



A POLITICA DE SAÚDE BRASILEIRA: algumas reflexões sobre as organizações sociais

Débora Holanda Leite Menezes¹

Resumo:

O artigo faz uma breve análise da nova configuração da política de saúde no Brasil, contextualizando as Organizações Sociais e qual tem sido o papel dessas organizações na política pública. Busca-se, superar olhares enviesados sobre a discussão dessas organizações, reconhecendo elementos que vão para além da lógica neoliberal. O artigo conta com apresentação do conceito de política social; o marco legal da política de saúde e das Organizações Sociais; o contexto atual da Política de Saúde e das Organizações Sociais; e, as conclusões sobre o papel das Organizações Sociais no contexto brasileiro. A metodologia foi revisão bibliográfica e pesquisa documental sobre o tema.

Palavras chave: Política Social. Organização Social. Política de Saúde.

Abstract:

The article makes a brief analysis of the new configuration of health policy in Brazil, contextualizing the Social Organizations and qualitative of the role of organizations in public policy. It seeks to overcome biased views on a debate about organizations, elements that go beyond the neoliberal logic. The article presenting the concept of social policy; The legal framework of health policy and social organizations; The current context of the Health Policy and Social Organizations; And, as conclusions about the role of Social Organizations in the Brazilian context. The methodology for bibliographic review and documentary research on the subject.

Keywords: Social Policy. Social Organization. Health Policy.

¹ Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Hugo de Carvalho Pedrosa – Mendes RJ, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutoranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. Email: debyholanda@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente artigo visa analisar brevemente a nova configuração da gestão da política de saúde, com a adoção das Organizações Sociais, por entender que a política de saúde integra o tripé da Seguridade Social; por reconhecer que se consolidou na Constituição Federal (CF) de 1988, fruto de luta dos movimentos sociais e ainda por ter como traço o caráter universal e público.

Entretanto, por, mais que, expresse avanços o campo da saúde se tornou alvo de críticas e investimentos privados, apesar de estes investimentos estarem previstos na CF, como caráter complementar.

Mas, não pode se perder de vista que nesse contexto, acompanhado dessas conquistas vivia-se no cenário internacional um questionamento com relação ao papel do Estado, suas margens de atuação e a eficiência do modelo burocrático, abrindo espaço para a configuração de propostas de Reforma do Estado.

Para discutir tais questões se faz necessário conceituar algumas reflexões sobre política social, da mesma maneira que é importante resgatar brevemente a configuração da política de saúde e o marco legal da entrada das Organizações Sociais (OS) na gestão da política, tratando de algumas questões novas que surgem com essas práticas de gestão no contexto de implementação.

Historicamente, no Brasil, identifica-se a existência de muitos estudos sobre as políticas sociais, porém coadunamos com Castro (2012), que aponta para a limitação dessas reflexões, que são restritas e fragmentadas, no que se refere à Política Social Brasileira e não possibilita assim que as políticas sociais tenham um traço totalizante na sua abordagem.

Por isso, concordamos com o conceito de Política Social abordado por Castro (2012, p. 1018):

como sendo composta por um conjunto de programas e ações do Estado, que manifestam em oferta de bens e serviços, transferências de renda e regulação, com o objetivo de atender as necessidades e os direitos sociais que afetam vários componentes das condições básicas da população, inclusive aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade.

A escolha por essa definição nos permite compreender de forma mais complexa, o que é política pública, reconhecendo a existência da totalidade e dinamicidade, que compõe a política estatal, abarcando assim critérios que permeiam a proteção e a promoção.

Destaca-se ainda sobre as políticas sociais, que essas têm sido fruto de longos anos de luta e mobilização dos movimentos sociais, ou de concessão das próprias organizações públicas (CASTRO, 2012).

Outro aspecto importante para fundamentar as reflexões acerca das políticas públicas² é que não são neutras e que em sua maioria são ações dos gestores da administração pública, objetivando materializar os direitos sociais garantidos constitucionalmente.

Contudo, ao reconhecer a importância dos movimentos sociais no processo de reivindicação das políticas sociais e o papel da gestão em tentar garantir os direitos, nos aproximamos da política de saúde brasileira, entendendo que essa foi fruto de uma pauta de demandas postas pelo Movimento Sanitário e por uma necessidade de gestão de atender o que estava sendo previsto na CF de 1988.

Dessa maneira, pode-se dizer que a Política de Saúde no Brasil é um campo permeado de disputas e que foi somente com a CF de 1988 que a Saúde ganhou o *status* de política pública estatal e universal – fruto da luta e da mobilização de movimentos populares, sindicais e acadêmicos. A CF 88, ao instituir o tripé da Seguridade Social³ – Saúde, Previdência e Assistência Social – assume, para a Saúde, os princípios oriundos do Movimento da Reforma Sanitária – ações de prevenção e promoção à saúde; participação social por meio do controle social; e ainda ações de educação em saúde – que se materializam na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, nos anos 1990, tínhamos um contexto político um caráter legitimador dos dispositivos constitucionais, mas do ponto de vista econômico a implantação do SUS era desfavorável (PIOLA, *et. alli*, s/d). Diante desse contexto econômico, uma das estratégias utilizadas foi a implementação de um modelo de gestão para os serviços sociais cuja pedra basilar era privatização, transferência das responsabilidades do Estado para organizações sem fins lucrativos, tendo como alvos diminuir gastos sociais e combater a ineficiência pública, revendo assim o papel do Estado.

De acordo com Contreiras e Matta (2015), no contexto da crise econômica mundial e da globalização, ganhou destaque a tese de que o crescimento econômico e a consolidação da democracia exigiam a redução dos gastos públicos.

Assim, dentre os campos, que despertou interesse, temos a política de saúde devido ao grande potencial de consumo privado – seguros e planos de saúde; indústria de medicamentos e equipamentos de saúde; redes hospitalares e farmacêuticas.

Além disso, o fortalecimento também deste campo se deu em torno da avaliação promovida pelo Banco Mundial que considera o *“mau desempenho como reflexo da falta de*

² Para Potyara (2009, p. 96) *“política pública é uma estratégia de ação pensada, planejada, e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual tanto o Estado como a sociedade desempenham papel ativo”*.

³ Para Delgado, Jaccoud e Nogueira (s./d., p. 21) *“o termo Seguridade Social é um conceito estruturante das políticas sociais cuja a principal característica é de expressar o esforço de garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado.”*

autonomia financeira e técnico administrativa". (WORK BANK, 2007 *apud* NOGUEIRA, 2011, p. 24). Contudo, tem que se considerar também que repasses financeiros, podem ser insuficientes para manutenção da qualidade dos serviços.

Seguindo as reflexões de Nogueira (2011), merece ser pontuado que essa freqüente necessidade de construção de autonomia na gerência financeira das unidades gerenciais apontam para dois caminhos de reforma: um pautado no modelo de *thatcheriana*, que privilegia eficiência dos serviços públicos, com pouco desperdício; e, a outra, aquela que almeja alcançar *efetividade*, garantindo o acesso e melhor qualidade dos serviços públicos.

A partir dessas reflexões pode-se dizer que no Brasil, foi no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), como Presidente da República, e Luiz Carlos Bresser Pereira à frente do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), temos a tentativa de Reforma do Estado através da transferência dos serviços prestados pelas políticas sociais brasileiras (notadamente a Saúde) à iniciativa privada ganha forma por meio das Organizações Sociais (OS – instituídas pela Lei nº 9.637, de 15/05/1998), inserindo a lógica gerencial (produtividade, metas, competitividade etc.) no serviço público.

Com o intuito de estudar, mais detalhadamente, uma política social, este artigo teve como objetivo fazer um sucinto resgate histórico da política de saúde, enquanto política pública, mapeando, a partir disso as nuances postas pelas OS e as configurações presentes nos dias atuais.

O estudo utilizou primordialmente uma revisão bibliográfica e pesquisa documental sobre o tema.

MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Para debatermos o marco legal da política de saúde brasileira e a emergência das OS, devemos nos reportar ao início da década de 80, que foi um período marcado por lutas democráticas, na consolidação desta política pública em questão.

Nos anos que antecederam a década de 80 a política de Saúde vigente, se moldava ao modelo médico assistencial privatista, com atendimento da população previdenciária, o que se caracterizava pela *cidadania regulada*. (SANTOS, 1987). Esse modelo de política de saúde excluía a parcela da população que não possuía vínculo previdenciário e a população rural. Porém, este modelo muito beneficiou o setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médico-curativa) e o setor privado internacional (produtor de insumos de Saúde).

Entretanto, só no período entre o final da década de 70 e início da década de 80, começaram a surgir propostas, por parte da sociedade civil, dos profissionais de Saúde, que



poderiam fortalecer os recursos para o setor público de Saúde e reverter o modelo privilegiador do setor privado, e que defendiam melhorias na política de Saúde. O processo de democratização contou, então, com a participação de novos sujeitos sociais: os profissionais de Saúde, representados pelas suas entidades categoria, ultrapassaram os interesses corporativos em prol da coletividade (como os interesses vinculados à melhoria da Saúde e dos serviços públicos). O Movimento Sanitário ampliou-se e incorporou parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, e até mesmo envolveu alguns técnicos das instituições de Saúde, promovendo debates e divulgando suas ideias.

O projeto de Reforma Sanitária propunha a democratização da Saúde, objetivando que a Saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas, com acesso de qualidade; que a Saúde fosse incorporada pela concepção de Seguridade Social e não mais pelo modelo de *seguro social* das décadas anteriores, dando assim a responsabilidade ao Estado, de assegurar os meios de acesso aos serviços, reorientando o sistema de Saúde brasileiro e implementando o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Saúde, no Brasil, teve como acontecimento mais importante a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Cabe, ainda, esclarecer que, antes da Conferência, ocorreram pré-conferências, em todo o território nacional, embasadas no temário pré-estabelecido. Nesta conferência foram debatidos vários temas. Destaca-se como central “a *extensão das ações de Saúde através de serviços básicos*”.

A afirmação jurídica da Saúde ocorre durante o processo da Constituinte e com a promulgação da CF em 1988. Nesse ponto, a Saúde passa a ser direito da população e dever do Estado, como determinado no art. 196, no título da Ordem Social.

Para além do texto constitucional, ocorreram conquistas jurídico-institucionais, como a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990, que dispõe sobre a promoção, prevenção e recuperação da Saúde, estabelecendo que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social; e nº 8.142/1990, que trata da participação no controle social); e a Norma Operacional Básica (NOB)/96, que descentraliza a administração e o controle dos gastos, os avanços jurídicos nortearam a política de saúde.

Nos anos 90, apesar dos avanços legais e da instalação do SUS, o Brasil se insere no cenário reformista em reflexo ao que vinha sendo posto nos anos 70, com o processo de crise econômica global, que gerava a necessidade reformas para a redefinição do papel do Estado.

Destaca-se então, que no Brasil, neste período, a construção de uma agenda baseada no modelo gerencial, que tinha por prioridade, a racionalização dos gastos públicos

e questionava-se a capacidade do Estado e o modelo burocrático para atenuar ou resolver os problemas. (SILVA, 2012).

Constata-se que as privatizações via OS pouco avançou nas duas primeira décadas do SUS, porém temos um avanço no que se refere ao repasse financeiro na saúde suplementar, o que de certa maneira, tende a beneficiar mais os consumidores dos planos privados de saúde. Seguindo a isso temos também os incentivos de contratação do setor privado para prestação de serviços, dando prioridade aos setores sem fins lucrativos.

Entretanto, não se pode deixar de trazer algumas reflexões importantes com relação a adoção de medidas reformistas, visto, que elas fazem parte da trajetória do Brasil, desde os primeiros anos do governo Vargas e que se destacaram ao longo da história brasileira. Isto porque que desde o Decreto nº 200/67, o país tentou adotar o modelo gerencial, porém só em 1990, que essa pauta de questões entra na agenda do governo.

Em 1995, o Presidente FHC assume o poder. A sua condução política foi manter a mesma lógica de redução de direitos da gestão anterior, porém, realizou-a de maneira mais ofensiva, modificando, substancialmente, a estrutura do Estado, por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado - PDRAE - (BRASIL, 1995), proposta elaborada pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, do MARE. No referido documento, foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

O PDRAE propugnava a reforma do Estado brasileiro como uma estratégia para o abandono do modelo estatizante, e adoção de um *modelo gerencial*, cujas características são a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. Desta forma, o Estado deixa de ser o responsável direto pelas políticas sociais para se tornar regulador, transferindo tais responsabilidades para o âmbito privado, notadamente a partir da criação de uma esfera pública não estatal. Essa transferência aconteceu através de concessão de equipamentos, recursos humanos e financeiros.

Assim, o PDRAE redefine do papel do Estado, o qual não mais teria responsabilidade direta no desenvolvimento social e econômico, por meio da produção de bens e serviços, restringindo sua atuação, ao financiamento e à regulação das atividades. Na esfera econômica o Estado se caracterizaria como instrumento de transferências de recursos financeiros destinados aos objetivos de garantia da ordem interna e da segurança externa; aos objetivos sociais; e, aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. (BRASIL, 1995).

Pode-se dizer que as propostas de Reforma do Estado para o setor Saúde foi instituída pela Lei nº 9.637/1998, que deu origem às OS:

Organizações Sociais são um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de

uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (BRASIL, 1998, p. 13).

Sinaliza-se ainda, que as OS foram criadas, com base na flexibilização da gestão e aumento da *accountability*, cabendo ao Estado o repasse financeiro e o controle (SANO e ABRUCIO, 2008).

Assim, reiteramos as concepções de que as OS tem dois objetivos:

(1) garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; e (2) levar ao incremento do controle social dessas entidades, fortalecendo práticas que aumentem a participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OS, ampliando a parceria entre o Estado e a sociedade. (BRASIL, 1997, p. 11).

Todavia, coadunamos com Sano e Abrucio (2008), que por mais que tal proposta tenha sido colocada na agenda do governo FHC é notável que ele não apoiava integralmente esse projeto, posto que a preocupação prioritária era com ajuste fiscal, haja vista que a flexibilização poderia gerar um risco as metas fiscais.

Ou seja, estes questionamentos geraram problemas no que se refere ao desenvolvimento do Plano Diretor, visto que as agências executivas não saíram do papel e as Organizações Sociais surgiram fragilizadas. (SANO e ABRUCIO, 2008). O que para Silva (2012) gerou uma tensão, que promoveu uma fragmentação do aparelho de Estado brasileiro, fazendo que antigos e novos formatos organizacionais passassem a conviver. Essa reprodução ocorreu na saúde, dando origem a certo experimentalismo, com serviços de saúde baseados em distintos modelos jurídico-administrativos, como fundações privadas de apoio, OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), cooperativas e outras. Ainda assim, quando analisamos o cenário nacional identificamos que as OS se desenvolveram nos Estados e Municípios, oportunizando maior flexibilização e melhor qualidade administrativa.

Consideramos, então, que essa expansão das OS se deu de forma, mais rápida em torno das dificuldades cotidianas, para realizar contratação de pessoal, em Estados e Municípios, por causa da Lei de Responsabilidade Fiscal e do maior controle de licitações a partir da legislação de 1993.

Outro ponto importante, no marco de instalação das OS são os contratos de gestão, que é definido *“como o principal instrumento de controle dessas organizações por parte do Estado. Eles estabelecem compromissos institucionais entre as partes e tem como objetivo garantir o comprometimento das OS com a implementação das políticas públicas. (SILVA, 2012, p. 42)”*.

De certa forma, essas metas contratualizadas, permitem um melhor monitoramento, assim como consolidam valores de repasse financeiro possibilitando um

maior controle. Destaca-se ainda que nesses contratos os recursos financeiros passam a ser atrelados ao desempenho das organizações, o que altera a forma de controle de procedimentos para o controle de resultados, oferecendo aos cidadãos maior controle sob os governantes.

Reconhece-se que nessas relações de contratualização é necessário que a transparência e *accountability* sejam fortalecidas. (SANO e ABRUCIO, 2008).

Cabe destacar que os mecanismos de controle permitem maior ciência da informação com relação ao encaminhamento dos repasses financeiros e das metas atingidas, sendo hoje obrigatória a disponibilização de informação na internet ou até mesmo via jornais de circulação facilitando o controle público.

Sendo assim, encaminhamos para o cenário atual, objetivando nos aproximar da realidade brasileira, que tem em destaque, uma relação cada vez, mais, forte da parceria público-privado.

O CONTEXTO ATUAL DA POLÍTICA DE SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Atualmente, vivemos na política de saúde brasileira, uma presença acentuada das OS, que passam a conduzir o funcionamento da saúde, a partir de distintos arranjos jurídicos institucionais.

Nos últimos anos do governo do Partido dos Trabalhadores (PT) ocorreu um movimento reformista no campo da administração pública, orientado pela proposta de revitalização do Estado. O Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) conduziu uma transformação da gestão pública visando a diminuição do déficit institucional e a participação ativa⁴ dos cidadãos no processo de mudança. (SILVA, 2012). Contudo, essa condução foi encaminhada via a utilização de um modelo de administração pública indireta – as Fundações, objetivando implementar as políticas sociais de forma mais rápida e de maior profissionalismo.

Mas, isso não impediu que as OS continuem-se a reproduzir subnacionalmente. Tomemos o exemplo de São Paulo e do Rio de Janeiro. Em São Paulo (Estado) a lei das OS tem como marco legal a Lei Complementar (nº 846/98), enquanto na capital a Lei data de 2006. No Rio de Janeiro temos a lei nº 6.043 é de 19 de setembro de 2011. No que se refere a São Paulo um facilitador foi o fato da cidade de São Paulo ter recorrido às parcerias público-privado em períodos anteriores. (CONTREIRAS e MATTA, 2015).

⁴ Para Moroni (2009) os espaços de participação foram visto pelo governo Lula, como de interlocução do governo com representantes da sociedade e não sendo reconhecidos como espaços de deliberação e controle.

Sobre as OS, na cena contemporânea evidências apontam para uma experiência bem sucedida, de acordo com:

[...] a implantação das OS de Saúde em São Paulo pode ser considerada bem sucedida, ainda que diferentes aspectos da boa governança possam ainda ter sido contemplados [...] o caso das OS de São Paulo é um exemplo inspirador para quem esteja procurando construir um bom sistema de governança [...] é perfeitamente possível, e com vantagens, construir uma estrutura governamental mais enxuta, focalizada, eficiente e eficaz, transferindo para terceiros a implantação das políticas públicas. (LEVY, 2004 *apud* PINHEIRO e VIEIRA, 2008, p. 11).

Sobre a expansão das OS, cabe sinalizar que algumas relações entre Estado e OS foram pactuadas via convênios, antes das leis das OS, conforme ocorreu em São Paulo. Incentivou-se também o fortalecimento de ações de auditoria objetivando controlar as relações estabelecidas entre as partes.

De acordo com Sano e Abrucio (2008) nos últimos anos a Nova Gestão Pública se tornou fundamental no processo de dar conta da ineficiência relacionada aos excessos de procedimentos e controle, e a responsabilização dos burocratas. Assim, tentou-se fortalecer uma maior flexibilização e transparência no campo público.

Sem falar, que não houve variação financeira quando comparados as OS a instituições de administração direta. (SANO e ABRUCIO, 2008).

Outro aspecto, refere-se à contratação de pessoal, que permitiu maior flexibilização em resposta a Lei de Responsabilidade Fiscal, posto a autonomia para contratação, promoção e demissão, permitida aos dirigentes das OS. Essa flexibilização é derivada da contratação pela CLT. (SANO e ABRUCIO, 2008).

Historicamente, a relação público – privado, sempre esteve presente em nosso país em decorrência da própria estrutura do sistema de saúde, que gera iniquidades, as quais para Santos (2011) são decorrentes do subfinanciamento do SUS e do subsídio fiscal permitido aos gastos privados. Isso gera desigualdades entre os segurados e os não segurados.

Destaca-se ainda no Brasil, a existência de seguros duplicados (privado–público universal), que pode levar a desoneração do público, isso em decorrência do trânsito de pacientes entre os dois fluxos. (SANTOS, 2011).

Assim, não podemos perder de vista que as parcerias público-privada, não devem desonerar o público, mas ao contrário fortalecê-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, sabe-se que o campo da saúde, sempre foi permeado por disputas, o que marca neste cenário a importância dessa política, que já esteve vinculada ao seguro social, e que restringia seu acesso, apenas para os trabalhadores vinculados ao mercado.

Contudo, esse panorama se modificou e esta política social, se tornou inclusa no tripé da Seguridade Social, porém ao longo dos anos foi alvo de precarização e cortes financeiros e acomodou-se em rotinas burocráticas.

Assim, em um contexto de crise e acompanhada da necessidade de modificar, a proposta das OS toma força na cena política acompanhada das propostas de Reforma do Estado, que sugere a adoção de modelo gerencial, respondendo a questões burocráticas.

Após essas breves reflexões, nota-se que com as OS é possível vislumbrar um SUS mais eficiente, que permita atenuar as desigualdades e com acesso igualitário para toda a população, que cotidianamente, é vítima dos freqüentes desgovernos dos gestores, que fazem das políticas públicas, trampolim para a ascensão de sua carreira.

Quando analisamos a expansão das OS, vemos que essas mantêm em sua prioridade a manutenção do atendimento universal, conforme prevê o SUS, identifica-se avanços no se refere ao controle social, pois este está previsto na lei, da mesma maneira que temos o controle de resultados por meio do contrato de gestão. (SANO E ABRUCIO, 2008).

Destaca-se também que a experiência paulista, conforme estudos de Sano e Abrucio (2008) apontam para um caso bem sucedido. Isso porque, notamos: flexibilização administrativa; mecanismos de contrato de gestão e o repasse financeiro.

Desse modo, a superação dos pressupostos dos neoliberais, nos permite avançar na apropriação de um novo saber, que pode contribuir no desenvolvimento das políticas públicas, que são sucessivamente atingidas pela falta de recursos e por cortes financeiros. Apesar, de também temos reconhecer que as OS estão longe de estarem blindadas contra o patrimonialismo.

Sendo assim, destaca-se que um aspecto vantajoso das OS na gestão é o fato de ser uma opção de modernização da máquina estatal, tendo grande capacidade de atender a lei de responsabilidade fiscal, assim como pode disponibilizar maior agilidade da máquina pública e menos burocracia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 31.ed. atual. ampl., São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. **Decreto-Lei Nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 fev. 1967 e retificado no **D.O.U.** de 17 jul.1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm>. Acessado em: 20.04.2016



_____. *Lei Nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990 [1990a]. Dispõe sobre participação na comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 30 de dezembro de 1990.

_____. *Lei Nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Mensagem de Veto]. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. [Conversão da MPv nº 1.648-7, 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 18.5.1998; retificado no *DOU* 25.5.1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm>. Acessado em: 15.04.2016

_____. **Lei 8.666, de 21 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. Brasília. Junho de 1993. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acessado em: 15.04.2016

_____. *Lei Complementar nº 101*, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 04. 05.2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm
Acesso em: 02.04.2016

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. 4. ed. rev. Brasília (DF): MARE, 1998 [1998]. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, v. 2).

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília (DF): MARE, 1995.
BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-SUS 01/96. Brasília, DF: MS, 1996. 34p. **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 nov. 1996, Seç.1, p. 22932. Disponível em:
<<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acessado em 12.04.2016

CASTRO, J.A. Política Social e Desenvolvimento no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 1011-1042, dez. 2012.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G.C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio das Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(2):285-297, fev, 2015. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00285.pdf>>. Acessado em: 14.04.2016

COSTA, NR, RIBEIRO JM, SILVA PLB. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2 pp. 427-442. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20.04.2016
ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123200000200015>.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. “Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania”. **IPEA**. Políticas sociais: acompanhamento e análise. 20 anos da Constituição Federal. N.17, Volume 1, p. 08-36, [s/d].

MORONI, J.A. O direito à participação no Governo Lula. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (orgs.). **Participação, democracia e saúde**. RJ:CEBES, 2009, pp 248–269. Disponível em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_participacao.pdf>. Acessado em: 20.04.2016

NOGUEIRA, R.P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In SANTOS, N.R., AMARANTE, P.D.C.. **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 24-47

PEREIRA, Potyara. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In BOSCHETTI, I. *et al.*. **Política Social no capitalismo contemporâneo**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2009, p. 87-108

PINHEIRO, I.A.; VIEIRA, L.J.M. Organizações Sociais; Gêneses e Questionamentos – o caso brasileiro. **V CONVIBRA – Congresso Virtual Brasileiro de Administração**, 2008 Disponível em: <http://www.convibra.org/2008/artigos/216_0.pdf>. Acessado em: 10.04.2016
PIOLA, S. F. *et al.*. Vinte Anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?”. **IPEA**. Políticas sociais: acompanhamento e análise. 20 anos da Constituição Federal. N.17, Volume 1, p. 97-174, [s/d].

RIO DE JANEIRO. **Lei 6.043, de 19 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências. Setembro de 2011. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/c8d2df9a2566fd0e83257911005f4c7a?OpenDocument>>. Acessado em: 12.04.2016

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 (Revista de Administração de Empresas)**, jul/set, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3>>. Acessado em: 21.04.2016

SANTOS, I.S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.6 [cited 2015-06-04], pp. 2743-2752. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17.04.2016
ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>.

SANTOS, W. G. “Cidadania e justiça”. A política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 108, n. 106, 1998.

SILVA, V.M. As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle. **Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2832>>. Acessado em: 18.04.2016.