

PANDEMIA DE COVID-19 E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE À ESPREITA

Daniele Correia¹

Resumo

A pandemia de COVID-19 deu visibilidade às Organizações Sociais da Saúde como instrumento para o enfrentamento da emergência sanitária. A primeira parte do artigo apresenta, diante do contexto sanitário, como as OSS tornaram-se uma ferramenta oportuna utilizada pelo setor público, modalidade de gestão adotado após a contrarreforma do Estado nos anos 1990. A segunda parte analisa a trajetória histórica do Fundo Municipal de Saúde de São Paulo e a utilização de seus recursos, em grande medida, para o financiamento da atenção básica, via o Programa de Saúde da Família, por meio da modalidade de gestão das OSS, especialmente a partir da gestão da prefeita do Partido dos Trabalhadores (PT), Marta Suplicy, até a gestão Covas (2017-2020). A terceira apresenta as características das OSS no âmbito da gestão municipal de São Paulo, analisando a transparência de informações e a evolução da apropriação dos recursos do Fundo de Saúde por essas entidades, entre 2011 e 2019. Percebe-se que os recursos do Fundo de Saúde passam a ser cada vez mais apropriados por essas entidades de caráter privado, apresentando uma tendência de crescimento, alcançando um patamar de 61% do total dos recursos em 2017, mantendo-se situação elevada em 2018 e 2019. No mais, verifica-se um aumento expressivo de OSS qualificadas no contexto de pandemia e falta de transparência nas informações anteriores e atuais à emergência sanitária. Desse modo, constata-se o movimento de mercantilização implícita, marcado pela lógica de ampliação dos mecanismos de mercado no SUS municipal.

Palavras-chave: COVID-19; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Parcerias Público-Privadas.

Abstract

The COVID-19 pandemic gave visibility to Social Health Organizations as an instrument to face the health emergency. The first part of the article presents, in view of the health context, how OSS have become a timely tool used by the public sector, a management modality adopted after the counter-reform of the State in the 1990s. The second part analyzes the historical trajectory of the Municipal Health Fund of São Paulo and the use of its resources, to a large extent, for the financing of primary care, via the Family Health Program, through the OSS management modality, especially under the management of the mayor of the Workers' Party (PT), Marta Suplicy, until Covas management (2017-2020). The third presents the characteristics of the OSS in the scope of the municipal management of São Paulo, analyzing the transparency of information and the evolution of the appropriation of the resources of the Health Fund by these entities, between 2011 and 2019. It is noticed that the resources of the Health Fund Health becomes increasingly appropriate for these private entities, showing a growth trend, reaching a level of 61% of total resources in 2017, maintaining a high situation in 2018 and 2019. In addition, it is verified a significant increase in qualified OSS in the context of a pandemic and lack of transparency in information prior and current to the health emergency. Thus, there is an implicit commercialization movement, marked by the logic of expanding market mechanisms in the municipal SUS.

Keywords: COVID-19; Health Unic System; Health Policy; Public-Private Partnerships.

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Introdução

A partir de fevereiro de 2020, a pandemia de COVID-19 se espalhou rapidamente pelo Brasil. Mais de um ano depois, ainda está levando ao colapso dos serviços de Saúde em muitas localidades, de norte a sul do país. A emergência em saúde pública é agravada pelo aparecimento de novas variantes do vírus, falta de leitos hospitalares, respiradores e o atraso de compra de vacinas. No início da pandemia, a China era responsável pela produção de cerca de um quinto dos respiradores produzidos no mundo. A escassez desses produtos, enfrentada inclusive por países como os Estados Unidos, a Alemanha e a França, tem levado muitas empresas de setores variados a ampliarem a produção nacional desses itens, reforçando a autonomia estratégica e diminuindo a dependência externa². Como se pode imaginar, a disputa global por esses insumos fez aumentar os preços e os impactos da sua escassez foram sentidos principalmente pelos países do Sul global.

Em meio à pandemia, percebemos também a dificuldade de produção nacional e aquisição de equipamentos de proteção individual para a classe trabalhadora da Saúde, acarretando deficiências na garantia das medidas de proteção à saúde desses trabalhadores e trabalhadoras, expondo-os a riscos evitáveis, o que gerou aumento de adoecimentos e mortes. Assim, vem à tona a mediação das relações comerciais dos que ocupam o lugar no capitalismo central e no capitalismo periférico dependente, como é o caso do Brasil, trazendo marcas operativas de dominância e subserviência produtiva e aquisitiva dos bens e serviços produzidos pela classe trabalhadora. O que reflete os modos como cada país se apropria da força de trabalho e consubstancia condições, via direitos sociais, para tal produção e reprodução da mesma.

Deste modo, presenciamos um cenário de caos e incertezas com a presença do novo coronavírus (SARS-CoV-2, que significa "*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*" (Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2), causador da COVID-19 (*COrona VIRus Disease*), enquanto "19" se refere a 2019, quando os primeiros casos em Wuhan, na China, foram divulgados publicamente pelo governo chinês no final de dezembro. Ao considerarmos a própria limitação do conhecimento científico sobre as mutações do vírus e efetividade das vacinas, por exemplo, a única insuspeição que temos é que o vírus e a doença não foi um gerador, mas explicitou e agudizou os elementos de crise do tecido social presentes em cada território afetado. Assim, cada um destes,

² BBC News. Covid-19 expõe dependência de itens de saúde fabricados na China. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52465757>. Acessado em: 10/05/2021.

possuem condições materiais e objetivas próprias de responder com medidas de prevenção e assistência médica e hospitalar.

A pandemia de COVID-19 atravessa o Brasil em uma de suas piores conjunturas políticas. O país enfrenta os impactos do desmonte sistemático do Sistema Único de Saúde (SUS), os retrocessos dos direitos sociais, a precarização e desregulação do trabalho. Apesar de, atualmente, o Brasil investir cerca de 9,2% do seu PIB em saúde (um pouco acima dos 8,8% gasto pelos 37 países-membros da OCDE), boa parte desses investimentos são do setor privado, enquanto os recursos públicos investidos representam apenas 4% do PIB (bem abaixo da média da organização, que é de 6,6%)³.

No momento em que o Brasil enfrenta um dos seus maiores desafios sanitários da história e confirma a essencialidade do SUS na garantia do acesso à saúde da população, sofremos, contraditoriamente consecutivas investidas de retirada de recursos da saúde. Estimativas da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) demonstram que o orçamento do SUS vem diminuindo consideravelmente desde a EC 95/2016. Em 2017, os investimentos públicos em saúde representavam 15,8% da arrecadação da União, enxugando para 13,5% em 2019. O setor saúde perdeu cerca de R\$ 20 bilhões em 2019 e perderá outros R\$ 35 bilhões em 2021, em comparação aos recursos de 2020. Em 20 anos, período do congelamento da citada EC, estima-se que o prejuízo ao SUS deve ultrapassar R\$ 400 bilhões, impactando fortemente as políticas sociais, principalmente as relacionadas à saúde⁴.

Acresce-se à conjuntura descrita o constante posicionamento do Presidente da República, seus assessores e aliados, por medidas que caminham na contramão e contrariam as recomendações de organismos nacionais e internacionais ligados à Saúde. A aposta em imunidade de rebanho, o incentivo ao “tratamento precoce” com medicamentos que não constam em seus bulários indicação para COVID-19, portanto sem eficácia comprovada cientificamente, o atraso na compra de vacinas e a parca condução do Programa Nacional de Imunização representam um genocídio populacional.

Apesar de ter afetado todas as frações das classes sociais e municípios do país, o impacto mais significativo foi sentido pelas camadas e localidades mais empobrecidas da população brasileira. A capacidade coletiva ou individual de proteção, variam, e revelam

³ BBC News. Pandemia evidencia que Brasil gasta pouco e mal em saúde pública, diz diretor da OCDE. Disponível em: <https://tinyurl.com/rd2rwzrv>. Acessado em: 11/05/2021.

⁴ CNS – Conselho Nacional de Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. [Acesso em 11/05/2021].

diferenças na capacidade de a ela resistir. O isolamento social, medida altamente eficaz para contenção da epidemia, não pôde ser usufruído pela maioria da população trabalhadora.

As frações da classe dominante lançaram mão do refúgio em moradias isoladas com condições sanitárias e alimentares adequadas. As frações da classe trabalhadora que ocupam na divisão social e técnica do trabalho melhores condições de trabalho, foram forçadas a manter a produtividade em situação de teletrabalho ou *home office*, muitos deles com redução salarial e com ferramentas de trabalho próprias. A população trabalhadora situada na informalidade e no comércio em geral, ficaram altamente expostos ao vírus e dependentes do Auxílio Emergencial para composição de renda.

