

Gasto público destinado a Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa

Public spending for Social Health Organizations (SHO) in the Unified Health System: an integrative review

Thays Campanelli Santos¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2328-3029>)

Leonardo Carnut² (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

¹Farmacêutica. Farmacêutica da instituição Sociedade Beneficente Caminho de Damasco.

²Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGCECS), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde (CEDESS).

Resumo

Este estudo visou revisar o que a literatura científica tem apresentado sobre o gasto público em saúde destinado a organização social (OSS) de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foi realizada uma revisão integrativa no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A estratégia de busca foi construída pelos polos: gasto público (fenômeno); organização social de saúde (população); e SUS (contexto). Português, espanhol e inglês foram os limites de idioma. Dois revisores independentes selecionaram as publicações pelo protocolo PRISMA. A análise dos dados foi feita na modalidade temática. 6 artigos foram incluídos. Sintetizou-se os seguintes elementos dos artigos: autor, ano, método e objetivo principal. Ao fim, focou-se nos principais resultados referentes ao contexto gasto público em saúde, principais instituições referentes às organizações sociais de saúde, o nível de atendimento ao usuário do SUS e a região de abrangência abordada. De acordo com os dados compilados nesta revisão é possível afirmar que a literatura científica apresenta dados muito incipientes e superficiais sobre o gasto público destinado a Organizações Sociais de Saúde no SUS. Os achados salientam não só uma lacuna no conhecimento, mas como a possibilidade intrínseca de viés político na produção acadêmica referente ao tema. Há, portanto, muito a avançar neste tema e é necessário operacionalizar e monitorar o dispêndio público destinado a Organizações Sociais de Saúde no SUS..

Descritores: Gasto Público em Saúde. Organização Social de Saúde (OSS). Sistema Único de Saúde (SUS).

Abstract

This study aimed to review what the scientific literature has presented on public spending on health for the social organization (OSS) of health in the Unified Health System (SUS). For this, an integrative review was carried out on the Virtual Health Library (VHL) portal. The search strategy was built by the poles: public expenditure (phenomenon); social health organization (population); and SUS (context). Portuguese, Spanish and English were the language limits. Two independent reviewers selected publications using the PRISMA protocol. Data analysis was performed in thematic mode. 6 articles were included. The following elements of the articles were synthesized: author, year, method and main objective. In the end, it focused on

the main results regarding the context of public spending on health, main institutions related to social health organizations, the level of service to the SUS user and the region covered. According to the data compiled in this review, it is possible to affirm that the scientific literature presents very incipient and superficial data on public expenditure destined to Social Health Organizations in the SUS. The findings highlight not only a gap in knowledge, but also the intrinsic possibility of political bias in academic production on the subject. There is, therefore, much progress to be made on this topic and it is necessary to operationalize and monitor public expenditure destined for Social Health Organizations in the SUS.

Keywords: Public Health Expenditure. Social Health Organization (OSS). Unified Health System (SUS).

Introdução

Na década de 90, a crise política e econômica vivenciada no Brasil em conjunção com a disseminação da contrarreforma administrativa do Estado pelos países centrais propiciou um importante marco gerencial na área da saúde brasileira, que, até então, era considerada como atividade exclusiva do Estado. Em 1995, promulgou-se o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE) por meio do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) regido naquele momento pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira. Na esfera econômica o PDRAE seguiu a perspectiva de desestatização das instituições públicas, a desregulação do mercado e a concessão de serviços públicos para empresas privadas; já na esfera social ocorreu a proposição da concessão administrativa do serviço de responsabilidade pública às entidades privadas de caráter “não-lucrativo”.¹ Seguindo esta diretriz, o Estado passaria a exercer prioritariamente a função de regulador e promotor de serviços de responsabilidade estatal e passaria a administração direta para as organizações privadas reconhecidas juridicamente como “sem finalidade lucrativa” por meio de contratualização, guiada por resultados e permeada pelo novo modelo gestão.²

O plano implementado por Bresser-Pereira seguia no mesmo formato que a política econômica neoliberal dos países centrais e nesta proposta permitiu a introdução de diretrizes de órgãos internacionais, como as do Banco Mundial e as do Fundo Monetário Internacional na governança nacional. Tais instituições forneciam a diretriz de políticas assistencialistas, orientando os programas a serem implementados e os critérios de inclusão para a participação destes; além de auxiliar na negociação do débito externo e a redução do gasto público no âmbito social por meio de metas. ³

Em paralelo a contrarreforma neoliberal destacava-se a gênese de um grande conglomerado econômico de cunho privado no âmbito da saúde por meio da abertura de capital às instituições de seguros e serviços sanitários não estatais. Estas instituições se beneficiaram

duplamente do novo regime, pois em parceria com o capital bancário através de financiamentos selaram laços com o Estado por meio da contrarreforma para o novo gerenciamento. ⁴

Outro ponto relevante que corroborou para a ascensão dos modelos privatizantes, além do bloco de gestão, derivados de incentivo político estatal, foram os blocos de financiamento, suprimento e investimento contemplados para o setor privado. Estes blocos fortaleceram o interesse privado e a mercantilização do Estado por meio da expansão da saúde suplementar decorrente do crescente gasto privado via dedução fiscal ao consumidor de acordo com o consumo de planos de saúde, ferindo ainda mais as bases ideológicas do SUS. Este mecanismo ajuda a justificar a desestatização a partir da drenagem de parte dos usuários ao setor suplementar reforçando a ideia da saúde como um bem de consumo e não como um direito social que deve ser provisionado por meio de instituições estatais, valorizando a administração direta e a capacidade coordenadora do poder público no qual a prestação de serviços no SUS deve se beneficiar. ¹

O ideal utópico de progresso dos aparelhos de saúde por meio da premissa de abertura de mercado privado de seguros, descentralização, enfoque do Estado em populações de alta vulnerabilidade social instituiu uma grande contradição aos principais pilares do SUS que tem como constituinte intrínseco a universalidade e equidade.⁴ Tais privatizações e reduções de gastos no âmbito social incentivado por órgãos internacionais do regime capitalista propiciou a involução dos direitos sociais, recentemente conquistados via Constituição Federal de 1988, e o início de uma era de desmontes e esgotamentos do SUS. ⁴

Foi neste cenário internacional e local que se justificou, em 15 de maio de 1998, o procedimento de outorga a Lei Federal n. 9.637⁵ que regulamenta a possibilidade da gestão da saúde pública ser realizada por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS)⁹. Na letra da lei, as OSS se caracterizam como uma instituição civil de direito privado direcionadas a um ímpeto social e sem fins lucrativos que disponibiliza suas atividades para utilidade pública por meio de gestão de unidades de saúde em diferentes níveis de complexidade através de contratualização firmada por um contrato de gestão^{3,12}. Tal modelo institucional não dispõe da necessidade de seguir a lei de licitações n. 8.666/93¹¹ para o processo de aquisição de insumos e gestão de recursos humanos, que é pactuado de forma celetista; e apresenta incentivos fiscais através da isenção de tributos frente a natureza da instituição³.

