a prestação de serviços e introduzir inovações na gestão pública de saúde, também pode representar uma forma de privatização disfarçada e fragmentar a oferta de serviços de saúde, dificultando o acesso igualitário. Como destaca Andreazzi *et al.* (2014), a Lei nº 8.142 de 1990 prevê a participação dos Conselhos de Saúde na fiscalização e controle dos recursos públicos destinados à saúde. No entanto, a terceirização pode comprometer essa participação, uma vez que as OSCIPs agem em um âmbito mais privado e podem resistir à supervisão dos órgãos de controle.

É importante ressaltar que há debates intensos no âmbito jurídico em relação à legalidade da terceirização na saúde, com interpretações conflitantes das leis. O Judiciário

enfrenta desafios na interpretação dessas leis, e a sociedade civil e os trabalhadores da saúde frequentemente resistem à implementação da terceirização, considerando-a uma ameaça aos direitos dos trabalhadores e à qualidade da saúde pública. Como argumenta Machado, *et al.* (2015), a terceirização pode prejudicar a atenção integral à saúde, transferindo parte ou a totalidade da responsabilidade para entidades privadas.

Desta forma, este estudo revela um cenário complexo e multifacetado relacionado à terceirização de serviços de saúde por OSCIPs. Enquanto existem vantagens claras, como a otimização dos recursos públicos e a especialização dos serviços, também há desvantagens significativas, incluindo a precarização do trabalho e a possível contradição com os princípios do Sistema Único de Saúde. A implementação da terceirização deve ser cuidadosamente avaliada, monitorada e regulamentada para garantir que os princípios de equidade, transparência e qualidade sejam preservados no sistema de saúde pública. É essencial considerar essas complexas implicações ao decidir sobre a terceirização de serviços de saúde e buscar um equilíbrio entre as vantagens e desvantagens apresentadas neste estudo.

E neste prisma, resta também evidente a necessidade premente de investigações mais aprofundadas e de um diálogo contínuo entre academia, gestores de saúde, trabalhadores e sociedade civil. Somente por meio de uma abordagem interdisciplinar e colaborativa, poderemos desenvolver estratégias mais eficazes para garantir a qualidade, a acessibilidade e a equidade nos serviços de saúde terceirizados por OSCIPs, respeitando os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 12, p. 499-518, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qTrtsRNKV5WJbMVrghXN93q/>. Acesso em: 09 set. 2023.

AZAMBUJA, Cristiane Menna Barreto. A Política sanitária na República Velha e a revolta da vacina. **Rev. RICADI**, 2016. Disponível em: <http://urisaoluiz.com.br/site/wp-content/uploads/2017/01/Revista-RICADI-COM-ISSN.pdf#page=129>. Acesso em: 09 set. 2023.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS*. FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em 09/09/2023.

BRASIL. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Tribunal de Contas da União (TCU), Secretaria de Controle Externo da Saúde. Brasília/DF, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Portaria nº 537, de 4 de julho de 2017. Altera o art. 20 da Portaria MJ nº 362, de 1º de março de 2016, que dispõe sobre critérios e os procedimentos a serem observados para pedidos de credenciamento, seu processamento, manutenção, cancelamento e perda de qualificações e autorizações de funcionamento de organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, no âmbito das competências do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Justiça. Brasília/DF, [2017]. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/993>. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Portaria nº 362, de 1º de março de 2016. Dispõe sobre critérios e os procedimentos a serem observados para pedidos de credenciamento, seu processamento, manutenção, cancelamento e perda de qualificações e autorizações de funcionamento de organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, no âmbito das competências do Ministério da Justiça. Ministério da Justiça. Brasília/DF, [2016]. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/992>. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público. Brasília/DF, [2015]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13204&ano=2015&ato=111QTSE9UNVpWTFd4>. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília/DF, [2014]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, DF, [1999a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm. Acesso em: 07 set. 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 3.100, de 30 de junho de 1999.** Regulamenta a Lei no 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília/DF, [1999b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3100.htm. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF, [1998]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 07 set. 2023.