Profissionais dos serviços essenciais, a destacar dos serviços de Saúde, também foram altamente afetados em exposição e condições de trabalho. De acordo com os resultados da pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da COVID-19 no Brasil⁵, realizada pela Fiocruz em todo o território nacional, os profissionais da área da Saúde estão exauridos, atuando na linha de frente contra a COVID-19. O esgotamento físico e emocional advém da proximidade com o elevado número de casos e mortes de pacientes, colegas de profissão e familiares, como também das alterações significativas que a pandemia vem provocando em seus processos de trabalho, marcado por sobrecarga.

Os dados da supracitada pesquisa, revelam que quase 50% admitiram excesso de trabalho, com jornadas para além das 40 horas semanais, e um elevado percentual (45%) deles necessita de mais de um emprego para sobreviver. Indicam que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da COVID-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais.

O Observatório da Enfermagem, criado pelo Conselho Federal de Enfermagem, já registra mais de 55.331 mil casos entre esses profissionais e 753 mortes em decorrência

⁵ <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. [Acesso em 11/05/2021].

do coronavírus. Além do risco de adoecer e morrer, atuando em ambiente de alto risco de contágio e com falta de EPIs adequados aos riscos a que são submetidos, profissionais de saúde enfrentam também uma sobrecarga de trabalho por conta de turnos dobrados para compensar os afastamentos de colegas em quarentena ou afastados por outras condições, falta de insumos e leitos e falta também de direcionamento de gestão em relação a tratamento adequado, disponibilidade de vacina, entre outros⁶.

Até o dia 29 de maio de 2021, havia o registro de 16.441.698 milhões de casos de coronavírus registrados no país e 461.416 mil vidas perdidas, ultrapassando a marca de 4 mil mortes por dia em meados de abril. Sem dúvidas, o Brasil é um dos epicentros da COVID-19 no mundo. O país possui cerca de 2,7% da população mundial, mas em meados de abril de 2021, representava cerca de 12,0% de todas as mortes globais de COVID-19 e, em março do mesmo ano, esse número era de 23,5%. Infelizmente, nesse período, recordes de mortalidade são anunciados diariamente e a ocupação de leitos de terapia intensiva ultrapassa 100% em muitos estados, com listas de espera e esgotamento de suprimentos de oxigênio e medicamentos⁷.

O ritmo da imunização acelerou mais recentemente, mas ainda está muito longe do necessário para desacelerar a curva de contágio e proteger efetivamente a população brasileira. O país precisa de uma média de 1,5 milhão de doses de vacinas administradas por dia para atingir a cobertura total de pessoas com 18 anos de idade ou mais até o final do ano. Até a primeira semana de maio, cerca de 47,4 milhões de doses da vacina já haviam sido aplicadas e apenas 7,2% da população tinha recebido as duas doses da vacina⁸.

Segundo o painel lançado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), houve um aumento de 22% do número de óbitos por causas naturais em 2020⁹, o que pode ser consequência indireta da pandemia, por exemplo, devido à sobrecarga nos serviços de Saúde, interrupção de tratamento de doenças crônicas ou

⁶ Duarte MMS, Haslett MIC, Freitas LJA, Gomes NTN, Silva DCC, Percio J et al. Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500011>. 2020.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. [Acesso em 29/05/2021].

⁸ Hallal, P.C., Victora, C.G. Overcoming Brazil's monumental COVID-19 failure: an urgent call to action. *Nature Medicine* (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01353-2>.

⁹ CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel CONASS Covid-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. [Acesso em 19/05/2021].

mesmo pelo receio da população em se infectar pelo novo coronavírus, diminuindo a busca por assistência à Saúde.

Contraditoriamente, ao invés de reconhecer a importância de um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e fortalecer o SUS, as medidas estatais na história recente impõem enfraquecimento e desmonte, de forma mais veemente com a Emenda Constitucional nº 95 aprovada em 2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, congelando as despesas primárias e reduzindo-as em relação ao PIB ou em termos per capita por duas décadas. Com a justificativa de controlar a crise fiscal decorrente do crescimento das despesas primárias e controlar as contas públicas, efetivou-se diminuição dos recursos destinados à saúde e impactos significativos nas condições de vida das populações, sem previsão de suspensão dos efeitos da emenda mesmo com a pandemia.

Apesar do SUS ser a política social brasileira mais avançada e abrangente, por ser universal, o resultado prático dessa emenda reduz drasticamente os investimentos públicos na saúde e subfinancia ainda mais o SUS, agravando ainda mais o cenário de pandemia. Ademais, o Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, representa a mercantilização da atenção primária à saúde, mais um nicho de mercado encontrado pelo capital para ampliar seus lucros a partir de uma política social. O Decreto, publicado em meio à crise sanitária da COVID-19, quando municípios, estados, trabalhadores e trabalhadoras da saúde estão concentrados no enfrentamento da pandemia e as atividades de participação social e Controle Social estão limitadas (como conselhos e audiências públicas), o Governo Federal instituiu o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Isso gera forte preocupação pois afeta diretamente o funcionamento, a gestão e as formas de contratação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), sem debate público adequado.

Para o enfrentamento da pandemia no Brasil, várias ações têm sido tomadas na gestão à saúde, tanto a nível hospitalar quanto em nível de atenção primária, peça fundamental no processo de atenção à no Sistema Único de Saúde (SUS). A capilaridade das equipes de Estratégia Saúde da Família é uma fortaleza do Brasil no enfrentamento contra o Covid-19. Por meio da APS, é possível a descentralização dos atendimentos, a testagem de um maior número casos suspeitos, a busca ativa de novos casos e o seguimento de casos confirmados. Ademais, o tradicional papel de promoção de saúde e prevenção que as ESF desenvolvem tem importância fundamental no controle da pandemia de COVID-19 no Brasil, visto que ainda não há evidência científica robusta de tratamentos específicos para esta doença (FARIAS, *et al*, 2020).

Na profilaxia, a divulgação e o incentivo a medidas de prevenção de contágio tais como uso de máscaras, higiene das mãos, distanciamento social e isolamento domiciliar de casos suspeitos ou confirmados, podem ser realizados pelas ESF, principalmente pelos agentes comunitários de saúde que possuem vínculos com os territórios, identificando as necessidades em saúde. A APS também proporciona dados epidemiológicos mais fidedignos, devido à maior capilaridade para notificação de casos e, por conseguinte, no fim da linha do cuidado, dados mais confiáveis no que tange a letalidade e a taxa de cura, deve ser a porta de entrada deste paciente no SUS.

A destacar, é na APS que atua o modelo de gestão por Parceria Público-Privada (PPP) com as Organizações Sociais da Saúde (OSS), responsáveis por garantir expressiva parte do atendimento aos infectados com a COVID-19. Após a contrarreforma do Estado na década de 1990, o Brasil passa a adotar múltiplos arranjos institucionais para dar respostas às necessidades em saúde pública, que não são necessariamente estatais, qualificando OSS, para execução da política de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

1. Organizações Sociais da Saúde como instrumento para o enfrentamento da pandemia

Diante do contexto sanitário, as OSS tornaram-se uma ferramenta oportuna utilizada pelo setor público na resposta à COVID-19. O presidente do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), Renilson Rehem, em declaração ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), considera que a atuação da administração pública é limitada pelo excesso de mecanismos de controle e regulação, que resulta em processos longos que podem ter, como consequência, o desperdício de recurso público. Neste modelo de gestão, o Estado define a política, e cabe, à organização social, a execução. Rehem destaca que a atuação das OSS no enfrentamento da pandemia varia conforme a região do país, com situações completamente diferentes ao longo do território nacional, com modelos que divergem. Em São Paulo, Ceará e Sergipe, é possível identificar uma presença significativa das OSS, enquanto, em outros estados, a participação das organizações sociais é incipiente. Rehem afirma que “o modelo que se espalhou pelo Brasil é muito mais um modelo paulista que um modelo federal. Em São Paulo, há uma grande quantidade de leitos que já são administrados por organizações

sociais. O Hospital do Anhembi, que tem dois mil leitos, é administrado por duas OSS. É um modelo que reflete a estrutura da sociedade”¹⁰.

As mudanças na forma jurídica do Estado brasileiro via “administração gerencial” em substituição do modelo tradicional estabelecido através da administração direta para a execução de serviços públicos de saúde, se inicia, com a experiência da Fundação das Pioneiras Sociais, em que a Lei Federal 8.246, de 22 de outubro de 1991, autorizou ao Poder Executivo celebrar contrato de gestão com a referida entidade, com atuação restrita à área da saúde e gestão supervisionada pelo Ministério da Saúde.

