



Terceirização no SUS por Organizações Sociais: Eficiência Pública ou Captura? Diretrizes Práticas a Gestores Municipais

Outsourcing in the Brazilian Unified Health System (SUS) through Social Organizations: Public Efficiency or Capture? Practical Guidelines for Municipal Managers

Lauro Ricardo de Lima Santos

Resumo: A terceirização da gestão de serviços de saúde por meio de Organizações Sociais (OS) consolidou-se, nas últimas duas décadas, como um dos arranjos mais difundidos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em redes hospitalares e de urgência. Seus defensores destacam agilidade gerencial, gestão por resultados e ganhos de eficiência; críticos apontam riscos de opacidade, precarização das relações de trabalho e desalinhamento com a saúde pública enquanto política de Estado. Este estudo sustenta que a OS não é um fim em si, mas um instrumento cujo desempenho depende do planejamento sanitário, do processo competitivo de seleção (chamamento público), de um contrato de gestão com metas auditáveis e de mecanismos robustos de governança e controle social. Propõe-se um checklist mínimo para decisões municipais (base legal, desenho contratual, matriz de riscos, transparência ativa, avaliação independente) e quatro cláusulas-chave de salvaguarda. Conclui-se que o debate “OS sim/OS não” é menos relevante do que como a OS é selecionada, contratada, acompanhada e, se necessário, substituída, preservando a continuidade do cuidado e os princípios do SUS.

Palavras-chave: organizações sociais; SUS; gestão por resultados; parceria público-privada; consórcios públicos.

Abstract: The outsourcing of healthcare service management through Social Organizations (SOs) has become one of the most widespread administrative arrangements within Brazil's Unified Health System (SUS) over the last two decades, particularly in hospital networks and emergency care services. Advocates emphasize managerial flexibility, results-based management, and efficiency gains, while critics highlight risks related to limited transparency, labor precariousness, and potential misalignment with public health as a state policy. This study argues that SOs are not an end in themselves but rather governance instruments whose performance depends on effective health planning, a competitive selection process (public call for proposals), management contracts with auditable performance targets, and robust governance and social accountability mechanisms. The article proposes a minimum checklist to support municipal decision-making, including legal compliance, contractual design, risk assessment, proactive transparency, and independent evaluation, as well as four key safeguard clauses. It concludes that the debate surrounding “SOs: yes or no” is less relevant than the manner in which SOs are selected, contracted, monitored, and, when necessary, replaced, ensuring continuity of care and adherence to the foundational principles of the SUS.

Keywords: Social Organizations; Unified Health System (SUS); Results-Based Management; Public-Private Partnership; Public Consortia.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de acesso universal e gratuito de saúde do Brasil, no ponto de uso, financiado por tributos e contribuições sociais, e organizado sob gestão tripartite entre União, estados e municípios, com responsabilidades compartilhadas e cofinanciamento^{9,10}. Dada a dimensão continental do país, o SUS adota uma organização regionalizada e hierarquizada, um “modelo espelhado” em que funções essenciais e padrões de atenção se replicam nas três esferas, conferindo capilaridade nacional e alcance desde grandes capitais até municípios de pequeno porte, comunidades e regiões vulneráveis e de difícil acesso^{9,10}. No plano da execução, a gestão terceirizada por Organizações Sociais pode ser empregada como instrumento para administração operacional e financeira de unidades e linhas de cuidado, mediante contrato de gestão com metas, indicadores e controles definidos, sem afastar a responsabilidade legal do ente público pelo planejamento, regulação e prestação de contas, que permanecem sob a autoridade estatal^{1,11,12,13}.

A terceirização de serviços do Sistema Único de Saúde por meio de Organizações Sociais (OS) difundiu-se pelo país nas últimas décadas, impulsionada por propostas de agilidade, especialização e gestão por resultados. Ao mesmo tempo, acumulam-se controvérsias sobre transparência, vínculos de trabalho e integração em rede. Em vez de uma resposta binária, sim ou OS não, a escolha deste modelo de gestão deve responder a um problema concreto de saúde pública, com metas e salvaguardas robustas. Este estudo compara modelos institucionais (gestão direta, empresas públicas/sociedades de economia mista, OSC/MROSC, consórcios públicos e PPPs) e sistematiza condições para que a contratualização com OS gere valor público: planejamento sanitário aderente ao território, chamamento público competitivo, contratos com indicadores verificáveis e modelo de pagamento alinhado ao desempenho, governança com dados abertos, participação social e avaliação independente, à luz de marcos legais e análises recentes¹⁻¹².