O financiamento público deste ente privado ocorre de modo fragmentado cujo montante de 90% do repasse às OSS é feita em parcelas mensais de valor fixo pré-estabelecido e o repasse do montante restante mediante execução de metas contratuais estabelecidas previamente no contrato de gestão. O investimento estatal repassado às OSS ainda pode sofrer alteração de

valor com a condicionante de o ente privado não apresentar cumprimento de performance mínima de 85% da métrica volumétrica contratual; alteração esta que compreende a redução do valor orçamentário para o ente².

Contudo, para realizar esta fiscalização do cumprimento das metas, o monitoramento por parte do Estado aos serviços prestados pelas OSS na esfera de competência deve ser intenso. Cabe ao poder legislativo federal elencar as principais ferramentas métricas que aspiram a elaboração de um programa de trabalho da instituição privada, assim como a criação de metas e prazos de execução destas, elaboração de indicadores de qualidade e produtividade como também a limitação de gasto com honorário de líderes e liderados².

Segundo seus ideólogos, o principal propósito deste modelo de gestão terceirizada em aparelhos de saúde é a permissão de maior elasticidade e autonomia ao serviço público, que previamente, encontrava-se em modelo engessado e burocrático com a administração direta², propiciando o crescimento da qualidade e eficiência deste sob a regulação do Estado. Este último teria como responsabilidade o estabelecimento de um modelo de contrato de gestão e monitoramento dos resultados obtidos que deveriam ser monitorados e avaliados periodicamente⁶. Em contrapartida destacam-se pontos contraditórios importantes com a implementação de um serviço de saúde terceirizado, não se observando estas promessas na prática. O que se tornou realidade é o processo intenso de privatização do setor saúde, a exclusão da participação social no âmbito do SUS e a insubordinação do processo de gestão destas organizações à Constituição Federal de 1988 que versa sobre o uso destas instituições privadas apenas de forma complementar e não suplementarmente^{2,8}.

Segundo Lima⁸, a implementação de parceria público-privada deflagra, na prática, um modelo de saúde privatizante onde os pilares constituintes do SUS são menosprezados. Evidencia-se que a esfera da saúde pública passou a ser mercantilizada por se denotar um setor altamente rentável no âmbito econômico frente aos contratos de gestão firmados com o terceiro setor onde há evidências do processo de mercadorização dos direitos sociais. Os fatos supracitados podem ser evidenciados por meio de concessões que o Estado faz ao setor privado além do financiamento, como disponibilização de estrutura predial pública, equipamentos médico-hospitalares, servidores públicos e outros bens⁸.

Na contramão da saúde definida como um direito social e na insubordinação das OSS às bases ideológicas do sistema público, vê-se a concreta de inversão de valores. Apenas a título de ilustração, no Estado de São Paulo, por exemplo, os equipamentos de saúde como um instrumento de mercado têm sido reafirmados por meio da aprovação do projeto de lei complementar n. 45/210, que altera a configuração das OSS, permitindo que tais instituições

tenham liberdade de utilização de até 25% de sua estrutura instalada para atendimento de pessoa física consumidora de saúde complementar ou portadora de dispêndio financeiro para consumo do serviço⁴.

A partir do final de 2007, no foro sanitário, o Brasil contava com vinte e quatro OSS, sendo o estado de São Paulo (grande coração financeiro da nação) o local pioneiro para o novo modelo². Estudos empíricos sobre o novo modelo de gestão realizados no Brasil, apontam que o terceiro setor realiza maior produção de serviços, dentre estes a realização de maior volume de internações hospitalares, atendimentos a nível ambulatorial e de urgência, sem grande discrepância financeira se comparado à administração direta e apresenta menor índice de mortalidade. Tais trabalhos denotam também um êxito no foro de gestão de recursos humanos, pois há menos burocratização e maior dinâmica para a contratação, promoção e demissão dos colaboradores que são selecionados de forma celetista com a premissa de portarem habilidades pleiteadas de acordo com a organização institucional².

Por outro lado, a principal premissa do uso da gestão privada na prestação do serviço público é a redução de custo no âmbito de gestão de pessoas, pois este é o setor no qual há maior dispêndio do orçamento público. O enfoque em redução orçamentária tem forçado à terceirização da instituição estatal por meio das OSS e este processo aflora a involução dos direitos sociais e a deploração da saúde do trabalhador exemplificando-se por meio de metas de produtividade incompatíveis com o cenário vivenciado. Esta precarização além de estar relacionada à fragilização do vínculo empregatício (com menos direitos trabalhistas assegurados), expõe o trabalhador à vulnerabilidade laboral e ajuda a aumentar o adoecimento mental da categoria^{7,10}.

As formas de contratação proporcionadas pelas OSS são seleções cuja pessoalidade é o princípio que figura nas escolhas destas instituições, diferentemente da entidade pública que realiza o recrutamento profissional de modo impessoal via concurso público. Além disso, os direitos sociais assegurados para os servidores públicos não são adquiridos no modelo celetista da contratação privadas das OSS, reforçado pela ausência de planos de crescimento profissional constituindo-se assim vínculos trabalhistas empobrecidos, jornadas de produção exaustiva e foco em produção sem levar em consideração o ambiente produtivo ofertado e a alta rotatividade de colaboradores frente a baixos salários^{7,10}.

Ao se aprofundar na análise da disparidade entre o modelo de vínculo empregatício celetista e estatutário observa-se uma grande antítese no que diz respeito a redução de custo, pois no regime de administração direta (estatutário) não há contribuição patronal para a seguridade social contrapondo-se ao modelo terceirizado que segue os preceitos da

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e obrigatoriamente realiza a contribuição patronal. Tal dispêndio monetário se encontra intrínseco no contrato de gestão, portanto a frente onerada com o explicitado acima é o Estado.⁷

A regulação estatal voltada para OSS deve se fazer mediante aplicação de instrumentos qualificados no modelo regulatório e auditorias sob regimento das Secretarias Municipais de Saúde e Auditoria Geral que está diretamente interligada à Secretaria de Finanças¹. Contudo, observa-se a fragilidade da regulação das OSS tendo em frente a divergência de recomendações às instituições por parte dos entes em esfera municipal e federal, a dificuldade de responsabilização dos entes auditores nas duas esferas, a precariedade de análise dos contratos de gestão e a fragilidade qualitativa em exposição de dados nestes contratos, ademais da fragilidade em controle parlamentar^{1,2,7}.

Para exemplificar esta lacuna presente na regulação, o caso ocorrido no Estado de São Paulo deixa isto bem claro. A prefeitura desembolsou, sem qualquer evidência de controle, o montante de R\$ 1,4 bilhão para pagamento de serviços sanitários procedidos pelas OSS⁴. Isto faz com que autores, de acordo com os dados existentes sobre a terceirização na saúde desde seu início no Brasil até os dias de hoje, concluam que o modelo de gestão sob responsabilidade das OSS representa perigo aos cofres públicos e à qualidade dos serviços prestados, sendo controverso o argumento de que as OSS sejam uma modalidade de gestão melhor do que a prestação dos serviços de saúde geridos por administração direta⁷.

Em função do conjunto destes elementos é que este estudo visa realizar uma revisão sobre o que a literatura científica brasileira apresenta sobre o gasto público em saúde destinado às Organizações Sociais em Saúde (OSS) no Sistema Único de Saúde (SUS). A intenção é verificar o que a literatura apresenta de dados sobre estes gastos e os limites que os pesquisadores identificam ao estudarem este tema.