BRASIL. **Organizações sociais.** Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília/DF, 1997. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/gestao/organizacoes-sociais>. Acesso em: 09 set. 2023.

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 e dá outras providências. Brasília, DF, [1990b]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8142&ano=1990&ato=850o3Zq1keFpWTcff>. Acesso em: 07 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, [1990a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 set. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 set. 2023.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: **BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. (Org.). O público não-estatal na reforma do Estado.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 15-48. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7519498/mod_resource/content/1/BRESSER_GRAU%20Entre%20o%20Estado%20e%20o%20Mercado%20o%20p%3%BAblico%20n%3%A3o-estatal.pdf. Acesso em: 09 set. 2023.

BOSI, Alfredo. *et al.* **A construção nacional: 1830-1889.** V. 2. Ed. Objetiva. São Paulo/SP, 2019. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=oPKyDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR>. Acesso em: 07 set. 2023.

CORREIA, Maria Valeria; SANTOS, Viviane Medeiros. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. **Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, Lima JB, Souza RO, organizadores. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Rede Sirius, p. 33-9, 2015. Disponível em: https://issuu.com/juancarlosraxach/docs/caderno_de_saude_faperj_2015_1_. Acesso em: 09 set. 2023.

COSTA, Nilson do Rosário et al. A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2075-2082, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bxhQzJWKpLvy3FLCLWcNF4P/>. Acesso em: 09 set. 2023.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos: Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, 2015. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=HPyzCAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR>. Acesso em: 09 set. 2023.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo; VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e00273104., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/FjGgT5dnfHkfWj9PZ44JHrQ/>. Acesso em: 09 set. 2023.

DANDARA, Luana. **Cinco dias de fúria: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacinação**. Portal Fiocruz. Rio de Janeiro/RJ, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/cinco-dias-de-furia-revolta-da-vacina-envolveu-muito-mais-do-que-insatisfacao-com-vacinacao>. Acesso em 09 set. 2023.

DOS SANTOS QUADROS, Raquel; MACHADO, Maria Cristina Gomes. O ministro Gustavo Capanema e a ação cultural do ministério da educação e saúde na era Vargas. **@rquivo Brasileiro de Educação**, v. 1, n. 2, p. 62-75, 2013. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/arquivobrasileiroeducacao/article/view/9662>. Acesso em 09/09/2023.

FIALHO, Lituânia. **História do SUS: da colônia aos dias atuais**. Portal Sanarmed. Editorial Medicina da Família e Comunidade. São Paulo/SP, 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/historia-do-sus-da-colonia-aos-dias-atuais>. Acesso em: 09 set. 2023.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/>. Acesso em: 09 set. 2023.

GONÇALVES, Aline Moreira; GOULART, Maria Stella Brandão. História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX. **Revista Tempos Gerais**, v. 4, n. 2, 2015. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/temposgerais/article/view/1431>. Acesso em: 07 set. 2023.

IPEA. **Relatório OSCIP e OS: Perl das Organização Social e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público em atividade no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília/DF, 2020. Disponível em: <https://mapaosc.ipea.gov.br/arquivos/posts/7883-relatorioososcipfinal.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

KINCZESKI, Gabriel Nascimento; MORÉ, Rafael Pereira Ocampo. Organizações Sociais como Alternativa às Limitações da LRF: Um Estudo de Caso em uma Capital Brasileira. **Revista Alcance**, v. 27, n. 2, p. 217-232, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4777/477763751006/477763751006.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

KOGA, Natália Massaco. **As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e os Termos de Parceria: uma reflexão sobre a relação entre Estado e sociedade civil**. Repositório Digital. Fundação Getúlio Vargas (FGV). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo/SP, 2004. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2413>. Acesso em: 07 set. 2023.

LEITE, Jéssyca Andrade et al. Efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16250>. Acesso em: 09 set. 2023.

LIMA, L. G. S., ROCHA, M. C. S., PAGLIARI, P. H. G., DE CARVALHO, E. R., & PIFFER, D. M. Representações sociais das parafilias no contexto das mídias sociais. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11844-11869, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-271>. Acesso em: 28 ago. 2023.