Assim, este estudo tem por objetivo oferecer uma análise opinativa e propositiva sobre o uso de Organizações Sociais no SUS, fundamentada em marcos legais e sínteses recentes sobre desempenho e governança, e voltada à tomada de decisão em nível municipal^{1,12}. Especificamente, busca (i) comparar criticamente os principais arranjos institucionais disponíveis (gestão direta, empresas públicas/sociedades de economia mista, OSC/MROSC, consórcios públicos e PPPs), situando o papel das OS como instrumento e não como fim; (ii) explicitar condições necessárias para que a contratualização com OS gere valor público, planejamento sanitário aderente ao território, chamamento público competitivo, contratos com indicadores verificáveis e modelo de pagamento alinhado ao desempenho, transparência ativa e avaliação independente; (iii) apresentar um checklist mínimo para decidir, contratar e monitorar; (iv) propor um roteiro de avaliação “antes e depois” que permita monitorar efeitos sobre acesso, qualidade e integração em rede, assegurando que a escolha do arranjo responda a problemas concretos com menor risco e maior aderência aos princípios do SUS¹⁻¹².

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo de opinião com base em experiência profissional de gestão no âmbito de Organização Social (OS), orientado por reflexão crítica sobre erros e acertos observados em processos de planejamento, contratação, execução e monitoramento de serviços de saúde. A construção do argumento apoiou-se em (i) marcos legais e regulatórios do SUS, das OS e de compras públicas^{1, 11-13}, (ii) relatórios e análises recentes sobre desempenho e governança do sistema de saúde brasileiro⁹⁻¹⁰ e (iii) levantamento documental de práticas de contratação e monitoramento em entes subnacionais.

Sempre que possível, adotou-se o princípio da triangulação entre experiência prática, legislação e sínteses técnicas para sustentar recomendações. Por se tratar de opinião informada, não foram conduzidos experimentos ou análises estatísticas inferenciais; quando mencionados “antes e depois”, trata-se de modelos de avaliação recomendados, a serem aplicados com dados administrativos oficiais (e-SUS APS, SIH/SUS, CNES), respeitando comparabilidade temporal e critérios de qualidade da informação^{9,10, 12,13}.

A redação observou as normas do periódico (formato Vancouver) e privilegiou a transparência dos pressupostos e a reprodutibilidade do checklist, cujos itens são derivados diretamente das fontes normativas e guias de boas práticas citadas^{1, 9-13}.

DISCUSSÃO

O debate sobre terceirização por OS no SUS costuma oscilar entre promessas de agilidade e eficiência e receios de opacidade, precarização e fragmentação de rede. A literatura recentíssima e os marcos regulatórios convergem para um ponto: o modelo em si não garante resultados; o que determina o desfecho é a qualidade do desenho contratual e a capacidade regulatória do ente público, planejamento claro, metas verificáveis, governança de dados e responsabilização por desempenho^{9,12}. Nesse sentido, o estudo organiza a discussão em oito tópicos que funcionam como um roteiro lógico, do “por que contratar” ao “como avaliar”.

No Tópico 2, discutimos motivações legítimas (escala, especialização, gestão por resultados) e condições em que não se deve contratar (baixa capacidade regulatória, metas vagas, frágil transparência), à luz de evidências e recomendações internacionais^{9, 10-12}. O Tópico 3 trata da decisão responsável, defendendo que toda escolha passe por estudo de viabilidade com cenários comparados (gestão direta, OS, consórcios, PPP), matriz de riscos e chamamento público com critérios objetivos, em coerência com a Lei 14.133/2021 e com padrões de integridade^{11,12}. O Tópico 4 aprofunda contratos com metas e salvaguardas, destacando indicadores verificáveis, modelo de pagamento com componente variável por desempenho e gatilhos para correção, glosa e eventual rescisão, além de dados abertos e interoperabilidade com sistemas oficiais^{9,13}.