Método

Pergunta da revisão

A presente revisão teve como pergunta de pesquisa: “o que os estudos abordam sobre o gasto público em saúde destinado às Organizações Sociais de Saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil?”

Fontes de dados e estratégias de pesquisa

Foi realizada uma revisão integrativa sobre artigos que explanam, através de diferentes metodologias, o tema da pergunta de investigação. O método escolhido concatena os estudos

e promove a integração dos possíveis resultados sobre o tema escolhido. Mediante a pergunta de pesquisa elaborada foi desenvolvida uma busca por meio da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) contemplando os itens-chave da pergunta da seguinte forma: fenômeno estudado: “Gasto público em saúde”; população estudada: “Organização Social de Saúde”; e, contexto estudado: “Sistema único de Saúde”

Destes itens-chave se derivou os descritores tendo como referência sua catalogação no arquivo eletrônico dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que se encontra vinculada à BVS. Mediante esta derivação obtemos os seguintes resultados:

| Item-chave | Descritores |
|---------------------------------------|--|
| I. Gasto público em saúde | Despesas públicas, Gastos em saúde, Gastos públicos com saúde, Investimentos em saúde, Financiamento da assistência à saúde, Alocação de recursos para a atenção à saúde, Recursos em saúde, Prioridade fiscal em saúde. |
| II. Organização Social de Saúde (OSS) | Parcerias público-privadas, Política de saúde, Economia e organizações de saúde, Consórcios de saúde. |
| III. Sistema Único de Saúde (SUS) | Sistema único de saúde, Sistemas públicos de saúde, Sistemas de saúde pública, Saúde pública. |

Quadro 1. Itens-chave e descritores derivados cada item-chave segundo os principais elementos da pergunta de pesquisa da revisão.

Fonte: elaboração dos autores

Após a derivação de descritores via base DeCS foi realizada a testagem das sintaxes elaboradas por polos: fenômeno, população e contexto na plataforma da BVS. Estas sintaxes foram construídas usando o operador booleano “OR”. Após a testagem de cada uma sintaxe por polo separadamente, elas foram concatenadas, ou seja, as sintaxes entre os três polos foram juntadas com o operador booleano “AND” entre elas para obtenção da sintaxe final. Após retornar um resultado de estudos identificados desta primeira tentativa, realizou-se uma primeira leitura superficial de documentos referente a esta primeira testagem e observou-se que a sintaxe final resultou em documentos não direcionados adequadamente ao objetivo desta pesquisa. Frente a este achado, percebeu-se que os descritores usados, apesar de expressarem conteúdo que fazem referência às OSS, isto não estava sendo o suficiente para retornar estudos com potencial de responder à questão da revisão. Assim, optou-se em promover um outro direcionamento na sintaxe pela inclusão dos termos livres “Organização Social em Saúde” OR “Organização Social de Saúde” OR “Organizações Sociais de Saúde” OR “Organizações

Sociais em Saúde” OR “Filantropia” AND “ “Sistema Único de Saúde” obtendo-se a sintaxe final a qual trouxe resultados de alta especificidade ao objeto de pesquisa. É possível identificar este caminho descrito no quadro 2 a seguir. Esta última sintaxe final foi a eleita como a mais adequada. A busca foi finalizada em 04 de abril de 2022.

| Sintaxes | Testagem de sintaxes |
|-------------------------------|--|
| Sintaxe por polo | mh:("Despesas Publicas" OR "Gastos em Saude" OR "Gastos Publicos com Saude" OR "Investimentos em Saude" OR "Financiamento da Assistencia a Saude" OR "Alocacao de Recursos para a Atencao a Saude" OR "Recursos em Saude" OR "Prioridade Fiscal em Saude") mh:("Parcerias Publico Privadas" OR "Politica de Saude" OR "Economia e Organizacoes de Saude" OR "Consortorios de Saude") mh:("Sistema unico de Saude" OR "Sistemas Publicos de Saude" OR "Sistemas de Saúde Pública" OR "Saude Publica") |
| Sintaxe final não direcionada | (mh:("Despesas Publicas" OR "Gastos em Saude" OR "Gastos Publicos com Saude" OR "Investimentos em Saude" OR "Financiamento da Assistencia a Saude" OR "Alocacao de Recursos para a Atencao a Saude" OR "Recursos em Saude" OR "Prioridade Fiscal em Saude")) AND (mh:("Parcerias Publico Privadas" OR "Politica de Saude" OR "Economia e Organizacoes de Saude" OR "Consortorios de Saude")) AND (mh:("Sistema unico de Saude" OR "Sistemas Publicos de Saude" OR "Sistemas de Saúde Pública" OR "Saude Publica")) |
| Termos livres direcionadores | ("Organização Social em Saúde" OR "Organizações Sociais de Saúde" OR "Organização Social de Saúde" OR "Organização Social em Saúde" OR filantropia OR oss) AND ("Sistema Único de Saúde") |
| Sintaxe final direcionada | ((mh:("Despesas Publicas" OR "Gastos em Saude" OR "Gastos Publicos com Saude" OR "Investimentos em Saude" OR "Financiamento da Assistencia a Saude" OR "Alocacao de Recursos para a Atencao a Saude" OR "Recursos em Saude" OR "Prioridade Fiscal em Saude")) AND (mh:("Parcerias Publico Privadas" OR "Politica de Saude" OR "Economia e Organizacoes de Saude" OR "Consortorios de Saude")) AND (mh:("Sistema unico de Saude" OR "Sistemas Publicos de Saude" OR "Sistemas de Saúde Pública" OR "Saude Publica")))) OR (("Organização Social em Saúde" OR "Organizações Sociais de Saúde" OR "Organização Social de Saúde" OR "Organização Social em Saúde" OR filantropia OR oss) AND ("Sistema Único de Saúde")) |

Quadro 2. Sintaxes por polo e testagem de sintaxes finais de acordo com os principais elementos da pergunta de revisão.

Fonte: elaboração dos autores

Após a obtenção dos documentos mediante a sintaxe final utilizou-se o software Zotero para melhor organização dos trabalhos a fim de ajudar na seleção dos estudos. Foram recuperados e identificados 526 documentos, entre os quais se excluíram 117, pois se encontravam em duplicidade. A partir dos 409 documentos selecionados prosseguiu-se a estratificação por meio da leitura do título e formato do documento e desta estratificação derivou-se a elegibilidade de 243 artigos (documento de escolha para a construção desta pesquisa) e não elegibilidade de 166 documentos do tipo ‘não artigos’, os quais englobam tese, dissertação, livro, material didático, entre outros. Todos os 243 artigos científicos foram lidos parcialmente (título e resumo) e posteriormente foram catalogados qualitativamente para determinar a inclusão ou exclusão mediante o critério de apresentarem os três polos da pergunta de pesquisa (Gasto Público, OSS e SUS) seja no título ou no resumo. Após tal análise 235 artigos foram excluídos por não apresentarem o critério mínimo de inclusão, restando 8

artigos incluídos por apresentarem os três polos da pergunta de pesquisa. O processo final de seleção decorreu com a leitura na íntegra dos 8 artigos científicos resultantes, onde 6 exemplares foram incluídos na revisão. Destes oito, 2 exemplares respondiam diretamente à pergunta de pesquisa e 4 exemplares tangenciavam a pergunta de pesquisa; 2 artigos restantes foram excluídos após a leitura completa por não responderem a pergunta de pesquisa.