Desde a origem “piloto” da Fundação das Pioneiras Sociais, o contrato de gestão foi delineado de modo a permitir à entidade contratada plena autonomia administrativa, fundamentada na economicidade e eficiência, cujos critérios de controle se pautariam na avaliação do retorno obtido com a aplicação dos recursos públicos, ou seja, com avaliação baseada em resultados. A supracitada Lei Federal normatizou que,

Art. 3º Competirá ao Ministério da Saúde supervisionar a gestão do Serviço Autônomo Associação Sociais, observadas as seguintes normas:
[...]

III - observado o disposto nesta lei, o Ministério da Saúde e a Secretaria da Administração Federal definirão os termos do contrato de gestão, que estipulará objetivamente prazos e responsabilidades para sua execução e especificará, com base em padrões internacionalmente aceitos, os critérios para avaliação do retorno obtido com a aplicação dos recursos repassados ao Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, atendendo ao quadro nosológico brasileiro e respeitando a especificidade da entidade;
[...]

V - a execução do contrato de gestão será supervisionada pelo Ministério e fiscalizada pelo Tribunal de Contas da União, que verificará, especialmente, a legalidade, legitimidade, operacionalidade e a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades e na consequente aplicação dos recursos repassados ao Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, que será avaliada com base nos critérios referidos no inciso III deste artigo;

VI - para a execução das atividades acima referidas, o Serviço Social Autônomo Associações das Pioneiras Sociais poderá celebrar contratos de prestação de serviços com quaisquer pessoas físicas ou jurídicas, sempre que considere ser essa a solução mais econômica para atingir os objetivos previstos no contrato de gestão, observado o disposto no inciso XV deste artigo.
(BRASIL, 1991)

Na esteira dessa experiência se inspirou a criação da Lei Federal 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS), a criação do Programa Nacional de Publicização, institucionalizando e inserindo no ordenamento

¹⁰ <https://www.conass.org.br/covid-19-expoe-competencias-e-fragilidades-das-parcerias-entre-setor-publico-e-sociedade-civil/> [acesso em 29/05/2021].

jurídico a gestão dos serviços públicos de saúde pelas entidades privadas “sem fins lucrativos”, através de contratos de gestão¹¹.

Assim sendo, as OS são definidas pelo Art. 1º da Lei 9.637/1998 como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”. Em seu Art. 2º define como requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

- I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
 - b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
 - c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àqueles, composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Medida Provisória;
 - d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
 - e) composição e atribuições da diretoria;
 - f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
 - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
 - h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
 - i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados. (BRASIL, 1998)

No contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, devem estar discriminadas as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social. O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação pelo conselho de administração da entidade, ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada.

¹¹ No Brasil, 17 governos estaduais adotaram a estratégia de publicização, caracterizando a contrarreforma no setor saúde. A citar, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Pará, Amazonas e Roraima passam a incorporar novas formas de gestão na execução dos serviços de saúde.

Na elaboração do contrato de gestão devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Os Ministros de Estado ou autoridades supervisoras da área de atuação da entidade definem as demais cláusulas dos contratos de gestão de que sejam signatários. (BRASIL, 1998)

A execução do contrato de gestão celebrado por organização social deve ser fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada. O contrato de gestão deve permitir ao Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro. Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação (BRASIL, 1998).

Além do mais, o modelo de gestão por OS apresenta diferenças processuais significativas em relação a gestão pública na prestação de serviços, as quais consideramos problemáticas. A destacar estão: a) as aquisições de serviços e compras não estão sujeitas à Lei 8.666/93, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública; b) a relação com a força de trabalho, no qual a seleção, contratação, manutenção e desligamento regem às normas e a plano de cargos e salários regulamentares de cada OSs, não estando circunscritos à concurso público, gerando alta rotatividade e não fortalecimento de vínculos com a comunidade que acessa o serviço, elemento importante para a saúde pública, por exemplo; c) as condições de trabalho são permeadas por cumprimento de metas com mecanismos de controle finalísticos, ao invés de processuais, como no caso da administração direta; d) autonomia de execução orçamentária, financeira

e contábil dos recursos consignados pelo contrato de gestão, podendo inclusive fazer aplicações de saldos no mercado financeiro.

Desse modo, o caráter declarado de não lucratividade das entidades obscurece a essência de interesses econômicos, materializados via isenções de impostos, bem como a possibilidade de remunerar com altos salários seus corpos diretivos, além de remunerar de forma não padronizada os trabalhadores que vendem a força de trabalho para as diferentes OS no território brasileiro.

A eficiência desse modelo é questionável em principal pela falta de transparência dessas gestões. Correia e Santos (2015) trazem, por exemplo, dados sobre uma auditoria do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE) que comparou os dois métodos de administração e constatou que os hospitais geridos por OSs apresentam um prejuízo econômico maior do que os geridos pela administração direta. Em pesquisa documental realizada em 2015 em inquéritos civis públicos de Ministérios Públicos Estaduais e em auditorias de Tribunais de Contas, as autoras relataram uma série de irregularidades nesse modelo de gestão em todo o país, como serviços ineficientes, aumento de gastos estatais nas unidades geridas por OSs e desvios de recursos públicos, sugerindo que os mecanismos de controle da qualidade do serviço prestado por OS e do uso do dinheiro público por essas instituições pareciam falhos.

Coadunando com sua essência capitalista, o Banco Mundial é um dos maiores defensores desse modelo de gestão. Em 2007 elaborou um documento apresentando os resultados da avaliação realizada sobre a alocação, gestão de recursos, planejamento e execução do orçamento em diferentes níveis do governo, voltados para o gasto público na prestação de serviços assistenciais, cuja proposta final foi subsidiar o governo brasileiro na gestão e racionalização do gasto com a saúde pública. Segundo o relatório, as unidades de saúde deveriam ter autonomia plena para administrar e aplicar seus recursos físicos e humanos e deviam seguir as políticas de saúde propostas pelo SUS e cumprir um conjunto de metas previamente definidas, a exemplo das OSs em São Paulo. (BANCO MUNDIAL, 2007)

O documento critica a falta de flexibilização na contratação de pessoal, devido à rígida legislação trabalhista. “A legislação relativa ao setor público é particularmente rígida, permitindo pouca flexibilidade na contratação e demissão de pessoal, ou no fornecimento de incentivos relacionados ao desempenho.” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 64). Ademais, o documento torna claro o quanto o gerenciamento público é ineficiente, sendo “com a finalidade de corrigir esta situação que alguns estados criaram instituições

autogerenciadas, tais como as fundações de apoio e as organizações sociais que gerenciam todo ou parte dos serviços hospitalares” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 72).

Segundo o Banco Mundial “as simplificações apresentadas para o funcionamento do SUS contribuíram para a redução dos custos administrativos e para a avaliação de desempenho e resultados, e para embutir incentivos apropriados e explícitos nos mecanismos de repasse (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 82).

Mesmo com a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923, proposta pelo PT e pelo PDT contra a Lei 9.637/98, contrária à adoção das OS, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que a Administração Pública pode repassar a gestão de escolas públicas, universidades estaduais, hospitais, unidades de saúde, museus, entre outras autarquias, fundações e empresas estaduais que prestam serviços públicos sociais para entidades privadas sem fins lucrativos como associações e fundações privadas qualificadas como OS. Ou seja, além de poder privatizar a gestão de entidades estaduais que prestam serviços públicos sociais, isso pode ser feito sem licitação, bastando um procedimento simplificado que garanta os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, composta por Fóruns de Saúde de diversos estados, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, projetos universitários e várias entidades de âmbito nacional elaborou o Documento “Contra Fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil em que foram apresentadas denúncias sobre a existência de fraudes nas OSs pela forma de dispensa de licitação, garantida para compra de material e cessão de prédios, abrindo precedentes para a apropriação do erário, havendo uma violação frontal ao princípio da administração pública, pelo fato de não se utilizar a lei de licitação pública.

Compreendemos as OS na execução da política de saúde como parte integrante do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), o qual articula a geração e difusão de tecnologias, a dinâmica institucional social e a estruturação do Estado e sua relação com o setor privado, ao passo que passam a ocupar um papel destacado na apropriação do fundo público para a prestação e gestão dos serviços de saúde, desempenhando um papel no processo de mercantilização do sistema de saúde público brasileiro, ainda que persistam divergências conceituais nessa narrativa aqui assumida.

