

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

**PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM
GEOGRAFIA**

NATHALIA OLIVEIRA SILVA COSTA

**TERRITÓRIO USADO E A CONTRATUALIZAÇÃO DE
SERVIÇOS PÚBLICOS: AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E
AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS E CIÊNCIAS EXATAS

RIO CLARO - SP

2022

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“Júlio de Mesquita Filho”
Instituto de Geociências e Ciências Exatas
Campus de Rio Claro

NATHALIA OLIVEIRA SILVA COSTA

TERRITÓRIO USADO E A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS
PÚBLICOS: AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E AS POLÍTICAS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Geociências e Ciências Exatas do
Campus de Rio Claro, da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Geografia

Orientador: Prof. Dr. Fabricio Gallo

Rio Claro - SP
2022

C837t

Costa, Nathalia Oliveira Silva

Território Usado e a contratualização de serviços públicos :
As Organizações Sociais e as políticas de saúde do estado de
São Paulo / Nathalia Oliveira Silva Costa. -- Rio Claro, 2022
102 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Rio Claro
Orientador: Fabricio Gallo

1. Geografia. 2. Espaço Geográfico. 3. Território Usado. I.
Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca do
Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Rio Claro. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

NATHALIA OLIVEIRA SILVA COSTA

TERRITÓRIO USADO E A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS
PÚBLICOS: AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E AS POLÍTICAS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Geociências e Ciências Exatas do
Campus de Rio Claro, da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Geografia

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Fabricio Gallo (Orientador)
Unesp/ IGCE/ Rio Claro – SP

Profa. Dra. Fabíola Lana Iozzi

Prof. Dr. Luis Henrique Leandro Ribeiro
UFRJ/ Rio de Janeiro – RJ

Conceito: Aprovada

Rio Claro, SP 16 de maio de 2022

*À minha mãe, Délis, meu maior exemplo de
determinação e empatia*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao Prof. Dr. Fabricio Gallo por ter me aceitado como sua orientanda, dedicando seu tempo à orientação dessa dissertação e por ter me apresentado e integrado ao *Laboratório de Investigações Geográficas e Usos do Território (LUTe)*, onde conheci pessoas brilhantes e pude ter proveitosos momentos de aprendizado.

A todas as professoras e professores com quem tive aulas durante o curso do mestrado e que muito me colocaram a pensar não só nas questões geográficas e acadêmicas, mas na vida de uma forma geral.

Aos meus pais, que me deram a vida, me ensinaram o valor da educação e por disporem de apoio incondicional a todos os meus sonhos. Ao meu companheiro Roberto, fonte inesgotável de apoio e compreensão, com quem escolhi trilhar lado a lado os caminhos dessa vida.

A todos os colegas que conheci na UNESP e que de uma forma ou de outra fizeram parte dessa jornada e de toda a experiência da pós-graduação. Aos colegas do corpo editorial do periódico GEOGRAFIA, com quem tive o prazer de trabalhar durante dois anos e aprender muito sobre a editoração de um periódico científico.

Aos meus amigos, em especial a querida Yasmim Silva, por ter sido minha parceira durante os dias de laboratório e por ter estado ao meu lado nos altos e baixos nesse período de tempo. Ao querido João Paulo Rosalin, colega de laboratório, com quem pude dividir as angústias e também boas risadas sobre os percalços da vida acadêmica. Ao inigualável Gil, pessoa querida e amiga com quem compartilhei bons momentos de prosa enquanto frequentei o Departamento de Geografia.

A todos os funcionários da UNESP – Rio Claro e do IGCE por serem fundamentais em nossa trajetória acadêmica. A CAPES pelo financiamento desta pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Resumo

A globalização difundiu os ideais neoliberais, que ocasionaram a reestruturação produtiva e as conseqüentes transformações urbanas, possibilitando às gestões públicas o estreitamento de seus vínculos com o setor privado. Na década de 1990 os ideais do *New Public Management* ganharam espaço entre os gestores brasileiros e foram sendo difundidos até serem colocados em prática com a Reforma do Aparelho do Estado em 1995, realizada pelo ex-Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. A referida reforma objetivou a incorporação dos ideais corporativos e de mercado no Estado, promovendo a transferência de serviços em diversos setores. As Organizações Sociais foram as entidades privadas do terceiro setor responsáveis pela absorção dessas demandas. Na saúde, esse modelo obteve sucesso em todo o território nacional, sobretudo no estado de São Paulo, que possui legislação própria para a qualificação e contratualização das entidades desde 1998, sendo pioneiro na adoção do modelo na área da saúde. Dentre as diversas modalidades de permissão de prestação de serviços a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS), deteve nossa atenção por ser uma política pública recente, por estar em constante expansão tanto em metrópoles como em centros urbanos de menor porte. Além disso, compreender como os Poderes Executivo Municipal e Estadual estão se articulando para viabilizar essa parceria com as OSS parece pertinente à medida que contribui com a construção de conhecimentos acerca do novo perfil dos governos urbanos, bem como das estratégias de planejamento das cidades e de uso do território pelas entidades privadas. Portanto, delineou-se como objetivo geral identificar como as OSS colocam em uso o território brasileiro, a partir da análise particular da atuação da Rede de Saúde Santa Marcelina, especificamente recortando a atuação da Organização Social de Saúde do Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista na Zona Leste do Município de São Paulo. Como recurso metodológico de análise do território incorporamos o conceito de *situação geográfica* (GEORGE, 1964; SILVEIRA, 1999; CATAIA E RIBEIRO, 2015) à pesquisa. A operacionalização do conceito se deu com a determinação de cinco variáveis-chave que ao serem analisadas de forma sistêmica fornecem um panorama das universalidades e particularidades encontradas no lugar, bem como elucidam os principais atores e sua respectiva força de ação nos usos do território. A situação geográfica encontrada mostrou que a OSS analisada atua de forma hegemônica no território da Zona Leste, disputando apenas com estabelecimentos de saúde privados, bem como apresentou estratégias de atuação alinhadas com ideais corporativos de uso do território.

Palavras-chave: Território Usado. Contratualização. Organizações Sociais de Saúde. São Paulo.

Abstract

Globalization spread neoliberal ideals, which led to the productive restructuring and the consequent urban transformations, enabling public managers to strengthen their ties with the private sector. In the 1990s, the New Public Management ideals gained space among Brazilian managers and were disseminated with the Reform of the Brazilian State in 1995, carried out by the former President of the Republic Fernando Henrique Cardoso. This mentioned Reform aimed at the incorporation of corporative and market ideals in the State, promoting the transfer of all services in various sectors. Social Organizations were the private entities of the third sector responsible for absorbing these demands. In health sector, this model was successful throughout the national territory, especially in the State of São Paulo, which has its own laws for the qualification and contracting of entities since 1998, being a pioneer in the adoption of the model in the health area. Among the various ways of permission to provide services, the qualification of entities such as Social Organizations (OS) gained our interest because it is a recent public policy and it is constantly growth both in big cities and in smaller urban centers. In addition, understanding how the municipal and state managers are articulating itself into enable this partnership with the OSS seems to be relevant as it contributes to the construction of knowledge about the new profile of urban governments, as well as the strategies for planning cities and uses of the territory by private entities of third sector. Therefore, the principal aim was to identify how the OSS puts the Brazilian territory in use, especially based on the particular analysis of the performance of Santa Marcelina Health Network, highlighting the performance of the Social Health Organization of the Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista in the East Zone at São Paulo city. As a methodological resource for analyzing the territory, we incorporated the concept of *geographic situation* (GEORGE, 1964; SILVEIRA, 1999; CATAIA E RIBEIRO, 2015) to this research. The operationalization of the concept took place with the determination of five key variables that, when analyzed in a systemic way provides an overview of the universalities and particularities found in the geographic space, as well as shows the main actors and their force of action in the territory uses. The geographic situation found showed that the Social Health Care Organization analyzed acts as hegemonic in the territory of the East Zone, competing only with private health centers, as well as presenting action strategies aligned with corporate ideals of use of the territory.

Keywords: Used Territory. Contractualization. Social Health Care Organizations. São Paulo.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Existência e percentual de estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, por tipo de órgão administrador, segundo as Unidades da Federação – 201848
- Figura 2:** Aplicação no setor da saúde nos exercícios de 2012 a 2020.67
- Figura 3** Divisão territorial administrativa da saúde pública do Município de São Paulo.....77
- Figura 4:** Rede Assistencial de saúde no município de São Paulo conforme áreas geográficas por número de contrato com Organizações Sociais.79
- Figura 5:** Unidade de saúde Hospital Geral do Itaim Paulista – OSS. **Fonte:** Organização Social de Saúde Santa Marcelina..86

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: As dez principais Indústrias de produtos químicos e farmacêuticos no ano de 1930 no estado de São Paulo. | 33 |
| Tabela 2: Tipos de produtos da indústria de Equipamentos Médico Hospitalares e Odontológicos de acordo com o ano de início da produção: (N) Nacional; (E) Estrangeira; (J) Joint-venture. | 36 |
| Tabela 3: Unidades da federação que instituíram legislação para Organizações Sociais até 2020..... | 49 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Total de estabelecimentos de saúde administrados por OSS na região Sudeste. | 50 |
| Quadro 2: Formas de propriedade e formas de administração definidas pelo PDRAE. | 63 |
| Quadro 3: Unidades sob gestão da Rede Santa Marcelina no Brasil..... | 82 |
| Quadro 4: Estrutura organizacional da Rede de Saúde Santa Marcelina, 2019. Fonte: Relatório de atividades Santa Marcelina, 2019. | 83 |
| Quadro 5: Conselho de Administração estadual da Organização Social Santa Marcelina entre 2018 e 2022..... | 87 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Quantidade anual de unidades contratualizadas por tipo no estado de São Paulo entre 2006 e 2019.. | 69 |
| Gráfico 2: Atendimento hospitalar e ambulatorial contratualizados para os exercícios de 2017, 2018 e 2019. | 90 |
| Gráfico 3: Repasse anual da SES-SP à OSS Santa Marcelina entre 2011 e 2019. Somatória dos valores previstos em contratos de gestão e termos aditivos firmados no período de tempo.. | 91 |

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

ABIMO – Associação Brasileira da Indústria de Equipamentos Médicos

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNS – Conferência Nacional de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CROSS – Central de Regulação e oferta de Serviços de Saúde

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EMHO – Equipamentos Médicos Hospitalares e Odontológicos

ERSAS - Escritórios Regionais de Saúde

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao trabalhador Rural

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MARE – Ministério da Administração Federal e de Reforma do Estado

Oscip – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Organizações Sociais de Saúde

PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

PMS – Programa Metropolitano de Saúde

PRORURAL – Programa de assistência ao trabalhador Rural

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SECONCI – Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo

SINAEMO - Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPDM – Associação Paulista para o desenvolvimento da medicina

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2. | O EMPRESARIAMENTO E AS MATERIALIDADES DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA PERIODIZAÇÃO POSSÍVEL..... | 22 |
| 2.1. | 1930-1940: início e crescimento da indústria farmacêutica brasileira | 27 |
| 2.2. | 1950-1960: empresas produtoras de equipamentos médico-hospitalares | 34 |
| 2.3. | 1970: a expansão da indústria EMHO e de insumos laboratoriais | 37 |
| 2.4. | 1980-1990: A atuação das operadoras de seguros e planos privados de saúde | 41 |
| 2.4.1. | A institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988 | 43 |
| 2.5. | 2000: Os Prestadores e gestão dos serviços públicos de saúde no SUS | 46 |
| 3. | AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO | 51 |
| 3.1. | A Reforma do Serviço Sanitário e a atuação dos Centros de Saúde em 1925 | 52 |
| 3.2. | A criação das Regiões de Governo e dos ERSAS em 1980 | 52 |
| 3.3. | Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo em 1990 | 54 |
| 4. | ESTADO: O AGENTE VIABILIZADOR DOS USOS DO TERRITÓRIO | 55 |
| 4.1. | A Reforma do Aparelho do Estado brasileiro em 1995..... | 57 |
| 4.2. | O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado..... | 61 |
| 4.3. | A qualificação das entidades privadas como Organizações Sociais de Saúde | 65 |
| 4.4. | Os contratos de gestão | 66 |
| 5. | SITUAÇÃO GEOGRÁFICA COMO FERRAMENTA METODOLÓGICA DE ANÁLISES DO TERRITÓRIO | 70 |
| 5.1. | <i>A Situação Geográfica do Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista</i> .. | 76 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 94 |
| 6. | REFERÊNCIAS | 97 |

1. INTRODUÇÃO

O Artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 determina que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado é a materialização do movimento de Reforma Sanitária, que em muito colaborou com a idealização e institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988. A institucionalização do SUS é uma enorme conquista para a sociedade brasileira, que sofria com sistema de saúde anterior, o Inamps, marcadamente segmentado e excludente à medida que voltava sua assistência para os trabalhadores formais, deixando considerável parcela da população à margem do sistema.

A sucessão dos meios geográficos se deu de maneira seletiva no território brasileiro, privilegiando determinadas áreas em detrimento de outras. Nesse contexto o Estado de São Paulo se consolidou como área de grande concentração da indústria farmacêutica, de equipamentos médicos, de insumos e, concomitantemente, de serviços de saúde. A urbanização das áreas metropolitanas, sobretudo da Região Metropolitana de São Paulo, acompanhou o uso corporativo do território por parte das indústrias, que ao longo do século XX apresentaram considerável crescimento e consolidação no mercado nacional.

O SUS, embora seja um sistema de saúde financiado pelos cofres públicos, nasce dual, haja vista que em sua gênese e funcionamento encontram-se aspectos marcantes da atuação de agentes privados. No que tange a participação da iniciativa privada na oferta de serviços do SUS, a Constituição Federal dispõe nos artigos 197 e 199 que:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

[...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato

de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988)

Pouco tempo após a institucionalização do SUS, em 1995, o Governo Federal colocou em curso a Reforma do Aparelho do Estado Brasileiro, visando substituir a administração burocrática da máquina pública em favor da implementação de uma chamada nova administração pública, de caráter gerencial, “menos burocrática”. Os ideais que embasaram a Reforma do Aparelho do Estado tiveram origem nas teorias do *New Public Management* (FERLIE, 1996), que determinou o Estado como burocrático, inchado e desperdiçador de recursos públicos. Portanto, os teóricos do NPM propunham mudanças na administração pública que versavam diretamente sobre a incorporação dos ideais de mercado na gestão pública, tais como a competitividade, a diminuição do tamanho do Estado e um discurso fortemente embasado em eficiência do gasto público na provisão de serviços.

No início do século XXI, os prestadores de serviços ganham espaço no setor da saúde pública, porque o projeto de descentralização do sistema, colocado em prática com a realização do SUS nos lugares, abriu mais espaço para a entrada da iniciativa privada na provisão da saúde. Dentre as diversas modalidades de permissão de prestação de serviços a qualificação de entidades como Organizações Sociais (O.S.), em especial as pertencentes à área da Saúde (O.S.S.), detiveram nossa atenção. Primeiramente, por ser uma política pública recente, haja vista que completou 20 anos em 2018 e, posteriormente, por estar em constante expansão tanto em metrópoles como em centros urbanos de menor porte. Ademais, compreender como o executivo municipal está se articulando para viabilizar essa parceria com as O.S.S. parece pertinente à medida que contribui com a construção de conhecimentos acerca no novo perfil dos governos urbanos, bem como das estratégias de planejamento das cidades e de uso do território pelas entidades privadas prestadoras de serviços da saúde. Portanto, delineou-se como objetivo geral identificar como as OSS colocam em uso o território brasileiro, a partir da análise particular da atuação da Rede de Saúde Santa Marcelina, especificamente recortando a atuação da Organização Social de Saúde do Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista na Zona Leste do Município de São Paulo entre os anos de 2017 e 2019.

A escolha da Rede de Saúde Santa Marcelina foi feita tendo em vista o histórico de atuação da O.S no território brasileiro. Recortou-se como foco da análise o hospital supracitado tendo em vista sua existência anterior ao SUS, e a forma como sua

implantação, funcionamento e expansão influenciou a organização da rede de saúde local. O recorte temporal foi feito tendo em vista a disponibilidade dos documentos no portal da instituição. Além disso, os anos posteriores a 2019 não foram incluídos, pois a pandemia de Covid-19 influenciou as transferências de recursos e a própria atuação da unidade de saúde escolhida.

A contratualização de entidades privadas evidencia uma das formas de estreitamento dos laços entre o público e o privado, que dificilmente entrará em regressão, haja vista a gênese do Sistema Único de Saúde, sobretudo no estado de São Paulo. Nossa atenção se volta de maneira geográfica para com o objeto de estudo, o território usado. Dessa forma, buscamos também contribuir com o debate a respeito de como o território no estado de São Paulo está sendo usado em prol da ampliação desse modelo de prestação de serviços, que minimiza o papel do Estado a agente regulador e contratualiza serviços fundamentais via OSS. Para fins de operacionalização do método e dos conceitos abordados na pesquisa, o recorte empírico foi feito a partir do Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista, atuante na Zona Leste do município de São Paulo. O recorte temporal situa-se entre 2017 e 2019, tendo em vista a disponibilidade dos dados de acesso aberto.

O estado de São Paulo foi pioneiro na adesão da administração indireta via OSS, tendo criado a Lei Complementar nº 846 de junho de 1998, que dispõe sobre qualificação de entidades como organizações sociais no território estadual, no mesmo ano em que foi promulgada a Lei Federal nº 9.637 de 1998. Esse modelo de gestão foi bastante difundido, primeiramente porque a referida lei autorizou o governador a classificar entidades filantrópicas como organizações Sociais de Saúde, desde que respeitassem os critérios estabelecidos (GUEDES, 2003).

Já no primeiro ano de validade da lei estadual foram qualificadas quatro OSS: a Associação Congregação de Santa Catarina (26/06/1998); a Casa de Saúde Marcelina (27/06/1998); a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) (08/10/1998) e a Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI) (19/10/1998), todas de origem filantrópica e atuantes na área da saúde há mais de cinco anos, como exigido em lei. A respeito das origens das entidades qualificadas, Baggenstoss e Donadone apontam em seus estudos que:

[...] desde a origem das organizações, seus fins e sua composição não se modificaram no tempo nem pela qualificação como oss. As classes envolvidas transcorrem por religiosas, profissionais da saúde, da

educação, construção civil, etc. No entanto, a classe médica é efetiva, em especial ainda se consideradas os cargos diretores, mesmo que transitórios. A presença destes profissionais proporciona legitimação das organizações sociais na saúde. (2014, p.87)

O presente trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos mais as considerações finais:

No segundo capítulo da pesquisa apresentamos uma periodização a respeito do processo de empresariamento da saúde pública no Brasil, afinal o SUS requer uma base material para que possa se realizar no território e as configurações de um momento pré-SUS dizem muito a respeito de como se deu a conformação atual do sistema. Nossa periodização está estruturada em cinco períodos de tempo: i) 1930 e 1940 início da indústria farmacêutica no Brasil; ii) 1950 e 1960 com o surgimento e a consolidação da indústria de equipamentos médicos e insumos laboratoriais; iii) 1970 com a expansão da indústria de equipamentos e de insumos para exames laboratoriais; iv) 1980 e 1990 a entrada das operadoras de seguros e planos privados de saúde no mercado; e vi) 2000 a ascensão dos prestadores de serviços públicos no SUS.

O terceiro capítulo trata brevemente das políticas de saúde específicas do estado de São Paulo com enfoque nas reformas do setor da saúde estadual, que em muito influenciaram os desdobramentos da realização do SUS no âmbito estadual e nacional. Mesmo antes da institucionalização do SUS o estado de São Paulo já apresentava uma considerável organização da saúde pública, tendo criado e financiado infraestruturas a fim de promover os cuidados com a saúde coletiva da população.

O quarto capítulo aborda uma discussão a respeito da Nova Administração Pública (*New Public Management*), colocada em curso com a Reforma do Aparelho do Estado brasileiro no final da década de 1990. De início propomos o entendimento do Estado como o agente regulador dos usos do território (ANTAS JR. 2004), com capacidade de ação hegemônica sob grandes extensões do espaço geográfico. Essa reforma foi fruto dos ideais neoliberais amplamente difundidos com a globalização e destaca-se como ponto crucial para o entendimento da transferência da prestação de serviços de saúde para entidades qualificadas como Organizações Sociais. Frutos da Reforma Administrativa, que visava a transição do modelo burocrático para o modelo gerencial, as OS surgem como alternativa aos gestores públicos.

Calcadas no discurso de qualidade e eficiência, as entidades ganharam espaço no mercado da saúde e atraíram diversas instituições, de diferentes origens e culturas para a qualificação e contratualização com o Poder Público. Além disso, o modelo de administração indireta pautou-se também na maior participação da sociedade civil, com o estabelecimento de metas e avaliação dos resultados. Nesse contexto, o Estado reduziu seu papel a agente regulador e transferiu a prestação de serviços, “cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998), o que deu início a uma tendência incremental de contratualização com OS.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa documental, desenvolvida a partir de levantamento e análise bibliográfica, levantamento e análise de documentos, leis, contratos de gestão, termos aditivos, relatórios de atividades e publicações em formato de artigos, livros, dissertações para a coleta e sistematização dos dados apresentados em tabelas, quadros, figuras e gráficos, procedidos de análises que permitam alcançar o objetivo geral supracitado.

Trabalhamos com o método geográfico proposto por Milton Santos em que o espaço geográfico pode ser entendido como uma das instâncias da sociedade, desempenhando papel ativo no acolhimento dos eventos e exercendo influência sob o homem como nenhum outro objeto geográfico o faz. Ademais, o entendimento do espaço geográfico como um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações” (SANTOS, 2006, p.39), norteou nossos caminhos de investigação. O espaço geográfico, sinônimo de *território usado* (SANTOS, 2006), complexifica-se à medida que vai sendo colocado em uso pelos diversos agentes da sociedade e conforme acolhe os eventos da totalidade-mundo, que ao realizarem-se nos lugares, sobrepõem e criam novos usos, modificando o molde da ação futura. O território usado supõe a incorporação das materialidades, das infraestruturas, das técnicas, da informação, da circulação no espaço geográfico, constituindo uma camada que pode ser mais ou menos densa da *tecnosfera* e também a composição de uma *psicosfera*, sem a qual a *tecnosfera* não é capaz de viabilizar-se (SANTOS, 2006).

Durante o desenvolvimento da pesquisa trabalhamos a partir da perspectiva de Ribeiro (2015) do SUS como *macrossistema técnico* e também como *evento*. O espraiamento das infraestruturas e serviços oferecidos pelo SUS por todo o território

nacional é o que caracteriza sua hegemonia e o consagra como um macrossistema técnico que, segundo Ribeiro (2015), é estratégico e vital tal qual o macrossistema elétrico e/ou o de comunicação, pois preenche os três requisitos básicos de um macrossistema:

(i) fixos de saúde (no sentido amplo desses objetos: unidades básicas, ambulatorios, hospitais, equipamentos médicos, medicamentos); (ii) animados por ações que organizam a distribuição dos fluxos entre esses fixos; e (iii) um órgão de gestão da oferta e demanda que, no caso do SUS, é centralizado em algumas políticas (União) e descentralizado na maior parte das ações (estados, Distrito Federal e municípios). (RIBEIRO, 2015, p.101)

Além disso, a compreensão do SUS como um macrossistema técnico toca outros dois pontos essenciais: “a) maior sensibilidade às particularidades dos lugares; e b) se, por um lado, enquanto macrossistema técnico centraliza, política e tecnicamente, por outro lado para poder existir também descentraliza, técnica e politicamente” (RIBEIRO, 2015, p. 99).

Por fim, adotamos como ferramenta de análise do território o conceito de *situação geográfica* (GEORGE, 1964; SILVEIRA, 1999; CATAIA E RIBEIRO, 2015), apresentado no quinto capítulo e que ao ser operacionalizado evidenciou particularidades e universalidades na atuação da Organização Social do Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista. A operacionalização do conceito se deu a partir da análise sistêmica de um conjunto de cinco variáveis-chave pré-determinadas: i) cultura e origem; ii) normas; iii) densidade relacional da população; iv) serviços; vi) financiamento público.

2. O EMPRESARIAMENTO E AS MATERIALIDADES DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA PERIODIZAÇÃO POSSÍVEL

A saúde como direito garantido revela a maneira com que a sociedade pensa e se movimenta valorizando a segurança alimentar, a habitação e o saneamento básico como fatores essenciais à construção de um contexto social menos desigual. A forma com que esse direito vai ser conquistado e usufruído por dada sociedade é particular de cada formação socioespacial, justamente pela quantidade de determinantes políticas, econômicas e sociais envolvidas nesse processo histórico. Nesse sentido, podemos entender como as instâncias da sociedade permeiam a saúde, influenciando a atuação dos agentes públicos e privados, dadas as constantes disputas que caracterizam esse setor.

É possível identificar na sociedade brasileira um histórico de ações, normas e objetos relacionados à saúde que, com o passar do tempo, foram modificados e ressignificados, materializando a saúde pública que temos hoje. Isso acontece porque a garantia da saúde é resultado de interações variadas entre os elementos do espaço geográfico que, a cada momento histórico, mudam seu papel e sua posição nos sistemas temporal e espacial de modo que o valor de cada um deve ser tomado a partir da sua relação com os demais (SANTOS, 1997). Os usos passados do território não se apagam, pelo contrário, tornam-se molde para as ações presentes, que acabam por criar novos objetos e normas na concretização do possível (SILVEIRA, 2009).

Os diferentes modelos de proteção social criados no Brasil asseguraram às camadas mais pobres da sociedade condições mais dignas de vida porque garantiram acesso a serviços básicos de saúde. No entanto, é quando a sociedade pressiona e exige do Estado a saúde como direito e de acesso público e universal, que há a constitucionalização de um sistema público nacional de saúde no território brasileiro. A respeito da composição dos sistemas de saúde, Giovanella salienta que:

[...] tanto os componentes do sistema quanto a sua dinâmica própria estão relacionados, em menor ou maior grau, com características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada país. A sociedade constrói seus sistemas de saúde ao longo do tempo. A forma como esses sistemas funcionam e se organizam, os resultados que alcançam na vida e na saúde dos indivíduos dependem do quanto a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população (2012, p.90).

A dinâmica dos sistemas de saúde também está correlacionada a fatores territoriais, sobretudo porque nenhum lugar se constitui de forma igual ou é tocado da mesma maneira por um evento ou pelo progresso técnico. Daí a latente necessidade de abordar o aporte territorial nas políticas de saúde, sobretudo no Brasil, em que as desigualdades regionais costumam a ser superadas pelo planejamento. Nesse movimento, o território tem papel ativo, porque o espaço geográfico não é apenas o palco em que acontece a vida humana, mas é instância tal qual a economia, a cultura e a política. Assim sendo, está em constante relação dialética com o homem, exercendo influência direta no acontecer da vida e por ele sendo influenciado como nenhum outro objeto geográfico o faz (SANTOS, 1997). O papel ativo do território advém da sua historicização, isto é, do seu uso, seja ele corporativo ou não.

Se pelo uso o espaço geográfico se historiciza e pode ser entendido como *território usado* (SANTOS, 2006), é evidente que ele precisa ser acionado de alguma forma. Isso acontece através da quantidade de ciência, técnica, informação, dos objetos e ações que são agregados ao espaço conforme o uso que se quer dar a ele. Dá-se que o território passa a ser usado conforme as intencionalidades dos agentes de uso, que podem ser corporativas ou banais. Sendo então uma categoria de análise, instância da sociedade e, portanto, abstrato, o espaço geográfico pode ser entendido como uma totalidade (SANTOS, 2006), que está em constante movimento. Sempre há uma nova possibilidade de realização da vida, conforme a totalidade-mundo se movimenta, dado que:

[...] o território usado encontra-se em permanente transformação segundo o sentido e a essência dos eventos que acolhe. Tendo como fundamento a totalidade e o território usado, as condições de saúde relacionam-se e transformam-se conforme o sentido e a essência dos eventos relacionados aos diversos usos do território. (ALBUQUERQUE, 2002, p.12)

Conforme Albuquerque (2002), a compreensão do mundo como uma totalidade concreta decorre do período atual, dado que a hegemonia do meio técnico-científico-informacional facilita a produção e divulgação de informações de forma instantânea. A partir desse novo evento, a totalidade passa a operar com vistas para que ações sejam colocadas em prática, o que não se faz sem que o território seja colocado em uso. As relações ganham novos sentidos, pois as condições de saúde fundamentam-se nessa nova totalidade. Esse é, portanto, o imperativo ao exercício da vida, que

permite ao ser humano continuar a vislumbrar um futuro em que o bem-estar é uma necessidade primordial.

A instantaneidade da produção e do repasse de informações entre os lugares, reforça a hegemonia do meio técnico-científico-informacional no período atual e influencia diretamente a dinâmica da totalidade-mundo. Enquanto dura uma pandemia, como a de Covid-19, que leva a óbito milhões de pessoas ao redor do planeta, esforços de vários setores se concentram em produzir medicamentos, vacinas e maneiras eficazes de combater a transmissão da doença. Estabelecer meios para que seja assegurada a manutenção da saúde e não apenas usufruir uma medicina curativa, a que todos possam ter acesso quando algo não está bem, requer dotar o território com infraestruturas suficientes e operá-lo a partir das ocorrentes possibilidades, dado o contexto de influência dos eventos abrigados pelo espaço geográfico. Como bem coloca Silveira:

A totalidade se funcionaliza no evento e isto significa que, pelo fato de ser uma totalidade incompleta, necessita procurar uma função limitada ao lugar em que se realiza. Porém, depois, o lugar se torna total porque em sua essência e na sua aparência, está conectado, via totalidade, com todos os outros lugares (1995, p.56)

A totalidade funcionaliza-se nos eventos que atingem o território e modificam a forma com que ele passa a ser usado, impondo ritmos diferentes e também modificando os projetos de sociedade vislumbrados pelos variados agentes. Disso, decorrem novos usos ou, então, ressignificações das formas-conteúdo pré-existentes. A totalidade-mundo configura-se, portanto, como a realidade concreta, mas também como realidade abstrata, pois como bem colocou Milton Santos (1994, p.13) o “mundo só o é para os outros, mas não para ele próprio, pois só existe como latência”. Os lugares, portanto, vão ser o depositário final dos eventos, abrigando ou não as latências decorrentes dos movimentos totalizantes.

Então, o espaço é totalidade, posto que está em constante evolução por ser fruto e também condição da reprodução humana, ademais, reflete as qualidades políticas, econômicas e sociais das sociedades (SANTOS, 1997). Dado que a saúde e o bem-estar dependem diretamente da interação entre os elementos do espaço e se concretizam a partir dos usos do território, compreende-se a totalidade enquanto fundamento das condições de saúde. Cabe ressaltar que os eventos só ganham

sentido ao serem entendidos a partir de um enredo que não se completa apenas no lugar, mas no mundo em movimento (SILVEIRA, 1995).

A partir de um enredo de eventos torna-se possível identificar a forma com que o movimento da totalidade-mundo se depositou em cada um dos lugares. Além disso, elucidar os eventos e a forma como reverberaram em cada porção do espaço geográfico nos possibilita compreender os usos dados ao território em diferentes momentos históricos, porque representam a realização das latências. Parte-se de uma totalidade concreta para outra completamente diferente porque as partes, dotadas de dinamismo próprio, se alteram e alteram as relações existentes entre si. No entanto, a totalidade não se apresenta como a soma simples das partes, mas sim enquanto essência condutora que as une. Dessa forma, dividir o tempo em períodos como forma de entender o movimento do todo se apresenta como um recurso metodológico “fundamental para compreender quais as variáveis-chave que comandam num dado período o funcionamento da técnica enquanto sistema de ações e de objetos, assíncronas no tempo e síncronas no espaço.” (RIBEIRO, 2015, p.35).

A base da periodização situa-se nas técnicas cristalizadas nos objetos geográficos de acordo com os modos de produção e as relações sociais vigentes. As técnicas podem ser entendidas como o conjunto de meios de qualquer espécie (técnicas produtivas, sociais, políticas etc.) que a sociedade dispõe para modificar a natureza herdada (SANTOS, 1988) e garantir o exercício da vida. Além disso, elas atuam histórica e epistemologicamente como a empiricização do tempo, pois o tornam material e o assimilam ao espaço, que não existe sem materialidade (SANTOS, 1994). A esse entendimento também colaborou com a noção de técnica Ortega y Gasset (1963), ao dizer que os saberes e conhecimentos também são técnicas que endossam o bem-estar dos indivíduos, sendo esse o imperativo da vida humana.

O homem desenvolveu técnicas que asseguraram sua sobrevivência, no entanto, o homem não apenas existe no mundo, mas o faz e função do bem-estar, que ao longo do desenvolvimento da humanidade passou a ser um imperativo, haja vista que as necessidades primárias já haviam sido suprimidas e o conforto tornou-se uma possibilidade à realização da vida (ORTEGA y GASSET, 1963). A partir dessa possibilidade, a humanidade partiu de uma medicina curativa e desenvolveu meios para a garantia das boas condições da saúde coletiva. Além disso, a saúde passou a ser direito garantido em determinados casos e agenda fundamental de qualquer governo ao redor do mundo.

A saúde depende de como o território vai ser usado a partir dos eventos que acolhe e das realidades que lhe são possíveis. Isso ocorre de tal forma que a participação política, econômica, social e também a capacidade produtiva dos indivíduos são condicionadas pelas condições de saúde que permeiam a vida de cada um. Nesse sentido, Lobato e Giovanella (2012) asseveram que:

[...] o bem-estar dos indivíduos é importante para uma sociedade mais justa e democrática; não basta a cura de doenças e agravos. É preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual. Como consequência, a saúde não deve ser objeto de lucro. Ao contrário, deve ser responsabilidade solidária do Estado e cidadãos (p.91).

Cabe, portanto, que possamos compreender as técnicas em sua coabitação com o lugar e em sua coexistência com os sistemas técnicos precursores uma vez que, dotado de materialidades pré-existentes, o espaço geográfico influencia os desdobramentos dos eventos pósteros. Embora o progresso técnico seja notável, é fundamental nos atentarmos para o fato de que nenhuma técnica se realiza de maneira homogênea em todo o espaço geográfico. As diferenças regionais continuam a existir e a maior ou a menor densidade da tecnosfera nos lugares é o que regula as desigualdades socioespaciais.

Os sucessivos meios geográficos não podem ser entendidos separadamente da noção de técnica, pois é a partir delas que, além de garantir sua existência, o homem configura o território com fixos e fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais, sociais e juntos redefinem o lugar (SANTOS, 2006). O espaço pode ser entendido como um “conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações” (SANTOS, 2006, p.39), que atuam historicamente em uma relação dialética, haja vista que sistemas de objetos influenciam a forma como se dão as ações ao mesmo tempo em que os sistemas de ações criam ou atuam sob objetos preexistentes. Essa influência da técnica no espaço se exerce à medida que se tem a ocupação do solo pelas infraestruturas das técnicas modernas, pelas transformações generalizadas impostas pelo uso da máquina e pela execução dos novos métodos de produção e de existência (SANTOS, 2006).

Tendo em vista o objetivo geral desta pesquisa, buscamos apresentar uma periodização acerca da penetração do capital e empresariamento progressivo da saúde pública brasileira, tendo em vista que toda base é público-privada. Deste modo, adotamos a seguinte periodização, que compreende 5 períodos de tempo: i) o início da indústria farmacêutica no país entre 1930 e 1940; ii) o início da produção de equipamentos médicos hospitalares entre 1950 e 1960; iii) o crescimento do setor de equipamentos, produtos e insumos laboratoriais em 1970; iv) a expansão das operadoras de seguros e planos de saúde entre 1980 e 1990; e v) a entrada dos prestadores de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) (NORONHA et al *apud* RIBEIRO et al, 2020).

Deste modo, a periodização aqui apresentada permite compreender como a saúde pública foi se materializando e como os prestadores de serviços de direito privado, especialmente as Organizações Sociais de Saúde ganharam espaço amplo de atuação dentro do SUS.

2.1. 1930-1940: início e crescimento da indústria farmacêutica brasileira

A saúde no Brasil é, atualmente, um direito garantido constitucionalmente à toda a população e pode ser usufruído por meio do Sistema Único de Saúde, conforme seus princípios e em decorrência dos serviços oferecidos. Na realidade do território brasileiro, o Estado sempre foi o agente com maior força reguladora dos usos do território e de quaisquer materialidades e imaterialidades em relação à saúde pública. Fato que se evidencia a princípio, com a criação de políticas públicas de saneamento básico e imunização da população contra doenças transmissíveis e com epidemias como, por exemplo, a varíola e a febre amarela, que assolavam a população brasileira e os imigrantes recém-chegados. De acordo com Baptista (2007) as primeiras ações de saúde pública foram implementadas com a vinda da família real para o país e a intenção era manter uma mão de obra saudável e capaz de manter os negócios da realeza.

O que se tinha, antes desse modo de tratar a população, eram técnicas advindas das culturas indígenas, africanas e europeias, a que a população desfavorecida financeiramente recorria quando algum mal as acometia (BAPTISTA, 2007). No século XIX a sociedade brasileira correlacionava a alta taxa de

contaminação com problemas sanitários oriundos de uma urbanização precária, principalmente na cidade do Rio de Janeiro e o planejamento urbano era apontado com uma solução possível.

Até o final do século XIX ganharam força ideais higienistas que apontavam os cortiços como o principal foco de transmissão das doenças, e o que se tem a partir disso é a proposição de reformas urbanas que demoliram essas habitações, com Pereira Passos no início do século seguinte. De fato, as doenças regrediram, mas a um custo social muito alto, o que evidencia o caráter classista dessas políticas públicas, que motivaram a demolição de diversos bairros da cidade em prol de reformas urbanas. Conforme Baptista (2007), o Estado era o responsável pela proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias em que havia comercialização e circulação de mercadorias exportadas. Desse cenário emergiram diversas teorias, dentre elas o Darwinismo Social, que reforçavam de maneira insistente as medidas adotadas na cidade e construía uma psicofera que contribuía cada vez mais com a segregação do espaço urbano. Além disso, foram estabelecidas outras políticas voltadas à imunização da população, especialmente por conta da vinda de imigrantes para trabalhar no país, como aconteceu no estado de São Paulo.

O início do século XX foi marcado por conhecidas campanhas de vacinação contra doenças tropicais e que tinham Oswaldo Cruz como Diretor-Geral de Saúde pública. A essa época foram concentrados esforços e recursos em ciência e tecnologia que auxiliaram o Estado no combate às epidemias, a exemplo do Instituto Soroterápico Federal (FUNASA, 2017). A possibilidade de produção de vacinas nacionais para imunização da população denota o progresso técnico advindo de esforços acadêmicos, investimentos feitos pelo Estado e a abertura ao mercado externo.

As viagens médico-científicas promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz revelaram um país desigual, doente e isolado geograficamente, conforme publicado em relatórios posteriores (D'ÁVILA, 2019). Os relatórios mencionados denotaram a necessidade de uma intervenção do Estado por meio da criação e execução de políticas públicas, que promovessem novos usos do território a fim de diminuir a desigualdade característica da formação socioespacial brasileira, que configurava um país rural e assolado por doenças. Além disso, o apelo dos estados à federação para o controle e erradicação de doenças, bem como a criação de quadros sanitários fora da capital e a promoção de ações no interior do país, permitiram a criação do

Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que substituiu e ampliou o alcance da Diretoria Geral da Saúde Pública (D'ÁVILA, 2019).

De acordo com informações disponibilizadas no site¹ do Arquivo Nacional, coube ao DNSP oferecer serviços de higiene no Distrito Federal, serviços sanitários em portos de todo o país, inspeção médica de imigrantes, profilaxia rural, a realização de estudos sobre doenças transmissíveis e seus respectivos tratamentos, bem como o suprimento dos medicamentos oficiais, a publicação de dados estatísticos relacionados à saúde pública, fiscalização e preparo de vacinas e também a inspeção de alimentos (CABRAL, 2018). Paralelamente às mencionadas ações estatais, os trabalhadores das ferrovias cobravam atenção médica de caráter público, a fim de obter algum tipo de proteção social em caso de doenças, acidentes de trabalho e morte. Sendo assim, foi promulgada a Lei Eloy Chaves de 24 de janeiro de 1923², que instituía as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e determinava que uma porcentagem do salário dos operários e também da renda da empresa seria destinada às CAPs. Como previsto em lei, os operários teriam direito a socorros médicos em casos de doença do trabalhador e membros da sua família, medicamentos com preços especiais e pensão para os herdeiros em caso de morte.

As relações horizontais e verticais entre agentes, lugares e eventos no Brasil foram abrindo espaço para o capital privado no SUS, desde o início da constituição da base material da saúde pública, no século XIX. A princípio, a trajetória da indústria farmacêutica no país se revela como ponto fundamental de entendimento dessa realidade. Atualmente a indústria farmacêutica é altamente tecnológica e movimenta um mercado global, constituído de empresas com capacidade de ação global, sobretudo porque as descobertas e inovações (objetos tecnológicos, técnicas de produção e novos produtos) em muito interessam o empresariado.

O interesse do governo no tema da saúde pública impulsionou os primeiros movimentos para a criação de importantes institutos de pesquisa que contribuíram com o início da trajetória da indústria farmacêutica no Brasil, a exemplo do Instituto Bacteriológico e do Instituto Vacinogênico em 1892, do Instituto Butantan em 1899, do Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos em 1900 e do Instituto Biológico em

¹O Portal do Arquivo Nacional pode ser acessado através do link: <https://www.gov.br/arquivonacional/pt-br>. Acesso em mai. 2020.

² A referida Lei pode ser consultada integralmente no site do Planalto através do link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm. Acesso em jan 2022.

1927 (URIAS, 2009 *apud* TEIXEIRA, 2014). Nesse movimento, a indústria farmacêutica no Brasil se desenvolveu acompanhando o progresso da medicina e das técnicas desenvolvidas a partir da pesquisa médica, química, biológica e farmacológica a partir do século XIX (BASTOS, 2005).

As referidas instituições ocupavam-se da produção de conhecimento científico e da elaboração de produtos de uso preventivo e curativo que incorporavam o conhecimento científico como, por exemplo, as vacinas, soros, soluções medicamentosas, medicamentos biológicos e químicos (RIBEIRO, 2010). Essas instituições também ampliaram o conhecimento das patologias tropicais, criaram padrões e técnicas que influenciaram a indústria farmacêutica e importaram e divulgaram conhecimentos a respeito de substâncias e compostos terapêuticos capazes de prevenir e curar patologias humanas, animais e vegetais (RIBEIRO, 2010).

Se até o final do século XIX o que predominava eram as boticas no território brasileiro, no início do século XX elas deram lugar às farmácias e pequenas indústrias de medicamentos, que inseriram novas técnicas e fórmulas medicamentosas a partir do processo industrial de produção (FERNANDES, 2004). A respeito da produção de medicamentos em território nacional, Bastos (2005, p.274) assevera que:

Na fase inicial, a maioria dos produtos era de origem natural e seu desenvolvimento decorria da aplicação por cientistas de práticas terapêuticas primitivas, cujas principais atividades eram a separação e purificação de produtos extraídos de plantas ou animais. Posteriormente, essas drogas foram suplantadas por produtos químicos sintéticos (alguns idênticos às drogas naturais, mas na maioria modificados e melhorados), passando a exigir crescente base científica e vultosos gastos na pesquisa para desenvolvimento dos materiais sintéticos, melhoria das drogas naturais e descoberta de drogas com propriedades farmacológicas aperfeiçoadas

Os primeiros laboratórios nacionais da indústria farmacêutica no Brasil foram instalados em 1920, embora a produção nacional tenha tido início em 1930 (TEIXEIRA, 2014). Todavia, as empresas nacionais não se colocavam como grandes competidoras frente aos agentes externos, dada sua incapacidade de acompanhar o progresso técnico dos grandes laboratórios mundiais, que se destacaram pela força de atuação vertical que possuíam (BASTOS, 2005). Essa força de atuação se ancorava em técnicas cada vez mais modernas de produção de produtos e em uma ampla rede de distribuição global. Ao passo que as empresas de produção

industrializada de medicamentos transformaram-se em indústrias de alta tecnologia, no Brasil o cenário não era similar.

A indústria farmacêutica brasileira tem características particulares, sobretudo com a presença de um número não reduzido de empresas, mas tendo parcela considerável do mercado na sob tutela de poucas firmas, que são subsidiárias de multinacionais (BASTOS, 2005). Essa configuração atual pode ser compreendida a partir da relação que se estabeleceu no país com o capital externo, fortemente ampliada entre 1930 e 1940, quando as grandes empresas globais apresentaram considerável progresso técnico na produção e distribuição de medicamentos a nível global. Nesse movimento, se observa a partir de 1940 um incentivo governamental à entrada de capital externo proveniente de grandes grupos farmacêuticos mundiais, o que fez com que muitas empresas sediassem sua produção em solo brasileiro (TEIXEIRA, 2014). Atualmente o BNDES possui entre suas linhas de financiamento o *Programa BNDES de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde*, a fim de incrementar a competitividade das empresas brasileiras, que estão presentes, majoritariamente no estado de São Paulo.

Dado o contexto, o governo provisório de Getúlio Vargas (1930 – 1934) instituiu uma pasta voltada à saúde e educação, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), no entanto, em termos de políticas públicas poucos foram os avanços até o fim do governo provisório. O discurso de modernização, desenvolvimento e centralização política a administrativa compunham um Estado robusto e centralizador que constituiu um aparato governamental que alcançasse todo o território nacional, integrando todos os entes da federação em um projeto político administrativo mais unificado, conforme aponta Hochman (2005). Esse contexto sofreu alteração com as reformas empreendidas por Gustavo Campanema ao assumir a pasta em 1934 e o que se evidenciou na primeira reforma proposta foram mudanças na estrutura do MESP, adequando-o aos princípios básicos que definiram a política social do Estado Novo (HOCHMAN, 2005).

As diretrizes em relação a saúde eram específicas e determinadas pela União, sem que as especificidades locais ou doenças que não representavam um risco coletivo e que acometiam a população fossem levadas em consideração. As ações de combate às epidemias e uma medicina curativa determinavam o que era o entendimento de saúde pública no Brasil, mas como forma de orientação a ações futuras e de articulação entre o governo federal e os estados, foram criadas as

Conferências Nacionais da Saúde (CNS), compostas por diversos agentes, constituíam importantes espaços de debate entre Estado e da sociedade civil. No entanto, nenhuma particularidade dos estados era o objetivo principal, conforme Hochman (2005), os problemas dos estados deveriam ser tratados conjunta e sistematicamente sem nenhum tipo de privilégio. Ao final das CNS o relatório entregue ao governo era composto por propostas gerais que articulavam os entes da federação viabilizando a sistematização de normas técnicas, administrativas e mecanismos burocráticos na área da saúde. Nesse cenário, os estados e municípios sofriam com a demasiada centralização econômica e administrativa prescritas em Constituição.

A crescente inovação tecnológica diferenciou ainda mais os lugares e influenciou o mercado globalmente, sobretudo porque a escala de ação dos agentes privados se deu de forma global, de forma que filiais das empresas globais foram instaladas em territórios estrangeiros (RODRIGUES, 2019).

A indústria farmacêutica brasileira teve suas bases fortemente regionalizadas no estado de São Paulo que, em 1930, sediava 110 indústrias de produtos químicos e farmacêuticos, que juntas empregavam 1.483 operários. Conforme Rodrigues (2019), em 1935, no restante do território brasileiro existiam 1488 fábricas de medicamentos registradas e em 1942 esse número passou a 2000, registrando aumento de 34,4%. Segundo o autor, na década de 1930, os laboratórios-farmácia transformaram-se em indústrias farmacêuticas propriamente ditas (RODRIGUES, 2019), a exemplo das firmas: Atlantis (Brazil) Limited, Companhia Chimica Rhodia Brasileira, Companhia Chimica Rhodia Brasileira, Laboratório Fontoura & Serpe, J. B. Duarte & Cia. Ltda. e da Sociedade de Productos Chimicos <L. Queiroz> (tabela 1).

| Firmas ou Companhias | Localidade | Capital | Operários | Produtos e observações |
|--|-------------------|-----------------|------------------|--|
| Sociedade de Productos Chimicos <L. Queiroz> | São Paulo | 11.156:000\$000 | 78 | Produtos químicos para medicamentos, industrias e especialidades farmacêuticas |
| Companhia Chimica Rhodia Brasileira | São Bernardo | 6.000:000\$000 | 280 | Produtos químicos para farmácias e industrias |

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------|----------------|----|---|
| J. B. Duarte & Cia. Ltda. | Cubatão | 2.500:000\$000 | 60 | Anilinas, tanino, carbonatos, fosfatos, inseticidas, etc. |
| Sociedade Anonyma White Martins | São Paulo | 2.200:000\$000 | 9 | Oxigênio |
| Fontoura & Serpe | São Paulo | 2.000:000\$000 | 62 | Especialidades farmacêuticas |
| Sociedade Anonyma White Martins | Jundiaí | 1.800:000\$000 | 7 | Oxigênio |
| Laboratório Paulista de Biologia S. A | São Paulo | 1.500:000\$000 | 9 | Produtos ototerápicos, soros, vacinas, etc. |
| Atlantis (Brazil) Limited | São Bernardo | 1.200:000\$000 | 82 | Azul ultramar para alvejar roupa |
| Companhia de Productos Phenix S. A. | São Paulo | 1.031:000\$000 | 8 | Especialidades farmacêuticas |
| Industrias Reunidas F. Matarazzo | São Paulo | 1.000:000\$000 | 22 | Glicerina e oleina |

Tabela 1: As dez principais Indústrias de produtos químicos e farmacêuticos no ano de 1930 no estado de São Paulo. **Fonte:** Estatística Industrial do Estado de São Paulo. Secretaria da Agricultura, Indústria e Comércio do Estado de São Paulo. Diretoria de Estatística, Indústria e Comércio/Seção de indústrias, 1931, p. 116-117.

Ainda conforme Rodrigues (2019) a disparidade entre os números de funcionários já demonstrava essa transição dos laboratórios em indústrias farmacêuticas. Embora os laboratórios estivessem sediados em várias localidades do estado, há um predomínio da centralização na região metropolitana de São Paulo. O número de operários também evidencia a característica distribuidora dessas empresas de produtos importados, os principais concorrentes das empresas nacionais.

Como verificou Bastos (2005), no Brasil a participação do oligopólio farmacêutico mundial, representado por empresas globais, foi de aproximadamente 70% do mercado brasileiro. O momento pós-guerra em 1945 consolidou o setor farmacêutico mundial e deu início a uma produção em massa, ampliando a oferta e demanda por medicamentos (KORNIS, BRAGA, PAULA, 2014). Nesse cenário os Estados Unidos foi o país que mais desenvolveu seu parque industrial farmacêutico, com capacidade de produção e distribuição em massa, principalmente por conta do

incentivo governamental à pesquisa de bactericidas, antitérmicos e anti-inflamatórios ainda durante o período da guerra (RODRIGUES, 2019).

De modo geral, a indústria farmacêutica apresentou crescimento considerável na Era Vargas. Tomando a cidade de São Paulo, principal centro da indústria farmacêutica moderna do país, Ribeiro (2010) evidencia que 90,90% das empresas foram fundadas entre 1930 e 1945, tendo apenas 9,1% sido fundadas antes de 1930. Ainda conforme a autora, eram poucos os laboratórios internacionais que fabricavam no país e a concorrência de mercado centrava-se na disputa entre as empresas nacionais e comércio importador (RIBEIRO, 2010). Nesse cenário o crescimento do mercado consumidor, dentre outros fatores, influenciou a capacidade produtiva das empresas nacionais (RIBEIRO, 2010). Os outros fatores de influência estão intimamente ligados ao fomento da pesquisa e desenvolvimento, importantíssimos para a indústria farmacêutica, que vinham sendo gerados desde o final do século XIX com os Institutos supracitados.

Nesse sentido, a entrada de mão de obra qualificada no mercado também colabora com a inovação da indústria farmacêutica, e em São Paulo a indústria pôde contar com o auxílio do Estado nesse quesito, sobretudo com a inauguração da Universidade Estadual de São Paulo em 1934, que capacitou pessoal e fomentou a pesquisa científica e tecnológica. Embora o Estado tenha contribuído com a base da indústria farmacêutica, os maiores investimentos de capital para pesquisa e inovação se deram dentro das empresas de direito privado, sobretudo porque a inovação (científica e tecnológica) pode influenciar o aumento dos lucros e o grau de competitividade das empresas. Além disso, outro fator de relevância para a indústria farmacêutica, até os dias atuais, diga-se de passagem, tem sido o marketing, que potencializa a venda dos produtos.

2.2. 1950-1960: empresas produtoras de equipamentos médico-hospitalares

A Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) elaborada pelo IBGE inclui a indústria de Equipamentos Médicos Hospitalares e Odontológicos (EMHO) como indústria de transformação e congrega todos os aparelhos destinados a instalações hospitalares, ambulatoriais e consultórios médicos e odontológicos. A classificação do setor de equipamentos médicos do IBGE até 1990 contemplava quatro grupos de produtos (tabela 2), classificados de acordo com sua complexidade

tecnológica. A partir da década de 1990 foi adotada uma nova classificação, a CNAE, que converge com a classificação internacional da *International Standard Industrial Classification (ISIC) – REV3*. Já a Associação Brasileira da Indústria de Equipamentos Médicos (ABIMO) classifica seis setores de atuação da indústria: equipamentos médico hospitalares, implantes, laboratórios, materiais de consumo, odontologia e radiologia. Independente da classificação o que se identifica é uma heterogênea gama de produtos usados no trato da saúde humana e animal e também por laboratórios industriais e de pesquisa científica.

Trata-se, portanto, de uma indústria heterogênea, altamente tecnológica e que requer constantes investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D). Na segunda metade do século XX a ampliação dos gastos com P&D relacionados a área, tanto do setor público como do privado, promoveram estímulos para que a indústria pudesse inovar, principalmente para que as empresas pudessem concorrer no mercado global, que atualmente é marcado pela hegemonia dos Estados Unidos ao lado de alguns outros países industrializados (FURTADO, 2001). No Brasil, a indústria de EMHOs data da década de 1950 (FURTADO, 2001; GADELHA, 2003), quando se instalaram as primeiras empresas de materiais de consumo de pouca complexidade, como seringas, agulhas, aparelhos de anestesia e na década seguinte, os fabricantes de instrumentos cirúrgicos, conforme apresentado na tabela 2 (FURTADO, 2001; GUTIERREZ e ALEXANDRE, 2004).

| Produtos | Empresas | Ano de início da produção |
|------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| GRUPO I | | |
| Instrumentos Cirúrgicos | Quinelato (N) | 1962 |
| | Edlo (N) | 1964 |
| Sondas e Cateteres | Nawa (N) | 1972 |
| | Bard (E) | 1975 |
| | Ibrás CBO (N) | 1981 |
| GRUPO II | | |
| Raios X, aparelhos e Insumos | K. Takaoka (N) | 1953 |
| | Oftec (N) | 1954 |
| | Narcosul (N) | 1960 |
| | Politécnica (N) | 1967 |
| | Salgado e Durram (N) | 1970 |
| | CGR (E) | 1977 |
| | Philips (E) | 1978 |
| | Toshiba (E) | 1978 |

| | | |
|--|-------------------|------|
| | BEM (N) | 1977 |
| | Kodak (E) | 1980 |
| | Nagel (N) | 1981 |
| Laboratório | Procyon (N) | 1972 |
| | Micronal (N) | 1975 |
| | Varian (E) | 1975 |
| | Tecnal (N) | 1977 |
| Eletromédicos e monitoração | Fundbec (N) | 1971 |
| | Berger (N) | 1974 |
| | Fanem (N) | 1974 |
| Dialisador e Oxigenador | OMG (N) | 1978 |
| | Travenol (E) | 1978 |
| | Bentley-Sorin (E) | 1980 |
| GRUPO III | | |
| Válvulas cardíacas | Macchi (N) | 1977 |
| Marcapassos | Medtronic (E) | 1973 |
| | Cardiobrás (J) | 1978 |
| | Bentley-Sorin (E) | 1980 |
| GRUPO IV | | |
| Materiais de Consumo, Agulhas e seringas | Ibrás CBO (N) | 1953 |
| | B&D | 1957 |

Tabela 2: Tipos de produtos da indústria de Equipamentos Médico Hospitalares e Odontológicos de acordo com o ano de início da produção: (N) Nacional; (E) Estrangeira; (J) *Joint-venture* **Fonte:** VICAVA (1983) *apud* FURTADO (2001). Modificado pela autora, 2021.

A base dessa indústria se deu quando estava em voga o modelo de substituições de importações e foi se consolidando ao longo das décadas de 1950 a 1980, progressivamente produzindo equipamentos eletrônicos com maior densidade tecnológica (MALDONADO et. al., 2012). No Brasil, conforme apresentado na tabela 2, a indústria de equipamentos médicos deu seus primeiros passos na década de 1950, apresentou crescimento na década seguinte e teve seu auge na década de 1970, principalmente com a produção de equipamentos de diagnóstico por imagem.

Nesse contexto, Furtado (2001) aponta que as medidas protecionistas do governo foram importantes para o desenvolvimento do setor, fazendo com que a produção nacional de bens chegasse a 74% do consumo interno em 1979. No entanto, o autor aponta que a reserva de mercado e a baixa concorrência dos produtos importados, concomitante a falta de iniciativas governamentais para alterar esse quadro, não estimularam o desenvolvimento tecnológico da indústria (FURTADO, 2001).

Em 1962, 25 fabricantes de equipamentos médicos se juntaram e fundaram a ABIMO, interessados em organizar e fortalecer o segmento de produção de equipamentos médicos no Brasil. A ABIMO apresenta um quadro diretor composto por integrantes de diversas empresas do setor e defende assiduamente os interesses do empresariado, além de contar com mais de 300 associados, que juntos representam 80% do faturamento total das empresas do setor³. Além disso, outro evento que compõe o enredo desse período foi a criação do Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo (SINAEMO) em 1971, que atua em parceria com a ABIMO, em defesa do empresariado paulista e em parceria com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP).

Evidenciou-se cada vez mais a entrada de equipamentos com alto grau de tecnologia no mercado de consumo interno do Brasil, tanto de capital nacional como estrangeiro. Essa transformação significativa na indústria EMHO acompanhou a instituição de novas políticas de saúde, como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social a partir do Decreto nº 72 de 1966, que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões anteriormente existentes e que permitiram a maior incorporação da tecnologia no setor da saúde. A indústria EMHO é densamente tecnológica e a incorporação dessa tecnologia se dá através da ampliação dos serviços de saúde sejam eles públicos ou privados.

2.3. 1970: a expansão da indústria EMHO e de insumos laboratoriais

Na década de 1970, a indústria de equipamentos médicos apresenta crescimento considerável, sobretudo com o início da produção de aparelhos de raio-X, instrumentos de laboratório, equipamentos eletromédicos e de monitoração, de dialisadores e oxigenadores, de válvulas cardíacas e de marcapassos (tabela 2). É também nessa década que por meio da Lei Federal nº 6.439 de 1977, durante os anos finais do regime militar, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Historicamente os sistemas de saúde possuem forte ligação com as lutas da classe trabalhadora por direitos civis, principalmente em sua

³ Os dados foram apresentados por Franco Palamolla, presidente da ABIMO, em 2020 durante a realização do Congresso Nacional de Hospitais Privados. Disponível em: <https://conahp.org.br/2020/correalizacao-abimo#sessao-poster>. Acessado em set. 2021.

origem na Europa, onde surgiram as primeiras diretrizes de seguridade social e saúde pública. A trajetória brasileira tem as mesmas raízes e após anos de demandas provenientes de operários das linhas férreas preocupados com sua saúde, por conta dos riscos que corriam em seus empregos, os trabalhadores contaram com aliados políticos para assegurar a criação de um sistema de saúde pública e gratuita que assistisse também os membros de suas famílias.

O INAMPS, conforme a referida lei, era a autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável por programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos segurados pelo Instituto Nacional de Previdência Social e seus respectivos dependentes, aos servidores do Estado e seus dependentes, aos rurais, cujo dinheiro seria proveniente do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) e os decorrentes de acidente de trabalho conforme a legislação referente ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, o FUNRURAL.

A ditadura militar representa um momento em que os municípios perderam parte de sua autonomia por conta de um governo autoritário e centralizador de políticas econômicas e administrativas. No entanto, o INAMPS foi instituído durante o primeiro período do processo de descentralização, conforme evidencia Viana (1998) e enquadra-se em um cenário de destaque do movimento municipalista e de mudanças na repartição de recursos em favor dos estados e municípios que aliados a crise e ao início da redemocratização do país aceleram esse processo de descentralização. Apesar das circunstâncias, o INAMPS nunca deixou de ser um sistema de saúde segmentado e excludente à medida que muitas pessoas não tinham acesso aos serviços de saúde prestados. Além disso, esse sistema teve sua existência marcada pela forte presença dos interesses do mercado presentes no aparelho Estatal como afirma Paim:

Mesmo durante as décadas de 70 e 80, as forças democráticas no âmbito da saúde enfrentavam-se com os representantes dos interesses privados, seja das clínicas, hospitais e médicos contratados e credenciados pela Previdência Social (representados pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação Médica Brasileira), seja das organizações de pré-pagamento (medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas seguradoras), seja das indústrias de medicamentos, equipamentos e materiais de consumo médico-sanitário (2,35). Esses interesses privados encontravam-se alojados no aparelho estatal através dos "anéis tecno-burocráticos" (23,35). Num período em que o Congresso Nacional estava politicamente esvaziado, os interesses capitalistas no setor de saúde interagiam diretamente com o Executivo por intermédio de Ministros

de Estado, ou mesmo recorrendo aos "anéis" que canalizavam suas demandas. (PAIM, 1998, p.31)

De forma geral, o Ministério da Saúde elaborava uma política nacional e executava ações voltadas para as medidas de atendimentos de interesses coletivos, como a elaboração de planos de proteção e de combate às doenças transmissíveis, normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, fiscalização e vigilância sanitária, controle de medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano e controle sanitário sobre as migrações humanas, bem como de produtos de interesse da saúde. As outras pastas ficaram responsáveis pelo atendimento médico, aperfeiçoamento de profissionais, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e saneamento ambiental. Durante esse primeiro momento do processo de descentralização foi promulgada a Lei 6.229 de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS), visando a organização de um sistema de ações de interesse da saúde e de um conjunto de normas voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde em seus diversos âmbitos tais como, nutrição, vigilância epidemiológica, controle de drogas e medicamentos, artigos de perfumaria e vestuário, dentre outros. Cresceram as materialidades necessárias ao exercício do setor da saúde e foram fixados diversos conjuntos de normas e padrões para os estabelecimentos destinados a serviços de saúde, para a fiscalização das condições de exercícios das profissões do setor, bem como a avaliação de recursos tecnológicos e científicos disponíveis.

Nesse momento, o que se observa é uma concepção de saúde pautada no bem estar-coletivo, que influenciou o aparelhamento do Estado brasileiro, a exemplo da criação da Fundação da Legião Brasileira de Saúde, da Fundação Nacional do Bem-estar do Menor, da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social.

O Estado era o agente viabilizador do território com mais poder de decisão, no entanto, os sistemas e estruturas também exercem força (re)estruturante no espaço geográfico à medida em que modificam e são modificadas de acordo com as intencionalidades dos agentes privados. Essas existências são, como definidas por Santos (2006, p.80), "uma técnica em funcionamento, um objeto operacionalizado, uma ação historicizada e geografizada, uma norma em vigor como resultado de um jogo de forças possível, em um dado momento e lugar". Portanto, o espaço geográfico

também é um fenômeno técnico a partir do qual são produzidos outros usos do território reservadas às intencionalidades de quem o opera.

Os equipamentos e insumos necessários aos serviços de saúde na década de 1970, em especial os mais complexos e mais caros, vinham importados de outros países. Furtado (2001) revela que os aparelhos com maior densidade tecnológica como, por exemplo, os aparelhos de diagnóstico por imagem como os aparelhos de raio x de maior porte, ultrassom, tomografia computadorizada, RNM e outros aparelhos laboratoriais lograram a serem fabricados pelas empresas nacionais. As empresas nacionais não conseguiam concorrer com as estrangeiras em segmentos mais sofisticados da indústria, isso porque o avanço da tecnologia não se dava na mesma velocidade das empresas sediadas em países como os Estados Unidos, em que os investimentos em P&D eram muito superiores.

Nesse cenário os países industrializados, sobretudo os europeus e o Japão, passaram por um processo de especialização produtiva, focando em diferentes nichos de mercado (GADELHA, 2003). Todavia, o Brasil sediava grandes empresas do segmento de insumos e materiais de consumo, mesmo que filiais das multinacionais ou distribuidoras de equipamentos. Há, portanto, uma divisão do trabalho, que separa os centros de comando dos centros de produção e distribuição, evidenciando *lugares do mandar e lugares do fazer* (SANTOS, 2006). As normas as quais as empresas ficam submetidas incidem sobre o território de maneira verticalizada, oriundas de centros informacionais estrangeiros e que atuam sob as leis do mercado global.

O alto investimento em P&D dos países estrangeiros acelerou o ritmo das inovações e agregou valor aos equipamentos mais sofisticados. A base material da saúde, que mudou substancialmente com a difusão do meio técnico-científico-informacional, atingiu de maneira seletiva os lugares, sobretudo porque as empresas escolhem os fatores locacionais mais atrativos conforme seus interesses de mercado. Ainda sobre a concentração espacial da indústria de equipamentos médicos, Antas Jr. relata que:

Via de regra, muitas empresas que compõem a economia da saúde precisam da proximidade de seus maiores consumidores, os grandes hospitais gerais públicos e hospitais universitários, cuja demanda por equipamentos e insumos é extraordinariamente alta; e dos grandes hospitais privados com intensa especialização técnico-científica, que atendem preferencialmente ao público de renda alta e são capazes de atrair “clientes” de uma grande abrangência territorial, o que, no caso brasileiro, estende-se a toda a América Latina. (2014, p. 45)

Nesse movimento, os lugares com maior densidade técnica, produção científica e informação tendem a se sobressair àqueles em que a base técnica é menos robusta. Além disso, a demanda por insumos, equipamentos e serviços acompanhou a urbanização do território brasileiro, concentrando nas regiões metropolitanas maior densidade demográfica. Na América Latina o Brasil ocupa posição de destaque em relação aos outros países, pois é o único que detém uma indústria EMHO de maior porte, mesmo havendo um afastamento da fronteira tecnológica mundial (GADELHA, 2003).

2.4.1980-1990: A atuação das operadoras de seguros e planos privados de saúde

A trajetória brasileira da assistência médica está intimamente envolvida com os esquemas de prestação de serviços médicos assistenciais aos trabalhadores formais, marcado pela instituição das CAPs no início do século XIX. A relação existente entre previdência social e saúde se intensificou quando foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) de responsabilidade do Estado. A princípio poucas classes foram contempladas e as categorias com salários mais elevados tinham mais recursos para provisões previdenciárias e incluíam assistência médica (BATICH, 2004).

Assim como aconteceu com as CAPs, os participantes dessas IAPs pautavam-se em laços solidários, como evidencia Batich (2004), pois era a partir das contribuições dos trabalhadores ativos que as pensões eram pagas, no entanto, além dos empregadores o Estado também financiava parte desse modelo de proteção social. Como evidenciado por Giovanella (2012) esse modelo de proteção é bastante criticado por criar inequidades entre os benefícios a que cada classe de trabalhador tem acesso, além de excluir a população não inserida no mercado de trabalho formal (trabalhadores rurais, autônomos e domésticos). Cabe ressaltar que ações de saúde coletiva como, por exemplo, medidas de promoção, prevenção e vigilância sanitária e epidemiológica ainda eram executadas de forma paralela à existência das IAPs, o que coloca em evidência a segmentação e exclusão de parcela considerável da população no que tange a assistência médica.

O empresariamento da saúde esteve fortemente ligado as demandas de empresas, especialmente da indústria de São Paulo, que buscaram alternativas em relação ao que a Previdência Social da década de 1960 oferecia. A expansão do segmento de planos de saúde aconteceu na década seguinte com a celebração de convênios entre empresas empregadoras e cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo, principalmente aos empregados das indústrias do estado de São Paulo (BRASIL, 2002). A relação entre financiadores e provedores de serviços médicos mudou substancialmente a partir de 1960 e os convênios médicos mediados pela Previdência Social estimularam decisivamente o empresariamento da saúde (BAHIA, 2002). O que Bahia (2002) evidenciou foi uma mudança estrutural na rede de serviços das empresas de medicina de grupo, que se tornaram compradoras de serviços por meio do credenciamento de profissionais, laboratórios e hospitais ao passo que as cooperativas (Unimed) complementaram suas redes com o credenciamento de laboratórios, de hospitais e com a compra de consultas médicas realizadas pelos profissionais em seus próprios consultórios.

No início dos anos 80 a clientela dos planos de saúde era considerável (BAHIA, 2002) e a partir da segunda metade da década de 1980, as empresas médicas começaram a captar demandas individuais por saúde, contemplando os trabalhadores não formais, profissionais liberais, aposentados e empresas de menor porte que buscavam assistir aos trabalhadores. Nessa mesma época, Soares e Santos constataram que:

[...] outras instituições governamentais optaram por implantar ou incrementar planos próprios de assistência à saúde, constituindo entidades de previdência fechada, em conjunto com seus sindicatos e associações profissionais, ampliando a cobertura de planos privados de saúde com considerável contingente de funcionários públicos. Esse é também o momento da entrada das seguradoras no mercado de assistência suplementar que passam a disputar clientes de planos coletivos e individuais com as outras modalidades de operadoras (medicinas de grupo e cooperativas médicas), se tornando mais uma alternativa ao mercado supletivo (SOARES e SANTOS, 2003, p.6)

No final da década de 80 o mercado de planos de saúde modificou-se e adquiriu características que perduram até os dias atuais. Algumas empresas de medicina de grupo romperam com as práticas de convênio e passaram a vender planos individuais com diferentes padrões de cobertura, que em alguns casos garantem atendimento em qualquer lugar do país (BRASIL, 2002).

Durante a década de 1990 a regulamentação dos planos de saúde é dada a partir da aprovação da Lei nº 9.656 de 1998, que também regulamentou a entrada de capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro, sob a conjuntura de difusão dos ideais neoliberais pela globalização e internacionalização dos capitais, que aprofundou a liberalização do comércio mundial.

2.4.1. A institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988

No que tange à reformulação do Sistema Nacional de Saúde é que surge a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde, com uma nova composição institucional totalmente independente da Pasta da Previdência e que poderia ser viabilizada por meio de uma Reforma Sanitária (BRASIL, 1986). A proposta para descentralização da gestão desse novo sistema consistia na atribuição de diferentes funções e responsabilidades a cada ente da federação, sendo o Ministério da Saúde inteiramente responsável pela coordenação desse sistema.

Nesse contexto, dentre outras funções, foi atribuído à União a responsabilidade de formular e conduzir políticas nacionais de saúde, regulamentar normas de relacionamento entre o setor público e o privado, além de garantir a melhoria do sistema através de órgãos de pesquisa, produção de imunológicos, de medicamentos e equipamentos. Ao nível estadual caberiam as funções de gestão, planejamento, coordenação, controle, avaliação das políticas nacionais de saúde e a integração dos subsistemas de saúde estaduais às normas e diretrizes federais, para tanto, propôs-se que os estados formassem um plano diretor para conduzir esse processo. O nível municipal teve seu papel definido em consonância com as características específicas de cada um, de acordo com as diretrizes estaduais e federais, além de ficar responsável pelo atendimento básico de saúde.

A 8^o CNS⁴ foi um dos marcos da criação do SUS, pois o relatório final serviu de base para a constitucionalização desse sistema de saúde dois anos depois, bem como a Carta de Ottawa, fruto da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da

⁴ A 8^o Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986, contou com 135 grupos de trabalho e delineou importantes encaminhamentos que balizaram as diretrizes do SUS (<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>) O Relatório final da Conferência está disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessos em 25 de fevereiro de 2022.

Saúde, cuja conferência ocorreu como uma resposta às crescentes expectativas pela consolidação de uma saúde pública de vários países e buscou contribuir com essa demanda nos anos 2000 e subsequentes. Nesse documento a saúde é tida como o “maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (OTTAWA, 1986, p. 1), e tem como pré-requisitos bases sólidas que assegurem boas condições de habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável e recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Nesse contexto, a “*Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*”⁵, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 e voltada ao desenvolvimento da comunidade mundial para promoção da saúde, teve grande influência ao consagrar a saúde como um direito humano fundamental, cuja realização requer a atuação integrada dos setores sociais e econômico das sociedades.

A Lei Federal nº 8080 de 1990, regulamentou o SUS e estabeleceu que todo o conjunto de ações e de serviços de saúde pública que já existiam fossem incorporados ao novo sistema de saúde. Além disso, determinou que a iniciativa privada poderia participar da prestação de serviços de saúde em caráter complementar.

O SUS pode ser entendido como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Públicos”, que atuam de maneira complementar em uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema organizado com base na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990). São três as leis que regulamentam o funcionamento desse sistema nacional: a Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como direito e como uma das bases da seguridade social sendo, portanto, responsabilidade do Estado; a Lei 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei 8142 de 1990, que dispõe sobre a participação popular no Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde.

⁵ A “Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários” foi disponibilizada virtualmente pelo Ministério da Saúde em 2002 e pode ser acessada na íntegra através do link: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em jun 2022.

A Lei 8.142 de dezembro de 1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS por meio da Conferência de Saúde, com realização prevista a cada 4 anos, e por meio do Conselho de Saúde, que conta com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O Conass tem os secretários de saúde dos estados como membros e, portanto, consolidou-se como representante da gestão estadual do SUS, apresentando decisões políticas a respeito de questões que perpassam a atenção à saúde, assistência farmacêutica, epidemiologia, vigilância sanitária, entre outros. Já o Conasems congrega todos os secretários municipais de saúde, ou órgão equivalente que, juntos, buscam promover ações que colaborem com a descentralização política. Essas medidas de descentralização da gestão do SUS, convergem com a estratégia-chave da política social brasileira característica do período de institucionalidade neoliberal, em que as políticas com recortes urbanos e regionais ganharam o protagonismo (VIANA e SILVA, 2012).

A respeito desse movimento de descentralização fortemente difundido com a implementação do Sistema Único de Saúde, Viana e Silva (2012) atentam para o fato de que essa descentralização em toda a área social, porque contemplou diversos objetivos:

[...] estimular a participação das esferas subnacionais no financiamento e na provisão de serviços sociais; favorecer a participação de diferentes instituições na provisão e a gestão das políticas; estimular a criatividade local na formulação e no manejo de políticas públicas; e permitir maior controle e participação social na gestão, no acompanhamento e na avaliação das políticas. (p.43)

Esse cenário também aponta para o compromisso estabelecido entre sociedade e saúde materializada na Constituição Federal de 1988 que, conforme Viana (1998), marca um segundo momento de descentralização, em que os entes da federação se combinam em torno das metas descentralizantes como, por exemplo, com as expressivas transferências de recursos para estados e municípios, voltados ao no setor social. A autora também salienta que esse é um período marcado por expressivas transferências de recursos para estados e municípios, principalmente na área social (devido ao projeto social do SUS) e afirma que também houve, nesse momento, uma disseminação do lema da descentralização associado com a participação da população e do conceito de cidadania (VIANA, 1998). A

descentralização do SUS acabou por ampliar a participação do terceiro setor no macrossistema.

2.5.2000: Os Prestadores e gestão dos serviços públicos de saúde no SUS

O SUS como um macrossistema técnico foi constituído mediante as necessidades da sociedade que, ao reclamar por um sistema público de saúde, também reivindicou a descentralização das decisões políticas e econômicas no nesse setor. A Constituição Federal de 1988 descentralizou o poder político-administrativo e garantiu aos estados, mais especialmente aos municípios, parcela significativa da arrecadação dos impostos, recortando receitas anteriormente vinculadas à União (CATAIA, 2010; GALLO, 2011), o que possibilitou atender as diferentes demandas relacionadas à saúde de acordo com as especificidades de municipais. Usufruindo dessa maior autonomia e atribuições, os municípios tornaram cada vez mais viável a adesão da parceria com as OSS e outros tipos de administradores indiretos na prestação dos serviços de saúde.

A hegemonia do capital fez com que o Estado brasileiro se adaptasse às novas imposições, a exemplo das diversas medidas adotadas após a realização do Consenso de Washington e da difusão dos ideais da Nova Administração Pública, melhor abordadas no capítulo 4, que influenciaram a reforma do Estado brasileiro a partir de um receituário neoliberal largamente difundido pelos países centrais. Essa perspectiva nos fornece caminhos lógicos para que possamos entender como se efetivam as políticas públicas que cada vez mais usam o território a fim de maximizar a presença do mercado em setores bastante disputados, como a saúde pública.

A contratação de prestadores de serviços é alvo de amplo debate entre os grupos que defendem a lógica de contratação, alegando que a prestação privada de serviços é mais eficiente e transparente e aqueles que denotam a necessidade de um amplo mercado fornecedor de serviços capaz de assegurar os princípios de competitividade entre as entidades e de capacidade estatal para planejar, definir, monitorar e avaliar o trabalho dos prestadores (COELHO, 2016). O debate sobre a eficiência do setor público no Brasil ganha força na década de 1990 e orienta as ações do governo para a adoção de um novo modelo de administração pública, capaz de publicizar as atividades não exclusivas do Estado para entidades de direito privado que, baseadas em metas e resultados, alcançariam melhores resultados na provisão

dos serviços de saúde. Além disso, foram difundidos ideais sobre o maior controle da sociedade sobre a atuação dos atores privados na prestação de serviços e ainda na década de 1990 foram sancionadas duas Leis para a regulamentação das Organizações Sociais (Lei nº 9.637 de 1998) e das Organizações da Sociedade Civil de interesse público (Lei nº 9.790 de 1999).

Na primeira década dos anos 2000, Ibañez e Neto (2007) apontavam os serviços hospitalares como um dos problemas do sistema público brasileiro, principalmente em relação à organização e gestão dos estabelecimentos. Os autores apontam que um dos grandes desafios era a capacitação profissional para gerir um estabelecimento de saúde cuja prestação de serviços era marcada pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras (IBAÑEZ e NETO, 2007). Além disso, elencam que:

[...] as alterações no ambiente recente da saúde – revolução demográfica, revolução epidemiológica, aumento dos custos para incorporar uma cada vez mais crescente carga tecnológica, o advento e barateamento do uso da TI, a luta corporativa travada na área da saúde com o advento de muitos novos profissionais a disputar sua inserção no modelo assistencial, os direitos adquiridos pela sociedade pós constituição de 88, etc., compõe um novo e até então inexistente cenário (IBAÑEZ e NETO, 2007, p. 1835).

A resposta dos agentes públicos para tal cenário foi a contratação de prestadores de serviços, baseados em metas e resultados. A legislação federal das OSS reverberou nos estados e municípios, que passaram a adotar legislações próprias para a regulamentação da transferência da prestação de serviços. O agente público, nesse novo contexto, passa a atuar como o agente regulador e as entidades privadas passam a administrar estabelecimentos de saúde e prestar serviços. Nesse contexto, cabe ressaltar a promulgação da Lei nº 13.097 de 2015, que altera a Lei Organiza da Saúde e abre irrestritamente o setor da Saúde ao capital estrangeiro, bem como promoveu o ingresso de agentes estrangeiros em fusões e aquisições de hospitais e clínicas, conforme estudo publicado por Scheffer e Souza (2022).

Produto de um paradigma calcado no discurso enaltecido da eficiência e redução de gastos, a transferência da prestação de serviços públicos do Estado para as entidades privadas colabora e faz crescer os modelos de gestão indireta no país. Dados da Pesquisa de Informações Básicas Estaduais (ESTADIC) realizada pelo IBGE em 2018, mostram que a existência de estabelecimentos de saúde administrados por terceiros está presente em 19 estados e no Distrito Federal.

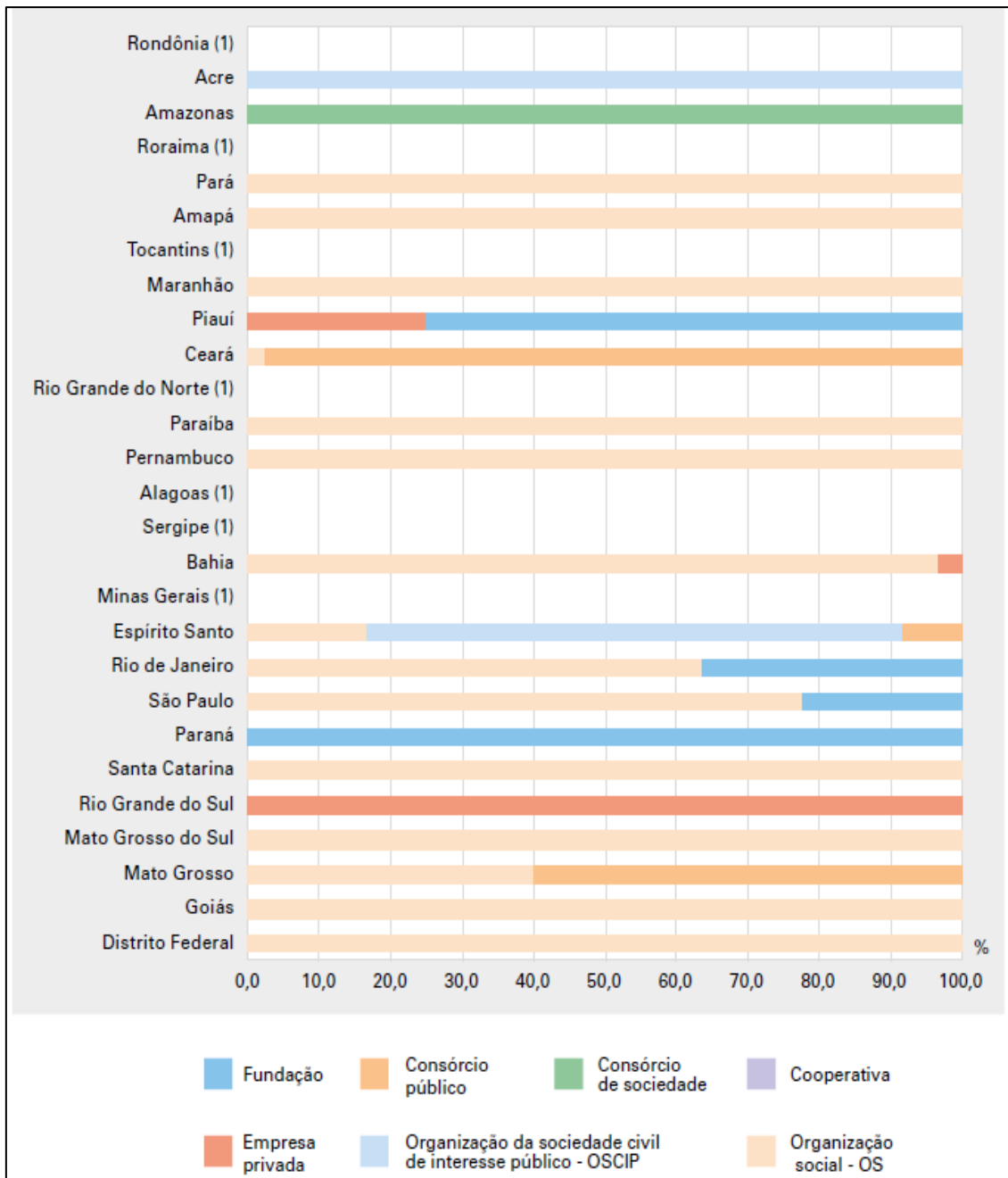


Figura 1: Existência e percentual de estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, por tipo de órgão administrador, segundo as Unidades da Federação – 2018. **Fonte:** IBGE, diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Estaduais, 2018. **Elaboração:** IBGE, 2018.

As OSS são o único tipo de prestadoras de serviços contratualizadas no Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Maranhão, Amapá e Pará. Diversos são os modelos de gestão indireta, terceirização e até mesmo privatização, que se colocam como complementares ao papel do Estado. No entanto, é nítida a dependência das OSS em relação ao financiamento vindo da esfera pública, que através das permanentes transferências colabora para sua expansão e consolidação

(MORAIS, 2018). Embora Roraima não apresente estabelecimentos de saúde administrados por terceiros no ESTADIC (2018), em 2020 foi sancionada legislação favorável à qualificação e contratualização de OSS (tabela 3).

| Unidade da Federação | Legislação | Ano |
|----------------------|-------------------------|------|
| Pará | Lei 5.980/96 | 1996 |
| Ceará | Lei 12.781/97 | 1997 |
| Maranhão | Lei 7.066/98 | 1998 |
| São Paulo | Lei Complementar 846/98 | 1998 |
| Amapá | Lei 599/01 | 2001 |
| Bahia | Lei Ordinária 8.647/03 | 2003 |
| Sergipe | Lei 5.217/03 | 2003 |
| Mato Grosso | Lei Complementar 150/04 | 2004 |
| Rio Grande do Norte | Lei Complementar 27/04 | 2004 |
| Santa Catarina | Lei 12.929/04 | 2004 |
| Goiás | Lei 15.503/05 | 2005 |
| Piauí | Lei Ordinária 5.519/05 | 2005 |
| Distrito Federal | Lei 4.081/08 | 2008 |
| Espírito Santo | Lei Complementar 489/09 | 2009 |
| Rio de Janeiro | Lei 5.498/09 | 2009 |
| Paraíba | Lei 9.454/11 | 2011 |
| Paraná | Lei Complementar 140/11 | 2011 |
| Tocantins | Lei 2.472/11 | 2011 |
| Rondônia | Lei 3.122/13 | 2013 |
| Amazonas | Lei 3.900/13 | 2013 |
| Pernambuco | Lei 15.210/13 | 2013 |
| Mato Grosso do Sul | Lei 4.698/15 | 2015 |
| Alagoas | Lei 7.777/16 | 2016 |
| Minas Gerais | Lei 23.081/18 | 2018 |
| Roraima | Lei 1.439/20 | 2020 |

Tabela 3: Unidades da federação que instituíram legislação para Organizações Sociais até 2020.
Fonte: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), 2018. Modificado pela autora. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/confira-as-leis-de-estados-e-municipios-que-regulam-as-oss/> Acesso em jan. 2022.

O que se observa com a criação das leis para Organizações Sociais é uma tendência de transferência da gestão das unidades e prestação dos serviços de saúde para entidades privadas. O modelo de gestão das OSS ganhou espaço em praticamente todas as unidades da federação, com exceção do estado do Rio Grande do Sul, que apresentou resistência ao modelo, arquivando o Projeto de Lei 44 de 2016, que qualificaria as entidades como OS.

Como supracitado, a região Sudeste tem o maior número de OSS e também de estabelecimentos sob esse modelo de gestão. Em números absolutos, essa configuração se traduz com o estado de São Paulo sendo o maior adepto às OSS e o Espírito Santo como o estado com menos número de OSS, como pode ser observado no quadro 1.

| Municípios com estabelecimentos de saúde administrado por OSS na região Sudeste | | |
|--|---------------------|-------------------------|
| | Total de OSS | Estabelecimentos |
| Minas Gerais | 31 | 162 |
| Espírito Santo | 9 | 9 |
| Rio de Janeiro | 15 | 302 |
| São Paulo | 124 | 1113 |

Quadro 1: Total de estabelecimentos de saúde administrados por OSS na região Sudeste. **Fonte:** Pesquisa de Informações Básicas Municipais, IBGE, 2018. **Elaboração:** COSTA, N.O.S, 2020.

O estado de São Paulo apresenta 1113 estabelecimentos geridos por OSS, número consideravelmente maior do que o segundo colocado Rio de Janeiro, que apresenta apenas 302 estabelecimentos. Importante lembrar que no Espírito Santo, os números são os mais baixos porque o modelo dominante de administração indireta da saúde adotado nesse estado são as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as OSCIPs (figura 1).

Os tipos de órgãos administradores qualificados para a contratualização com os agentes públicos variam entre fundações, consórcios públicos, consórcios de sociedade, cooperativas, empresas privadas, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Sociais de Saúde (IBGE, 2018). No caso do estado de São Paulo, a incorporação do modelo de administração indireta por Organizações Sociais de saúde foi exitosa, tendo o estado reestruturado e ampliado a rede de Ambulatórios Médicos Especializados (AMEs) com a finalidade de transferir a gestão

dos estabelecimentos para as entidades privadas. Dessa forma, é possível ter uma ideia de como os meios utilizados na contratualização de serviços são diversos e “bem-vindos” no âmbito do planejamento urbano. Sendo assim, as parcerias entre o setor público e o setor privado marcam uma característica dos governos urbanos, que estão inseridos e precisam atender às demandas do sistema capitalista. Essa relação, como coloca Sanchez (2010), não é propriamente nova, pois a novidade está na forma como essa relação é apresentada: como uma necessidade do processo de adaptação aos novos tempos.

3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

As políticas de saúde do estado de São Paulo guardam particularidades de um momento pré-SUS, que são pertinentes ao trabalho porque delinearão os desdobramentos do SUS no território paulista. Como relevante unidade da Federação, São Paulo desempenhou papel ativo no desenvolvimento de carreiras científicas, nas políticas de saúde pública e na pesquisa laboratorial do país, tendo a Fundação Rockefeller participado ativamente nesse processo (FARIA, 2002). A atuação governamental bastante consolidada do estado de São Paulo, com um governo centralizador, no setor da saúde pública serviu como base para o desenvolvimento da saúde pública em outros estados (FARIA, 2002).

As bases da saúde pública no estado de São Paulo foram se materializando ao longo do tempo conforme os diversos entendimentos atribuídos à saúde e também com as reformas político-administrativas colocadas em curso ao longo do século XX. Acompanhando a conjuntura nacional do final do século XIX, São Paulo contou com a atuação de sanitaristas em suas políticas e com a criação do Instituto Bacteriológico pelo governo estadual em 1892 e do Instituto Butantan em 1901, que atuavam principalmente na produção de soros e vacinas.

As ações do governo paulista pautavam-se nas condições de saúde coletiva e combatiam as principais doenças que assolavam o estado, inclusive com o apoio da oligarquia cafeeira, que queria garantir boas condições da mão de obra imigrante que chegava para trabalhar nas lavouras (FARIA, 2002). Esse cenário de cuidados com a saúde coletiva é semelhante ao encontrado nas políticas públicas do governo federal da época, no entanto, o estado de São Paulo não demorou para colocar em

andamento as reformas do serviço sanitário estadual e modificar suas frentes de atuação no território.

3.1.A Reforma do Serviço Sanitário e a atuação dos Centros de Saúde em 1925

A reforma do Serviço Sanitário em 1925, regulamentada pelo Decreto 3.876 de julho de 1925, apresentou melhorias significativas para a pasta da saúde no estado. Dentre elas, a criação dos Centros de Saúde pautados na concepção dos postos municipais foram o eixo de toda a estrutura das atividades de saúde no estado (FARIA, 2002). Os Centros de Saúde foram instalados no interior do Estado, com o centro de comando das ações na capital do estado, e tinham como objetivo a educação sanitária da população, a imunização contra doenças transmissíveis e o tratamento e estudo dos focos das doenças. Os Centros de Saúde passaram a oferecer de forma gratuita os serviços de higiene pré-natal, higiene infantil, pré-escolar, escolar e das outras idades, exames periódicos, tratamento para tuberculose, verminoses, sífilis e outras doenças venéreas.

O que se observa nesse contexto é a promoção de ações de saúde com caráter duradouro e não só voltada à prevenção e tratamento de doenças específicas. Posteriormente outros decretos reorganizaram a saúde no estado, como foi o caso do Decreto 4.891 de fevereiro de 1931, que reorganizou o Serviço Sanitário Estadual e o Decreto 4.917 de março de 1931, que criou a Secretaria da Educação e da Saúde Pública. A Reforma empreendida em 1925 por Paula Sousa foi importante eixo estruturador da rede de atenção básica do estado, consolidando estabelecimentos de saúde e recortando receitas para o investimento público no setor. Grande parte desse esforço foi feito em parceria com a Fundação Rockefeller, instituição estadunidense que chegou ao Brasil com o intuito de promover a saúde pública a partir do ensino e da pesquisa científica.

3.2.A criação das Regiões de Governo e dos ERSAS em 1980

A descentralização e a municipalização dos serviços de saúde no estado de São Paulo data de antes da institucionalização do SUS e tem o Programa

Metropolitano da Saúde (PMS) como um evento importante nesse contexto. A implantação do PMS em 1982, esteve voltada, principalmente, às áreas mais carentes, implantando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais, que em alguns casos tiveram sua gestão transferida aos municípios (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004). Conforme Mello, Ibañez e Viana (2011) o PMS foi o resultante principal do “Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo”, desenvolvido no bojo dos movimentos populares de saúde e diagnóstico da precariedade sanitária da RM. A crise do modelo previdenciário do setor foi o pano de fundo para as políticas de saúde da década de 1980, quando os estados assumem a interlocução dos processos de planejamento, coordenação e direção das atividades de prestação de serviços de saúde (MELLO, IBAÑEZ E VIANNA, 2011).

A proposta de saúde no primeiro governo eleito em São Paulo após o regime militar promoveu a descentralização dos serviços e ampliou a rede básica de atendimento. Esse novo projeto de saúde se delimitou a partir do Decreto nº 22.170 de novembro de 1986, que estabeleceu uma nova divisão administrativa no estado com as Regiões de Governo e com a instalação de Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS) em cada uma delas. Campos e Redigolo (1992) evidenciam duas linhas de trabalho para o desenvolvimento dessa nova proposta da saúde: i) atuação a nível central visando o planejamento integrado com as outras instituições do setor da saúde da região que permitissem o desenvolvimento de instrumentos de articulação e troca de informações entre a Secretaria Estadual da Saúde, o INAMPS e a prefeitura da capital; ii) atuação a nível periférico no campo com equipes locais de saúde, coordenadas pelas equipes distritais e com o apoio logístico e normativo dos órgãos centrais. Além dos ERSAS foi instituída a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRI), órgão para planejamento e gestão dos serviços de saúde estaduais.

A atuação do PMS esteve vinculada com as Ações Integradas em Saúde, políticas federais, e “deu início efetivo ao processo de regionalização e descentralização na saúde paulista e à definitiva incorporação universal da assistência médica individual pelo setor público” (MELLO, IBAÑEZ e VIANA, 2011, p. 862).

Um processo de evolução do Sistema Nacional de Saúde iniciado na década de 1970 teve como resultado a sucessão de planos e programas como o PREV-Saúde, o CONASP (Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária) e as AIS, que buscavam a integração dos serviços e oferta a toda a população. No estado de São Paulo, a transição entre os modelos de proteção social foi representada

pelo PMS e posteriormente pela implantação do Sistema de Saúde Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. Outro evento importante na consolidação da cobertura universal dos serviços de saúde foi a criação dos Núcleos de Atenção Integrada (NAIs), que aboliram o caráter segmentado e excludente do INAMPS, pois não requeriam vínculo empregatício para oferecer atendimento à população.

3.3. Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo em 1990

Mesmo com a implantação do SUS em andamento, a SES-SP passou por uma reforma administrativa, necessária haja vista que as Normas Operacionais Básicas (NOBs) da década de 1990 regulamentaram o processo de descentralização administrativa para o nível municipal. O modelo ERSAs foi substituído pelo modelo das Direções Regionais (DIRs), que subsidiam o desenho do sistema de saúde que atualmente tocam os contratos de gestão das OSS. Duas preocupações centrais permeavam essa transição entre modelos, conforme Ibañez:

[...] o enxugamento da máquina administrativa com a diminuição dos 62 ERSAs para 24 DIRs; e a reorientação do papel das regionais, tendo em vista a municipalização da rede básica e a necessidade de uma coordenação mais técnica do processo de gestão estadual (estruturada em Núcleos de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento; Grupos de Vigilância Epidemiológica; Grupos de Vigilância Sanitária; e dos Núcleos de Apoio à Assistência). O nível central foi unificado em duas grandes Coordenadorias: Grande São Paulo e Interior. (et al, 2011, p.861)

No estado de São Paulo, desde 1995 foram grandes os avanços na descentralização dos serviços de saúde. A respeito desse processo, Barata (et al., 2004) apontam que “em 2003 já eram 161 os municípios gestores plenos de saúde e 482 os gestores plenos de atenção básica, restando apenas 2 municípios não habilitados” e atualmente toda a gestão das unidades de atenção básicas do estado são geridas pelos municípios paulistas. Essa maior autonomia dos municípios esteve entre as estratégias propostas pelos NOAS-SUS em 2001, que delegou a responsabilidade de planejamento e da relação direta com os prestadores de serviços aos municípios. Desse modo, a contratualização com entidades privadas ganhou espaço no âmbito do planejamento urbano dos municípios paulistas e, juntamente com a aprovação da Lei Federal nº 9.637 de 1998 e da Lei Estadual nº 846 de 1998,

as OSS tornaram-se um modelo de gestão amplamente adotado e exitoso no estado de São Paulo.

4. ESTADO: O AGENTE VIABILIZADOR DOS USOS DO TERRITÓRIO

Neste capítulo discutiremos como a reforma do Estado realizada na década de 1990 trouxe consequências para o setor da saúde, especialmente com a criação das Organizações Sociais. Nossa discussão limita-se ao papel regulador que o Estado desempenha e como as OSS se consolidaram como agentes com poder de usar o território a partir de demandas próprias e do SUS, dadas as particularidades do lugar em que estão localizadas. Dessa forma, ressaltamos a importância de demonstrar como operam as ações necessárias à essa viabilização, levando em consideração a totalidade do espaço geográfico e sua existência enquanto instância da sociedade. As técnicas e as normas firmam-se como categorias indispensáveis a operacionalidade da análise dos processos sociais contemporâneos (ANTAS JR, 2004).

Todavia, as coisas não acontecem ordenadamente conforme aspira este ou aquele agente e esta análise deve considerar alguns aspectos fundamentais como, por exemplo, a variabilidade de forças existentes na regulação do território. Assim acontece porque o Estado não é o agente detentor de toda a regulação, pois o território no Ocidente também é regulado pelas corporações e pelas instituições civis não estatais, sobretudo aquelas de alcance planetário (ANTAS JR, 2004). No que tange essa disputa pelo território, Santos (2006) destaca a diferença de poder entre os agentes e elucida como alguns podem ser hegemônicos ao passo que existem agentes subalternos, cujo poder encontra barreiras no espaço geográfico e limita-se a escala local e temporal. Em relação a essa regulação, Antas Jr. ressalta que:

[...] tem se intensificado, nesse processo, uma forma de solidariedade fortemente vinculada às tecnologias mais avançadas capazes de integrar porções territoriais não-contíguas: a solidariedade organizacional. Fundada na informação fria, vinda de longe por um centro de comando insensível às necessidades locais, a solidariedade organizacional promove, frequentemente, um desequilíbrio das tradicionais formas de solidariedade orgânica e implementa ou, antes, prepara a implementação de novas ordens. Não se trata de uma ordem global, mas de várias e distintas, pertencentes sobretudo às grandes corporações transnacionais (2004, p.84).

Esse poder de manipulação e determinação dos usos do território está intrinsecamente ligado ao maior acesso a sistemas técnicos e a produção e circulação

de informações que influenciam o curso da totalidade-mundo. Dessa forma, os agentes hegemônicos entendem e usam o território como um recurso fundamental para assegurar a reprodução do capital. Santos (2006) salienta que a ordem trazida pelos vetores pertencentes à hegemonia cria, no local, a desordem, porque conduz mudanças funcionais e estruturais, além de trazer um sentido próprio consigo. Sentido esse, externo ao lugar e a seus habitantes, como acontece na globalização, em que os objetivos impostos pelo mercado visam apenas favorecê-lo. Em relação aos agentes e seus respectivos graus de poder de uso do território, Gallo salienta que:

[...] um dos agentes mais significativo no exercício do poder de uso do território é o Estado, pois para o exercício do poder são necessários meios para fazê-lo e este é o agente que organiza o território por meio de seu poder de regulação do dinheiro, dos financiamentos, da lei e da política (2017, p. 482)

O Estado também compartilha a regulação do território com as grandes instituições internacionais, grupos e corporações que, dotadas de tecnologia e informação, também atingem pontos no território e acabam por reorganizar ou substituir os usos existentes. Quanto ao espaço geográfico, ele se adapta à nova era e “adota componentes que fazem de uma determinada fração do território o *locus* de atividades de produção e de troca de alto nível e por isso consideradas mundiais” (SANTOS, 1994, p.13). Nesses espaços o mercado exerce maior poder e o Estado tende a ser minimizado, pois ações voltam-se para que os fluxos hegemônicos corram livremente subordinando ou destruindo outros fluxos (SANTOS, 1994). A minimização do Estado em alguns setores da sociedade corrobora com essa dominação dos fluxos de mercado, assim como as transferências de dinheiro público para agentes privados por meio de concessões ou parcerias público-privadas.

O fortalecimento desses agentes também se dá por meio da transferência de dinheiro público para os grandes grupos privados responsáveis pelos sistemas de engenharia, infraestruturas públicas ou quando há estímulo à privatização de empresas estatais de grande valor. Nesse sentido, em maior ou menor escala, o Estado atua também como um ajudante da produção à medida que dota o território de sistemas técnicos essenciais à circulação de mercadorias. Poulantzas (1980, p.148) aponta que essa política do Estado em favor do bloco burguês se estabelece no poder porque “o Estado não é pura e simplesmente uma relação, ou a condensação de uma relação; é a condensação *material e específica* de uma relação de forças entre

classes e frações de classe”. Portanto, com a concretização dos ideais burgueses e capitalistas o Estado configura-se como um importante recurso na viabilização do território, haja vista que principalmente em relação às classes dominantes ele tem um papel principal de organização (POULANTZAS, 1980).

4.1.A Reforma do Aparelho do Estado brasileiro em 1995

No final do século XX diversos países passaram por reformas do Estado e a maneira como cada um respondeu às alterações que vieram à tona, também fruto das contradições do sistema capitalista, deriva de suas características específicas enquanto formação socioespacial. Em cada território há um conjunto específico de forças atuantes nas esferas política, econômica e social que colaboram com a construção dos projetos hegemônicos de sociedade a cada momento. A Constituição Federal de 1988 se apresentou como a concretização de demandas advindas de vários setores da sociedade brasileira e apontou para uma nova regulação dos usos do território. No entanto, há que se considerar a totalidade do espaço geográfico e, portanto, compreender que as orientações para o mercado, fortes entre as décadas de 1970 e 1990, influenciaram o curso dos usos de fato dados ao território brasileiro. Conforme Costa e Melo (1998) isso se deu graças a construção da percepção de esgotamento dos mecanismos de regulação do Estado tipicamente Keynesianos para a solução do dilema desenvolvimento ou redistribuição.

Ferlier (1996), um dos teóricos do New Public Management, atesta que durante a década de 1980 novas políticas econômicas orientadas ao mercado foram implementadas no setor público, abrindo caminho para reformas em diversos setores da administração pública. Seria, então, a nova gestão pública como fruto de um pensamento gerencial, que diagnosticou o Estado como inchado, burocrático e com baixo desempenho na prestação de serviços. Nesse contexto, Santos e Servo (2021, p. 8) alertam que:

[...] os próprios teóricos do NPM vislumbraram dificuldades na aplicabilidade dessa estratégia a países em desenvolvimento. A filosofia do NPM promove um afastamento da lógica burocrática da gestão pública e afrouxa mecanismos instituídos de controle de práticas corruptas, pressupondo uma cultura de lisura.

Isso porque o Estado deixa de ser o provedor e se reduz a agente regulador, como aconteceu em muitos países, que adotaram práticas de contratualização para garantir a provisão de bens e serviços. O fortalecimento desse novo modelo de “gestão dos serviços de saúde e a adoção de incentivos orçamentários para melhorar o desempenho foram os principais instrumentos utilizados na implementação dessas políticas” (VIANA et al., 2015, p. 8).

O NPM e os eventos que aconteceram a partir da incorporação dos seus ideais integram um momento de ruptura na gestão pública, como se buscava. Nesse sentido, as relações entre os agentes do setor público e do privado se estreitam a medida em que há a incorporação de ideais vindos do mercado e orientados para a eficiência e obtenção de resultados nos serviços públicos. Sendo assim, a descentralização do poder foi importante para o surgimento do empresariamento, porque proporcionou maior grau de autonomia às esferas subnacionais no que se refere à formulação e implementação de políticas (VIANA et al., 2015). Conforme Viana;

Uma linha forte de argumento relaciona os dois temas – descentralização e empresariamento – com o enfraquecimento do poder do Estado Nacional, o advento de profundas modificações nas economias capitalistas (com aprofundamento da globalização) e a hegemonia das ideias neoliberais. Outro aspecto também destacado é a crescente importância da New Public Management nas formas de organização do setor público (et. al., 2015, p. 9).

Nesse contexto o Estado torna-se parte fundamental da solução para os problemas de administração pública previamente apresentados, porque é capaz de induzir reformas orientadas a um novo ideário. A necessidade do Estado em publicizar as atividades é cada vez mais atrativa ao setor privado à medida que o investimento em capital fixo para a gestão dos estabelecimentos de saúde é baixo. O financiamento dos serviços também fica a cargo do Estado, que dispendo de um investimento maior no setor consegue atrair mais entidades interessadas e assegurar a competitividade.

A desregulação era assunto recorrente na década de 1990, assim como apontado pelo Consenso de Washington, que permitiu a privatização de diversas empresas brasileiras. Silveira (2012) analisa essa situação não como uma desregulação, mas sim como “uma neoregulação que possibilitou ampliar a circulação fluída e veloz dos grandes capitais”. A autora aponta ainda que frente à globalização a vida acontece mais rápido porque novos fazeres são exigidos, demandando novos objetos tecnológicos, organizacionais e informais que vêm acompanhados de novas

normas sistêmicas (SILVEIRA, 2012). Ao retomarmos o conceito de espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações (SANTOS, 2006), entender essas novas funcionalidades implica compreender que as funções relacionais desses sistemas também são alteradas.

Assim, Casimiro (2011) aponta que no bojo das transformações ocorridas, atuaram os “aparelhos privados de hegemonia” como fundamentais a construção de um consenso e a consequente elaboração de um projeto neoliberal no Brasil:

Nesse sentido, a FIESP vem representando, desde os anos 1980, um veículo de atuação política e de construção do consenso entre as classes dominantes ligadas ao empresariado. Essa posição de apoio à adoção de um projeto neoliberal no Brasil manteve-se ao longo dos anos 1990, quando a FIESP exercia forte pressão sobre as instâncias políticas, cobrando a realização das reformas neoliberais, assim como demandando ritmo mais acelerado de tais reformas. (CASIMIRO, 2011, p. 39)

Concordamos com Poulantzas (1983) ao compreender o Estado não apenas como a soma da repressão e de uma ideologia, mas a considerando “sua materialidade específica, seu papel *declarado* de organizador político da burguesia, e enfim, todos os seus procedimentos e técnicas de poder disciplinares e normalizadores” (POULANTZAS, 1983, p.71). Destarte, a reprodução do capital também conta com agentes ativos nos debates políticos e sociais, em todos os segmentos da sociedade, porque sua hegemonia é historicamente construída e cotidianamente revivida. Agentes esses, que influenciam diretamente a maneira como se dão os usos do território, haja vista o poder de suas ações sobre o espaço geográfico e dentro do sistema capitalista. Nesse contexto, Pereira (2018) identificou como condutores da liberalização econômica na América Latina: o Tesouro, o FMI, o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, *think tanks* e congressistas americanos que, juntos, acordaram as dez reformas econômicas mais importantes a serem seguidas em 1990, o já referido Consenso de Washington.

Em relação à reestruturação da ideologia dominante, Poulantzas (1983) lembra que o neoliberalismo se manifesta por meio de um discurso antiestatal, argumentado com base na liberação do indivíduo das usurpações estatais. No entanto, o que se pretendeu com a diminuição do Estado brasileiro afetou diretamente os setores essenciais à manutenção das condições de bem-estar coletivo. Nesse sentido, a saúde é um dos principais setores atacados em países como o Brasil, em que opera um sistema nacional público de saúde.

Tal qual aponta Pereira (2018) o referido Consenso de Washington constituiu-se em paradigma político transnacional balizado por políticas de liberalização e privatização como panaceias universais. Podemos entender a elaboração das medidas e sua aplicação como um *acontecer hierárquico* (SANTOS, 2006) resultante de interesses e ordens externos ao local em que se realizam. Esse acontecer hierárquico é fruto da “tendência à racionalização das atividades e se faz sob um comando, uma organização, que tendem a ser concentrados” (SANTOS, p. 109). Nesse caso, há a primazia das normas em que a relevância não é em relação às técnicas, mas sim da política, como aponta Santos (2006).

As medidas de reforma do Estado atingiram a América Latina e ganharam força em diversos governos, que se mantiveram comprometidos com a nova agenda neoliberal. Tal feito formou novas coalizões de poder em países como México, Venezuela, Colômbia, Peru, Argentina e Brasil (PEREIRA, 2018). No caso brasileiro, as medidas de abertura política e econômica e a consequente diminuição da participação do Estado em diversos setores essenciais, foram operadas principalmente pelos governos de Fernando Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O curso dessa reforma, que reconfigurou políticas jurídico-administrativas foi direcionado de acordo com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, durante o governo FHC. De acordo com Casimiro (2011) houve uma intensa movimentação por parte do Instituto Liberal, que atuou pedagogicamente para naturalizar seus interesses e transbordá-los a outras frações de classes, além de cobrar do Estado a adoção e execução de reformas e ações repressivas contra os movimentos sociais. Ademais, Pierantoni (2011, p.344) nos alerta para o fato de que no Brasil “o foco central da reforma da década de 1990, na prática, estabeleceu metas para privatização de um lado e, de outro, a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho”.

Cada país experienciou a construção de um modelo de proteção social distinto do construído em outro lugar, isso porque os aspectos de cada formação socioespacial são variáveis-chave nesse processo de transformação. Conforme Vianna e Silva (2012) a implementação de novos modelos de proteção social nos países emergentes, principalmente naqueles que conseguiram certo grau de desenvolvimento, foram reafirmadas as necessidades de responsabilização coletiva da proteção social. Os autores apontam épocas de distintas institucionalidades

ocorridas, tendo, no Brasil, a reforma do Estado se iniciado durante a institucionalidade neoliberal. Nesse momento houve a predominância do mercado, a liberalização econômica e a redução do papel do Estado na provisão e produção de bens e serviços sociais, em que os novos formatos organizacionais com as agências reguladoras e as OSS e Oscip sinalizaram a substituição de do papel intervencionista do Estado para o papel de regulador (VIANNA e SILVA, 2012).

As orientações e medidas importadas também trouxeram ao cerne do debate da política econômica os efeitos regressivos sobre a provisão direta de proteção social (COSTA e MELO, 1998). O que todo esse cenário revela, é uma mudança de modelos administrativos a serem implantados no aparelho do Estado. A fim de compreender como esse processo se consolidou, é preciso passar pelo grande orquestrador da Reforma do Estado brasileiro, o PDRAE⁶. O referido documento foi elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e posteriormente submetido aprovado pela Câmara da Reforma do Estado, que reunia Luiz Carlos Bresser Pereira como Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado; Paulo Paiva como Ministro do Trabalho; Pedro Malan como Ministro da Fazenda e Gen. Benedito Onofre Bezerra Leonel como Ministro-Chefe do Estado Maior das Forças Armadas. A aprovação do documento foi feita pelo Presidente da República em novembro de 1995.

4.2. O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

O PDRAE argumenta em favor de uma administração gerencial, comum a grandes empresas e oposto ao modelo de administração burocrática, amplamente difundido antes da Reforma dos Estados. Refere-se, portanto, a um modelo de gestão que busca maior racionalidade gerencial na área pública, tratando-se de um “conjunto de medidas direcionadas para o aumento da eficiência e a elevação da produtividade das organizações estatais, valendo-se, para tanto, de mecanismos e técnicas já consagrados na gestão empresarial” (FERREIRA, 2013, p.39). Denota-se, com isso, a aproximação dos ideais mercadológicos para dentro do aparelho estatal, também como uma das formas apresentadas para a diminuição da burocracia do modelo

⁶ O documento completo do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, está disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acessado em out. de 2019.

administrativo anterior. Essa aproximação também fica evidente quando Bresser Pereira (MARE 1, 1997, p.42) aponta a “orientação da ação do Estado para o cidadão-cliente” como forma de modernização do aparelho do Estado e superação das formas tradicionais da ação estatal.

O ideário construído globalmente nas décadas antecedentes à Reforma do Estado brasileiro, colaborou com as transformações da administração pública favorecendo as premissas da gestão empresarial (FERREIRA, 2013). Bresser Pereira (MARE 1, 1997) defende como principais características dessa nova administração pública: a ênfase no controle de resultados através de contratos de gestão em que sejam especificados os indicadores de desempenho; o fortalecimento e autonomia da burocracia estatal; a descentralização e distinção das secretarias formuladoras de políticas públicas; a transferência de serviços específicos para o setor público não-estatal; e a licitação de atividades de apoio no mercado (MARE 1, 1997). Nesse sentido, o redesenho das estruturas estatais atuou em várias frentes de ação, contemplando setores estratégicos e que puderam, eventualmente, ser transferidas ao setor privado.

Em linhas gerais, o PDRAE salienta que:

Reformar o aparelho do Estado significa garantir a esse aparelho maior governança, ou seja, maior capacidade de governar, maior condição de implementar as leis e políticas públicas. Significa tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação das autarquias em “agências autônomas”, e tornar também muito mais eficientes os serviços sociais competitivos ao transformá-los em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: as “organizações sociais” (PDRAE, 1995, p.44 e 45).

Esse posicionamento baseia-se na premissa de que existem três tipos de propriedade: a estatal, a privada e a propriedade pública não-estatal, constituída pelas organizações sem fins lucrativos. As últimas, não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e voltam-se ao atendimento do interesse público, as organizações da sociedade civil e organizações sociais anteriormente mencionadas. Para cada setor do aparelho do Estado foram definidas as formas de propriedade e de administração a serem seguidas com a reforma, conforme aponta o quadro 2:

| | FORMA DE PROPRIEDADE | | | FORMA DE ADMINISTRAÇÃO | |
|--|----------------------|------------------------|---------|------------------------|-----------|
| | Estatal | Pública Não Estatal | Privada | Burocrática | Gerencial |
| NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público | ● | | | | ● |
| ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica | ● | | | | ● |
| SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus | | ● | | | ● |
| PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais | | | ● | | ● |

Quadro 2: Formas de propriedade e formas de administração definidas pelo PDRAE. **Fonte:** PDRAE, 1995.

O apontamento a respeito de qual forma de propriedade seria melhor para cada setor do aparelho estatal levaram em conta o grau de poder empreendido pelo Estado em cada um deles. Sendo assim, optou-se pela propriedade estatal no “Núcleo Estratégico” e em “Atividades Exclusivas” por serem onde o poder extroverso do Estado é exercido, portanto, a propriedade deve ser estatal (PDRAE, 1995). Para os “Serviços não-exclusivos” optou-se por uma administração gerencial e transição para propriedades públicas não-estatais “porque aí não se exerce o poder do Estado” (PDRAE, 1995, p.43), a serem realizadas por meio de um processo de publicização.

O documento ainda ressalta que a adoção desse modelo de propriedade pública não estatal faz com que as organizações usufruam de uma autonomia administrativa maior do que a possível dentro do aparelho do Estado. Nesse movimento, Pereira (1995) apontou o aumento dessa autonomia para os hospitais estatais ocorreria a partir de projetos que os transformassem em “organizações sociais”. Por fim, no setor de “Produção para o Mercado” a eficiência foi apontada como um princípio norteador, pois “em termos de propriedade, dada a possibilidade de coordenação via mercado, a propriedade privada é a regra” (PDRAE, 1995, p.44). Nesse caso, a propriedade estatal só seria uma opção caso não houvesse capital privado disponível.

Atentemo-nos para a face da administração pública gerencial que foi responsável pela revisão das atribuições estatais, mas que, segundo Oliveira (2013) preservou os ideais de impessoalidade e meritocracia advindos do modelo burocrático. O grande diferencial entre os modelos de administração citados reside nos limites impostos aos gestores de acordo com seu caráter. Se público, o gestor deve atender às determinações legais para os processos de contratação de pessoal e compra de insumos. Se privado, o prestador de serviços tem autonomia para decidir como fará a contratação de pessoal e como serão efetuadas as compras de insumos em cada unidade de atendimento público, pois ali o Estado não exerce esse poder.

Observa-se, dessa forma, a proposição desse novo modelo de administração pública focado em ideais de eficiência, obtenção de resultados e na ampliação da visão do cidadão como um consumidor. Em convergência com a Constituição Federal de 1988, o PDRAE também propõe a descentralização de processos administrativos e decisões. No entanto, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado assim o faz por julgar que são esses os meios para maior eficiência da máquina pública:

O Projeto Organizações Sociais, no âmbito do Programa Nacional de Publicização (PNP), tem como objetivo permitir a publicização de atividades no setor de prestação de serviços não-exclusivos, baseado no pressuposto de que esses serviços ganharão em qualidade: serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social. As atividades estatais publicizáveis, aquelas não-exclusivas de Estado, correspondem aos setores onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações privadas, tais como educação, saúde, cultura e proteção ambiental. (MARE 2, 1997, p.13)

Em relação às reformas das estruturas estatais, o que se faz evidente é uma nova regulamentação e ressignificação do papel de cada agente público e privado na disputa pelo território. A reforma representava avanços para a participação da iniciativa privada em setores essenciais da economia pública, sem que houvesse toda a burocracia que condiciona a atuação de entes estatais.

Pode-se perceber, portanto, que há duas formas bem distintas de se perceber a reforma administrativa do aparelho do Estado. De um lado, estão os críticos ao novo modelo de administração pública adotado e do outro os defensores que enxergam nessa mudança uma forma de aumento da capacidade da intervenção estatal (FERREIRA, 2013). De fato, a proposta de entendimento dos cidadãos como “clientes” cujo atendimento depende da existência de infraestruturas públicas não-estatais não

faz sentido, haja vista que o objeto central da discussão é a manutenção de direitos adquiridos e não um setor privado em que as pessoas detêm o poder de compra. No entanto, essa nomenclatura nunca foi um problema para os idealizadores do PDRAE, pelo contrário, reafirma os ideais de eficiência e qualidade que surgiram em consonância com os ideais neoliberais e que foram atribuídos a prestação de serviços essenciais.

4.3.A qualificação das entidades privadas como Organizações Sociais de Saúde

A qualificação dessas entidades como OSS é um dos momentos críticos quando o assunto de contratualizações é trazido à tona, porque, teoricamente, a maior quantidade de OSS disponíveis significaria maior competição entre os prestadores de serviços do SUS. Conseqüentemente há um maior poder de escolha por parte do ente público.

A qualificação como Organização Social de Saúde é feita por meio de chamadas públicas para administração dos hospitais ou outros estabelecimentos do Estado, que exerce papel de agente controlador responsável pela aplicação dos recursos às entidades. Trata-se de uma propriedade pública não-estatal, o que significa que apenas atividades são publicizadas. Portanto, as entidades atuam isentas às burocracias requeridas a administração pública no que se refere a contratação de pessoal, gestão de recursos, compras e contratos:

Na condição de entidades de direito privado, as Organizações Sociais tenderão a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que deverá representar, entre outras vantagens: a contratação de pessoal nas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento (Brasília, 1998)

De fato, as OSS estão isentas de muitas burocracias da administração indireta como, por exemplo, a licitação para compra de equipamentos, insumos e medicamentos e a realização de concursos para contratação. Embora o regime CLT facilite o processo de contratação de pessoal é necessário observar que pode ser uma ferramenta utilizada para o arrocho salarial dos trabalhadores, sobretudo quando há a troca de entidades em um estabelecimento de saúde.

4.4. Os contratos de gestão

A qualificação de uma entidade como OSS e a contratualização com o Poder Público são processos distintos e não quer dizer que necessariamente todas as entidades qualificadas celebrarão contratos. O vínculo entre o público e o privado tem início apenas com a celebração do contrato entre as partes, conforme previsto pelo Artigo 7 da Lei 9.637 de 1998.

Os contratos de gestão têm validade pré-determinada pelo contratante podem ser renovados via termos aditivos, que também possuem as cláusulas reguladoras, metas e repasses mensais e anuais a cada entidade, assim como o contrato. Esse é o alicerce da relação entre o Estado e o setor privado nesse modelo de prestação de serviços. Todavia, Baggenstoss e Donadone (2014) chamam atenção para a peculiaridade de que a escolha da organização para gerenciar um hospital é feita pessoalmente pelo Secretário de Saúde Estadual ou municipal, bem como é baseada em relações pré-existentes, haja vista que o histórico de atuação da entidade junto à sociedade é levado em conta. A Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde exerce papel fundamental, pois auxilia o secretário estadual de saúde em suas tomadas de decisão a respeito das contratualizações e cuida dos contratos já celebrados.

A respeito do custo de manutenção dos contratos de gestão, o Tribunal de Contas do Estado (TCE-SP) divulgou um relatório⁷ (2020) referente ao exercício de 2019 mostrando que a Secretaria da Saúde transferiu às OSS contratualizadas cerca de R\$ 5,65 bilhões para despesas de custeio e R\$ 36,12 milhões para investimentos. Os valores foram transferidos para 108 contratos de gestão, que correspondem à gestão das unidades contratualizadas pela SES-SP, e ao final apresenta resultado satisfatório para a gestão por OSS no estudo de caso realizado. Ademais, o relator ressaltou que “o serviço é público, universalizado e o cidadão/paciente tem de ter a segurança de que vai receber o mesmo bom e estruturado tratamento em qualquer das Unidades a que acorra” (TCE, 2020, p.74).

⁷ O Relatório é intitulado “*Voto Contas do Governador*” de responsabilidade do atual governador João Dória, que teve como Relator o Conselheiro Renato Martins Costa, foi publicado em junho de 2020 pelo TCE – SP e refere-se ao exercício do ano de 2019. Link para acesso o relatório na íntegra: https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/portal/30%20-%20TC-002347.989.19-6%20-%20VOTO%20-%20CONTAS%20DO%20GOVERNADOR%202019_0.pdf. Acessado em dez. de 2020

O Relatório publicado pelo TCE-SP referente ao exercício de 2020⁸, elucida que o estado de São Paulo destinou 13,94% das receitas provenientes de impostos e transferências em ações e serviços do setor (TCE, 2021). Ademais, de acordo com o “*Parecer do Ministério Público de Contas*” (MPC, 2020) esse foi o maior percentual aplicado desde 2012 (figura 2). No entanto, este aumento no último ano vem atrelado ao direcionamento de recursos para combate à pandemia de COVID-19.

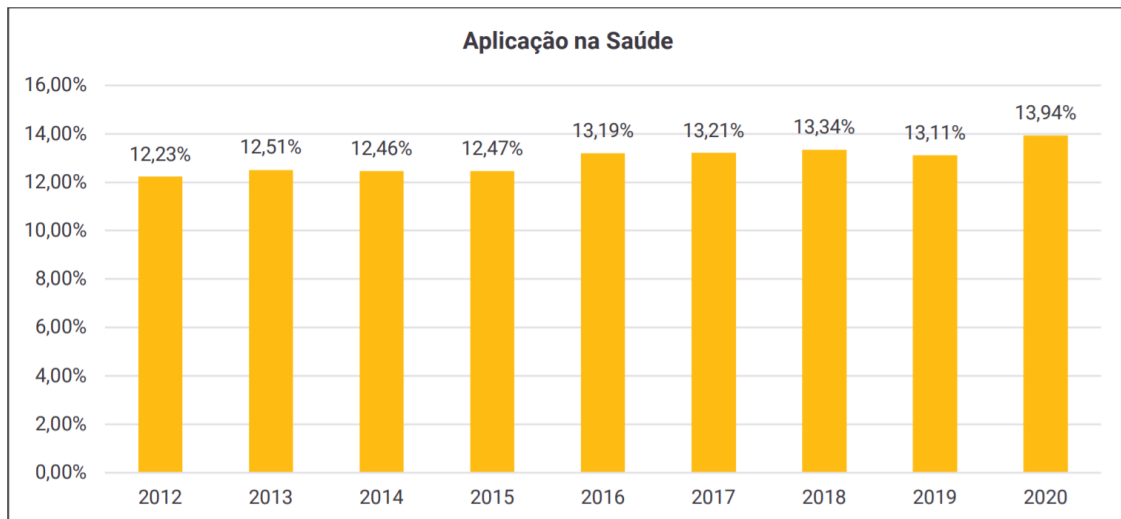


Figura 2: aplicação no setor da saúde nos exercícios de 2012 a 2020. Fonte: Ministério Público de Contas do estado de São Paulo, 2021. Acesso em dezembro de 2021.

Ainda conforme o Relatório do TCE-SP de 2021, entre 1998 e 2020 a evolução dos repasses para a Secretaria de Saúde foi de R\$ 144 milhões para R\$ 13,122 bilhões de reais, estando em paralelo a essa evolução uma redução no quadro de pessoal do Estado, sendo que a Pasta da saúde perdeu aproximadamente 36% dos servidores efetivos, que eram 66.607 e passaram a ser 42.668 (TCE, 2021). Diante desse quadro, o relator externa que:

Sem dúvida a área da Saúde é motivo de maior apreensão, pois a evolução crescente dos valores repassados às entidades e a sensível diminuição do quadro de pessoal efetivo do Estado permite constatar que, ano após ano, se amplia a transferência da prestação dos serviços às organizações sociais sem fins lucrativos de modo que o Estado parece abdicar da função de planejar e executar ações e serviços de saúde pública, deixando, assim, de assumir o protagonismo que lhe cabe por expressa dicção do artigo 196 da Constituição Federal (TCE, 2021).

⁸ O relatório “Contas do Governador 2020” de responsabilidade do atual governador João Dória, que teve como Relator o Conselheiro Dimas Ramalho, foi publicado em novembro de 2021 pelo TCE - SP e refere-se ao exercício do ano de 2020. Link para acesso o relatório na íntegra: <https://www.tce.sp.gov.br/publicacoes/revista-tcesp-especial-contas-governador-novembro2021>. Acessado em dez. de 2021.

No que tange à supervisão e fiscalização das OSS contratualizadas, os contratos de gestão devem estabelecer as responsabilidades das entidades fiscalizadoras, como a emissão de um parecer final sobre o cumprimento ou não das obrigações da contratada e metas previamente acordadas. O não cumprimento das disposições contratuais implica no rompimento do contrato e devolução, por parte da contratada, de todos os bens e serviços que pertençam ao Poder Público. Nesse contexto, fica também estabelecido em contrato um prazo para que a OSS em questão mantenha os serviços até que haja a contratualização de uma nova entidade. O mesmo vale para a situação inversa em que a OSS declara não ter mais interesse em administrar determinada unidade.

Nesse cenário de contratualizações, as entidades qualificadas não dependem exclusivamente do governo do estado para a celebração de um contrato de gestão. Como dito anteriormente, a administração indireta também é adotada pelo Executivo Municipal que, encarregado da atenção primária, pode transferir a prestação desses serviços para uma OSS, de acordo com legislação própria do município.

No que tange o volume dos contratos de gestão ou termos aditivos celebrados entre o estado de São Paulo e as entidades, observa-se um crescimento significativo para quase todos os tipos de unidades a partir do ano de 2012, conforme o gráfico 1. Ao resgatarmos os dados apresentados na figura 2 é possível correlacionar o aumento das contratualizações com o aumento do repasse para o setor da saúde. A maior oferta de recursos orçamentários, bem como a baixa exigência de imobilização de capital, haja vista que as unidades públicas já se encontram integralmente equipadas, faltando apenas o recurso humano, são potencialmente vantajosas para o prestador privado, mesmo em segmentos negligenciados e com grandes descompassos da Tabela SUS (SANTOS e SERVO, 2021).

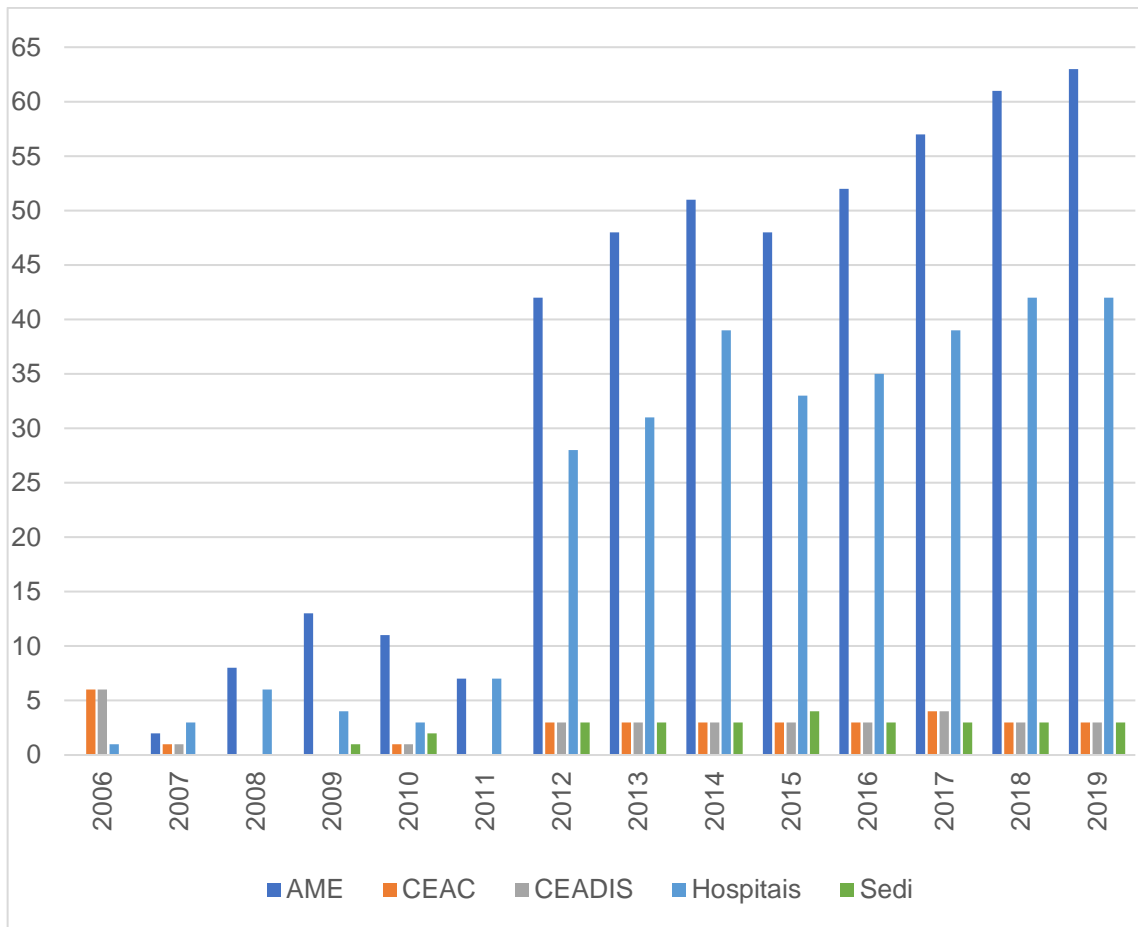


Gráfico 1: Quantidade anual de unidades contratualizadas por tipo no estado de São Paulo entre 2006 e 2019. **Fonte:** Portal da Transparência do estado de São Paulo, 2021. Elaboração: COSTA, N.O.S., 2021.

Os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) foram implantados no estado de São Paulo visando aperfeiçoar e ampliar o acesso da população aos procedimentos especializados oferecidos pelo SUS. Dessa forma, os pacientes devem ser encaminhados pelas unidades de atenção básica e não de forma espontânea, e todo esse processo de agendamento e regulação cabe à CROSS. De responsabilidade do governo estadual, essas unidades do AME são implantadas em pontos estratégicos do território paulista porque foram pensados para receber pacientes triados na atenção básica de vários municípios e que necessitam de procedimentos de média complexidade. O decreto alterou a denominação de três unidades pertencentes a Coordenadoria de Serviços de Saúde e regulamentou outras 60, instaladas em todo o estado. A administração dessas unidades é indireta, em parceria com as organizações sociais de saúde ou Universidades públicas e regulamentadas via contrato de gestão.

Todas as secretarias de saúde estaduais ou municipais ficam obrigadas a constituir uma comissão para avaliação e acompanhamento dos contratos celebrados, verificando o cumprimento ou ajustes necessários a cada um deles. Os agentes que atuam diretamente no planejamento da saúde no estado de São Paulo balizam suas ações, dentre outros fatores, pelos dados apresentados pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGSS), que faz o acompanhamento dos Contratos de Gestão, quando celebrados com a SES SP. Além disso, a CGSS tem por finalidade a instrumentalização da contratualização dos serviços de saúde, bem como acompanhar a atuação dos prestadores de serviços contratualizados avaliando os impactos e resultados dos serviços, sejam eles contratualizados ou conveniados.

5. SITUAÇÃO GEOGRÁFICA COMO FERRAMENTA METODOLÓGICA DE ANÁLISES DO TERRITÓRIO

Com a globalização, a produção e a circulação se submetem à racionalidade dos grandes centros informacionais. Por conta das novas técnicas somadas à circulação da informação, Silveira (1999) relatou que estamos presenciando uma geografia do mundo atual que o faz emergir como totalidade e, portanto, carente de “um esquema metodológico que permita elaborar um retrato dos lugares na história do presente” (SILVEIRA, 1999, p.22). Partindo do entendimento do espaço geográfico como um “conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações” (SANTOS, 2006), a autora propõe que nesse sistema de conceitos a ideia de *situação geográfica* contribua como uma proposta de método. Para tanto, a proposta é que haja um vínculo com a noção de evento, porque uma situação geográfica supõe uma localização material e relacional, apresentando-se como uma manifestação do movimento de totalização (SILVEIRA, 1999).

Os eventos, portanto, não se dão isoladamente, mas em conjuntos sistêmicos, ou “verdadeiras situações” (SANTOS, 2006, p.97). Tendo em vista que cada evento supõe uma ou um conjunto de ações e de atores, a análise das situações revela então os principais atores e seus esforços de atuação no comando dos usos do território. Cada evento, revela também capacidades técnicas e organizacionais, que influenciam sua duração e extensão no espaço geográfico, supondo a existência de agentes com maior ou menor força de ação. O Estado, por exemplo, tem uma força de ação na produção de eventos capaz de incidir sobre áreas extensas. Dessa forma, é capaz de

instituir legislações que agem sobre a totalidade das pessoas, das empresas, das instituições e do território (SANTOS, 2006). De outras maneiras, atuam as empresas multinacionais, que a partir dos seus centros de comando, influenciam o acontecer em outras partes do espaço geográfico, mas de forma menos abrangente, mais pontual e vertical.

Os eventos se realizam, portanto, simultaneamente no tempo presente, mas com diferentes durações e extensões e não se apresentam às partes apenas como latências de uma totalidade em um dado período de tempo. A reverberação dos eventos no território é o que nos permite identificar os diferentes usos dados a ele através dos objetos geográficos. A respeito do acontecer dos eventos no atual período, Santos afirma que:

Na era da globalização mais do que antes, os eventos são, pois, globalmente solidários, pela sua origem primeira, seu motor último. Para agir, os homens não saem do mundo, mas, ao contrário, é dele que retiram as possibilidades, a serem realizadas nos lugares. Nestes, eventos simples são amalgamados, formando *situações*. Por isso, mediante sua realização concreta, os eventos são localmente solidários. As diversas situações são resultantes do acontecer solidário. É assim que a integração entre o universal e o individual ganha um novo conteúdo histórico em nosso mundo atual. (SANTOS, 2006, p. 107).

Nesse sentido, “a situação geográfica é um recurso metodológico relevante para analisar os usos do território pelos diversos e desiguais agentes, como o próprio termo indica: *sítio* mais *ação*”. (CATAIA e RIBEIRO, 2015, p.11). As situações geográficas revelam como os eventos são acolhidos em dada porção do espaço geográfico, bem como os desdobramentos na realização da vida. Enquanto proposição metodológica, a operacionalização do conceito, conforme Ribeiro (2015), “reside no fato de compreendermos o SUS como *evento geográfico* (SANTOS, 2006)”, que tem se realizado de formas distintas em cada lugar. Assim, a realização da saúde pública, pelo sistema, requer uma combinação particular de materialidades, ações, normas, informações, fixos e fluxos que tomam forma no lugar (RIBEIRO, 2015).

Enquanto *nós de verticalidades e horizontalidades* (SILVEIRA, 1999), esse conceito nos permite identificar as universalidades e particularidades, porque trata não só das particularidades dos lugares, mas do conjunto de interconexões estabelecidas com as outras partes da totalidade, reflexos dos movimentos de totalização. A proposta elaborada por Silveira (1999) supõe também que sejam consideradas as

formas materiais, jurídicas, discursivas e simbólicas, de forma que os lugares possam ser pensados conforme as formas de vida concretas e como abrigo para vidas possíveis. Nessa proposta, a relação entre os lugares e a totalidade é fundamental para compreender a operacionalização do conceito, porque consideram as horizontalidades como as relações de vizinhança possíveis e as verticalidades como as relações vindas e impostas através do movimento do global. Trabalha-se, portanto, com distintas escalas de atuação dos agentes, hegemônicos ou não.

Pierre George (1965) chama nossa atenção ao enfatizar o papel da geografia na qualificação das situações provenientes das diversas combinações possíveis, em cada lugar, dos fatores de existência da vida humana, conforme a série de fatores naturais, históricos, culturais e econômicos. Além disso, reflete sobre a incorporação da posição geográfica dos lugares nas análises, ressaltando como as relações ou pressões da vizinhança com outros Estados podem influenciar tomadas de decisões dentro dos territórios e o curso do desenvolvimento dos países. Assim sendo, é necessário que sejam encontradas as variáveis capazes de definir, em conjunto, cada uma das situações encontradas (GEORGE, 1995). O autor propõe que sejam encontradas as variáveis e que seja observada sua atuação sistêmica no lugar, a fim de se identificar o que é universal e o que é particular a cada situação. Sendo assim, é preciso ter em mente que não apenas os agentes hegemônicos ou estatais promovem usos do território, é preciso considerar outros agentes, que podem ser os mais diversos: empresas, instituições, organizações e a população propriamente dita, que realiza a vida a partir de heranças e projeta no futuro novas intencionalidades.

Para cada lugar que se queira direcionar o olhar e proceder com análise, uma situação geográfica poderá ser encontrada, mesmo que o recorte empírico seja dentro do mesmo país, porque o espaço geográfico não é homogêneo, assim como a técnica não é igualmente distribuída pelo território. As diferenças regionais continuam a existir, mesmo que os fatores naturais sejam semelhantes à uma região, porque a análise da situação geográfica revelará empiricamente os fatores condicionantes de cada lugar e colaborará com a síntese teórica sem que haja o risco de generalização.

A situação geográfica como ferramenta de análise territorial também nos parece adequada porque quando as normas são estabelecidas no sentido de uniformização, a identificação das situações geográficas evidenciará objetos, ações, intencionalidades e materialidades que diferenciam os lugares uns dos outros. Nesse sentido, Cataia e Ribeiro evidenciam que:

A análise da situação geográfica é vital para apreciar as qualidades de um lugar, pois todo lugar está situado em relação a outros lugares e a partir de vias de comunicação e de vizinhança, sobretudo, situa-se em certas malhas e redes que determinam suas características e dinâmicas fundamentais (2015, p.15).

Ao passo que a saúde se realiza, condicionada pela forma que o SUS se dá em cada lugar, o espaço geográfico exerce papel ativo nas situações geográficas. Conseqüentemente, a atuação das OSS se dá de maneira diferente em cada lugar. Além disso, cada entidade apresenta características particulares, pois têm diferentes culturas e origens, assim como para cada uma, especificamente para cada uma das unidades sob sua administração, são contratualizados serviços sob metas e resultados diferentes. Considerar geograficamente cada uma das unidades das OSS revela aspectos de hegemonia ou competição na atuação de cada uma delas, sobretudo em um contexto metropolitano, que abriga tantas OSS quantas forem as possibilidades de contratualização dos serviços e poder de financiamento oferecidos dos agentes públicos.

Neste capítulo final pretende-se compreender como a Organização Social Casa de Saúde Santa Marcelina usa o território na cidade de São Paulo a partir da gestão de uma de suas unidades contratualizadas com o Poder Executivo municipal, o Hospital Santa Marcelina de Itaim Paulista. Para tanto, mobilizamos o método geográfico proposto por Milton Santos (2006) e o conceito de *situação geográfica* (GEORGE, 1964; SILVEIRA, 1999; CATAIA e RIBEIRO, 2015). Metodologicamente, a operacionalização do conceito requer o levantamento de um conjunto de variáveis-chave que elucidam os condicionantes territoriais da atuação dessa OSS. Em nosso estudo foi definido um conjunto com cinco variáveis-chave: I) Cultura e Origem; II) Normas; III) Densidade relacional da População; IV) Serviços; V) Financiamento público.

Situamos a análise no período de tempo compreendido entre 2017 e 2019, dada a disponibilidade de dados de livre acesso disponibilizados pela entidade e dados disponíveis nos portais de transparência. Optamos por não abordar os anos de 2020 e 2021 em nosso estudo por se tratar de um intervalo de tempo em que os dados referentes à saúde pública estão sob influência de situações extraordinárias motivadas pela Covid-19, o que explicaria o aumento da contratualização das OSS, da prestação de serviços de saúde e de repasses governamentais ao setor.

I. Cultura e Origem

Cada entidade qualificada como OSS guarda suas particularidades de atuação no território que estão correlacionadas com aspectos culturais e de origem. Dessa forma, incorporamos essa variável na análise a fim de entender os princípios norteadores do início das ações da Rede de Saúde Santa Marcelina e em específico da Organização Social do Hospital Geral do Itaim Paulista, que compartilha dos mesmos preceitos estruturais e organizacionais.

II. Normas

Conjunto de normas (leis, decretos e portarias) federais, estaduais e municipais que balizam a qualificação, contratualização e a avaliação do desempenho das Organizações Sociais de Saúde; contratos de gestão, termos aditivos, relatório de atividades e indicadores de qualidade; secretarias municipais e estaduais responsáveis contratualização; e órgãos de controle externo. A variável norma evidencia sua importância à medida que compõe o instrumento de regulação adotado pelos agentes públicos após realizarem a contratualização dos serviços de saúde que estão sob sua responsabilidade, e a partir das quais é possível medir a eficiência dos serviços, prerrogativa da contratualização da saúde pública. Evidenciam também as verticalidades das ações dos agentes hegemônicos no processo de transferência dos serviços públicos-não estatais dos entes federados.

III. Densidade relacional da população

Embora o contingente populacional dos lugares influencie diretamente a demanda pelos serviços de saúde, ele não é o único e nem o principal estímulo que atrai as entidades privadas para as possibilidades de contratualização com o agente público. Sendo assim, essa variável foi analisada a partir de um aporte qualitativo, com o intuito de identificar se há o alinhamento da situação geográfica encontrada com os princípios constitucionais do SUS, e com as justificativas apresentadas pelos idealizadores da nova administração pública. Essa variável compõe um aspecto importante da análise à medida que revela a realidade da atuação da entidade a partir da perspectiva do cidadão-usuário dos serviços e procedimentos oferecidos pela

unidade contratualizada, bem como do recurso material e humano que está disposto em cada lugar.

IV. Serviços

A complexidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde tem relação direta com o grau de tecnologia, informação e ciência presente no território, bem como indica a presença de mão de obra qualificada. Além disso, esse é um dos fatores de influência da geração de emprego e renda que o SUS acarreta ao realizar-se nos lugares. Os serviços de saúde supõem a existência de uma base material para a sua realização – infraestruturas, equipamentos e insumos –, isto é, coloca em uso um conjunto determinado de objetos geográficos, sem os quais a saúde não se realiza completamente. Ademais, a complexidade dos serviços prestados indica quais relações horizontais são estabelecidas entre os estabelecimentos de saúde, haja vista que sua atuação se dá de maneira conjunta na cobertura da população.

V. Financiamento público

O financiamento público da saúde perpassa os modelos de gestão e remuneração adotados e influencia diretamente a maior ou a menor presença de capital fixo do setor. Quando há maior financiamento direcionado aos modelos de gestão indireta, faz-se crescente a tendência de contratualização com o terceiro setor. Essa variável também diz respeito ao aumento das infraestruturas físicas e melhorias em unidades já existentes. Além disso, dentro da lógica do empresariamento da saúde é importante mencionar que esse é um recurso interessante de captação de entidades privadas para a contratualização com o setor público. Mesmo se tratando de entidades sem fins lucrativos, há a possibilidade de aplicação dos repasses públicos no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação sejam revertidos, exclusivamente, aos objetivos do Contrato de Gestão. Por fim, é importante ressaltar o papel do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS) no setor, porque a atuação dessa instituição está direcionada à consolidação das OSS como modelo ideal de gestão de serviços públicos.

5.1.A Situação Geográfica do Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista

No município de São Paulo a participação das OSS nos serviços de saúde é essencial para a efetiva existência do SUS, haja vista que as entidades contratualizadas são responsáveis por toda a Rede Assistencial de Atenção Básica (figura 4), que compreende ações de promoção à saúde, prevenção e agravos, bem como vigilância, tratamento e reabilitação. As ações coletivas voltadas à comunidade baseiam-se nas maiores necessidades da população local. Dessa forma, a assistência básica é a porta de entrada da população nos serviços do SUS e também o ponto de maior contato entre a política pública e o território, porque sua regulação e organização pode ser feita a partir de características e demandas particulares de cada lugar.

O município de São Paulo organiza e administra o SUS conforme diretrizes do Plano Municipal de Saúde (PMS), que tem por finalidade aperfeiçoar a atuação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O PMS é um documento publicado que apresenta sempre um panorama geral da saúde no âmbito municipal e aponta os principais caminhos a serem adotados pelos gestores públicos. Os eventos pré-SUS foram cruciais para o movimento de descentralização dos serviços no município, pois o estado já contava com uma certa organização dos centros de saúde e estrutura administrativa.

Com parte da arrecadação da União sendo direcionada aos municípios para a descentralização do SUS, houve maior autonomia no controle dos usos e equipamentos do território, bem como da gestão adotada a cada um deles. No município de São Paulo, a SMS organizou-se de forma política administrativa em Coordenadorias Gerais de Saúde conforme as seis regiões: Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul (figura 3).

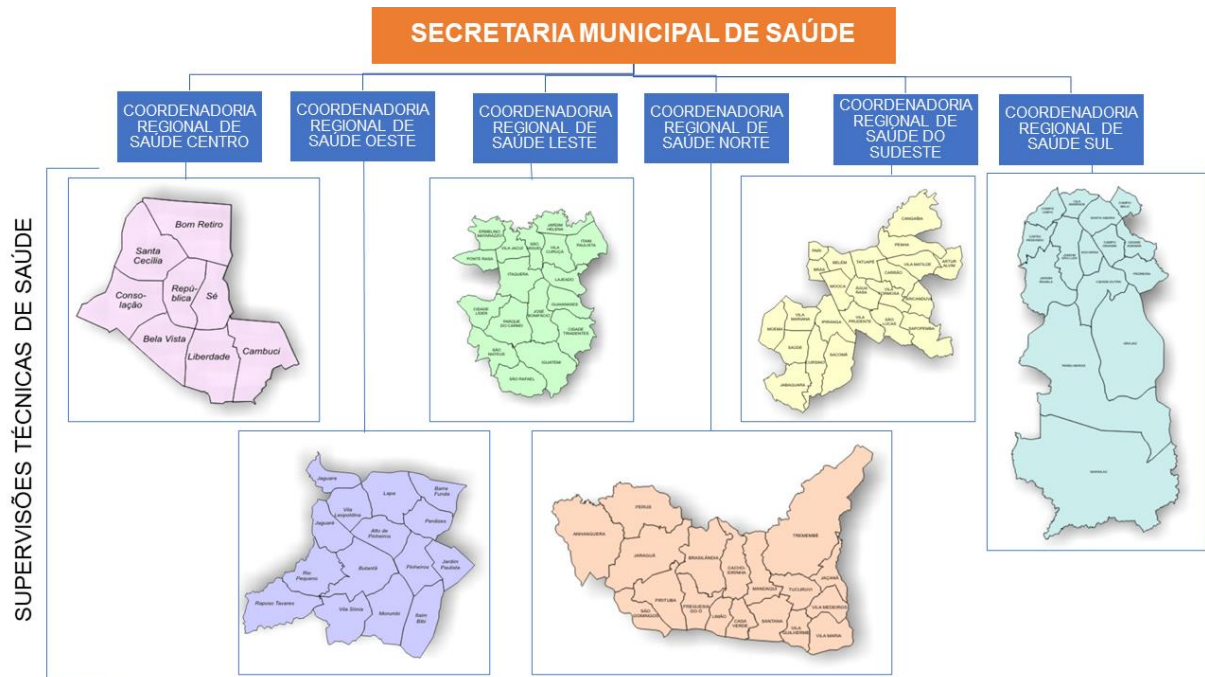


Figura 3 Divisão territorial administrativa da saúde pública do Município de São Paulo. **Fonte:** <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406#CE>
Elaboração própria, 2021.

Cada Coordenadoria Geral subdivide-se em Supervisões Técnicas, porções administrativas ainda menores do território e o município também conta com um Conselho Municipal de Saúde bem estruturado e composto por 17 comissões:

- Comissão de Urgência e Emergência
- Comissão de Monitoramento e Avaliação das Conferências
- Comissão de População em Situação de Rua
- Comissão CIST
- Comissão de Comunicação
- Comissão de DST/AIDS
- Comissão de Educação Permanente
- Comissão Executiva
- Comissão de Orçamento e Finanças
- Comissão de Patologias e Doenças Raras
- Comissão de Políticas de Saúde
- Comissão de Recursos Humanos
- Comissão de Saúde da Pessoa Idosa
- Comissão de Saúde da População Negra
- Comissão de Saúde das Mulheres

- Comissão de Saúde Mental
- Comissão Inter-Intraconselhos

O Conselho Municipal de Saúde é normativo e deliberativo e possui estrutura colegiada, que congrega representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários que, conforme o Artigo 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, “deverá promover os mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência, na forma da lei”. Ainda para fins de organização e estruturação da saúde primária, a SMS implantou uma divisão administrativa de 23 áreas geográficas. Em cada uma dessas áreas geográficas há a contratualização dos serviços com uma OSS (figura 4), que fica responsável pela administração das Unidades Básicas de Saúde, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, atendimento médico ambulatorial, Centros de Atendimento Psicossocial, UPAs, Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial e outros serviços voltados às demandas coletivas mais incidentes.

A atenção primária do município integra uma rede que atua conjuntamente com a atenção especializada (média e alta complexidade), evidenciando as relações horizontais com o Poder Público e com os estabelecimentos de saúde, sobretudo na produção de fluxos de informações a respeito da condição clínica dos usuários de serviços do SUS e da quantidade de recursos disponíveis para o atendimento da população. Para tanto, são mobilizados diversos conjuntos de sistemas técnicos, tais como: centrais de regulação, serviços de atendimento móvel de urgência e emergência, sistemas de informação e comunicação integrado entre as unidades e órgãos governamentais, entre outros.

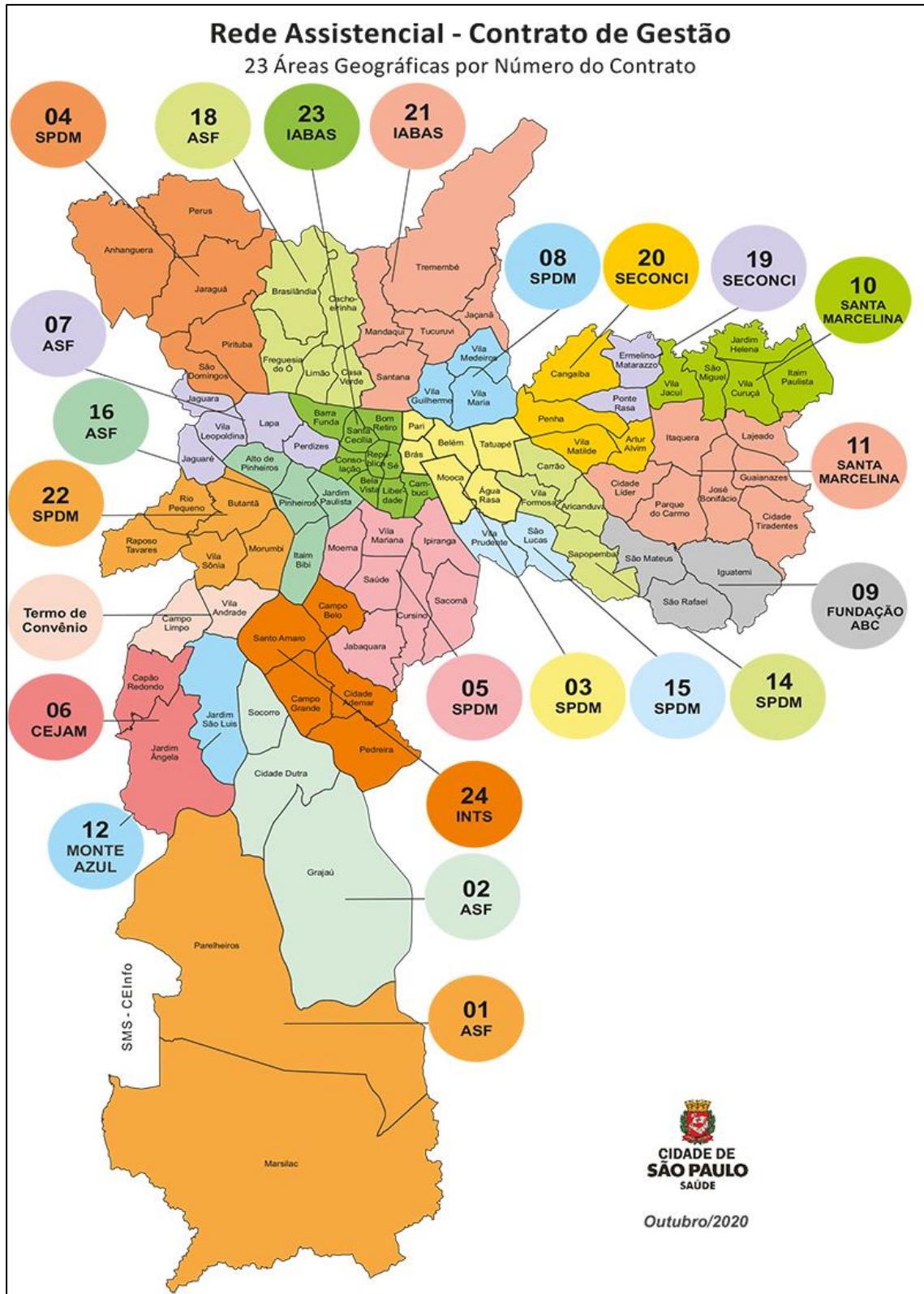


Figura 4: Rede Assistencial de saúde no município de São Paulo conforme áreas geográficas por número de contrato com Organizações Sociais. **Fonte:** Prefeitura Municipal de São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=178347. Acesso em outubro de 2021.

Em se tratando da rede de atenção básica de saúde da Zona Leste do município de São Paulo observa-se a presença de quatro grandes OSS contratualizadas: a SECONCI, a SPDM, a Santa Marcelina e a Fundação ABC, todas qualificadas e contratualizadas desde o início da vigência do modelo de administração indireta por OSS no estado. A maior autonomia do município para a organização e oferta dos serviços de saúde permitiu direcionar parte do orçamento da Pasta da Saúde para a contratualização com o terceiro setor. No Município em questão esse modelo se apresenta exitoso e segue como uma forte tendência da administração pública a seguir com a contratualização das OS, bem como segue em contratualizações consecutivas com o Poder Executivo Estadual para a administração dos estabelecimentos de saúde que estão sob sua responsabilidade.

A origem da Congregação das Irmãs de Santa Marcelina data do final do século XIX, quando foi fundada em 1838 na Itália, pelo Beato Luigi Biraghi, com a finalidade de oferecer assistência médica e ensino a partir de valores cristãos. Como entidade filantrópica, segue atuante em diversos países⁹ oferecendo assistência à saúde e ao ensino gratuito às populações. No território brasileiro, atuam em vários estados e são responsáveis pela gestão de unidades públicas e privadas de saúde nos estados de São Paulo, Rondônia e Mato Grosso (tabela 4). No município de São Paulo, a atuação inicial das Irmãs Santa Marcelina era constituída por ações de assistência sanitária e alfabetização da população adulta e menores doentes.

Atualmente, a Rede de Saúde Santa Marcelina é composta por sete hospitais de média e alta complexidade e é responsável pela administração da Assistência Primária à Saúde nas regiões de Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaquera, Itaim Paulista e São Miguel do município de São Paulo, prestando mais de 120 serviços. A população da Zona Leste de São Paulo é assistida pelas Irmãs Marcelinas desde a década de 1960, quando foram iniciadas suas primeiras ações assistenciais à saúde, ensino e pesquisa. Na década de 1970 a entidade filantrópica começou a investir na prevenção e promoção da saúde com a primeira Unidade de Atenção Primária, ainda nas dependências do Hospital Santa Marcelina, em Itaquera.

⁹ O Instituto Nacional das Irmãs de Santa Marcelina atua em 9 países, em 3 continentes diferentes conforme os dados apresentados no site da entidade. Disponível em: <https://www.santamarcelina.org.br/instituto/default.asp>. No Brasil as Irmãs de Santa Marcelina possuem um histórico de atuação fortemente vinculado ao Poder Público e participaram da construção e consolidação da rede de assistência básica do município de São Paulo. Disponível em: <https://aps.santamarcelina.org/nossa-historia/>. Acessos em 25 de fevereiro de 2022.

A trajetória das Irmãs Marcelinas na atenção primária à saúde é marcada por vínculos com diferentes entes da federação. Em 1995, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde celebrou um convênio voltado à atenção primária da população da Zona Leste, e realizou atividades de identificação, mapeamento das demandas e características populacionais e cadastramento de usuários. O contingente populacional abrangido pelas ações das Irmãs Marcelinas chegou, à época, a aproximadamente 94 mil pessoas.

Com a institucionalização do SUS, os municípios passaram a gerir as redes de atenção primária e, portanto, o vínculo das Irmãs Marcelinas passou a ser com a Prefeitura Municipal de São Paulo, e não mais com o Governo do estado. O Programa Saúde da Família que contava com 24 unidades e 98 equipes foi transferido à prefeitura e para as UBS. Em 1998, com a promulgação da legislação estadual sobre a qualificação das Organizações Sociais de Saúde, a rede Santa Marcelina deu início à gestão do Hospital Geral do Itaim Paulista, que atualmente abrange uma área com cerca de 400 mil habitantes.

O início do século XXI foi de crescimento para a instituição Santa Marcelina, que passou a administrar o Hospital Geral de Itaquaquecetuba nos anos 2000 e o Hospital Cidade Tiradentes em 2007, ambos qualificados como OSS e em parceria com o Poder Executivo Estadual e Municipal respectivamente. Dos sete hospitais pertencentes a Rede Santa Marcelina, três são qualificados como OSS, tendo sido todos inaugurados e contratualizados no mesmo ano.

| Unidade | UF | Inauguração | Início gestão Santa Marcelina | OSS | Vínculo | Abrangência |
|-----------------------------------|----|-------------|--|-----|--------------------------------------|--|
| Hospital Santa Marcelina | SP | 1961 | 1961 | Não | SUS, convênios e planos particulares | Zona Leste de São Paulo |
| APS Santa Marcelina (46 unidades) | SP | 1961 | 1961 | Sim | Prefeitura de São Paulo | Zona Leste de São Paulo (Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera e São Miguel) |
| Hospital Geral do Itaim Paulista | SP | 1998 | 1998 | Sim | Governo do Estado de São Paulo | Zona Leste de São Paulo - 400 mil habitantes |
| Hospital Geral de Itaquaquecetuba | SP | 2000 | 2000 | Sim | Governo do Estado de São Paulo | Alto Tietê (Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Suzano e Guarulhos) |

| | | | | | | |
|---|----|------|------|-----|--|--|
| Hospital Cidade Tiradentes | SP | 2007 | 2007 | Sim | Prefeitura de São Paulo | 520 mil habitantes da microrregião de Cidade Tiradentes/Guaianases e moradores de bairros e cidades vizinhas |
| Hospital Neomater | SP | 1993 | 2018 | Não | Planos de saúde privados Possui convênio com a Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) | Região do Grande ABC |
| Hospital Santa Marcelina de Porto Velho | RO | nd* | 1975 | Não | SUS, convênios e planos particulares | Rondônia, Sul do Amazonas e parte do Acre |
| Hospital Santa Marcelina de Sapezal | MT | 1999 | 2018 | Não | | Município de Sapezal |

Quadro 3: Unidades sob gestão da Rede Santa Marcelina no Brasil. **Fonte:** <https://cebes.com.br/> e <https://santamarcelina.org/>. Elaboração própria, 2021.

A maior incidência das unidades da Rede Santa Marcelina é no estado de São Paulo, no entanto, o Hospital Santa Marcelina de Porto Velho é administrado pela Instituição desde 1975 e atualmente é referência na região Norte do país, oferecendo atendimento em Rondônia, no Sul do Amazonas e em parte do Acre. A unidade em questão é referência em sua oficina ortopédica, que fornece próteses, órteses e equipamentos de reabilitação. Ademais, as ações da congregação na referida região culminaram na criação da Filial “Obras Sociais Santa Marcelina”, que atualmente é constituída pelo Hospital Marcelo Cândia, de nível secundário e que tem sua capacidade operacional majoritariamente (cerca de 80%) dedicada ao SUS.

A respeito dos hospitais privados da rede, o que se observa é a oferta de serviços direcionados aos usuários dos convênios e planos particulares de saúde. Como empresa do setor da saúde, a Rede Santa Marcelina segue em expansão, sendo contratada para administrar Hospitais de grande porte e referência na região em que atuam, como é o caso do Hospital Neomater (SP), que está sob sua gestão desde 2018 e o Hospital Santa Marcelina de Sapezal, no Mato Grosso. Atualmente a Rede de Saúde Santa Marcelina está estrutura-se em departamentos e filiais, conforme disposto no quadro 3.

| Rede de Saúde Santa Marcelina | |
|--------------------------------------|--|
| Filial | Hospital Santa Marcelina de Rondônia |
| Departamentos | Organização Social de Saúde Santa Marcelina de Itaim Paulista |
| | Organização Social de Saúde Santa Marcelina de Itaquera |
| | Organização Social de Saúde Santa Marcelina - Ambulatórios de Especialidades Médicas da Zona Leste |
| | Organização Social de Saúde Santa Marcelina Hospital Cidade Tiradentes |
| | Organização Social de Saúde Santa Marcelina RASTS 10 |
| | Organização Social de Saúde Santa Marcelina RASTS 11 |
| | Hospital Santa Marcelina do ABC Paulista - Nova Neomater |
| | Hospital Santa Marcelina de Sapezal |

Quadro 4: Estrutura organizacional da Rede de Saúde Santa Marcelina, 2019. **Fonte:** Relatório de atividades Santa Marcelina, 2019. Disponível em: <https://santamarcelina.org/politica-de-transparencia/>. Acessado em novembro de 2021. Elaboração própria, 2021.

No que tange à parceria com o Governo Federal, a Rede de Saúde Santa Marcelina iniciou em 2011 o Programa SOS Emergência do Ministério da Saúde, que visa suprir as principais necessidades dos hospitais selecionados por meio da qualificação da gestão, ampliação do acesso aos usuários em situação de urgência e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento. Esse programa é uma das estratégias para qualificação e gestão dos grandes hospitais que prestam serviços pelo SUS (SANTA MARCELINA, 2019).

Do ponto de vista do SUS no município de São Paulo, há uma alta demanda por serviços de saúde e é possível encontrar número elevado de unidades e estabelecimentos de atenção básica, ambulatorial, de urgência e emergência, hospitais, laboratórios e clínicas de apoio ao diagnóstico e terapêutico, tanto públicos como privados. Há maior densidade da tecnosfera no território, o que contribui com os avanços científicos e produção de inovações no mercado de equipamentos, insumos e medicamentos. Também estão presentes em maior quantidade as

universidades, laboratórios e institutos de pesquisa que contribuem com a produção científica e com a qualificação da mão de obra direcionada ao sistema de saúde.

O estado de São Paulo é o território de empresas da indústria de equipamentos, insumos e medicamentos, que suprem as necessidades dos estabelecimentos de saúde prestadores de serviços locais e externos. Nesse sentido, a realização e organização do SUS em cada lugar vai se dar de forma específica, combinando de formas diferentes para cada situação. De forma geral, nessa região, o meio técnico-científico-informacional é mais presente, colaborando com a maior fluidez da produção e circulação e com a incorporação das modernizações advindas do movimento da totalidade. A consolidação da base material da saúde supõe um uso corporativo do território por essas indústrias, que influenciaram os desdobramentos do processo de urbanização desses lugares.

Para além da saúde coletiva, a população trabalhadora reclamou por direitos de assistência médica e a partir daí o sistema de saúde brasileiro ganhou seus primeiros contornos. Os sistemas de ações e de objetos geográficos foram complexificando-se ao com o passar do tempo e tornando-se cada vez mais tecnológicos. O investimento em tecnologia colabora com o avanço das indústrias modernas, e a alta presença dos serviços de saúde tornam-se mercado fértil para a expansão desses produtos. Conseqüentemente, há maior incorporação de qualidade e eficiência no trato da saúde, com equipamentos e técnicas modernas de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Quanto maior a gama e a complexidade dos serviços prestados, maior o grau de tecnologia concentrado em dado ponto do território. Portanto, os hospitais e estabelecimentos de alta complexidade são pontos no território que concentram, mais do que outros, as chaves do período (técnica, ciência e informação). O tratamento especializado supõe a presença de equipamentos, insumos, medicamentos e uma estrutura técnica e organizacional para que possa funcionar corretamente. Além disso, a presença de instituições de pesquisa e laboratórios públicos e privados colaboram com a produção de inovações. Nesse contexto, o SUS também se dá como gerador de emprego e renda para a sociedade, portanto, a presença de centros de formação para a qualificação profissional da população também exerce impacto direto no setor de serviços.

Uma vez que em certa área do território estejam presentes tecnologia, ciência, informação, inovações e mão de obra qualificada, há terreno fértil para a realização

do SUS. Todavia, outro fator determinante é o financiamento da saúde pública, sem o qual a rede de assistência à saúde não apresentaria capacidade de absorção desses recursos. Os estabelecimentos hospitalares operam em consonância com a rede assistencial de saúde básica da população, responsabilidade do Poder Executivo Municipal. Atuando como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, as UBS são responsáveis pela triagem dos pacientes e pelo encaminhamento aos serviços especializados de média e alta complexidade quando necessário. A conformação das redes assistenciais básicas é única de cada município, porque está correlacionada a fatores particulares da população local.

A situação geográfica do Hospital Geral de Itaim Paulista caracteriza-se pela presença intensa do macrossistema de saúde e atuação hegemônica da OSS Santa Marcelina, que não concorre com outras organizações sociais na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde em duas regiões geográficas da Zona Leste do município (figura 4), a não ser com os estabelecimentos privados. Como mencionado anteriormente, a Instituição está presente e atuante nesse território desde o início da década de 1960 e vem sendo contratualizada desde então com o Governo do Estado de São Paulo e posteriormente com a Prefeitura Municipal também. A trajetória dessa entidade filantrópica permeia a trajetória de realização do SUS na cidade de São Paulo, haja vista que desde antes da institucionalização do sistema já assistia à população de forma gratuita. O que houve com o passar do tempo foi a ampliação do conjunto de ações e de objetos geográficos disponíveis para a realização da assistência à saúde, do ensino e da pesquisa promovidos pela instituição¹⁰.

O Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista (figura 5) foi inaugurado em 5 de agosto de 1998, tendo sido transferido à gestão indireta no mesmo ano. Trata-se da primeira Organização Social de Saúde do Estado de São Paulo que, atualmente, conta com 301 leitos, sendo 10 da Unidade de Terapia Intensiva Adulto e 16 leitos neonatal. Os serviços especializados oferecidos pelo hospital são: ambulatório cirúrgico e de especialidades, atenção psicossocial álcool e drogas, serviços de diagnóstico por imagem, clínica cirúrgica, clínica médica, fisioterapia, fonoaudiologia, ginecologia, obstetrícia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria e psiquiatria.

¹⁰ A história da Atenção Primária à Saúde da Rede Santa Marcelina no município de São Paulo está disponível no site da entidade no endereço: <https://aps.santamarcelina.org/nossa-historia/>



Figura 5: Unidade de saúde Hospital Geral do Itaim Paulista – OSS. **Fonte:** Organização Social de Saúde Santa Marcelina. Disponível em: <https://santamarcelina.org/itaim-paulista/>. Acessado em setembro de 2021.

A administração Estadual da OSS do Hospital do Itaim Paulista é realizada pelo Conselho Administrativo (quadro 4), composto, conforme disposto no contrato de gestão, por membros da entidade filantrópica e membros da sociedade civil. A vigência dos mandatos de gestão do Conselho tem duração de 4 anos, quando o quadro é renovado.

| Quadro do Conselho de Administração Estadual – vigência do mandato 19/12/2018 a 19/12/2022 | | |
|--|----------------------------------|-----------------|
| Categoria | Nome | Função |
| Irmãs Associadas | Ir. Nivia Almeida dos Santos | Conselheira |
| | Ir. Edimar Zanqueta | Conselheira |
| | Ir. Maria Hora de Oliveira | Conselheira |
| | Ir. Tânia Conceição da Cruz | Presidente |
| | Ir. Elena Campestrini | Conselheira |
| Representante dos empregados | Reginaldo Cesar Ribeiro | Vice Presidente |
| Membros eleitos dentre as pessoas de notória capacidade profissional e de reconhecida idoneidade moral | Pe. Ricardo Silva Carlos | Conselheiro |
| | Wilson Marcos Nascimento Cardoso | Secretário |
| | Misael de Oliveira Rocha | Conselheiro |

Quadro 5: Conselho de Administração estadual da Organização Social Santa Marcelina entre 2018 e 2022. **Fonte:** www.santamarcelina.org/irmas-marcelinas/. Acessado em nov. de 2021. Elaboração própria, 2021.

O Conselho de Administração desempenha funções específicas e regulamentadas pelo artigo 3º da Lei Estadual nº 846 de 1998 de OS, tais como:

- I** - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;
- II** - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;
- III** - designar e dispensar os membros da Diretoria;
- IV** - fixar a remuneração dos membros da Diretoria;
- V** - aprovar os estatutos, bem como suas alterações e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;
- VI** - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;
- VII** - aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;
- VIII** - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria; e
- IX** - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa (SÃO PAULO, 1998)

O contingente populacional atendido pela Rede Santa Marcelina na Zona Leste é expressivo e denota a complexidade organizacional da entidade, que gere uma complexa rede de serviços básicos e de média e alta complexidade na região. No que tange os índices de satisfação da população com a qualidade dos serviços prestados, os índices da OSS ficam sempre acima de 80%, tendo alcançado 87% em 2017 e 2019. Esses índices levam em conta a infraestrutura física, o atendimento da recepção, da equipe médica, da equipe de enfermagem, o ambulatório de consultas e de exames, o serviço de internação e o pronto socorro. Ademais, a entidade cumpriu com êxito todas as metas contratualizadas para os exercícios de 2017 a 2019.

Na *situação geográfica do Hospital geral de Itaim Paulista* incide um conjunto de normas que balizam sua atuação e formas de uso do território. Tratam-se de legislações gerais sobre a qualificação e contratualização como, por exemplo, a Lei Estadual nº 846 de 1998, que permitiu o início e o crescimento desse modelo de administração indireta em âmbito estadual. Além disso, a referida Lei regulamentou a transferência integral à contratante em caso de desqualificação e consequente

extinção da OSS o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde na unidade em específico.

Como prestadora de serviços do SUS a OSS do Hospital Geral do Itaim Paulista deve observar os preceitos da Lei nº 8080 de 1990, e garantir que sua atuação esteja em consonância com os princípios balizadores do sistema.

A OSS atua também sob os preceitos da Lei Federal nº 8.666 de 1993, que institui as normas para licitações e contratos da Administração Pública pertinentes a obras, serviços, alienações e locações no âmbito dos Poderes dos entes da federação. A referida lei também visa assegurar os princípios de competitividade nos atos de convocação dos prestadores de serviço, sendo vedado qualquer ato ou condição que impeça esse princípio ou que privilegie algum dos concorrentes. No que tange a contratualização das Organizações Sociais, esse é um aspecto importante a ser considerado, haja vista que a Reforma Gerencial do Estado Brasileiro se pautou sob os princípios de eficácia de resultados. Desse modo, nos casos de rescisão contratual por parte da contratada, em que há irregularidades ou o descumprimento das cláusulas do contrato de gestão, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços por 180 dias – sendo esse o prazo para a entidade contratada quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão.

Outros dois instrumentos que atuam como fatores normativos na situação geográfica do Hospital do Itaim Paulista são os contratos de gestão e termos aditivos celebrados em parceria com o Governo do Estado. Os contratos determinam as obrigações de cada uma das partes, bem como apresenta anexos técnicos detalhando a relação de quais serviços estão sendo contratualizados, o sistema de pagamento à entidade e quais são os indicadores de qualidade analisados pelo contratante. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela entidade contratada são feitos pelos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI). A remuneração baseia-se no cumprimento de metas e resultados, e os termos aditivos são celebrados quando há a necessidade de outros repasses à entidade não previstos nos contratos de gestão. Além disso, os termos aditivos estipulam os repasses para o exercício do ano posterior, sempre com reajuste.

À assistência hospitalar compreende um conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até o momento da alta que inclui todos

os atendimentos e procedimentos necessários para o tratamento realizado. Estão incluídos, portanto: tratamento das complicações que possam ocorrer durante o processo assistencial e tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como o principal; procedimentos e cuidados de enfermagem; alimentação do paciente e nutrição enteral e parental; assistência por equipe especializada; utilização do centro cirúrgico e anestesia; material descartável utilizado nos tratamentos; diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual; diárias na UTI; sangue e hemoderivados; fornecimento de trajes hospitalares; e procedimentos de alto custo como fisioterapia, hemodiálise, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e todos os outros que se fizerem necessários e disponíveis dentro da complexidade e capacidade instalada na unidade referida.

O Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista corresponde ao tipo “portas abertas”, o que significa que deve dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo a demanda espontânea da população e casos encaminhados durante 24 horas, todos os dias do ano. O processo de atendimento ambulatorial dos casos de encaminhados via CROSS se dá em quatro etapas: primeira consulta (visita inicial); interconsulta (atendimento especializado); consultas subsequentes (retornos) e procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas (sessões com média e longa duração). Em conjunto com a rede de referência regional, o hospital se dispõe a realizar tratamentos clínicos à população e estes incluem sessões de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, terapia especializada (litotripsia), SADT Externo, Análises Clínicas (CEAC), serviços de diagnóstico por imagem (SEDI), que entram na conta final de produção da entidade para fins de avaliação e cumprimento de metas.

Em números absolutos, os serviços contratualizados não apresentaram grande diferença entre um ano e outro (gráfico 2), no entanto, o repasse (gráfico 3) à entidade aumentou a cada termo aditivo. Em série histórica o aumento do repasse para o investimento e custeio da unidade administrada é gradual e apresenta tendências de aumento. Isso se justificaria dada a aquisição de equipamentos médico hospitalares e a reforma do pronto socorro da unidade entre 2017 e 2019. Em relação ao quadro de pessoal da OSS, em 2017 eram 1352 funcionários (médicos e não médicos), que passaram para 1373 em 2018 e 1526 em 2019, apresentando um aumento maior do que no ano anterior.

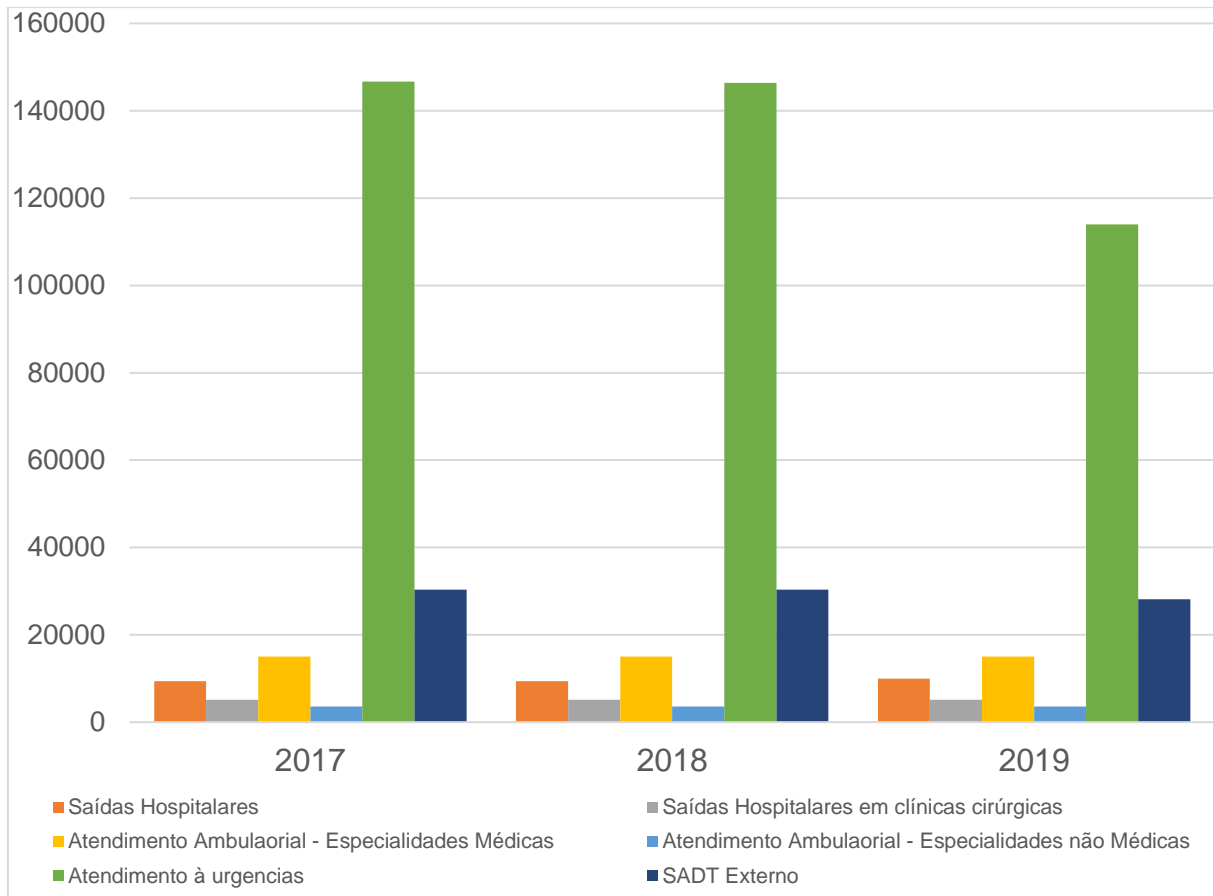


Gráfico 2: Atendimento hospitalar e ambulatorial contratualizados para os exercícios de 2017, 2018 e 2019. **Fonte:** Portal da Transparência da SES-SP. Elaboração própria, 2021.

Destaca-se dentre obrigações da OSS contratada, estipuladas no Contrato de Gestão de 2016, que baliza a atuação da entidade no período determinado para o estudo nesta pesquisa, o atendimento exclusivo aos usuários do SUS e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSP), nos termos da Lei nº 846 de 1998, bem como a responsabilização pelos possíveis danos causados na prestação de serviços e em casos de omissão voluntária ou negligência dos serviços de saúde e a prestação de contas periódica ao contratante no que se refere à aquisição de bens móveis. Para controle do Estado e integração com os demais estabelecimentos de saúde, a entidade deve fornecer um banco de dados atualizados contendo dados dos pacientes, quantidades de vagas disponíveis e integrar o Serviço de marcação de Consultas instituído pela SES-SP. Ademais, a entidade tem liberdade na realização de procedimentos de compras de equipamentos, insumos e contratação de pessoal, dispensando licitações e concursos públicos.

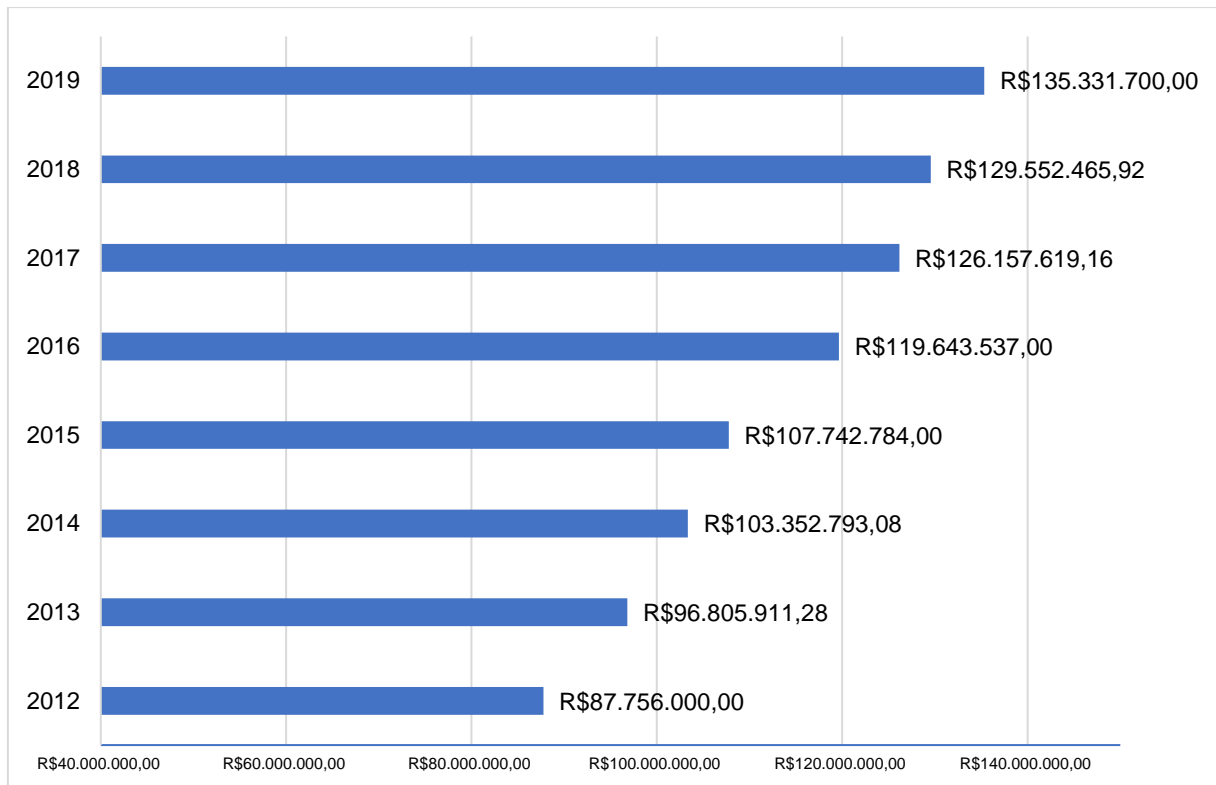


Gráfico 3: Repasse anual da SES-SP à OSS Santa Marcelina entre 2011 e 2019. Somatória dos valores previstos em contratos de gestão e termos aditivos firmados no período de tempo. **Fonte:** Portal da Transparência de São Paulo, 2021. Elaboração própria, 2021.

A estratégia de atuação territorial da Rede Santa Marcelina, da qual a OSS do Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista faz parte, está disposta em seis frentes: I) Uniformização das diretrizes estratégicas; II) implantação e padronização das boas práticas técnico-administrativas; III) Integração das atividades corporativas intra e entre as unidades gerenciadas pela Rede Santa Marcelina; IV) rede de saúde integrada; V) monitoramento estratégico; e VI) perenidade e sustentabilidade das atividades. Essas frentes foram definidas e normatizadas pela instituição visando a continuidade da administração das unidades de saúde, de forma que seus objetivos estatutários, gerenciais e operacionais sejam respeitados. Também fazem parte das estratégias de atuação da Rede o desenvolvimento de serviços compartilhados, facilitando o modelo de negócio a fim de reduzir os gastos. Conforme o Relatório de Atividades de 2019, há cerca de 3 anos vêm sendo implantado o Centro de Serviços Compartilhados nas áreas de compras, tecnologia de informação, contabilidade, assessoria jurídica, gestão de pessoas, faturamento, recursos humanos, contratos, financeiros e central de laudos e exames, além de outras frentes que se encontram em implementação.

Em se tratando de estratégias de atuação e consolidação no mercado, a Rede Santa Marcelina integra o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), entidade que reúne 21 associados que atuam em São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Ceará. Assim como em diversos setores da sociedade, trata-se de uma entidade que organiza o empresariado atuante no ramo das OSS a fim de fortalecer o modelo dentro da gestão do SUS. Em 2018 o presidente do IBROSS proferiu uma fala durante a realização do seminário “Boas Práticas na gestão de parceria com o terceiro setor na saúde”¹¹, realizado em parceria com o Tribunal de Contas da União e com o Conass, enfatizando que o objetivo das OSS “é aperfeiçoar e fortalecer o SUS, jamais concorrer com ele”, evidenciando que a estratégia de expansão das entidades no mercado se dá pelos meios que já estão disponíveis para serem utilizados, as parcerias entre Poder Público e prestadores de serviços.

O IBROSS trabalha em prol da construção de um consenso favorável à atuação das OSS perante a sociedade civil e gestores públicos. Mesmo tendo sido criado há pouco tempo, o Instituto investe incisivamente na realização de eventos de abrangência nacional envolvendo as diversas partes que integram o modelo das OS. Ademais, busca ampliar a compreensão da sociedade a partir da divulgação de estudos e matérias que ressaltam o bom funcionamento do modelo de administração indireta por OSS. O discurso desse empresariado está calcado nos ideais de maior qualidade dos serviços e melhor gasto público, bem como no aperfeiçoamento da atuação das entidades através do reconhecimento e premiação das melhores práticas em saúde, que possam ser compartilhadas entre as entidades do setor. Ainda em sua fala no Seminário, o presidente ressaltou que:

“Nesse processo, um dos objetivos da criação do Ibross foi justamente buscar o aperfeiçoamento do modelo, a aproximação com gestores públicos e com os órgãos de fiscalização e de controle, porque, em função da incompreensão das parcerias com as OS, há muito desvirtuamento, sobretudo no sentido de “quebrar galhos” das dificuldades da administração pública. Ao mesmo tempo, nos preocupamos em separar joio e trigo, ou seja, as organizações sociais que realmente são sem fins lucrativos, constituídas por instituições ou grupos idôneos, que têm uma história e um nome a zelar, daquelas

¹¹ As falas e mesas redondas realizadas durante os dois dias do seminário foram disponibilizadas na publicação “Boas Práticas da Gestão de Parceria com o Terceiro Setor na Saúde” e está disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/boas-praticas-na-gestao-de-parceria-com-o-terceiro-setor-na-saude>. Acesso em outubro de 2021.

que configuram mero negócio de proprietários, ou seja, são falsa OS— felizmente, uma minoria.” (CONASS, 2018, p.22)

As perspectivas de fortalecimento do modelo estão assentadas na atuação integrada das Organizações Sociais de Saúde, de forma que cada entidade possa identificar os êxitos em sua atuação e compartilhar com as demais. O IBROSS configura-se como agente importante na relação da contratualização da saúde com o terceiro setor, haja vista que possui força para pressionar o Poder Público por adequações nas legislações e melhores condições para a atuação das entidades qualificadas e contratualizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Organizações Sociais de Saúde ganharam força ao longo dos anos e podem ser entendidas com uma das concretizações da reforma do Estado brasileiro na década de 1990, que modificou os usos do território via políticas públicas que abriram mais espaço para o mercado. Em vigência há pouco mais de vinte anos, as políticas de transferência dos serviços de saúde para as Organizações Sociais são explicitamente exitosas, dada a presença das OS em todo o território nacional sobretudo no estado de São Paulo, em que há terreno fértil para a qualificação e contratualização das entidades com gestões consecutivas do Governo Estadual favorável ao modelo. A administração indireta via OSS apresentou crescimento ao longo dos anos, tendo efetuado cada vez mais parcerias com os entes da federação, sendo que dificilmente haverá regressão desse cenário no estado e no país.

A base do modelo está nos contratos de gestão e a maior qualidade dos serviços de saúde só pode ser concebida quando há capacidade de ambas as partes contratualizadas para a provisão dos serviços. Nesse sentido, é preciso que o contratante seja capaz de planejar, qualificar, fiscalizar e avaliar o rendimento das entidades contratadas. Não se trata apenas de disponibilidade de financiamento, mas de garantir a universalidade e integralidade dos serviços que o SUS propõe à população. É preciso ter em mente que a qualidade dos serviços prestados depende diretamente de vários fatores: presença de infraestruturas físicas, equipamentos, insumos, medicamentos, políticas públicas de promoção à saúde e outras medidas voltadas à prevenção e tratamento da saúde humana.

Embora os serviços permaneçam públicos, as entidades fortalecem cada vez mais as práticas de empresariamento do sistema de saúde, que imprimem novas lógicas de uso ao território brasileiro. O SUS já nasce dual, isto é, com sua gênese nas relações público privadas que foram sendo estabelecidas ao longo do tempo e sem as quais não teria tido força suficiente para se realizar em todos os lugares buscando sempre a universalidade, a integralidade e a equidade da saúde.

A descentralização da saúde com a institucionalização do SUS abriu caminhos para novas formas de gestão e para conformações particulares a cada lugar. Ao ser acolhido pelo território, o SUS se constrói com base nos fatores presentes no lugar. Em essência, está sob princípios e normas iguais a todos, mas em seus efetivos

desdobramentos, demonstra características particulares de onde se insere, pois há dependência direta da densidade técnica, científica e informacional do espaço geográfico. Daí a importância da consideração do território na elaboração de políticas públicas, porque as desigualdades continuam a existir já que a difusão do meio técnico-científico-informacional não é homogênea.

A presença desigual do meio técnico-científico-informacional no território influencia a conformação das redes assistenciais a saúde, haja vista que para ter capacidade de operação plena das unidades, em especial as mais complexas e densas informacional e tecnicamente, são necessárias redes bem articuladas de transporte e de telecomunicações que possibilitem a produção e circulação dos equipamentos e insumos com maior fluidez pelo território. Nesse processo de uso do território pelos sistemas de infraestruturas técnicas identifica-se e tornam-se cada vez mais os usos corporativos, o território como recurso, sendo operado a partir de lógicas de produção e circulação.

Se o território se apresenta como recurso para as indústrias, ele também o é para as Organizações Sociais de Saúde, pois há a cada constrangimento da administração direta uma oportunidade de atuação para o terceiro setor. As OSS promovem o uso corporativo do território à medida que operam sob lógicas de produção e avaliação de resultados na prestação dos serviços. Essa lógica não fica explícita ao usuário final do serviço, mas está bem colocada ao gestor público que realiza a contratualização de seus serviços.

No período atual é notável a importância que a publicidade e o marketing exercem no compartilhamento de informações, que se tornou cada vez mais rápido e, conseqüentemente, mais eficiente. Além disso, a publicidade e o marketing também são instrumentos fundamentais na expansão dessa transferência de prestação de serviços de saúde pública ao setor privado, pois pouco se veicula a respeito das conquistas, acertos e possibilidades que o SUS oferece e muito se ouve falar em falta de infraestrutura, materiais, equipamentos e pessoal. As propagandas atuam na composição de uma psicofera que acaba fortalecendo o discurso de eficiência e redução de gastos que há na contratualização dos serviços de saúde pública, mesmo que as OSS sejam declaradas “sem fins lucrativos”, porque há, de fato, um grande interesse em gerir qualquer tipo de unidade de saúde por parte dessas organizações e também interesse dos gestores públicos em transferir a prestação dos serviços, o

que explicaria também a ampla difusão do modelo¹². Nesse contexto, o capital avança pelo território e instala-se onde encontra possibilidades, independente da complexidade do serviço ou do porte do município.

É preciso pensar em novas formas de planejar capazes de colocar novamente os indivíduos como cidadãos, que têm direito ao bem-estar e a todos os fatores envolvidos nesse processo. Questões territoriais, étnicas, de gênero, de classe e as diferenciações regionais devem estar no cerne desse debate, a fim de que as desigualdades socioespaciais sejam combatidas. Como bem coloca Milton Santos (2003), devemos buscar um planejamento diferente do modelo dominante, que não esteja a serviço do capital disfarçando o malefício estrutural de certos investimentos econômicos e sociais, mas de fato preocupado com a sociedade como um todo e não com aqueles já privilegiados

¹² Ademais, claro, sempre há o risco iminente de corrupção envolvendo os agentes que atuam nas OSSs e o Estado. Este tipo de ocorrência se dá em praticamente todo o território nacional e muitas são as denúncias e ações do Ministério Público para tentar contê-las. A título de exemplo, nos últimos anos podemos citar as Operações “Raio-X” em SP (http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=23453424&id_grupo=118) e “Tris in idem” no RJ (<http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/mpf-denuncia-wilson-witzel-e-quatro-desembargadores-do-trt-por-corrupcao-peculato-e-lavagem-de-dinheiro>). Acessos em 23 de fev. de 2022.

6. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **Território usado e saúde**: respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas - SP. 2006. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. doi:10.11606/D.8.2006.tde-17072007-105406.
- ALMEIDA, E. P. de. O Uso do Território brasileiro e a segmentação dos serviços de saúde. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10, 2005. São Paulo. Anais... São Paulo: AGB-SP, USP, 2005b.
- ANTAS JÚNIOR, R. M. ELEMENTOS PARA UMA DISCUSSÃO EPISTEMOLÓGICA SOBRE A REGULAÇÃO NO TERRITÓRIO. **GEOUSP Espaço e Tempo (Online)**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 81-86, 2004. DOI: 10.11606/issn.2179-0892.geousp.2004.73956.
- BAHIA, Ligia, Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):329-339. 2001
- _____; et al. From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. Suppl 2.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. FIOCRUZ, 2007, pgs 29-60.
- BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.
- BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, Sept. 2004.
- BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.
- BASTOS, V.D. Inovação farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. *BNDES SETORIAL*. Rio de Janeiro, n. 22, p.271-296, set. 2005.
- BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Congresso. Senado. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Brasília.

CABRAL, Dilma. **Departamento Nacional de Saúde Pública**. In: Dicionário Primeira República. MAPA (Memória da Administração Pública Brasileira). Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2018.

CASIMIRO, F. H. C.. A Construção do Projeto Neoliberal no Brasil (1988 - 1998): Instituto Liberal e o discurso de 'flexibilização e ataque às propostas de reforma agrária. **REVISTA IDEAS** (ONLINE), v. 5, p. 33-65, 2011.

CATAIA, Márcio. Uso do território e federação: novos agentes e novos lugares. Diálogos possíveis e participação política. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. [En línea]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2010, vol. XIV, nº 331 (16).

_____ ; RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. ANÁLISE DE SITUAÇÕES GEOGRÁFICAS: NOTAS SOBRE METODOLOGIA DE PESQUISA EM GEOGRAFIA. **Revista da ANPEGE**, [S.l.], v. 11, n. 15, p. 9-30, jul. 2017. ISSN 1679-768X.

CAMPOS, M. C. S.; REDIGOLO, M. A. A reforma administrativa da secretaria da saúde do estado de São Paulo e a implantação do sistema unificado. **Revista de Administração de Empresas**, v. 32, n. 1, p. 16-30, 1992.

C O E L H O, V.S.P. Contratação de serviços e regionalização. Novos Caminhos, n13. Pesquisa Política, Planejamento e gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes). 2017

Constituição (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL.

Estatística Industrial do Estado de São Paulo, 1930. São Paulo: Secretaria da Agricultura, Indústria e Comércio do Estado de São Paulo, 1931. 247 p.

FERLIE, Ewan; ASHBURNER, Lynn; PETTIGREW, Andrew. **The New Public Management in action**. Oxford: Oxford Press, 1996. Cap. 1. p. 1-29.

FERNANDES, TM. Boticas, indústrias farmacêuticas e grupos de pesquisa em plantas medicinais: origens no Brasil. In: Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, pp. 27-76. ISBN 978-85-7541-348-7. Available from SciELO Books

FERREIRA, Victor Cláudio Paradela. A administração pública gerencial. In: Marcus Tanure Sanábio; Gilmar José dos Santos e Marcus Vinícius David. (Org.). **Administração pública contemporânea: política, democracia e gestão**. 1ed. Juiz de Fora - MG: Editora UFJF, 2013, v. p. 35-56.

FURTADO, André Tosi; SOUZA, José Henrique. Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP/IE, 2001. p. 63-90.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2003, v. 8, n. 2

GALLO, F. Uso do território e federalismo como evento: a difusão regional de infraestruturas analisadas a partir das Transferências Intergovernamentais

Voluntárias entre União e municípios. **Tese** (Doutorado em Geografia – Área de Análise Ambiental e Dinâmica Territorial). Instituto de Geociências. Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2011

_____. Usos do território e o papel do Estado no Brasil: notas sobre a atuação da Agência Desenvolve SP. **GEOUSP Espaço e Tempo (Online)**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 480-496, 2017. DOI: 10.11606/issn.2179-0892.geousp.2017.119737. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/119737>. Acesso em: 3 ago. 2020.

GUEDES, J. da S. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. **Estudos Avançados**, [S. l.], v. 17, n. 48, p. 229-240, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9934>. Acesso em: 21 fev. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto 63519/18 | Decreto nº 63.519, de 20 de junho de 2018 de São Paulo, Governo do Estado de São Paulo**. Jus Brasil. Disponível em: <<https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/599364138/decreto-63519-18-sao-paulo-sp>>. Acesso em: 16 mar. 2020.

HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. *Educ. rev.* [online]. 2005, n.25, pp.127-141. ISSN 0104-4060. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.370>.

IBAÑEZ, Nelson e VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2007, v. 12, pp. 1831-1840. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>>. Epub 14 nov. 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC, 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC, 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, IBGE, 85 p. 2020.

IBGE. Conta-satélite de saúde. 2010-2017. IBGE, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < IBGE | Biblioteca | Detalhes | Conta-satélite de saúde. Brasil: 2010-2017>.

MAGALHAES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, Dec. 2007.

MALDONADO, José; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira; VARGAS, Marco. A dinâmica inovativa do subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, suppl. 1, p. 29-36, 2012.

MARE. Lógica e Mecanismos de Controle. *Cadernos MARE*, Brasília, n.1, 1997.

MARE. Organizações Sociais. Cadernos MARE, Brasília, n.2, 1997.

MARTINUCCI, O. S.; GUIMARÃES, R. B. O meio técnico-científico-informacional, os equipamentos de imagem-diagnóstico e a desigualdade em saúde no Brasil. Geosp – Espaço e Tempo (Online), v. 22, n. 1, p. 076-095, mês. 2018. ISSN 2179-0892.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2018, v. 34, n. 1

OLIVEIRA, V. C. S.. Modelos de administração pública. In: SANÁBIO, M. T.; SANTOS, G. J.; DAVID, M. V. (Org.). Administração pública contemporânea: política, democracia e gestão. 1ed. Juiz de Fora: EDUFJF, 2013, v. 1, p. 9-34.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2187-2196, July 2018.

PEREIRA, L. C. B. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. In: Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, out. 1995

PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

POULANTZAS, N. O Estado, os movimentos sociais, o partido. Última entrevista com Nicos Poulantzas. Revista Espaço & Debates - Revista de Estudos Regionais e Urbanos, São Paulo, Ano III, Mai/Ago 1983, p. 70 a 79.

_____. O Estado, o poder, o socialismo. Rio de Janeiro: Graal, 1980

Ribeiro, M. A. R. (2010). Indústria farmacêutica na era Vargas. São Paulo 1930-1945. *Cadernos De História Da Ciência*, 2(1), 47-76.
<https://doi.org/10.47692/cadhistcienc.2006.v2.34247>

RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. **Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2015. 1 recurso online (305 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências, Campinas, SP.

RIBEIRO, Luis Henrique Leandro; OLIVEIRA, Ricardo Dantas de; RODRIGUES, Juciano Martins. Elementos para o Planejamento Regional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Brasil Saúde Amanhã, 2020. 54 p.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; SERVO, Luciana Mendes Santos. **Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Brasil Saúde Amanhã (Textos para Discussão), 2021.

SANTOS, Milton. Sociedade e Espaço: A Formação Social como Teoria e como Método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n.54, p.81-100, jun. 1977

_____. Técnica Espaço Tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo. Hucitec, 1994.

_____. Espaço e Método. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

_____. Planejando o subdesenvolvimento e a pobreza. In: **Economia Espacial**. São Paulo: Edusp, 2003

_____. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 848, de 4 de julho de 1998. Palácio dos Bandeirantes, SP.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. **Relatório Final**: cpi oss. CPI OSS. 2018. Relatório divulgado no Diário Oficial. Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com5772.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Manual de Qualificação como Organização Social**. 2021. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/gestao/arquivos/MANUAL%20DE%20QUALIFICACAO%20COMO%20OS%202021.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SCHEFFER, Mário; SOUZA, Paulo Marcos Senra. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 1-15. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00239421>.

SILVEIRA, María Laura. Uma situação geográfica: do método à metodologia. **Revista Território**, ano IV, n.6: p.21-28, jan/jun. 1999.

_____. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (Org.). Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Aderaldo & Rotschild, 2009.

_____. Geografia e mundo contemporâneo: pensando as perguntas significativas. Boletim Campineiro de Geografia. v. 2, n. 2, 2012.

SOUZA Erica M.; e ALMEIDA, Gilson R. **Avanços e Perspectivas do Modelo de Organização Social de Saúde no Estado de São Paulo**. III Congresso de Gestão Pública, Painel 18/069. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Estado de Administração (Consad), 2010, 26 p.

STOPA S.R., Szwarcwald C.L., Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saúde* [préprint]. 2020 [citado 2020 ago 17]:[24 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>

TEIXEIRA, A. A Indústria Farmacêutica no Brasil: um estudo do impacto socioeconômico dos medicamentos genéricos. Monografia Ciências Econômicas,

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filhos (UNESP), campus Araraquara 2014

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública – RAP*, Rio de Janeiro, 23(2):23-33, mar/abr., 1998

_____; MIRANDA, Alcides Silva de Miranda; SILVA, Hudson Pacifico da. Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde: Descrição, Tendências e Cenários Prospectivos. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/2-PJSSaudeAmanha_Texto0002_final.pdf. Rio de Janeiro, fevereiro de 2015. Editora Fiocruz.

_____; SILVA, Hudson Pacifico da Silva. Desenvolvimento e Institucionalidade da Política Social no Brasil. In: MACHADO, Cristiane Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (Org.) **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

_____; e Iozzi, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019 v. 35, n. Suppl 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>.