Os Tópicos 5 a 7 abordam os riscos e suas mitigações (opacidade, “controle por papel”, fragmentação e captura), a aplicação em Atenção Primária (onde longitudinalidade e gestão de risco populacional são centrais) e a comparação com arranjos alternativos (EBSERH para hospitais universitários; consórcios públicos para funções regionais, SAMU, regulação; PPP para infraestrutura e serviços não clínicos), reforçando que a solução deve ser escolhida pelo problema do território e não por preferência ideológica^{1, 8, 9, 12}. Por fim, o Tópico 8 converte a discussão em agenda prática para gestores: checklist decisório, desenho contratual, governança e avaliação independente, integrando o arcabouço normativo e de boas práticas que norteiam o SUS e as parcerias com o terceiro setor^{1, 11-13}.

O Que Está em Jogo: Arranjo, não Ideologia

A Organização Social é uma entidade privada sem fins lucrativos, qualificada pelo poder público para executar atividades mediante contrato de gestão com metas e compromissos pactuados¹. Distingue-se da gestão direta (autarquias e fundações), das empresas públicas e sociedades de economia mista, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, criada por lei específica², e das parcerias com Organizações da Sociedade Civil, regidas pelo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil^{3, 4}. Há ainda arranjos cooperativos como consórcios públicos, que permitem compartilhar regionalmente funções como regulação e serviços móveis de urgência⁵⁻⁷, e contratos de Parceria Público-Privada voltados principalmente à infraestrutura e serviços de apoio⁸. Mais do que discutir um modelo ‘ideal’, que ainda permeia o campo da utopia, o que mais importa é identificar qual arranjo resolve o problema do território com menor risco e maior aderência aos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), considerando evidências de desempenho e boas práticas de governança⁹⁻¹².

Por que Municípios Escolhem OS? (e quando não deveriam)

Municípios invocam, em geral, três razões para adotar OS: agilidade para contratar equipes e insumos críticos; especialização e escala em linhas como urgência e hospitalar; e gestão por resultados com metas pactuadas. Evidências internacionais e nacionais sugerem que ganhos dependem do desenho contratual e da capacidade regulatória, não sendo um efeito automático do modelo^{9, 10, 12}. Quando a decisão não é ancorada em planejamento, quando as metas são vagas ou quando a regulação é frágil, contratos tendem a gerar custos elevados, opacidade e fragmentação, com baixo aprendizado institucional, assim denotando uma desestruturação e um desmonte do SUS no local aplicado¹⁰⁻¹².

Decisão Responsável: Do Planejamento ao Chamamento Público

A decisão deve estar alinhada ao Plano Municipal de Saúde e à Programação Anual, com definição do problema, população-alvo e linha de cuidado. É prudente comparar cenários, gestão direta, OS e alternativas como consórcios e PPPs, com matriz de riscos assistenciais, trabalhistas, orçamentários e jurídicos. O

chamamento público precisa fixar critérios objetivos de qualificação e julgamento (capacidade técnico-assistencial, governança clínica, histórico de desempenho, saúde econômico-financeira e plano de dados). A Lei 14.133/2021, que ainda é vista como nova, de Licitações e Contratos Administrativos, reforça a centralidade do planejamento, da gestão de riscos e da seleção baseada em critérios objetivos, o que dialoga com as exigências de transparência e integridade na contratação com OS,^{11,12}.

Ao final desta etapa, recomenda-se verificar o Quadro 1, que sintetiza itens obrigatórios antes do chamamento, na contratação e no monitoramento contínuo⁹⁻¹³.

Quadro 1 - Checklist mínimo para decidir, contratar e monitorar OS na rede municipal.

Eixo	Item verificável (o que checar)	Evidência/Documento esperado	Referências
A) Pré-contratação (Decidir)	Base legal municipal atualizada para contratação de OS; aderência à Lei 14.133/2021 e à transparência (LAI)	Lei/Decreto municipal; parecer jurídico; matriz de conformidade	[1], [11], [12], [13]
	Estudo de viabilidade com cenários comparados (gestão direta x OS x alternativas como consórcio/PPP) e matriz de riscos	Relatório técnico com premissas, custos, riscos assistenciais/trabalhistas/orçamentários/jurídicos	[8] (PPP p/ alternativa), [9], [10], [11], [12]
	Definição do escopo (unidades/linhas), metas e indicadores (SMART), capex/opex e fontes de financiamento	Nota técnica; planilha de metas/indicadores; estimativa orçamentária	[9], [10], [11]
	Governança e controle social planejados (conselho de saúde, publicação ativa de dados)	Ata do conselho; plano de transparência	[11], [13]
B) Seleção e contratação (Chamamento público)	Edital com critérios objetivos (capacidade técnico-assistencial, governança clínica, saúde econômico-financeira, histórico de desempenho)	Edital e anexos; checklist de habilitação	[11], [12]
	Diligência técnica pré-contratual (verificação in loco/portfólio, compliance e integridade)	Relatório de diligência; parecer de integridade	[11], [12]
	Modelo de pagamento com parcela fixa + componente variável por desempenho; metas e gatilhos (correção, glosa, rescisão)	Minuta contratual; matriz de pagamento e desempenho	[9], [10], [11], [12]
	Cláusulas de salvaguarda: dados abertos; indicadores-sentinela de segurança do paciente; integração da rede (APS-urgência-hospital); plano de transição	Contrato (cláusulas específicas); manual de monitoramento	[9], [10], [11], [12], [13]