LIMA, Renato Rodrigues. Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 5, n. 3, p. 1-5, 2017. Disponível em: https://desafioonline.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/2102/pdf_36. Acesso em: 09 set. 2023.

MACHADO, Alexandre Ricardo; GIANINI, Juliana Buck. Direito Constitucional a Saúde: Visão da Classe Médica Sobre a Terceirização da Saúde Pública na Cidade de Santos/SP. **Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública**, v. 1, n. 1, p. 217-242, 2015. Disponível em: <http://indexlaw.org/index.php/rdagp/article/view/207>. Acesso em: 09 set. 2023.

MACHADO, Felipe Galvão. **A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo: implicações do**

Programa Previne Brasil. Tese de Doutorado. Repositório Virtual da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo/SP, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-09082022-133542/?gathStatIcon=true>. Acesso em 09/09/2023.

MAGALHÃES, Lana. **Saúde Pública no Brasil.** Portal Toda Matéria. Saúde. São Paulo/SP, 2019. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acesso em 09/09/2023.

MEIRELLES, Juliana Gesuelli. A chegada da família real e as mudanças sociopolíticas. In: **A família real no Brasil: política e cotidiano (1808-1821)**. São Bernardo do Campo: Editora UFABC, p. 13, 2015. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/72420877/meirelles-9788568576960-02.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

MELLO, Luciana da Silva. **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS): um modelo dissimulado de privatização na atenção básica de saúde em Porto Alegre.** Repositório Virtual. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Curso de Administração. Porto Alegre/RS, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/237850>. Acesso em 07/09/2023.

MENDES, José Teles. Política social ou política econômica? A constituição do ramo privado de saúde na ditadura militar brasileira (1964-1985). In: **Anais do 9º Congresso Latinoamericano de Ciência Política.** Associação Latino-americana de Ciência Política (ALACIP). Montevideu/Uruguai, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/download/54824584/Politica_social_ou_politica_economica_Jose_Teles_final.pdf. Acesso em 09/09/2023.

MORAIS, H. M. M. DE. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194916>. Acesso em: 09 set. 2023.

NAKASSUGUI, A. S. T., BARBOSA, L. C. C., BARBEDO, L. C. M. P., SOBRAL, L. L. G., & PIFFER, D. M. Ortotanásia: a prática médica frente à morte natural. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 12800-12825, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-343>. Acesso em 28 ago. 2023.

NARVAI, Paulo C. **SUS: uma reforma revolucionária para defender a vida. Coleção ensaios.** Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502221352/pageid/78>. Acesso em: agosto de 2023.

OLIVEIRA, Christiane. **Realeza no Brasil: Saiba como foi a chegada da Família Imperial ao País.** Portal Uol. Editorial Recreio/Viva a História/Brasil. São Paulo/SP,

2020. Disponível em: <https://recreio.uol.com.br/noticias/viva-a-historia/familia-real-no-brasil-saiba-como-foi-a-chegada-d-a-corte-portuguesa.phtml>. Acesso em 09 set. 2023.

OLIVEIRA, F. S. Terciarización y flexibilización de las normas laborales en Brasil. **Prolegómenos**, 16(31), 189–201. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18359/dere.729>. Acesso em: 09 set. 2023.

PAVÃO, Ana Luiza Braz et al. SUS: em construção ou desconstrução? **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde (RECIIS)**. Ed. jul.-set.; n. 10(3). ISSN 1981-6278. Rio de Janeiro/RJ, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/16982/2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 07 set. 2023.

PIFFER, D. M., REGO, ÍVILA C. S., MAROTO, K. N., & SANTOS, M. G. Violência obstétrica: Reflexões no itinerário de formação médica. *In: Caderno De Anais do II Seven International Medical and Nursing Congress*. Home Publishing Brazil, 2023a. ISBN: 978-65-84976-68-9. DOI: <http://doi.org/10.56238/IICongressmedicalnursing-162>. Disponível em: <https://homepublishing.com.br/index.php/cadernodeanais/article/view/883>. Acesso em: 13 set. 2023.