Correia e Santos (2015) consideram que a mercantilização acontece quando o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial, por meio da venda das estatais ou quando renuncia ser o executor direto de serviços públicos por

intermédio de incentivos ao setor privado como fornecedores destes serviços, mediante repasses de recursos públicos ou isenção de impostos. Destacam, portanto, que as “raízes da privatização da saúde estão, historicamente, determinadas pelos interesses do capital na área da saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro” (CORREIA e SANTOS, 2015).

Para Mendes (2015), a atuação crescente das OS na administração de serviços públicos de saúde está inserida em um contexto maior de apropriação do fundo público pelo capital. Além dos constantes repasses de recursos públicos para essas entidades, o autor levanta outras medidas estatais na área da saúde que vem enfraquecendo a capacidade de arrecadação e prejudicando o financiamento do SUS, dentre elas estão a permissão de entrada de capital estrangeiro na saúde e a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 21 anos.

No mais, há diferentes formas de implementação de mecanismos de mercado no funcionamento do sistema de saúde. Tais contrarreformas mercantis, justificadas a partir da premissa de que a inserção da lógica de mercado poderia tanto diminuir a necessidade de gastos públicos, como aumentar a eficiência dos existentes se expressam em forma de mercantilização explícita e implícita. Na mercantilização explícita envolve direta transferência de responsabilidade do setor público para o privado, ampliação de participação de recursos privados como copagamentos e a privatização *stricto sensu*. Na mercantilização implícita ocorre a incorporação de princípios advindos do setor privado no sistema público, tanto no financiamento, quanto na prestação dos serviços de saúde, caracterizando-se pela adoção crescente de uma lógica de atuação privada por parte do setor público. (FERREIRA, MENDES, 2018)

O setor privado no sistema de saúde brasileiro não é um agente novo. O sistema jamais teve caráter estritamente público, tampouco fora nos países de capitalismo central como Alemanha, França e Reino Unido, entretanto, os diversos mecanismos que foram adotados, representam uma alteração qualitativa e quantitativa da presença privada e da lógica de mercado nos sistemas públicos de saúde na adoção de parcerias público privado-privadas (PPP) sendo responsável pela concepção, construção e operação de serviços de saúde.

Sendo assim, a contrarreforma do Estado no Brasil, numa análise mais sofisticada e densa, se mostrou insuficiente e, consoante com o modelo de Estado mínimo para a classe trabalhadora e máximo para o capital, defendido pelas correntes neoliberais, o que afasta a sociedade brasileira de um modelo de proteção social universal, sem com isso ter

gerado um ajuste, mesmo que em curto prazo, nas contas públicas, representando subterfúgios que não apontam soluções de problemas centrais, escolhendo como bode expiatório o gasto fiscal e como vilão o funcionalismo público (DAIN e SOARES, 1998) e,

[...] em nome da purificação ética, da modernidade e da eficiência, os ataques acabavam por atingir as instituições e a própria política, aprofundando as separações entre cidadão e o Estado e transformando o ajuste de contas com as práticas do velho patrimonialismo em mero espetáculo de mocinhos e bandidos, sem maiores desdobramentos virtuosos (NOGUEIRA, 1998, p. 170).

O que podemos mensurar é que diante da crise do capital, o que se coloca é necessariamente cada vez mais levar para o Estado novas formas de atuação que podem se combinar com o próprio movimento do capital, introduzindo mecanismos de mercado dentro do *modus operandi* do Estado. Portanto, a lógica neoliberal está conformada nesse escopo de atuação, em que não temos menos Estado, ao contrário, é mais Estado com a presença do mercado, de parcerias público-privadas, de modo a atender aos interesses de acumulação capitalista.

Distintos modelos mercantis de gestão se apropriam dos recursos do fundo público na saúde, tais como Fundação Estatal de Direito Privado; Serviço Social Autônomo; Fundação de Apoio; Sociedade de Economia Mista; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); Filantropia; Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); Organização Social (OS) e os Convênios.

A mercantilização implícita no sistema de saúde brasileiro se consolida principalmente pelas OS, modelo de gestão largamente disseminado nos estados e municípios. Desse modo, o presente artigo trata de analisar na próxima seção como se dá a execução da saúde pelas Organizações Sociais da Saúde (OSS) no município de São Paulo, através de Contratos de Gestão para a execução dos serviços na rede assistencial, e pelo modelo definido como Convênio com OS, realizado esporadicamente e por tempo determinado a fim de suprir as necessidades emergentes na execução da política de saúde, revelando a lógica de mercado presente no SUS da maior cidade do Brasil.

2. O Fundo de Saúde no município de São Paulo numa perspectiva histórica de apropriação pelo setor privado – as OS

No município de São Paulo, o Fundo Municipal de Saúde (Fundes), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, foi criado pela Lei 10.830/1990, durante a gestão da prefeita Luíza Erundina do Partido dos Trabalhadores (PT) (1989-1992), sendo

posteriormente modificado pela Lei 13.563/2003, na gestão da prefeita Marta Suplicy do PT (2001-2004) quando se implanta o SUS tardiamente neste município¹⁰. Conforme o artigo 2 desta Lei, a instituição do Fundo Municipal de Saúde, baseado na Lei 8.142/1990 do SUS, busca criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal para atuar de forma autônoma na implantação, consolidação e manutenção do SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes. Neste sentido, torna-se, então, fundamental assegurar a descentralização do orçamento da Secretaria em relação ao conjunto do governo municipal, garantindo recursos específicos para implantar um sistema de saúde com base no acesso universal, na integralidade da assistência e tendo como característica chave o caráter público do SUS local.

Sob intenso processo de descentralização, a prefeita Erundina instituiu a divisão do município em 10 Regiões de Saúde e inicialmente 5 Distritos de Saúde, construindo progressivamente os demais distritos. Ao final da gestão, havia 32 distritos, dos quais a maioria era unidade orçamentária, o que resultou em “um enorme esforço de capacitação do pessoal das equipes distritais e teve resultados evidentes quanto à tão necessária agilidade para comprar serviços e material para manutenção de equipamentos e prédios, aquisição de medicamentos e material de consumo, etc.”¹¹⁰⁽³³⁾. Tais passos foram cruciais rumo à descentralização, atrelados à criação do FMS, o que assegurou a autonomia da SMS para executar as ações e serviços de saúde diante do governo municipal como um todo.

Entre os dois governos petistas no município de São Paulo a saúde pública sofre um desmantelamento de suas ações com os governos de Paulo Maluf do Partido Popular (PP) (1993 a 1996) e Celso Pitta do PP (1997 a 2000). O Fundo de Saúde passa a ser, prioritariamente, destinado aos interesses do setor privado nesse setor. Isto porque se implanta no governo Maluf o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em que o município passa a ser dividido em módulos assistenciais gerenciados por cooperativas privadas, aprovadas em Câmara Municipal pela Lei n. 11.866, de 13 de setembro de 1995 e que teve continuidade na gestão Pitta.

Alves Sobrinho¹² é enfático ao descrever esse período que antecede a introdução do SUS na maior cidade brasileira:

Em São Paulo, capital econômica do país e exemplo extremo de nossas disparidades sociais foi particularmente difícil a chegada do SUS. Os primeiros passos dados pela prefeita Luiza Erundina (1989-1992) foram bruscamente interrompidos por duas gestões extremamente

reacionárias que tentaram uma experiência de privatização selvagem que destruiu a rede municipal de saúde (uma poderosa rede com mais de 40.000 trabalhadores de saúde) e que acabou se tornando um caso de polícia pelos seus desmandos e irregularidades administrativas e financeiras¹²⁽²⁶⁾.

Em 2001, quando Marta Suplicy assume a prefeitura de São Paulo busca retomar a gestão integral dos equipamentos públicos de saúde, encerrando com o PAS e dando início à implantação tardia do SUS no município em relação aos demais municípios do país. O Fundo Municipal de Saúde (Fumdes) funcionava, mas de maneira irregular em relação às determinações da legislação municipal, estadual e federal. Nesse contexto, deu-se prioridade à alteração da legislação do Fumdes, com o objetivo de assegurar que todos os recursos financeiros, sejam do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual e do governo municipal, fossem destinados à Secretaria Municipal de Saúde, a fim de fortalecerem a implantação do SUS municipal, com a devida autonomia dessa secretaria para a execução de todas as ações e serviços públicos no município (MENDES, 2003).

De acordo com o novo plano de saúde do município na gestão da então prefeita, priorizou-se a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), como pilar essencial do projeto de implantação do SUS, garantindo a atenção básica da saúde como ordenadora do sistema local. A materialização dessa ação ocorreu com a atuação das Organizações Sociais, por meio do estabelecimento de contratos de gestão. À época, o PSF correspondia ao segundo maior item de despesa do Fumdes após a área hospitalar, contando com fontes de recursos federal e, especialmente municipal (MENDES, 2003).

Na realidade, para o funcionamento do PSF foi realizada a contratação de 12 instituições privadas de caráter não lucrativo, intituladas como “entidades parceiras” pela gestão Marta Suplicy. A caracterização dessas entidades é variada, sendo mantenedoras e fundações de apoio dos principais hospitais universitários públicos e filantrópicos da cidade, compostas por congregações católicas, fundações privadas de apoio, uma sociedade de ex-alunos, um centro de estudos, uma universidade privada e duas ONGs com trabalhos em comunidades populares. São elas: 1) Associação Congregação Santa Catarina; 2) Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein; 3) Associação Saúde da Família; 4) Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim (Cejam); 5) Fundação Faculdade de Medicina da USP; 6) Instituto Adventista de Ensino da Unasp; 7) Associação Comunitária Monte Azul; 8) Casa de Saúde Santa Marcelina; 9) Fundação Zerbini; 10) Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

(SPDM); 11) Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; e 12) Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa/OSEC).

A meta do plano de saúde para o PSF, ao final do governo em 2004, era instalar na rede municipal cerca de 1.749 equipes e 10.496 agentes comunitários de saúde. Em março de 2003 estavam criadas 531 equipes de Saúde da Família e 170 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; somavam 4.256 agentes, constituindo-se, à época, o maior programa do país (SILVA, 2004).

Cabe observar que a implantação do PSF pela SMS-SP em 2001 foi aprovada pelo CMS por um voto de diferença, expressando um conjunto de dúvidas e questionamentos que se encontrava em debate no período. Os argumentos críticos baseavam-se em três ordens de questões, não excludentes entre si, como assinala Palma:

Uma primeira dizia respeito à ausência e controle público sobre as ações e os serviços desenvolvidos pelas “entidades parceiras”, dado seu caráter privado, ainda que filantrópico, e dada a diversidade de interesses em jogo. Uma segunda questão, mais ampla, relacionava-se ao risco de redução dos princípios da universalidade e integralidade do SUS a um projeto destinado aos mais pobres, fortalecendo políticas focalistas, defendidas, principalmente, pelo Banco Mundial. Por fim, uma terceira crítica associada à face “controlista” do PSF que, ampliando sua jurisprudência sobre a vida social das famílias e opinando sobre seus hábitos e comportamentos, poderia constituir espaço para disciplina e controle dos indivíduos e de seus corpos, de medicalização de conflitos e tensões, extrapolando o campo da saúde, e servindo, como mostram muitos estudos da medicina social, como instrumento de reprodução da própria estrutura de classes da sociedade (PALMA, 2015, 135-6).

Diante do exposto, pode-se apreender que o desenvolvimento do SUS na cidade de São Paulo se dá, desde seu nascedouro, por práticas incrementalistas da lógica privada sob a gestão pública, em especial na Atenção Básica. Desse modo, o Fundo de Saúde passa a estar, em grande medida, a serviço dos interesses mais afetos ao fortalecimento do setor privado. O mais curioso é que essa prática se torna presente no município de São Paulo desde então até a atualidade.

Durante a gestão Marta Suplicy houve o maior incremento no programa. No final do primeiro ano, 2001, havia 185 equipes operando e no final de sua gestão esse número passou para 600. As gestões seguintes do PSDB seguiram expandindo o PSF, ainda que em ritmo menos intenso, mas utilizando-se do mesmo tipo de contratação de OS. A gestão Serra/Kassab (2005-2008) encerra-se com 840 equipes de PSF e a gestão Kassab (2010 a 2012) atinge 1098 equipes, ainda aquém do estabelecido pela meta do governo Marta.

Em que peso o investimento da gestão Serra/Kassab na ampliação do PSF, sua real prioridade foi na Assistência Médica Ambulatorial (AMA), centrada no atendimento

de urgência e emergência. Essa escolha decorreu de uma promessa eleitoral tanto de descongestionar e racionalizar a rede de serviços, quanto de aproximar o SUS a um modelo de atenção praticado, prioritariamente, pelo setor privado, fortalecendo os contratos de serviços com as OS. Essa situação foi intensificada na gestão Kassab à medida que foram instituídas as Parcerias Público Privadas (PPP). Como consequência desse processo, o Fundo de Saúde foi, ainda, mais comprometido com recursos destinados ao setor privado.

No início da gestão Haddad (2013-2016) havia um discurso de se romper com a participação do setor privado na utilização do Fundo de Saúde. No entanto, ao longo de sua gestão, esse discurso foi sendo abandonado e o que se observou foi a permanência da mesma lógica de manutenção desses contratos de gestão com as OS (FRAZÃO, 2020).

A Gestão Dória e Covas (2017-2020) optou por radicalizar este projeto a partir de uma reestruturação que extinguiu equipamentos, fechando Unidades Básicas de Saúde (UBS) e AMAS sob a justificativa de ampliação do atendimento por equipe do PSF, via fortalecimento das OS. A ampliação das equipes de Estratégia de Saúde da Família no município ocorreu sob uma submissão da população às condições de desassistência e encolhimento do alcance da Atenção Básica. Com um número reduzido de UBS (543), em relação ao período anterior, a Atenção Básica seguiu no âmbito dessa lógica de aumento da participação das OS, alcançando nos anos recentes cerca de 1300 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 123 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Dessa forma, verifica-se que os recursos do Fundo de Saúde foram sendo cada vez mais comprometidos com os interesses das modalidades privatizantes de gestão, nucleadas pelas OS. Essa temática será fruto de análise da próxima seção.

3. Características recentes das Organizações Sociais em São Paulo e a mercantilização implícita do Fundo de Saúde

As OS são normatizadas pela Lei Federal nº 9.637/1998, tendo como regime jurídico o direito privado sem fins lucrativos, não respeitando a Lei nº 8.666/1993 para compras e contratos, possuindo isenção de tributos, além de contratar toda força de trabalho através do regime CLT. Na cidade de São Paulo, as OS foram regulamentadas por meio da Lei Municipal n. 14.132, de 24 de janeiro de 2006, durante a gestão do prefeito José Serra (2005-2006). Todavia, como foi mencionado na seção 2 deste artigo, a participação da esfera privada na rede de saúde do município é anterior, possibilitada principalmente por meio de convênios, desde o PAS introduzido pela gestão Maluf (1993

a 1996). Contudo, a partir da gestão Marta Suplicy, muito diferente de uma participação direta de cooperativas privadas na saúde paulistana como na gestão anterior, inicia-se um processo de atuação das OS na atenção básica da saúde, por meio do PSF, como já mencionado na seção anterior.

Segundo as informações oficiais do sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de São Paulo, em pesquisa no ano de 2019, verificava-se, 10 (dez) Organizações Sociais da Saúde que firmaram Contratos de Gestão com essa Secretaria¹². Elas estão localizadas em 23 áreas geográficas e qualificadas na forma da Lei Municipal nº 14.132, de 24/01/2006 e do Decreto Municipal nº 52.858, de 20/12/2011. Nove dessas OS atuam nas Redes Assistenciais das Supervisões Técnicas de Saúde das regiões do município de São Paulo e 1 (uma) no desenvolvimento de serviços para realização de diagnósticos por imagem, conforme discriminadas no quadro 1.

Quadro 1. Organizações Sociais da Saúde no município de São Paulo, segundo data de qualificação, 2019.

NOME DA OSS	DATA DE QUALIFICAÇÃO
1. Casa de Saúde Santa Marcelina	11/07/2006
2. Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI)	11/07/2006
3. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	11/07/2006
4. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)	11/07/2006
5. Fundação do ABC	23/11/2006
6. Associação Congregação de Santa Catarina	28/03/2007
7. Associação Saúde da Família (ASF)	27/06/2007
8. Associação Comunitária Monte Azul	15/12/2007
9. Instituto de Assistência Básica e Avançada a Saúde (IABAS)	Sem informação
10. Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem (FIDI)	Sem informação

Fonte: Elaboração própria com base nos Contratos de Gestão das OSS disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2019.

Ao pesquisar no ano de 2021, para aferição dos Contratos de Gestão das OSS diante da pandemia de COVID-19, verifica-se um aumento expressivo de OSS qualificadas na listagem informada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Além das 10 (dez) OSS anteriormente qualificadas, a Secretaria informa mais 37 (trinta e sete) OSS atuando na cidade de São Paulo, e passa a informar a data de qualificação do

¹² Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de São Paulo, Prestação de Contas [internet]. [São Paulo, SP]. [acesso em 2019 set19]. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/

Instituto de Assistência Básica e Avançada a Saúde (IABAS) da Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem (FIDI), respectivamente em 02/08/2008 e 29/09/2006¹³.

Logo, as OSS informadas como executoras da política de saúde no município de São Paulo, que passaram a ser informadas no ano 2021, não são apenas as que foram qualificadas para o enfrentamento da COVID-19. Podemos constatar OSS que já atuavam anteriormente a 2019, ano e que a informação não se apresentava, conforme discriminadas no quadro 2.

Quadro 2. Organizações Sociais da Saúde no município de São Paulo, segundo data de qualificação, 2021.

NOME DA OSS	DATA DE QUALIFICAÇÃO
1. Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde	11/07/2006
2. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	11/07/2006
3. Associação Beneficente de Assistência Social e Saúde - Pró-Saúde	12/08/2006
4. Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	12/08/2006
5. Associação Beneficente de Coleta de Sangue - COLSAN	12/08/2006
6. Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro	16/08/2007
7. Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC	16/08/2007
8. Fundação Faculdade de Medicina – FMM	13/02/2008
9. Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC	10/05/2008
10. Sociedade Beneficente São Camilo	17/05/2008
11. Instituto de Responsabilidade Social Sírío Libanês	15/07/2008
12. Instituto SAS	15/07/2008
13. Instituto de Apoio ao Servidor Público - IASP	25/09/2009
14. Sociedade Assistencial Bandeirantes	09/07/2010
15. Casa de Isabel - Centro de Apoio à Mulher, à Criança e o Adol. V. Sit. Risco	26/03/2011
16. Instituto Social Hospital do Coração	22/12/2011
17. Associação Shozo Iwai	06/03/2013
18. Grupo de Apoio à Medicina Preventiva – GAMP	25/11/2015
19. Instituto Sócrates Guanaes	12/12/2015

¹³ Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Saúde, [internet]. [São Paulo, SP]. [acesso em 2019 set19]. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/gestao/coordenacao_de_parcerias_com_o_terceiro_setor__copats/cents/index.php?p=13877

20. Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na gestão Pública – INTS	12/12/2015
21. Sociedade Beneficente Caminho de Damasco	12/12/2015
22. Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH	06/01/2016
23. Instituto Nacional para o Progresso do Conhecimento e Saúde - INPCOS	23/03/2016
24. Instituto de Responsabilidade Social - Einstein	25/03/2016
25. Organização Social Vitale Saúde	08/04/2016
26. Santa Casa de Misericórdia de Pacaembu	31/08/2016
27. Associação Comunitária e Beneficente Padre José Augusto Machado Moreira	20/09/2016
28. Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde- INSAÚDE	03/06/2017
29. Instituto Social Hospital Alemão Oswaldo Cruz - ISHAOC	03/06/2017
30. Associação Treino Livre de Apoio Sociocultural - ATLAS	21/03/2018
31. Associação Saúde em Movimento – ASM	12/02/2019
32. Fênix do Brasil Saúde – Gestão e Desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde	25/06/2020
33. Fundação de Apoio à Universidade Municipal de São Caetano do Sul -FAUSCS	21/07/2020
34. Associação Beneficente Centro de Integração de Educação e Saúde (CIES)	19/09/2020
35. Associação Filantrópica Nova Esperança - AFNE	20/03/2021
36. Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos - INSV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória	14/04/2021
37. Instituto Saúde e Cidadania - ISAC	07/05/2021

Fonte: Elaboração própria com base na lista de informações das OSS qualificadas, disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2021.

No que tange à Rede Assistencial, os Contratos de Gestão são para a execução de serviços nos equipamentos em todos os níveis de atenção. Entretanto, é possível constatar, uma expressiva e majoritária atuação das OSS na atenção básica, em especial em UBS e AMA (Quadro 3).

Quadro 3. Unidades e Serviços Gerenciados por Organizações Sociais da Saúde no município de São Paulo, 2019.

MODALIDADES DE ATENÇÃO	ESTRUTURA DA REDE
------------------------	-------------------

Atenção Básica	ESF/EBS + NASF+PAVS (Ambientes Verdes e Saudáveis Saúde Indígena UBS Mista UBS Tradicional UBS Integral AMA 12 horas PAI EMAD/ EMAP
Urgência e Emergência	AMA 24 horas Pronto Socorro Pronto Atendimento – 24 horas UPA
Ambulatorial Especializada/ Redes temáticas	Ambulatório de Especialidades e AMA – E Unidades da Rede Hora Certa CEO Odontológico Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Rede de Atenção Psicossocial Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Hospitalar	Urgência Emergência Internações Ambulatório de Especialidades Serviço de Apoio Diagnóstico Hospital Dia EMAD/EMAP

Fonte: Elaboração própria com base nos Contratos de Gestão das OSS disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2019.

Na análise dos Contratos de Gestão¹⁴, constatou-se que os contratos entre 2014 e 2016, em vigor até a gestão atual, estabelecem prazos de contratação das OSS em 60 meses, com adição de mais 60 meses. Apesar da SMS/SP declarar que há 23 regiões técnicas classificadas na atuação das OSS, a Rede 013 não contém informações de existência de Contrato de Gestão, conforme os Contratos de Gestão das OSS disponíveis no site da Secretaria Municipal (Quadro 3).

Quadro 3. Contratos com OS vigentes por Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde, 2019.

REDE	ÁREA GEOGRÁFICA	OSS	INÍCIO DA VIGÊNCIA	QUANT. DE TERMOS ADITIVOS
001	Parelheiros	ASF	01/09/2014	24
002	Capela do Socorro	ASF	08/09/2014	32
003	Mooca/ Aricanduva	SPDM	08/05/2015	19
004	Perus/ Pirituba	SPDM	08/05/2015	36
005	Vila Mariana/ Jabaquara e Ipiranga	SPDM	08/05/2015	27
006	M'Boi Mirim e Campo Limpo	CEJAM	08/05/2015	30
007	Lapa/ Pinheiros (Lapa)	ASF	15/05/2015	29

¹⁴ Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de São Paulo, Prestação de Contas [internet]. [São Paulo, SP]. [acesso em 2019 set19]. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/

008	Vila Maria/ Vila Guilherme	SPDM	05/08/2015	18
009	São Mateus	Fundação do ABC	13/08/2015	21
010	São Miguel e Itaim Paulista	Santa Marcelina	05/08/2015	31
011	Itaquera/ Guaianases e Cidade Tiradentes	Santa Marcelina	05/08/2015	30
012	M'Boi Mirim	Monte Azul	sem data	21
013	Campo Limpo/ Vila Andrade	sem informação	-	-
014	Mooca Aricanduva e Vila Prudente/ Sapopemba	SPDM	31/07/2015	27
015	Vila Prudente/ Sapopemba	SPDM	31/07/2015	21
016	Lapa Pinheiros (Pinheiros)	ASF	sem data	22
017	Santa Amaro e Cidade Ademar	Santa Catarina	05/08/2015	25
018	Freguesia do Ó/ Brasilândia e casa Verde/ Cachoeirinha	ASF	sem data	26
019	Ermelino Matarazzo	Secongi	19/07/2016	18
020	Penha	Secongi	23/02/2016	18
021	Santana/ Tucuruvi/ Jaçanã/ Tremembé	IABAS	29/02/2016	20
022	Butantã	SPDM	30/03/2016	14
023	Sé	IABAS	21/04/2016	23

Fonte: elaboração própria com base nos Contratos de Gestão das OSS disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2019.

Ao se analisar os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios de Prestação de Contas, num recorte temporal desde 2011, pode-se notar um crescimento significativo na transferência da execução dos serviços de saúde para o modelo de gestão via Contrato de gestão por Organizações Sociais da Saúde ou Convênios¹⁵. Em 2017, das 453 Unidades Básicas do município, apenas 94 eram geridas por administração pública. Em 2018, passaram a ser 84 UBS e em 2019, somente 70 UBS ainda são administradas diretamente pelo poder público, demonstrando a dependência das OS no oferecimento dos serviços da atenção básica no município.

Neste contexto, é possível perceber que os recursos do Fundo de Saúde passam a ser cada vez mais apropriados por essas entidades de caráter privado, explicitando o movimento de mercantilização implícita, marcado pela lógica de ampliação dos mecanismos de mercado no SUS municipal. Nota-se, de forma significativa, o aumento das transferências de recursos do Fundo de Saúde para as OS entre 2011 a 2017, com

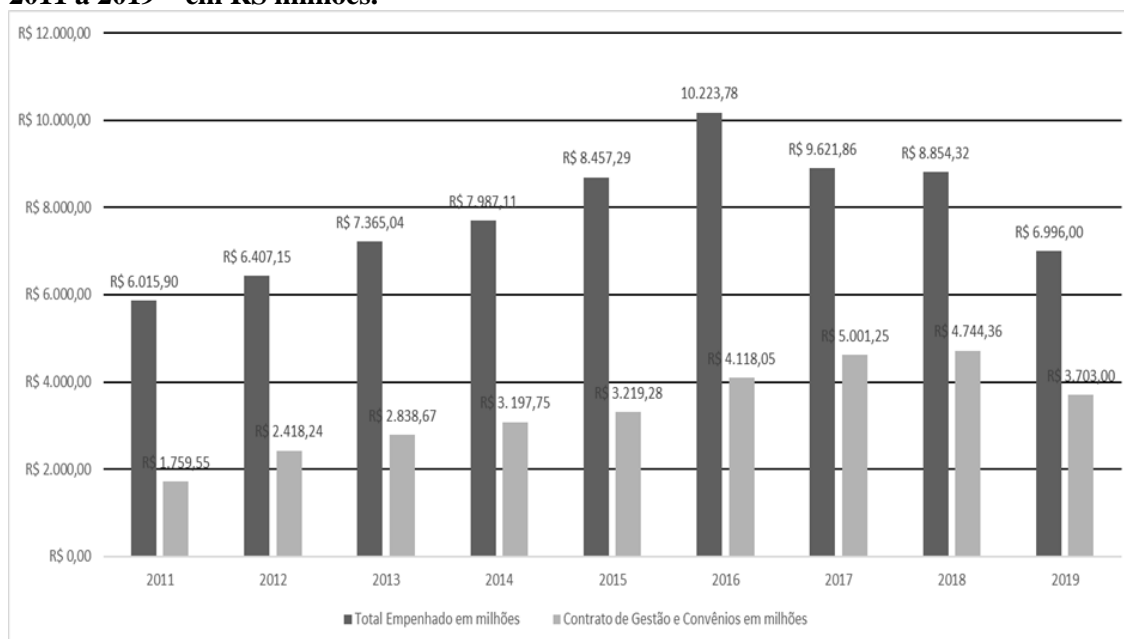
¹⁵ Secretaria de Saúde, Portal Transparência [internet]. [São Paulo, SP]. [acesso em 2019 set19].

Disponível em

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347

efetivo destaque para o crescimento desse último ano de início da Gestão Dória/Covas (Gráfico 1). Dessa maneira, intensifica-se o modo pelo qual esses recursos sejam orientados pelo cumprimento de metas quantitativas de produção de serviços, conforme estabelecidas nos contratos de gestão, distanciados da lógica de uma melhoria da saúde para o conjunto da população.

Gráfico 1. Evolução dos recursos do Fundo de saúde, segundo os valores totais empenhados e os destinados para os Contratos de Gestão e Convênios com OS no Município de São Paulo, 2011 a 2019 – em R\$ milhões.

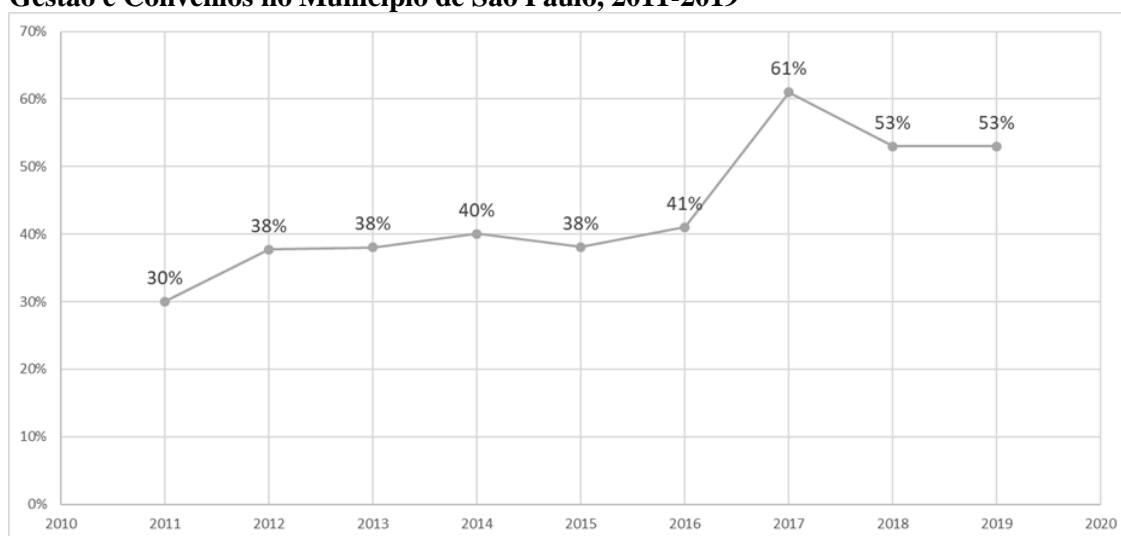


Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios de prestação de contas do município de São Paulo. Valores deflacionados em relação a 2019 pelo índice IGP-DI/FGV.

Conforme o Gráfico 1, entre 2011 e 2017, o crescimento dos recursos destinados pelo Fundo de Saúde para as OS, que passaram de R\$ 1,7 bilhão para R\$ 5,0 bilhões, sofre uma pequena interrupção a partir de 2018, resultando em menores valores nos anos seguintes, sendo R\$ 4,7 bilhões, em 2018, e R\$ 3,7 bilhões, em 2019. Isto porque, verifica-se que a partir de 2017 ocorre uma diminuição dos recursos totais empenhados em virtude da introdução da Emenda Constitucional nº 95 aprovada em 2016, instituindo o Novo Regime Fiscal que congelou as despesas primárias da União, reduzindo então os valores da fonte dos recursos federal transferidos pelo Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de São Paulo.

Contudo, se analisarmos a participação relativa das transferências para as OS em relação ao total dos recursos empenhados do Fundo de Saúde, observa-se que a tendência de crescimento se mantém ao longo do período compreendido entre 2011 a 2019, conforme indicado pelo Gráfico 2.

Gráfico 2. Evolução em percentual da apropriação do fundo público pelos Contratos de Gestão e Convênios no Município de São Paulo, 2011-2019



Fonte: Elaboração própria com base nos Relatórios de Gestão e Relatórios de Prestação de Contas da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Observa-se no Gráfico 2 que, em termos percentuais, os valores repassados aos Contratos de Gestão e Convênios das OS, em relação ao total dos recursos empenhados do Fundo de Saúde, alcançam um patamar considerado em 2017, sendo 61%, mantendo-se quase nessa mesma tendência elevada nos anos de 2018 (53%) e 2019 (53%), mesmo que os valores desse último ano sejam contabilizados até o segundo quadrimestre (Gráfico 2).

Em funcionamento na saúde do município há mais de duas décadas, as OS se configuraram e se estruturaram em arranjos ainda bastante obscuros no âmbito da gestão e prestação de contas desses serviços, tanto no que tange à economia, quanto à qualidade da assistência à saúde. O argumento de redução dos gastos públicos não é palpável, ao passo que os indicativos de resultados ainda são frágeis. Sendo assim, pesquisas que balizem a complexidade da questão em tela apresentam-se cada vez mais necessárias, principalmente pelos limites impostos de averiguação de indicadores a partir das informações que estão à público, limites estes defrontados pelo presente estudo.

Para Correia e Santos (2015), a gestão de saúde pública por OS, adotadas pelo estado de São Paulo e que tem sido seguida como modelo para outros estados e municípios brasileiros, demonstra efeitos negativos na qualidade dos serviços quando gerenciados por OS, sendo alvo de estudos do Tribunal de Contas do Estado (TCE) paulista que comparou os modelos de gestão por OS e administração direta no estado de São Paulo²¹. Contatou-se, via estudo do TCE/SP, que o modelo de gestão por OS representa maior custo da execução da política de saúde, desigualdade de salários que são

praticados acima da média para cargos de alto escalão e abaixo da média para os demais cargos, em disparidade com a administração direta. Além de, atestar maior taxa de mortalidade geral em hospitais com esse modelo de gestão por OS.

Observa-se, portanto, que o instrumento de Contrato de Gestão e seus respectivos planos de ação e de resultados no município de São Paulo tem se revelado insuficiente para maior mensuração da execução dos serviços orçados pelo Fundo de Saúde. Por sua vez, os Convênios utilizados, quando da sua prestação de contas, não apresentam quaisquer informações a respeito da execução dos serviços, revelando-se um instrumento jurídico distante dos princípios éticos da administração pública (CORREIA e SANTOS, 2015).

Considerações Finais

O modelo de gestão via OSS ganha visibilidade como instrumento para o enfrentamento da COVID-19 em todo território nacional. Neste modelo de gestão, o Estado, estados e municípios definem a política, e cabe, às OSS a execução. A atuação das OSS no enfrentamento da pandemia varia conforme a região do país, com situações completamente diferentes ao longo do território nacional, com modelos que divergem. Em São Paulo, Ceará e Sergipe, é possível identificar uma presença significativa das OSS, enquanto, em outros estados, a participação das organizações sociais é incipiente.

As OSS tornaram-se uma ferramenta oportuna utilizada pelo setor público em todo Brasil, modalidade de gestão adotado após a contrarreforma do Estado nos anos 1990. O modelo de gestão via OSS na política de saúde no município de São Paulo vem adquirindo principalidade na administração dos serviços de saúde, em contraposição à gestão pública direta. Constatamos que as entidades privadas na execução dos serviços de saúde do município têm sido a marca histórica, antecedendo inclusive a implantação do SUS nesta cidade, caracterizando uma prática estrutural e cada vez mais presente nas gestões atuais.

Nesta perspectiva, cabe reiterarmos que o fundo público, criado para fornecer sustentação material das políticas sociais em consonância com o processo de valorização do capital, tem se demonstrado presente no município de São Paulo. Percebe-se sua intensa disputa, com muita força, pelos interesses do capital, ou seja, pelas Organizações Sociais da Saúde, sendo desfavorável à sua utilização pela classe trabalhadora.

Ademais, constatamos que o Fundo de Saúde do município de São Paulo foi se distanciando dos objetivos de sua criação, quando dispostos na lei 13.563/2003, instituída

pela prefeita Marta Suplicy do PT. Isto porque, ao ser crescentemente apropriado pelas modalidades privatizantes de gestão na saúde, como as OSS, desde então, ainda que tenha garantido a descentralização do orçamento da Secretaria em relação governo municipal como um todo, seus recursos não foram priorizados para serem destinados ao caráter público do SUS local, conforme determinado em lei municipal, apoiado na Lei federal n. 8.142/90. A administração direta como forma de gestão para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde foi sendo abandonada pelo município e os recursos do Fundo de Saúde foram fortalecendo o caráter privado dessas ações e serviços, principalmente em nível da atenção básica.

É digno de nota que esse distanciamento do caráter público do SUS local é perceptível quando se analisa os contratos de gestão das OS e os convênios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Vários são os aspectos que demonstram esse quadro, dentre eles destacam-se: maior custo da execução da política de saúde, com intensa desigualdade entre os salários dos trabalhadores nos diferentes cargos, quando comparados com à administração direta; e principalmente a ausência de informação adequada e suficiente nos Contratos e Convênios para se proceder a avaliação dos resultados da política de saúde, restringindo-se a dados dos recursos executados.

Sendo assim, reconhecemos que o fundo público de saúde em São Paulo vem sendo configurado como um processo de “mercantilização implícita” por meio das OS, tendo parte significativa do orçamento do SUS municipal orientado às modalidades de gestão privada, o que torna a distribuição de recursos públicos voltada para o fortalecimento dos interesses privados.

Pretende-se, ainda, alertar e corroborar com este trabalho, que no caso de São Paulo se está caminhando na rota de privilegiar o setor privado na saúde, cenário que se pretendia superar ao ser concebida a Reforma Sanitária Brasileira. A conjuntura atual da maior cidade brasileira cede cada vez mais à apropriação mercantil de recursos monetários acumulados pela classe trabalhadora, na contramão de um projeto de sociedade que assegure a manutenção de um sistema público e universal de saúde.

Não restam dúvidas de que o momento exige uma grande mobilização em defesa da vida e em defesa do SUS. Longe de esgotar a análise da totalidade dos fatos e defronte da necessidade de olhá-los de forma relacional e com muita criticidade, consideramos que esse momento solicita mais do que nunca reafirmarmos e recuperarmos o protagonismo da participação social, para não correremos os riscos de sermos capturadas pela narrativa da falaciosa necessidade de mais ajustes estruturais após a pandemia ceder, com o

argumento de que a pandemia nos custou uma crise, gerou déficits e que a conta deve ser paga, mais uma vez, pela classe trabalhadora.

Referências

ALVES SOBRINHO, E.J. São Paulo de volta ao Brasil e à Constituição. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003.

BBC News. Covid-19 expõe dependência de itens de saúde fabricados na China. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52465757>. Acessado em: 10/05/2021.

BBC News. Pandemia evidencia que Brasil gasta pouco e mal em saúde pública, diz diretor da OCDE. Disponível em: <https://tinyurl.com/rd2rwzrv>. Acessado em: 10/05/2021.

BEHRING, E.R. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: _____ et al. Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm (prazo de vigência encerrado em 19/07/2020).

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 928, de 23 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv928.htm (prazo de vigência encerrado em 20/07/2020).

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acessado em: 11/05/2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10283.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em: 29/05/2021.

BRASIL. Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF. 1990.

_____. Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF. 1990.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Senado Federal: 1988.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (org.).

Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001103

_____. Uma resposta estratégica aos desafios do capitalismo global e da democracia. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública. Brasília: Seminário de 06 a 08 de agosto de 2002, 2002, p.29-35. Mimeo

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acessado em: 11/05/2021.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acessado em: 11/05/2021.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel CONASS Covid-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acessado em: 19/05/2021.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Competências e Fragilidades das PPP. Disponível em <https://www.conass.org.br/covid-19-expoe-competencias-e-fragilidades-das-parcerias-entre-setor-publico-e-sociedade-civil/>[acesso em 29/05/2021].

CORREIA, M.V.C., SANTOS, V.M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais em questão. In: Bravo MIS, et al. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.

DAIN, S.; SOARES, L. T. Reforma do Estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. In: OLIVEIRA, Marco Antonio de (org.). Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil. Campinas: UNICAMP, 1998.

DUARTE, M.M.S, HASLETT, M.I.C, FREITAS, L.J.A, GOMES, N.T.N, SILVA, D.C.C, PERCIO, J. Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020. Epidemiol. Serv. Saúde, 29(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500011>. 2020.

FARIAS, L. A. B. G.; COLARES, M.P.; BARRETOTI, F. K. A.; GÓES, L. P. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2020 Jan-Dez; 15(42):2455.

FERREIRA, M.J.; MENDES, A. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. Ciências & Saúde Coletiva. 23(7):2159-2170, 2018.

FRAZÃO, F. “Haddad nega ser contra as OS da saúde”. O Estado de S. Paulo, 19/10, 2012. Disponível em <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,haddad-nega-ser-contra-organizacoes-sociais-na-saude,948080>, [acesso em 9/08/2020].

HALLAL, P.C., VICTORA, C.G. Overcoming Brazil’s monumental COVID-19 failure: an urgent call to action. Nature Medicine, 2021).

JUNQUEIRA, V. Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000). São Paulo, Instituto Pólis/PUC- SP, 2002.

MENDES, A. A busca da cumplicidade entre o planejamento e o processo orçamentário na saúde paulistana. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. Saúde e Sociedade (USP. Impresso), v. 23, p. 1183-1197, 2014.

PALMA, J. Lutas sociais e construção do SUS. São Paulo: Hucitec, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de São Paulo, Prestação de Contas [internet]. [São Paulo, SP]. [acesso em 2019 set19]. Disponível em

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/

Secretaria de Saúde, Portal Transparência [internet]. [São Paulo, SP]. [acesso em 2019 set19]. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acao_a_informacao/index.php?p=178347

SANTOS, Keila Mendes. Os Aspectos Ideológicos da Emenda Constitucional N. 95 (Novo Regime Fiscal) e o Efeito Cliquet. Âmbito Jurídico. 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/os-aspectos-ideologicos-da-emenda-constitucional-n-95-novo-regime-fiscal-e-o-efeito-cliquet/>. Acessado em: 11/05/2021.

SILVA, Z.P. A Política Municipal de Saúde (2001-2003). São Paulo: Instituto Pólis; PUC-SP, 2004.

SOUSA, M.F.; MENDES, A, organizadores. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003.

TAMBELINI, E.F. A participação das organizações parceiras na atenção básica em saúde no município de São Paulo. Mestrado. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2008.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Diretoria de contas do governador [internet]. Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde. [acesso em 2019 nov19]. Disponível em https://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/2011-10-03-Comparacao_de_hospitais_estaduais_paulistas-estudo_compara.pdf