Eixo	Item verificável (o que checar)	Evidência/Documento esperado	Referências
C) Monitoramento e avaliação (Pós-contrato)	Painel público mensal (produção, filas, RH, compras sensíveis), interoperável com sistemas oficiais	URL do painel; dicionário de dados; logs de envio	[11], [13]
	Auditorias (amostrais e independentes) e reuniões de governança clínica com séries históricas	Relatórios de auditoria; atas de reuniões clínicas	[9], [10], [11]
	Avaliação externa anual para renovação; metas de integração em rede e contrarreferência efetiva	Relatório de avaliação externa; indicador de contrarreferência	[9], [10], [11], [12]

Fonte: elaboração própria com base em ^{1, 8-13}.

Contrato de Gestão que Funciona: Metas e Salvaguardas

Contratos efetivos se ancoram em indicadores verificáveis de acesso, qualidade e segurança, como internações por condições sensíveis à APS, tempos críticos em urgência, infecções relacionadas à assistência, readmissões e tempo médio de permanência, além de métricas de experiência, gestão de pessoas e execução orçamentária ^{9,10}. Modelos de pagamento combinam parcela fixa (custos estruturais) e componente variável por desempenho, com cláusulas de gatilho para correção, glosa e, em último caso, rescisão ^{11,12}. A governança deve prever publicação de dados (produção, filas, recursos humanos, compras sensíveis), interoperabilidade com sistemas oficiais e auditorias periódicas, em linha com as exigências de transparência e acesso à informação ¹¹⁻¹³.

Riscos e Mitigação

Quatro riscos são recorrentes. O primeiro é a opacidade, quando relatórios pouco úteis e assimetria informacional limitam o controle; mitiga-se com dados abertos, auditoria por amostragem e sanções por inadimplemento informacional ¹¹⁻¹³. O segundo é o 'controle por papel', quando a conformidade formal substitui resultados; responde-se com um núcleo enxuto de indicadores clínicos centrais e séries históricas públicas ^{9,10}. O terceiro é a fragmentação de rede, especialmente nas transições APS-especialistas-urgência-hospital; contratos devem amarrar metas de integração e contrarreferência ^{9,10}. O quarto é a captura e dependência, atenuadas por prazos definidos, avaliações externas pré-renovação e planos de transição para troca ordenada do operador ^{11,12}.

OS e a Atenção Primária

Na Atenção Primária, o foco desloca-se de volume de consultas para gestão de população adscrita e continuidade do cuidado. Contratos com OS agregam valor quando pactuam resultados clínicos (por exemplo, controle de hipertensão, diabetes e vacinação), organizam equipes e agendas orientadas à longitudinalidade e integram a regulação para garantir retorno ao seguimento. A avaliação deve considerar tempos de acesso e a redução de internações por condições sensíveis à APS, juntamente com medidas de experiência do usuário ^{9,10}.

Outras Vias Além de OS

Hospitais universitários e de ensino costumam ter melhor aderência a modelos de administração indireta, como a EBSEH². Para funções regionais, consórcios públicos possibilitam economia de escala e governança compartilhada, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência⁵⁻⁷. Infraestrutura e serviços não clínicos podem ser estruturados por PPP, com contratos de longo prazo e pagamentos por disponibilidade, exigindo robusto planejamento e gestão de riscos^{8,12}. Para projetos específicos e inovação social, o regime do MROSC define instrumentos próprios de colaboração e fomento⁴.