PIFFER, D. M., NAKASSUGUI, A. S. T., BARBOSA, L. C. C., BARBEDO, L. C. M. P., & SOBRAL, L. L. G. Ortotanásia: A prática médica frente à morte natural. *In: Caderno De Anais do II Seven International Medical and Nursing Congress*. Home Publishing Brazil, 2023b. ISBN: 978-65-84976-68-9. DOI: <http://doi.org/10.56238/IICongressmedicalnursing-163>. Disponível em: <https://homepublishing.com.br/index.php/cadernodeanais/article/view/882>. Acesso em: 13 set. 2023.

PIFFER, D. M., LIMA, L. G. S., ROCHA, M. C. S., PAGLIARI, P. H. G., & CARVALHO, E. R. DE. Representações sociais das parafilias no contexto das mídias sociais. *In: Caderno De Anais do II Seven International Medical and Nursing Congress*. Home Publishing Brazil, 2023c. ISBN: 978-65-84976-68-9. DOI: <http://doi.org/10.56238/IICongressmedicalnursing-161>. Disponível em: <https://homepublishing.com.br/index.php/cadernodeanais/article/view/881>. Acesso em: 13 set. 2023.

PIFFER, D. M. et al. Violência obstétrica: reflexões no itinerário de formação médica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11815-11843, 2023d. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-270>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, D. M. et al. Prevalência de Malária em Gestantes Residentes no município de Porto Velho entre Janeiro de 2016 e maio de 2021a. *In: Anais da Semana Nacional de Ciência e Tecnologia do Instituto Federal de Rondônia - Campus Cacoal*. Cacoal(RO) IFRO, 2021. v. I. ISBN: 978-65-5941-549-6. DOI: doi.org/10.29327/snctifrocampuscacoal2021. Disponível em: www.even3.com.br/anais/snctifrocampuscacoal2021/406270-PREVALENCIA-DE-

MALARIA-EM-GESTANTES-RESIDENTES-NO-MUNICIPIO-DE-PORTO-VELHO-ENTRE-JANEIRO-DE-2016-E-MAIO-DE-2021. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, D. M. et al. Análise da distribuição da Malária no espaço geográfico de Porto Velho/RO entre janeiro de 2016 e maio de 2021b. *In: Anais da Semana Nacional de Ciência e Tecnologia do Instituto Federal de Rondônia - Campus Cacoal*. Cacoal (RO) IFRO, 2021. v. I. ISBN: 978-65-5941-549-6. DOI: doi.org/10.29327/snctifrocampuscacoal2021. Disponível em: www.even3.com.br/anais/snctifrocampuscacoal2021/406271-ANALISE-DA-DISTRIBUICAO-DA -MALARIA-NO-ESPACO-GEOGRAFICO-DE-PORTO-VELHO-ENTRE-JANEIRO-DE-2016-E-MAIO-DE-2021. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, D. M.; MATOS, G. B. da C. PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): avaliação sob o escopo teórico das políticas públicas / NATIONAL PROGRAMME FOR IMPROVING ACCESS AND QUALITY OF BASIC ATTENTION (PMAQ-AB): evaluation under the theoretical scope of public policies. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 91729-91749, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-545>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, Douglas Moro; SOUZA FILHO, Theóphilo Alves de. NEO-INSTITUCIONALISMO: ENTRE A NORMA E A PRÁTICA: Uma Abordagem Crítica da Crise Previdenciária. *In: ANAIS VIII Seminário de Pós-Graduação e Pesquisa & I Simpósio de Inovação, Propriedade Intelectual e Tecnologia*. 1. ed. 2017: [s. n.], 2017. v. 1, p. 216. ISSN 2594-3669. Disponível em: https://semppsintec.unir.br/uploads/27385972/arquivos/2017_Anais_VIII_SEMPP_I_SINTEC_1_99707056.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, D. M. Evolução do Estado Ecológico e a Sustentabilidade dos Agrossistemas. *In: ANAIS XI Jornada Científica CEDSA: Ética e Consumo Sustentável*. XI. ed. EDUFRO, 2016. v. I, p. 499-519. ISBN: 978-85-61320-16-4. Disponível em: https://cedsa.unir.br/uploads/43434343/arquivos/Ebook_2016_XI_Jornada_CEDSA_17_66416633.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, D. M.; MULLER, C. A. S. Análise do Processo Avaliativo Gerencial na Atenção Básica à Saúde no município de Porto Velho a partir do Segundo Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. *In: ANAIS XI Jornada Científica CEDSA: Ética e Consumo Sustentável*. XI. ed. EDUFRO, 2016. v. I, p. 499-519. ISBN: 978-85-61320-16-4. Disponível em: https://cedsa.unir.br/uploads/43434343/arquivos/Ebook_2016_XI_Jornada_CEDSA_17_66416633.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, D. M. et al. Desafios logísticos para doação de múltiplos órgãos em Rondônia. *In: Anais XIV Congresso Brasileiro de Transplantes*. XIV. ed. ABTO, 2015. v. I, cap. 230, p. 282. Disponível em: <http://congressoabto.org.br/2015/trabalhos/anais-congressoabto-gramado-2015.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PIFFER, D. M. et al. Motivações de recusa familiar para doação de órgãos em Rondônia. *In: Anais XIV Congresso Brasileiro de Transplantes*. XIV. ed. ABTO, 2015. v. I, cap. 230, p. 282. Disponível em: <http://congressoabto.org.br/2015/trabalhos/anais-congressoabto-gramado-2015.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *Revista Katálysis*, v. 21, p. 324-335, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Ffp5gVJpjhNKzXyHsSXkdXB/?lang=pt>. Acesso em 09 set. 2023.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 155-170, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n8nWQr8mZqfFXNQSPfzXNfy/?lang=pt>. Acesso em 09 set. 2023.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045>. Acesso em: 09 set. 2023.

SANTOS, Cícera Aleksandra Costa dos. ANDRADE, Celina Kenia de. SILVA, Maria Júlia Gomes da. SILVA, Anderson Cardoso do Nascimento. CARVALHO, Ayame Antunes. PIFFER, Douglas Moro. LIMA, Aline Ferreira Da Costa Nery de. Perfil Lipídico e a Correlação com as Medidas Antropométricas de Adolescentes de uma Unidade Pública de Ensino em Guajará-Mirim/RO. *In: Anais II Encontro de Iniciação Científica e Inovação Tecnológica (IIEICIT)*. Guajará-Mirim/RO, 2019. Disponível em: <https://www.even3.com.br/eicit2/>. Acesso em: 07 ago. 2023.

SANTOS, Diogo Palau Flores dos. **Terceirização de serviços pela administração pública: estudo da responsabilidade subsidiária**. Ed. Saraiva. ISBN: 9788502221338. São Paulo/SP, 2014. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redes.virtual.bibliotecas:livro:2014;001005071>. Acesso em: 09 set. 2023.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 663-666, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Lf3dqmSckwT5XcSp77Yqy7w/>. Acesso em: 09 set. 2023.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **A longa viagem da biblioteca dos reis: do terremoto de Lisboa à independência do Brasil**. Editora Companhia das Letras, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=X-3JDgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR>. Acesso em: 09 set. 2023.

SHIMIZU, Lizandra; VERONEZI, Rafaela Julia Batista. Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS): caminhos para a gestão. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11,

n. 2, p. 132-146, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/31417>. Acesso em: 09 set. 2023.

VIOLIN, T. C. **Terceiro setor e as parcerias com a administração pública: uma análise crítica**. 3^a ed. Belo Horizonte: Fórum, 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/89631867/Terceiro_setor_e_as_parcerias_com_a_administra%C3%A7%C3%A3o_p%C3%BAblica_uma_an%C3%A1lise_cr%C3%ADtica_3_ed_. Acesso em: 09 set. 2023.