Tal caminho empregado pode ser acompanhado através do fluxograma Prisma a seguir:

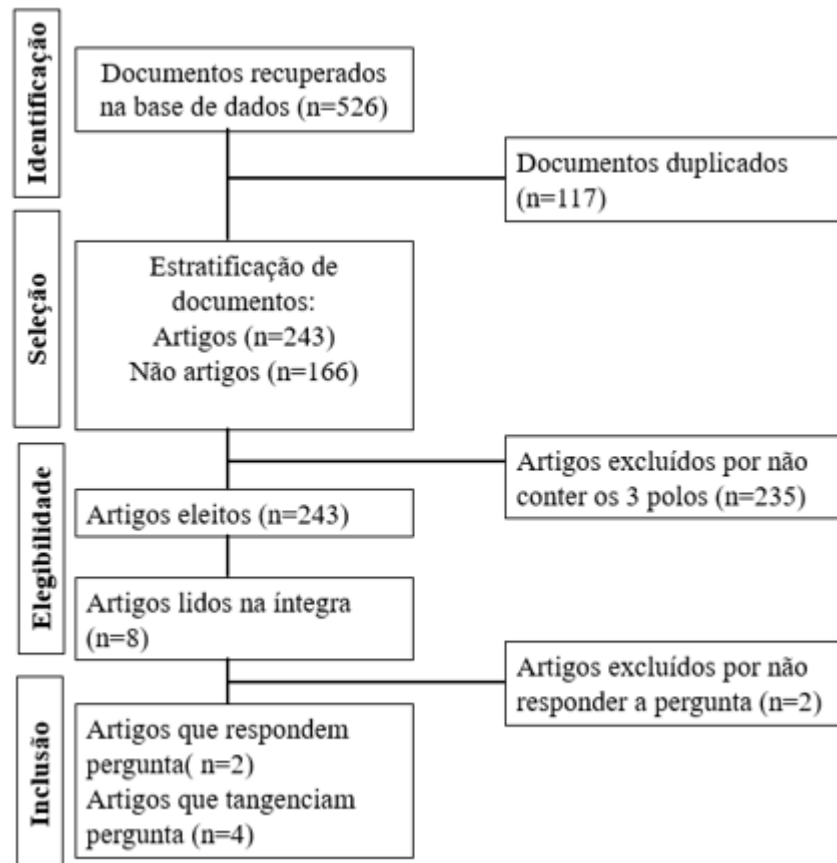


Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. 2022.

Fonte: elaboração dos autores.

Análise de dados

O processo de análise dos dados dos artigos incluídos seguiu a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por 2

revisores (T.C.S. e L.C). O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão.

Os dados extraídos incluem autor (ano de publicação), metodologia utilizada, objetivos e os elementos que relacionam o artigo com a pergunta de pesquisa: o gasto público, o contexto institucional de Organização Social de Saúde referido no artigo e o nível de atenção do serviço prestado explicitado por meio de tipo de atenção e região atendida. A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise temática. Esse método foi escolhido porque a tipologia dos manuscritos permitia uma integração mais refinada dos dados. Assim, organizou-se os temas para cada elemento a seguir: metodologia (para discutir a qualidade e a força das evidências), a relação entre objetivos e resultados encontrados, os elementos específicos da pergunta de pesquisa (o gasto público, a Organização Social de Saúde e contexto do SUS em que a pesquisa foca). A elaboração dos temas tem a função de facilitar a integração cujos conteúdos são semelhantes.

Resultados

Os 6 artigos incluídos na revisão, conforme o fluxograma apresentado (figura 1), foram lidos na íntegra e foi extraído do seu conteúdo as seguintes informações: autor(es), país, metodologia e objetivos principais, apresentados no quadro 2. A seguir, no quadro 3, estão sintetizadas: o autor, os dados extraídos dos artigos sobre o gasto público, os dados extraídos dos artigos sobre a Organização Social de Saúde e o contexto do nível de atendimento prestado ao usuário do Sistema Único de Saúde e região atendida pelo referenciado serviço. Os quadros-sínteses permitiram a análise comparativa dos resultados e um panorama geral de sua relação com o tema desta revisão.

Os seis artigos incluídos apresentaram resultados bastante diversos e foram se aproximando da pergunta de pesquisa de forma gradativa na temática do gasto público do SUS em relação a terceirização por meio da instituição de OSS. A variedade de trabalhos foi considerada positiva pois permitiu integrar, conforme o objetivo desta revisão, a diversidade de estudos tentando abarcar a amplitude da temática recuperada segundo os critérios de alcance da metodologia empreendida.

Neste sentido, pôde-se classificar os artigos incluídos nesta revisão em dois grandes grupos. O primeiro grupo, composto por quatro artigos, é aquele no qual os estudos apenas tangenciam o objeto de pesquisa, ou seja, a relação entre o gasto público em saúde no SUS por meio de OSS está presente como algo colateral ao objeto de pesquisa estudado. A classificação dos resultados neste grupo foi realizada considerando a população e o contexto.

Neste grupo de artigos^{13,14,15,16}, o fenômeno de pesquisa ‘gasto público’ é apresentado de forma superficial. No artigo de Rodrigues¹³, o enfoque se dá na explicitação abrangente do mercado privado de saúde e os principais incentivos estatais para que este mercado ganhe potência como exemplificado pela isenção fiscal. Já no artigo de Santos¹⁴, há grande ênfase a respeito da mercadorização da saúde e o incentivo estatal para a ampliação e crescimento do mercado privado de saúde no qual o gasto público se dá mediante a contratualização com entes privados sem finalidade lucrativa para a gestão de serviços de saúde estatais em diferentes níveis de complexidade; no artigo de Bertolini et al¹⁵, a proposta de estudo do gasto público se explicita de maneira superficial, pois o principal campo de exploração é o modelo gerencial da unidade de saúde estudada no trabalho, o benefício econômico, epidemiológico e assistencial que este modelo apresentou por meio de administração indireta não delimitando bem o papel do gasto público. Finalizando este grupo, no artigo de Canabrava et al¹⁶ o centro do objeto de pesquisa se dá na estratificação institucional das entidades privadas sem fins lucrativos atuantes na atenção básica em Minas Gerais e as principais vantagens ao mercado privado decorrente do domínio de contratualização com o SUS na atenção básica.

O segundo grupo, composto por dois artigos^{17,18}, é aquele que responde diretamente à pergunta de pesquisa. É neste grupo onde é possível identificar com clareza a relação entre o gasto público destinado a organização social de saúde no SUS. No artigo de Moraes et al¹⁷, há uma densa explicação a respeito da gênese do terceiro setor no âmbito da saúde, o seu entrelaçamento com a entidade estatal e a explanação do gasto público destinado às OSS estudadas por meio de contratualizações, dando ênfase a lucratividade do capital por meio da exploração dos recursos estatais previamente instalados. Já no trabalho de Romano et al¹⁸ há a profunda explicação a respeito da articulação público-privada na média e alta complexidade, de como ocorre o gasto público destinado ao ente privado sem fins lucrativos, as principais fragilidades frente a ausência de transparência no pacto de contratualização, as lacunas existentes frente ao acompanhamento das métricas previamente estabelecidas e deficiência de fiscalização estatal às OSS decorrente a desorganização do equipamento estatal regulador.

| Autores, Ano | Estado | Metodologia | Objetivos |
|-------------------------|----------------|-----------------------|--|
| Moraes HMM et al., 2018 | Recife | Descritiva | Analisar a constituição das OSS, desde as entidades que as originaram e sua tradição na prestação de serviços no mercado da saúde, abordando aspectos jurídicos-legais nos quais estão baseadas e a capacidade de mobilizar recursos públicos para sua expansão e financiamento. |
| Rodrigues PHA, 2016 | Rio de Janeiro | Revisão bibliográfica | Mostrar como a disputa entre o setor privado e o SUS vem ocorrendo de forma desigual, em prejuízo do SUS e do interesse público. |

| | | | |
|---------------------------|----------------|--------------------------------------|--|
| Santos IS, 2016 | Rio de Janeiro | Revisão bibliográfica | Apresentar, por meio de raciocínio com evidência científica, que um maior investimento no SUS é fundamental para o desenvolvimento social e econômico do país. |
| Bertolini DB et al., 2015 | São Paulo | Estudo de caso | Compreender a contratualização como modelo de gestão, desenvolver análise crítica ao seu respeito e verificar o seu impacto na eficiência do contrato e a evolução dos indicadores de desempenho do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER. |
| Romano CMC et al., 2015 | Rio de Janeiro | Qualitativa e exploratória | Analisar a atuação das Secretaria Estadual de Saúde (SES) de MT na articulação público-privada da atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS. |
| Canabrava CM et al., 2007 | Rio de Janeiro | Quali-quanti descritivo-exploratória | Identificar e caracterizar as entidades sem fins lucrativos que desenvolvem atividades em atenção básica de saúde, buscando contribuir para a publicização dessas ações, bem como discutir suas articulações com o SUS. |

Quadro 2. Síntese dos autores, métodos e objetivos principais encontrados nos artigos incluídos na revisão sobre gasto público em saúde destinado à OSS no SUS.

Fonte: elaboração dos autores.

| Autores, Ano | Gasto público | OSS | Nível de atenção SUS e região |
|---------------------------|---|--|---|
| Morais HMM et al., 2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ O Estado renúncia de ser executor de serviços públicos por intermédio de incentivo ao setor privado como fornecedores destes serviços, mediante repasses de recursos públicos e isenções fiscais; ▪ Ampliação das modalidades de transferências de fundos públicos para o setor privado; ▪ O Estado financia atividades públicas absorvidas pelas OSS; | SPDM, Seconci, CBSC, ISCMSP, FFM, Pró-saúde, LSPD, HMST, ACSC, FABC | Todos os níveis de atenção (aborda de uma maneira geral), abrange todas as regiões, porém dá enfoque em São Paulo e Rio de Janeiro. |
| Rodrigues PHA, 2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ O Sistema privado de saúde recebe subsídio fiscal do Estado desde outubro de 1966 (dedução no imposto de renda); | Geral | Geral, abrange todas as regiões |
| Santos IS, 2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gasto federal com saúde privada aos servidores (gasto representativo de 5% de todo o orçamento do MS); ▪ Incentivo financeiro ao setor privado por meio de programas frente a detenção de boa monta de leitos; ▪ Contratação de Oscip, OSS para a gestão de unidades de saúde de todas as complexidades que antes era de exclusividade estatal; | Geral | Geral, abrange todas as regiões |
| Bertolini DB et al., 2015 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repasse, por meio de contrato de gestão, com entes privados sem fins lucrativos para gerenciamento de unidades de saúde; | FAEPA | Nível secundário – Ribeirão Preto |
| Romano CMC et al., 2015 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A fim de descentralizar o SUS, o Estado delegou aos municípios e estados o estabelecimento de contratos e convênios com prestadores privados por meio de acompanhamento métrico de desempenho; ▪ No estado do Mato Grosso, o principal detentor de oferta de serviço ambulatorial de média e alta complexidade, da produção e de recursos financeiros é de cunho privado/filantropico; ▪ Gasto excedente, pois as OSS de MT não seguem tabela SUS (portanto os procedimentos são cobrados com valor maior) e também não há seguimento dos protocolos de saúde preconizados pelo ente público (portanto há a realização de exames desnecessários); | O trabalho não informa o dado, apenas se refere genericamente como OSS | Nível primário – Mato Grosso |
| Canabrava CM et al., 2007 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Imunidade tributária para as OSS; ▪ Isenção de cota patronal por parte de algumas OSS atuantes frente ao registro jurídico da entidade (Certificado de Entidade de Assistência Social); ▪ Estabelecimento de parcerias com a rede municipal por parte das OSS; | O trabalho não informa o dado, apenas se refere genericamente como OSS | Nível primário – Belo Horizonte |

Quadro 3. Síntese sobre os principais conteúdos referentes aos três polos (gasto público, OSS, SUS) apresentados na pergunta de pesquisa.

Fonte: elaboração dos autores.

Discussão

Entre os temas de análise, vários subtemas podem ser construídos para integrar o conteúdo no intuito de promover maior compreensão da análise dos artigos revisados, conforme a organização temática a seguir: 1) aspectos metodológicos dos artigos; 2) o tipo de gasto público decorrente ao mercado privado; 3) a Organização Social de Saúde estudada; 4) a relação entre o nível de atenção do Sistema Único de Saúde estudado e 5) as regiões apresentadas no trabalho.

Aspectos metodológicos dos estudos revisados

Neste tema, os artigos foram classificados por semelhança metodológica. Na decorrente análise, pôde-se realizar a identificação de quatro subtemas. O primeiro subtema refere-se ao estudo que utiliza a metodologia ‘*descritiva*’¹⁷, contando com 1 dos 6 artigos incluídos na presente revisão. O trabalho promove a análise de dados de modo descritivo referente as principais características da constituição das OSS, desde sua gênese, aspectos jurídicos-legais até a metodologia empregada na prestação de serviço para a entidade estatal, o modo como as entidades do terceiro setor realizam a sua capilarização e direcionam o financiamento recebido. Tal estudo possui horizonte limitado de dados frente a explanação do conteúdo explícito acessado por meio do portal da transparência das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), não sendo possível o acesso de dados internos das OSS que não são informados às SES, demonstrando claramente a ausência de transparência sobre seus balancetes.

O segundo subtema refere-se a estudos que utilizam a metodologia ‘*revisão bibliográfica*’^{13,14}, contando com 2 artigos. Os estudos apresentam o campo exploratório temático limitado, pois demonstram dados focais referente a temática e não explicitam o amplo contexto complexo do fenômeno. No primeiro artigo¹³ verifica-se a focalização entre a disparidade do setor privado e estatal e como o dispêndio financeiro público favorece o setor privado; já no segundo artigo¹⁴, verifica-se a explanação focal da evidência de favorecimento ao setor privado de saúde por meio do dispêndio público ao criar a necessidade de terceirização do sistema e demonstra o impacto que tal favorecimento pode aplacar em nível social e econômico do país.

O terceiro subtema refere-se a um artigo que apresenta a metodologia ‘*estudo de caso*’¹⁵, contando apenas com 1 artigo. O trabalho utilizado promove a investigação, análise e representação métrica, por meio de indicadores, de dados referente ao dispêndio público por meio da contratualização do setor privado sem fins lucrativos. A análise demonstra o benefício a população local quanto a utilização deste modelo de gestão. A metodologia empregada limita-

se a explanação do tema referente a uma região específica em um período determinado de tempo o que não pode refletir a ampla complexidade do contexto estudado.

O quarto subtema refere-se a estudos com características ‘*qualitativas e exploratórias*’^{16,18}, contando com 2 artigos. Os trabalhos utilizados empregam variáveis qualitativas a fim de explicitar objetivamente o objeto de pesquisa. O primeiro artigo¹⁶ explora a articulação público-privada na atenção de média e alta complexidade e a atuação da Secretaria de Estado de Saúde nesta articulação; já o segundo trabalho¹⁸ traz as articulações público-privadas no âmbito da atenção primária. A metodologia qualitativa limita-se a explicar dados direcionados e não representativos de uma temática de ampla complexidade, além do risco de apresentação de dados enviesados mediante a promoção de entrevistas como captação de referências qualitativas, contudo estas metodologias têm o mérito de ajudar a compreender o fenômeno pelo olhar das pessoas que fazem estes serviços.

Gasto público

Neste tema, os artigos foram classificados de acordo com o tipo de gasto público decorrente ao mercado privado. Mediante análise, pôde-se realizar a identificação de três subtemas.

O primeiro subtema contempla 4 artigos e referem-se ao gasto público mediante a ‘*contratualização*’ com o ente privado a fim de prestação de serviços^{14,15,17,18}. Este é o principal meio de transferência do recurso público (gasto público em saúde) para o ente privado encontrado nesta revisão. Tal contratualização promove a gestão de unidades de saúde, que antes estavam sob a incumbência exclusiva da entidade estatal, por meio de OSS sem finalidade lucrativa (segundo os termos da lei) mediante o repasse financeiro consecutivo ao recurso público. A transferência de gestão do ente estatal preconizado pelo modelo gerencial direto para o ente privado sem fim lucrativo preconizado pelo modelo gerencial indireto teve como precedente a contrarreforma administrativa de Bresser-Pereira após crise política e econômica na década de 90 e seu pilar se fomentou na “otimização” da economia e das políticas sociais¹. De acordo com os artigos analisados, explicitam-se disparidades entre os ideais propostos pelo modelo de gerenciamento indireto e os resultados explicitados, pois observa-se redução dos direitos sociais, como exemplo ao modelo de contratação celetista com cargas de trabalhos exaustivas, redução dos direitos trabalhistas, alto índice de *turnover*; há também grande antítese aos pilares do SUS, os quais são explicitados por meio de objeção da participação social no SUS, mercadorização da saúde evidenciada pela imposição das métricas de desempenho, além de maior dispêndio orçamentário frente a deficiência de qualificação técnica

dos profissionais que gestam as OSS e a deficiência de responsabilização e fiscalização do ente privado pelo ente estatal.

O segundo subtema contempla 3 artigos e referem-se ao dispêndio público por meio de ‘*renúncia fiscal*’ ao ente privado^{13,16,17}. A renúncia da arrecadação fiscal (ou também conhecida com o termo: ‘gasto tributário’) tem sido uma forma indireta de transferir recursos financeiros do Estado (gasto público), desta vez não pelo repasse, mas sim, pela desoneração. Neste sentido o Estado deixa de arrecadar recursos renunciando a recolha dos impostos destas entidades e, por fim, impacta nos recursos que poderiam servir para financiar as políticas sociais, inclusive o SUS. Os incentivos fiscais são explicitados por meio de dedução fiscal decorrente ao programa de imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza, configurando imunidade tributária e incentivo fiscal proveniente da isenção de contribuição da cota patronal frente à característica “beneficente” da instituição. Tal incentivo fiscal para o grande capital contribui para o desfinanciamento e esgotamento do SUS, em que pese que parte dos recursos de arrecadação de fundos são provenientes de contribuição dos tributos fiscais¹⁹.

O terceiro subtema conta com 1 artigo refere-se ao ‘*desembolso*’ por meio de pactuação com o ente privado¹⁴. Este é um caso minoritário e refere-se ao pagamento de planos e seguros de saúde privados contratualizados pelo ente estatal para prover assistência à saúde a membros dos poderes públicos, especialmente os federais (membros do ministério público, casas legislativas, executivo federal de alto nível). Esta também é um mecanismo de drenar recursos financeiros do estado para a prestação privada. Estas pactuações com o ente privado tem sido feitas frente a contratação, por meio federativo, de assistência privada à saúde para atendimento ao obsequiador público e, inclusive seus respectivos vínculos parentais. O dispêndio propiciado pela pactuação entre o poder público e o grande capital corrobora com o desfinanciamento do SUS, pois desvincula-se o montante de aproximadamente 5% do orçamento do ministério público para o pagamento ao capital portador de juros; reiterando assim a saúde como produto de valor monetário e não um bem social¹⁴.

Organizações Sociais de Saúde (OSS) estudadas

Neste tema, os artigos foram categorizados de acordo com as Organizações Sociais de Saúde explanadas. Por meio da análise, pôde-se realizar a estratificação do tema em 3 subtemas.

O primeiro subtema conta com 2 artigos nos quais as OSS foram referenciadas de acordo com o nome da instituição^{15,17}. Os presentes artigos referenciam-se as seguintes instituições: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), instituição

esta configurada como associação civil sem fins lucrativos de natureza filantrópica, fundada em 1933, oriunda do estado de São Paulo, tendo como diretor atualmente o Professor Doutor Ronaldo Ramos Laranjeira²⁰; Serviço Social da Construção Civil (Seconci), instituição esta configurada como entidade filantrópica, sem fins lucrativos, fundada em 1964, oriunda do estado de São Paulo, tendo como diretora atualmente Maristela Alves Lima Honda²¹; Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico-Social (CBSC), instituição esta fundada no estado de São Paulo, porém sem maiores informações frente a ausência de transparência institucional²²; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), instituição esta configurada como filantrópica, privada e laica, fundada em 1562 no estado de São Paulo, tendo como diretor atualmente Dr. Vicente Renato Paolillo²³; Fundação Faculdade de Medicina (FFM), instituição esta configurada como fundação de direito privado, sem fins lucrativos, fundada em 1986 no estado de São Paulo, tendo como diretor atualmente Dr. Arnaldo Hossepian Junior²⁴; Pró-Saúde: Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, instituição esta configurada como associação civil de direito privado, sem fins lucrativos e filantrópica, fundada em 1967 no estado de São Paulo, tendo como diretor atualmente Dom Carmo João Rhoden²⁵; Associação e Fraternidade Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus (LSFPD), instituição esta configurada como filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 1985 em Jaci no estado de São Paulo, não apresenta dados a respeito do diretor atualmente²⁶; Hospital e Maternidade Santa Terezinha (HMST), instituição esta configurada como pessoa jurídica de direito privado, natureza civil filantrópica e sem fins lucrativos, fundada em 1935 na região do Vale de Braço Norte no estado de Santa Catarina, tendo como presidente atualmente Pedro Michels Neto²⁷; Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), instituição esta configurada como entidade beneficente de assistência social (filantrópica), fundada em 1900 no estado de São Paulo, não informante do diretor atual²⁸; Fundação ABC (FABC), instituição esta configurada como pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, fundada em 1967 na região do ABC, estado de São Paulo, tendo atualmente como presidente Dr. Luiz Mario Pereira de Souza Gomes²⁹; Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), instituição esta configurada como pessoa jurídica de direito privado, de fins não lucrativos com autonomia administrativa e financeira, fundada na região de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, tendo como diretor atualmente o Professor Doutor Ricardo de Carvalho Cavalli³⁰. É possível, em uma rápida análise identificar que estas OSS são predominantemente fundadas no Estado de São Paulo, algumas ligadas a instituições religiosas e muitas fundadas no período da ditadura militar.

O segundo subtema conta com 2 artigos e classificam-se em trabalhos que explicitam as OSS a partir de um campo exploratório geral, sem a identificação das instituições^{13,14}. Tais trabalhos não exploram as OSS a nível institucional frente a ausência de transparência das OSS e objeção de explicitação de dados, fato este corroborado pela ausência de responsabilização e fiscalização por parte do ente estatal.

O terceiro subtema conta com 2 artigos que se referem a trabalhos que não citam as OSS estudadas e abordam estas ao longo da explanação de modo implícito e superficial^{16,18}, demonstrando assim a ausência de transparência de dados e fragilidade de informação para propiciar uma análise crítica. Mediante a transferência de responsabilidade do Estado para entidades terceiras sem fins lucrativos para o gerenciamento privado de unidade de saúde com dispêndio público, é dever das instituições a explicitação de dados com informações fidedignas quanto ao que compete a gestão, visto que há outorgado a Lei da Responsabilidade Fiscal e é dever do Estado o acompanhamento desta prestação de serviços e contas¹⁹.

Nível de atendimento

Neste tema, os artigos foram categorizados de acordo com o nível de complexidade de atendimento do Sistema Único de Saúde. Por meio de análise, pôde-se realizar a estratificação do tema em 3 subtemas.

O primeiro subtema conta com 3 artigos que explanam o objeto de pesquisa de modo multidirecional, abarcando todos os níveis de complexidade de atendimento do SUS^{13,14,17}. Níveis estes que contemplam desde atendimento básico de prevenção e promoção de saúde com a utilização de uma gama restrita e de baixa densidade de insumos, equipamentos e tecnologia até atendimentos de alta complexidade com a presença procedimentos invasivos de grande porte decorrente a caráter curativo, emprego de uma gama ampliada de insumos e equipamentos e uso de recursos de grande capacidade tecnológica. A análise crítica destes artigos multidirecionais propicia a compreensão de as OSS estão presentes em todos os níveis de atenção do SUS e que o gasto público drenado a estas instituições permeiam uma ampla gama de serviços.

O segundo subtema conta com 2 artigos que explanam o objeto de pesquisa de modo direcionado abrangendo apenas o nível de atenção primária à saúde^{16,18}. Nível este que contempla o atendimento básico de saúde com a utilização de uma gama restrita e de baixa densidade de insumos, equipamentos e tecnologia. Tais estudos abarcaram a atenção primária à saúde, pois a região estudada apresenta maior vínculo entre o ente público-privado na atenção

básica, precedendo assim maior quantidade e qualidade de dados ao se explanar o objeto de pesquisa.

O terceiro subtema conta com 1 artigo que explicita o objeto de pesquisa de modo direcionado abrangendo apenas o nível de atenção secundário à saúde¹⁵. Tal competência refere-se ao nível de atendimento intermediário à saúde que abarca equipamentos especializados com a realização de procedimento minimamente invasivos, empregando uma gama maior de equipamentos e tecnologia de maior complexidade. O presente estudo abarcou especificamente o atendimento de nível secundário, pois o objeto de estudo foi realizado em Ribeirão Preto, região interiorana do Estado de São Paulo e para obter dados significativos qualitativamente e quantitativamente a ponto de exploração crítica, fez-se necessário o uso de tal unidade de saúde que apresenta maior capacidade de atendimento, proporcionalmente ao volume da cidade.

Região abrangente

Neste tema, os artigos foram categorizados de acordo com regiões federativas explanadas. Por meio de análise, pôde-se realizar a estratificação do tema em 3 subtemas.

O primeiro subtema conta com 3 artigos e referem-se de modo ampliado ao objeto de pesquisa explorando todas as regiões federativas^{13,14,17}. Tais estudos exploram o objeto de pesquisa de uma maneira global possivelmente pela dificuldade de obtenção de dados referente a parceria público-privada por meio de contratualização.

O segundo subtema conta com 2 artigos e abrangem de modo direcionado a região sudeste^{15,16}; região esta na qual houve a gênese maior do terceiro setor. Tais estudos direcionam-se a região sudeste frente ao maior acervo de dados, pois esta foi o berço da gênese das OSS após a contrarreforma e abarcou o maior número de instituições caracterizadas como instituições privadas sem fins lucrativos, além do dinamismo da economia desta região¹⁷.

O terceiro subtema conta com 1 artigo e abarca a região centro-oeste¹⁸. Tal trabalho concentrou-se na região centro-oeste pela possibilidade de viés econômico, visto que o ente federativo se faz notar no âmbito da financeirização em que pese que o repasse monetário recebido pelas OSS não possui como rol de valores a tabela SUS, podendo o repasse financeiro ser maior que o devido, gerando assim fonte de lucro e maior rentabilidade¹⁸.

Limitações desta revisão

O presente artigo, em paralelo com a metodologia empregada, buscou sintetizar e integrar o conhecimento disponível a partir da determinação de uma pergunta de pesquisa norteadora. Mesmo que o artigo tenha trazido resultados propícios e abarcado uma linha adjacente sobre o tema, é imprescindível que se reconheça que há a limitação referente ao tipo de revisão e esta pode ser desenredada pela presença de conteúdos multidirecionais. Tal fato é explicitado quando diversos artigos tangenciam o tema, mas não o aprofundam de centralmente. Outro ponto limitante presenciado é o viés político que o tema traz, explicitado principalmente frente a ínfima quantidade de produção científica referente ao assunto, em que pese que estamos vivenciando um modelo econômico austero, no qual há grande entrelaçamento do mercado internacional visando obtenção de lucro.

Implicações para políticas públicas

Conforme explanado neste presente trabalho há uma grande lacuna no conhecimento referente ao gasto público destinado a Organizações Sociais de Saúde no SUS e esta lacuna propicia um maior dispêndio financeiro aos cofres públicos, corroborando a um esgotamento maior do SUS que já se encontra em tribulação. A presente produção científica, além de trazer dados que ampliem o conhecimento e auxiliem na tomada de decisões, objetiva também instigar os gestores públicos a movimentar a corrente acadêmica a explorar a temática e produzir dados científicos de grande monta para embasar a tomada de decisões visando o benefício das políticas públicas e sociais.

Avanços desta revisão e a agenda de pesquisa

Esta revisão denotou que a terceirização no âmbito social é uma temática ainda pouco explorada, em que pese que não há sincronia deste modelo de gestão em todos os entes federativos, há importante dificuldade de organização estrutural do ente estatal quanto ao acompanhamento da prestação de serviço e fiscalização do ente privado e há empobrecimento de produção científica para embasamento. Tal estudo destaca a riqueza de conteúdo a ser explorado criticamente no campo do dispêndio público mediante a terceirização, principalmente frente omissão de dados por parte do ente privado, dados estes que podem ser acessados e questionados com maior abertura frente a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Considerações finais

De acordo com os dados compilados nesta revisão é possível afirmar que a literatura científica apresenta dados muito exordiais e superficiais sobre o gasto público destinado a

Organizações Sociais de Saúde no SUS. Este trabalho se consagrou a analisar a temática utilizando como metodologia uma revisão integrativa, composta por uma busca extensa de descritores relacionados aos pólos delimitados por fenômeno (gasto público), população (Organização Social de Saúde) e contexto (Sistema Único de Saúde). As buscas foram realizadas no maior portal da América Latina direcionado ao campo da Saúde (BVS), abarcado por um extenso e complexo banco de dados.

Frente à complexidade e contemporaneidade do tema escolhido para a construção desta revisão, mesmo utilizando um grande portal de pesquisa, foram encontrados apenas 8 artigos nos quais os 3 pólos foram explicitados, decorrente ao processo de análise crítica posteriormente foram elencados 6 artigos, os quais respondiam a pergunta de pesquisa. Destes, 2 artigos respondiam com profundidade a pergunta de pesquisa e 4 tangenciavam a pergunta de pesquisa de maneira mais sucinta.

Os resultados encontrados na literatura científica analisados criticamente demonstram a fragilidade de dados e indicadores consistentes, a ausência de padronização estrutural na constituição do terceiro setor e a dificuldade de responsabilização estatal frente ao acompanhamento e fiscalização do serviço prestado pelas OSS.

Os achados salientam não só uma lacuna no conhecimento, mas como a possibilidade intrínseca de viés político na produção acadêmica referente ao tema. Há, portanto, muito a avançar neste tema e é necessário operacionalizar e monitorar o dispêndio público destinado a Organizações Sociais de Saúde no SUS.

Referências

1. Contreiras H, Matta G C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Caderno de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 285-297, fev. 2015
2. Sano H, Abrucio F L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *RAE*, v.48, n.3, p.64-80, abr. 2008
3. Ballarotti B , et al. Reflexões de médicos sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família sob a gestão das Organizações Sociais. *Interface*, v. 23, p.1-14, nov. 2018
4. Andreazzi M FS, Bravo M I S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v.12, n.3, p.499-518, set./dez. 2014
5. Ministério da Saúde (Brasil). Lei Federal 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm> Acesso em 03/12/2021

6. Rodrigues C T, Spagnuolo R S. Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. *Revista eletrônica enfermagem*, v.16, n.3, p.549-557, jul./set. 2014
7. Pilotto B S, Junqueira V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. *Serviço Social & Sociedade*, n.130, p.547-563, set./dez. 2017
8. Lima J B.A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das organizações sociais. *Argum*, v. 10, n. 1, p. 88-101, abr. 2018.
9. Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Economia da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. 1st ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016. 260 p. 1 vol. ISBN: 978-85-7967-115-9
10. Fernandes L E M, et al. Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por organizações sociais de saúde: a lógica do privado. *Trab. Educ. Saúde*, v.16, n.3, p.955-973, set./dez. 2018
11. Ministério da Saúde (Brasil). Lei Federal nº 8.666, de 21 de Junho de 1993.Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm > Acesso em 03/12/2021
12. Melo M V, Carnut L, Mendes A. Relação entre cumprimento das metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa. *Saúde debate*, v. 45, n. 131, p. 1140-1164, out./dez. 2021
13. Rodrigues P H A. Os ‘donos’ do SUS. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v.10, n.4, out/dez. 2016
14. Santos I S. A solução para o SUS não é um Brasilcare. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v.10, n.3, jul/set. 2016
15. Bertolini D B, et al. Contrato de gestão: o impacto da contratualização no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)*, v.48, n.1, p.19-26, ago. 2015
16. Canabrava C M, et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo

- Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, v.23, n.1, p.115-126, jan. 2007
17. Morais H M M, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, v.34, n.1, jun. 2017
 18. Romano C M C, et al. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Revista de Saúde Coletiva*, v.25, n.4, p.1095-1115, jun. 2015
 19. Machado F G, et al. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Revista de Saúde Debate*, v.42, n.117, p.354-363, abr-jun. 2018
 20. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Histórico. Disponível em:< <https://spdm.org.br/a-empresa/conheca-a-spdm/quem-somos/>>. Acesso em 19 de junho de 2022
 21. Serviço Social da Construção Civil (Seconci). Histórico. Disponível em:< <https://www.seconci-sp.org.br/historico> >. Acesso em 19 de junho de 2022
 22. Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico-Social (CBSC). Histórico. Disponível em:< <http://cruzadabandeirante.org.br/carapicuiba/wp-content/uploads/sites/2/2020/12/01-Contrato-de-Gest%C3%A3o-2008.pdf> >. Acesso em 19 de junho de 2022
 23. Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP). Histórico. Disponível em:< <https://www.santacasasp.org.br/portal/historico/> >. Acesso em 19 de junho de 2022
 24. Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Histórico. Disponível em:< <https://www.ffmpeg.br/Institucional/QuemSomos.html> >. Acesso em 19 de junho de 2022
 25. Pró-Saúde: Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Histórico. Disponível em:< <https://www.prosaude.org.br/nossa-historia-e-identidade-organizacional/> >. Acesso em 19 de junho de 2022
 26. Associação e Fraternidade Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus (LSFPD). Histórico. Disponível em:< <http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/quemsomos> >. Acesso em 19 de junho de 2022
 27. Hospital e Maternidade Santa Terezinha (HMST). Histórico. Disponível em:< <http://transparencia.hospitalsantateresinha.org.br/institucional/historico> >. Acesso em 19 de junho de 2022

28. Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC). Histórico. Disponível em:< <https://redesantacatarina.org.br/SitePages/conheca-a-rede/nossa-historia.aspx> >. Acesso em 19 de junho de 2022
29. Fundação ABC (FABC). Histórico. Disponível em:< <https://fuabc.org.br/quem-somos/historico/> >. Acesso em 19 de junho de 2022
30. Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA). Histórico. Disponível em:< <https://www.faepe.br/Transparencia/Listar> >. Acesso em 19 de junho de 2022

Conflito de Interesses:

Os autores declaram que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho

Declaração de Contribuição do Autor:

Santos TC e Carnut L contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito quanto a concepção e o planejamento para a análise e interpretação dos dados; a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e da aprovação da versão final do manuscrito.