Agenda Propositiva

Uma agenda prática inclui: atualizar a base legal municipal; realizar estudo de viabilidade com cenários comparados e matriz de riscos; definir escopo e modelo de pagamento antes do edital; promover chamamento público competitivo com diligências técnicas; firmar contratos com metas SMART, matriz de riscos e cronograma de entregas; implantar plano de dados abertos e interoperabilidade; instituir comissão técnica com calendário de visitas e relatórios; organizar plano de transição para entrada e saída de operadores; e assegurar avaliação independente anual. Tais medidas, sustentadas por boas práticas regulatórias, tendem a alinhar incentivos e reduzir riscos⁹⁻¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terceirização por Organizações Sociais pode produzir ganhos concretos quando é tratada como instrumento e não como fim: sua eficácia depende de planejamento sanitário aderente às necessidades do território, de um chamamento público competitivo e transparente, e de contratos com metas verificáveis, incentivos bem calibrados e salvaguardas explícitas. Em outras palavras, resultados advêm menos do rótulo institucional e mais da qualidade do desenho e da capacidade regulatória do ente público, conforme apontam análises comparativas nacionais e internacionais sobre organização de sistemas e boas práticas de governança⁹⁻¹². Nessa moldura, o papel do gestor permanece central: definir prioridades de saúde, traduzir essas prioridades em indicadores e metas factíveis e garantir mecanismos de monitoramento e correção de rumo ao longo do ciclo contratual.

Importa reconhecer, contudo, os limites e riscos inerentes ao arranjo. A terceirização não dispensa o Estado de planejar, regular e prestar contas; ao contrário, amplia a responsabilidade do contratante na orquestração da rede, na proteção da força de trabalho e na equidade do acesso. Em contextos de baixa capacidade institucional, contratos mal estruturados tendem a reforçar assimetrias de informação, produzir opacidade e fragmentar linhas de cuidado; por isso, são indispensáveis cláusulas de transparência ativa (dados abertos, interoperabilidade com sistemas oficiais), auditorias independentes e avaliação externa periódica

como condição para renovação¹¹⁻¹³. A salvaguarda contra a “captura silenciosa” não está em proibir o modelo, mas em submetê-lo a padrões claros de desempenho e à participação social qualificada, com publicação rotineira de painéis e séries históricas.

Por fim, a decisão sobre quando e onde adotar OS deve ser guiada pelo problema a resolver e pela comparação honesta de alternativas institucionais. Redes com forte componente de infraestrutura e serviços não clínicos podem se beneficiar de PPPs; funções regionalizadas, como regulação e urgências, podem demandar consórcios públicos; hospitais universitários tendem a ter melhor aderência a modelos da administração indireta, e a gestão direta permanece essencial em muitos contextos⁹⁻¹². Qualquer que seja a escolha, recomenda-se um roteiro mínimo: estudo de viabilidade com cenários, matriz de riscos, contrato com metas e gatilhos, governança clínica e financeira, dados abertos e avaliação independente. Assim, entre a eficiência proclamada e os riscos de dependência, prevalece uma lógica de interesse público baseada em evidências, responsabilização e controle social, pilares sem os quais nenhum arranjo produzirá, de modo sustentável, acesso universal e cuidado de qualidade no SUS⁹⁻¹³.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Qualificação de entidades como organizações sociais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm
- [2] Brasil. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12550.htm
- [3] Brasil. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Qualificação de pessoas jurídicas como OSCIP. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm
- [4] Brasil. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/13019.htm
- [5] Brasil. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Contratação de consórcios públicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11107.htm
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel (SAMU 192). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html
- [7] Ministério da Saúde. SAMU 192 – Página institucional (acesso em 2022+). Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/composicao/saes/samu-192>
- [8] Brasil. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Parceria público-privada.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm

[9] OECD. OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021. Paris: OECD; 2021. Disponível em: <https://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-systems-brazil-2021-6797af6a-en.htm>

[10] Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2020/2021: análise da situação de saúde. Brasília: MS; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude_web.pdf/view

[11] Ministério da Gestão e Inovação. Organizações Sociais – modelo organizacional (síntese e jurisprudência). 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/gestao/pt-br/assuntos/gestaoeinovacao/modelos-organizacionais/organizacoes-sociais>

[12] Brasil. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm

[13] Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Lei de Acesso à Informação (LAI). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm