



# Políticas de Saúde, Neoliberalismo e o Crescimento do Chamado Terceiro Setor: uma análise das FASFIL do campo da saúde no Censo IBGE 2005

Healthcare Politics, Neoliberal Project and the Growth of the Third Sector: an analysis of the FASFIL from de healthcare field in Censo IBGE 2005

MARCELO PAULA DE MELO\*

SIMONE ELIZA DO CARMO LESSA\*\*



**RESUMO** – Considerando ser uma das expressões do projeto neoliberal de sociedade, expresso em projetos de reforma do Estado em diversos países, vislumbrado em documentos de organismos internacionais e intelectuais orgânicos das classes dominantes como forma de atuação estatal compatível com novos tempos, esse texto abordará expansão de entidades (supostamente) sem fins de lucro no Brasil, reconhecendo a presença do chamado Terceiro Setor renomeado como FASFIL nos Censos do IBGE. Nosso foco estará nas FASFILS do campo da saúde, apresentamos reflexão quali-quantitativa sobre os impactos desta experiência em franca expansão. Os desdobramentos dessas formas contemporâneas de privatização da ação estatal para as políticas sociais poderão ser apreendidos a partir da análise dessas entidades.

**Palavras-chave** – Políticas de saúde. Privatização. FASFILs. Precarização.

**ABSTRACT** – Considering that one of the expressions of the neoliberal project of society, expressed in state reform projects in several countries, glimpsed in international organizations documents and organic intellectuals of the ruling classes as a form of state action compatible with the new times, this text address expanding entities (supposedly) non-profit in Brazil. Recognizing the presence of the so-called Third Sector renamed FASFIL the IBGE censuses. Our focus will be on FASFILS the health field, we present qualitative and quantitative consideration on the impacts of this experience booming. The consequences of these contemporary forms of state action privatization for social policies can be seized from the analysis of these entities.

**Keywords** – Healthcare politics. Privatization. FASFILs. Precariousness.

---

---

\* Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor na Escola de Educação Física e Desportos - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/9618187525201061>. E-mail: [marcelaomelo@gmail.com](mailto:marcelaomelo@gmail.com).

\*\* Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora da Faculdade de Serviço Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro – RJ/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/3396821851343390>. E-mail: [elizasimone@gmail.com](mailto:elizasimone@gmail.com).  
Submetido em: julho/2016. Aprovado em: abril/2017.

Nas últimas décadas, no Brasil, a despeito dos avanços conquistados através das lutas sociais materializadas no Sistema Único de Saúde (SUS), a política de saúde brasileira tem sido objeto de processos de mercantilização, negação e retração de serviços e direitos, desfinanciamento, desumanização e privatização – inclusive através de terceirizações – de suas estruturas de atendimento. Ressaltamos que nos anos do neoliberalismo – e vamos aqui localizá-los, especialmente, a partir da década de 1990 até nossos dias – a recorrência ao fundo público como garantidor *a priori* do lucro burguês tem nos processos de privatização de empresas e de serviços uma de suas formas de manifestação. Ao mesmo tempo, e igualmente importante e potente, as formas indiretas de privatização das políticas sociais estão presentes, mesmo sem haver venda de serviços à população. Uma das formas características da atuação estatal de perfil privatista tem sido a delegação da execução de políticas sociais a favor de organismos na sociedade civil, vulgarmente conhecidos como *Terceiro Setor*. Isso está em ampla consonância com o projeto neoliberal da Reforma do Estado, proposto e defendido tanto por organismos internacionais (BANCO MUNDIAL, 2007) como por governos (BRASIL, 1995; 2010) e intelectuais orgânicos afinados a este projeto, como Bresser Pereira, por exemplo, a quem recorreremos ao pensamento, posteriormente.

Sob a alegação de que o chamado Terceiro Setor seria, supostamente, mais eficiente na execução de serviços, além apresentar custos mais baixos, estas entidades têm crescido maciçamente (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). Frente à crise atual capitalista, a saúde pública (sua infraestrutura de equipamentos, fundo público e sentido social) tem sido acionada por sua capacidade de potencializar os lucros de frações burguesas, através da mercantilização de seus serviços e por seus impactos na reprodução da força de trabalho.

Em outras palavras, a política de saúde tem sido cada vez mais capturada pelo interesse orgânico do capital: o lucro. Em função desta intensa relevância em termos sociais e sob a perspectiva do lucro, a Política de Saúde tem sido um fértil campo de atuação das chamadas entidades do Terceiro Setor, materializando-se como importante espaço na consecução de pressupostos do projeto neoliberal, dentre os quais destacamos: mercantilização e ampliação da capitalização das políticas sociais.

Por conta disso e reconhecendo a penetração das entidades do chamado Terceiro Setor na vida social brasileira, aqui em destaque a política de saúde, esse texto pretende apresentar e debater os dados do Censo do IBGE-IPEA/2005 (segundo ano de Governo Lula da Silva<sup>1</sup>) relativo às Fundações e Associações Sem Fins Lucros (FASFIL), nomenclatura utilizada por este Instituto para definir Organizações Não Governamentais e similares. Mais especificamente, nosso olhar se concentra nas múltiplas nuances envolvendo as entidades registradas no campo “Saúde”- subdividido em “Hospitais” e “Outros Serviços de Saúde”. Nossa caminhada inclui um debate teórico-histórico sobre as políticas de saúde no Brasil e sobre a relação entre estas e o chamado Terceiro Setor. A seguir, apresentamos aspectos metodológicos dos Censos do IBGE-IPEA acerca das FASFIL, bem como analisamos tais dados. Entendemos que o tema é relevante, em especial nesta conjuntura de regressão e modificações na lógica de atuação do Estado capitalista no tocante às políticas sociais em geral, e às políticas de saúde, objeto de intensa mercantilização, em especial.

### **Projeto neoliberal, terceiro setor e as FASFILs**

Tem havido uma intensa e direcionada atividade político-pedagógica dos organismos internacionais (Sistema ONU e Banco Mundial), difundindo as concepções do chamado Terceiro Setor e da nova sociedade civil participativa, colaboradora, supostamente eficiente. Ainda que sua existência jurídica seja anterior aos anos de neoliberalismo, foi a partir da adoção, por diversos países, do que se convencionou chamar de “Receituário Neoliberal” (COUTINHO, 2006) e contrarreformista que o conjunto dos organismos privados sem fins de lucro<sup>2</sup> teve considerável incremento. Projetos de (contra) Reforma do Estado em diversas latitudes e realidades (BEHRING, 2003; MELO, 2011) são viabilizados através da criação

de mecanismos legais e políticos. Falamos da realização de contratos que favorecem entes privados, além das parcerias público-privadas e da ampliação de programas de isenção e/ou renúncia fiscal a pessoas físicas e jurídicas. Tal movimento vem junto à defesa apaixonada de um denominado *Terceiro Setor*, apresentado como outra esfera da vida em sociedade, eficiente e distinta do *Estado*, do *mercado*, equivocadamente compreendida como sinônimo de sociedade civil (IOSCHOPE, 1996). O entendimento vulgar do conceito de *sociedade civil* como antagônico ao aparelho de Estado “assumiu formas de uma dicotomia radical, marcada ademais por uma ênfase maniqueísta” (COUTINHO, 2006, p. 47), como se sempre e em qualquer circunstância a participação de organismos na sociedade civil fosse sinônimo de ampliação da democracia e da garantia de direitos. Segundo esta lógica, a ação estatal seria autoritária e marcada pela incompetência. Este tipo de concepção revela um dualismo utópico, que desconsidera a complexidade das relações sociais e que nomeia o estatal como ruim e atrasado e a sociedade civil como boa e avançada.

Tal apologia acrítica da sociedade civil, para usar expressão de Coutinho (2006), tem sido essencial para naturalização dos mecanismos de parceria entre os organismos da sociedade civil e o Estado, em especial na execução de políticas sociais em áreas diversas. Efetiva-se o acesso ao fundo público, ao mesmo tempo em que as casas legislativas vão aprovando mecanismos jurídicos que viabilizam essas parcerias. Esses mecanismos estão expressos em normatizações jurídicas tais como as *Organizações Sociais* (OSs, Lei Federal 9637, de 15 de maio de 1998) e *Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público* (OSCIPs, Lei Federal 9790, de 23 de março de 1999). Melhor apresentando tais mecanismos, a Lei Federal da OSs, dotada de evidente espírito contrarreformista – como parte importante do projeto de Reforma do Estado – qualificou entidades privadas sem fins de lucro (supostamente) como *organizações sociais*. Estas podem desenvolver atividades nas seguintes áreas: a. ensino; b. pesquisa científica; c. desenvolvimento tecnológico; d. proteção e preservação do meio ambiente; e. cultura; e f. saúde. As OSs executam políticas sociais estatais, mediante contratos de gestão e se tornam entes importantes nesta execução, ainda que, não por acaso, pouco visíveis à população usuária. A fiscalização do trabalho das OSs ficará ao encargo de órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada, segundo o artigo oitavo da referida lei.

Aprofundando a lógica privatista contida nas FASFIL, ao longo dos anos 2000 foi aprovada uma série de legislações que regulamentavam as OSs nos estados e, sobretudo, nos municípios, provendo-lhes perfis capazes de responder às demandas por serviços públicos locais. Falamos, portanto, de uma municipalização e de uma diversificação das atividades das OSs.

Comprova esta ampliação, a análise trazida em Brasil-Ministério do Planejamento (2010), onde estão identificadas as seguintes áreas adicionais para atuação das OSs, previstas em legislações municipais e estaduais, complementares às já citadas: a. desenvolvimento institucional; b. trabalho; c. educação profissional; d. esporte; e. defesa do consumidor; f. desenvolvimento econômico; g. agricultura e abastecimento; h. defesa do patrimônio; i. desenvolvimento científico e tecnológico no campo da informática; j. ensino de turismo e hotelaria; k. lazer e recreação; l. prestação de serviços sociais; m. religião; n. turismo.

Por conta dessa visível ampliação de entidades e da diversificação das ações praticadas, o Estado, por meio de seus mais importantes institutos de pesquisas e de Estatísticas, o IBGE e o IPEA passam a realizar pesquisas periódicas acerca do universo dessas entidades denominadas de Terceiro Setor. Estas recebem de organismos governamentais brasileiros uma nova alcunha: tornam-se FASFIL, termo utilizado pelo IBGE e o IPEA, acrônimo para Fundações e Associações Sem Fins de Lucro.

As duas denominações em tela - “Terceiro Setor” e “FASFIL” - e sua versão “mais popular e visível - ONG<sup>3</sup> - não estão isentas de problemas e simplificações. A existência de um suposto Terceiro Setor pressuporia a existência de um primeiro e um segundo, o que, por si só, já indica a profunda superficialidade, simplificação e fragmentação da realidade social. Da mesma forma, o suposto caráter *sem fim de lucro* de fundações e associações, apesar de negado do ponto de vista jurídico-contábil e ideológico, é desmentido pela realidade concreta a cada instante<sup>4</sup>. Em outras palavras, tornar-se-á exercício de cinismo

político desconsiderar o papel econômico existente na atuação de fundações expressamente empresariais e\ou de pessoas físicas portadoras de grandes fortunas. Por fim, mas não menos importante, o uso do termo ONG busca indicar o caráter *não governamental* destas instituições, mas só serve para escamotear a natureza política destes organismos, inegavelmente favorecidos por repasses do fundo público estatal. Neste sentido, as chamadas *Organizações Sociais*, apresentadas anteriormente e objetos da presente análise, expressam, em termos semânticos, concepção bastante genérica tal como o termo usado anteriormente para tratar das mesmas: instituições de *utilidade pública*. Trata-se de inovação conservadora importante, que renova e fortalece interesses privados, fundamentada política e ideologicamente na desqualificação da *res pública*, não por acaso, contemporânea à ampliação dos grandes conglomerados prestadores de serviços no campo da saúde, todos estes alimentados pela mesma lógica privatista e mercantil das instituições financeiras internacionais como o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Num relevante estudo sobre orçamento da política de abrigos na cidade do Rio de Janeiro, Rodrigo Lima (2015) aponta o papel central das chamadas ONGs na execução da política de assistência social e nos ajuda a pensar no nosso objeto. Sua proliferação e competição por recursos públicos, como forma de manutenção das entidades, tende a secundarizar a perspectiva de luta por direitos. Ao mesmo tempo, Lima (2015) destaca que isso contribuiu fortemente para não expansão da infraestrutura governamental nesse campo, visto que as entidades sem fins de lucro atuam com vigor em associações variadas como entes governamentais. Neste campo, não faltam exemplos trazidos por Correia e Santos (2015) com farta riqueza documental de Tribunais de Conta estaduais, ou mesmo da União, Ministérios Públicos Estaduais ou Federais, assim como outros órgãos do judiciário, executivo ou legislativo, acerca de problemas na implementação de políticas por OSs. O mito do barateamento das políticas públicas em relação à execução estatal, através da ampliação quantitativa e qualitativa das políticas executadas por OSs, dentre outros, são contraditos.

Passemos, agora, a detalhar elementos colhidos no nosso estudo. Na apresentação das FASFIL, o IBGE buscou adotar alguns parâmetros internacionais, com base na Divisão de Estatísticas da ONU, para possibilitar comparações com outros países e mesmo com estudos anteriores e posteriores realizados por parte do próprio IBGE ou outro órgão do Executivo brasileiro, em seus três níveis. Para tal, foram adotados cinco critérios que permitem definir o universo em que se inscrevem as FASFIL. Segundo o IBGE (2005/2008), as entidades precisam cumprir os seguintes critérios: serem privadas, fazer parte do aparelho do Estado; devem ser sem fins lucrativos declarados, no sentido de não distribuírem lucros entre os proprietários ou diretores; quando gerarem lucros, estes devem ser investidos na atividade fim da entidade; devem ser legalmente constituídas; devem ser autoadministradas; devem ter voluntários.

Por conta destes critérios, somente três figuras jurídicas dispostas no Código Civil Brasileiro cumprem as determinações acima expostas: As Fundações, Associações e Organizações Religiosas. As Fundações são criadas por um instituidor, pessoa física ou jurídica, seja em escritura pública ou por testamento e deve destinar parte de seus bens para suas finalidades. Já as Associações podem ser consideradas uma reunião de pessoas com motivações de diversas ordens para fins não econômicos, implicando a criação de entidade coletiva registrada. As organizações confessionais (históricas prestadoras de serviços educacionais e de saúde), a partir da Lei 10.825, de 22 de dezembro de 2003, passaram a ser classificadas de forma similar às Associações (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que o universo das FASFIL não traduz o perfil total das entidades sem fins de lucro. Algumas entidades não respeitam os cinco critérios determinados legalmente (privadas, sem fins lucrativos, institucionalizadas, autoadministradas e voluntárias), sendo que apenas quando atendidos integralmente tais itens o IBGE as considera FASFIL. Estes critérios, portanto, reduzem o número de instituições que se enquadram no padrão FASFIL. Se olharmos mais amplamente para as entidades sem fins de lucro estão contempladas 601.611. Contudo, aplicado o filtro das FASFIL, esse número cai para 338.162 entidades que cumpririam os critérios acima descritos (IBGE, 2005). Melhor exemplificando, nesta

lógica, foram excluídas entidades como: a) *partidos políticos*; b) *sindicatos, federações e confederações*; c) *condomínios*; d) *cartórios*; e) *sistema 'S'*; f) *caixas escolares e similares*; g) *entidades de conciliação e arbitragem*; h) *comissões de conciliação prévia*; i) *conselhos e consórcios municipais*; j) *cemitérios e funerárias*, algumas destas atuantes no campo da prestação de serviços que originalmente seriam públicos.

Apesar da redução na qualificação das FASFIL, ressaltamos que, em termos quantitativos, os anos da implementação do projeto neoliberal no Brasil (dois mandatos de Cardoso\PSDB e os mandatos de Lula da Silva\PT) registraram exponencial crescimento das mesmas. Em 1996 (primeiro mandato Cardoso) havia no Brasil 107,3 mil FASFIL. Lembremos que FHC foi ferrenho defensor do ingresso do Terceiro Setor na execução das políticas sociais – expressão deste processo é a chamada Comunidade Solidária (CS) gerido pela então Primeira Dama Ruth Cardoso. Já no governo Lula da Silva, o PNQ (Plano Nacional de Qualificação), em suas modalidades de aprendizado Fundamental e Médio, foi maciçamente viabilizado por ONGs (LESSA, 2011). Neste sentido, é evidente o amplo crescimento das FASFIL, a despeito da qualidade dos serviços prestados (tema a ser abordado posteriormente), tanto na conjuntura de um governo de clara inspiração neoliberal e de outro que negava este rótulo, mas que assim conduzia suas ações.

### **A força econômica e política das FASFIL e o ataque à saúde pública**

Os governos que seguem pela década de 1990 e na primeira do novo século atuaram sobre o SUS de modo a não permitirem sua implementação nos moldes da Lei 8080/1990. Seu caráter universal permanece evidente, apesar dos muitos ataques que recebe – ele é para todos – mas os serviços que estão disponíveis universalmente são frágeis em termos de quantidade e qualidade, dotados de débil controle social. Não por acaso, neste período ocorre a criação de novos entes jurídicos, como as Organizações Sociais (OSs) e as Fundações Estatais de direito privado, lógicas afinadas com o paradigma neoliberal.

Destacando fatores que negativamente impactam na efetivação do SUS, dialogaremos, inicialmente, com Batista Jr (2015). Este autor fala do subfinanciamento do Sistema, sem deixar de problematizar a utilização de recursos já existentes (em especial no que se refere à sangria para setores privados). O autor também critica o modelo de gestão, que é marcado pelo patrimonialismo, corporativismo e pela lógica mercantil. Sinaliza, ainda, a privatização de ações, de serviços e das formas de gestão, bem como a falta de controle social, a fragilização e precarização da força de trabalho atuante no SUS, colocando-os entre os trabalhadores do país mais agredidos pelas inadequadas condições salariais e de trabalho no Brasil recente. As terceirizações de mão de obra e a precarização de direitos e condições de trabalho aprofundam este processo (BATISTA JR, 2015). A presença de OSs na saúde – nosso objeto – é expressão deste modelo precarizador de gestão da força de trabalho

Tratando também do ataque ao SUS na contemporaneidade, Menezes (2015) traz reflexões sobre as políticas sociais nos governos PT. Para a autora, a despeito da presença de defensores da Reforma Sanitária em suas estruturas de gestão e da grande expectativa gerada em torno da administração do SUS por um partido denominado “Dos Trabalhadores”, a condução da saúde mostrou-se trágica. Não por acaso a lógica privatista das OSs não foi maculada nos governos petistas e o SUS não foi tratado como política pública central e de excelência para todos. Assim, vejamos: o primeiro mandato de Lula da Silva, apesar de contar com figuras importantes e históricas na militância pela saúde, desenvolveu políticas sociais subordinadas à lógica econômica, focalizadas na pobreza, dotadas de frágil financiamento. Há uma clara hegemonia do projeto privatista, em tensão com a experiência de Reforma Sanitária rebaixada, denominada *flexibilizada*, que medicaliza a vida social e que naturaliza a lógica mercantil no interior do SUS (BRAVO, 2004). Materializa também este quadro de empobrecida expansão do SUS, o focalizado modelo de Saúde da Família (PSF), que se amplia nacionalmente a partir de 1995, sendo aprofundado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Governo Lula, sem romper com o padrão focal. Tal estratégia, de

modo geral, é executada com o suporte de instituições privadas, através de financiamento público, como bem explicitado por autores como Teixeira (2002) e Paim (2005).

O município do Rio de Janeiro é expressão evidente deste processo, pois suas Clínicas da Família são geridas por OSs. Oitenta por cento delas estão sob investigação do Ministério Público. O Jornal “O Globo”, que não pode ser acusado de notório denunciador de malversação do fundo público, admite a situação e noticia o fato em janeiro de 2016 (O GLOBO, 2016). Portanto, o acesso ao fundo público tem garantido forte lucratividade a essas organizações. O Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro inclusive localizou gastos muito maiores por serviços executados por unidades de saúde diretamente geridas pela Secretaria de Saúde no Rio de Janeiro (CARDOSO, citada por LIMA; BRAVO, 2015).

Em alguns casos, no campo da saúde no município do Rio de Janeiro, Lima e Bravo (2015) apontam, à luz da análise dos documentos oficiais expostos no Diário Oficial do Rio de Janeiro, que alguns termos aditivos superam os valores do contrato inicial entre OSs e PMRJ na execução das políticas de saúde. Qualquer que seja a razão alegada para isso, no mínimo lança luz para problemas nos certames de escolhas das OSs para gerir os equipamentos. Qual tipo de situação não prevista no momento da seleção teria justificado um termo aditivo duas vezes maior que o valor inicial? Sendo algo tão relevante a ponto de custar o dobro do valor inicial, não teria como ser algo não previsto ou uma situação nova! Alguns termos aditivos devem-se unicamente à prorrogação dos contratos que vencem a cada 2 anos, como define a Lei Municipal 5026-2009, sendo renovável por igual período e posteriormente por mais 1 ano. Como explicar uma renovação para exatamente os mesmos processos com ágio de 200%, como questionam Lima e Bravo (2015), indagamos.

Outra expressão deste processo de transferência de recursos públicos para o âmbito privado é o Programa Farmácia Popular que, como Batista Jr (2015) sinaliza, tem servido para comprar medicamentos nos grandes laboratórios multinacionais a preços exorbitantes. Como exemplo o autor destaca que em 2005 o Programa recebia, para fins de aquisição de medicações, o financiamento de 300 milhões, passando a 914 milhões em 2011, 1,4 bilhão em 2012 e 2 bilhões em 2013. Enquanto isso é possível comprar os mesmos produtos *por preços infinitamente menores* (BATISTA JR., 2015, p. 22) fora deste mercado.

Também no primeiro Governo Dilma Rousseff<sup>5</sup> as parcerias público-privadas crescem (MENEZES, 2015), bem como as pressões junto aos Hospitais Universitários pela adesão à EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), o que traduz a opção deste governo por um modelo de ação privatista, que desaloca recursos e terceiriza a mão de obra. Refletindo sobre o mesmo contexto, Andreazzi e Bravo (2014) destacam o aprofundamento da abertura do país ao capital (e interesses) de empresas seguradoras e prestadoras de serviços de saúde, o que corrobora a lógica privatista e com a mercantilização de serviços públicos.

## **FASFILs de saúde no CENSO IBGE-IPEA 2005 do chamado terceiro setor**

Posta esta breve reflexão sobre a Política de Saúde hoje, a seguir, analisamos dados do Censo das Associações sem fins lucrativos de 2005, apresentados pelo IBGE, relacionando-os com o contexto contemporâneo, com destaque para a primeira administração de Lula da Silva. Interessa-nos compreender a crescente prestação de serviços, do campo da saúde pública, vinculados a entidades da sociedade civil. Nossa hipótese é a de que a expansão das FASFIL está relacionada à crise econômica internacional e suas expressões na periferia capitalista, fazendo com que a política de saúde se torne cada vez mais espaço mercantilizável, capitalizável, capaz de movimentar a economia e potencializar lucros para o capital monopolista, em especial, nos momentos de queda dos lucros.

Para nossa análise, em termos metodológicos, destacamos que o Censo ora analisado é elaborado pelo IBGE e pelo IPEA segundo o Cadastro Central de Empresas (CEMPRE) do Ministério da Fazenda,

atualizado, anualmente, conforme as organizações inscritas no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Esse cadastro ocorre a partir da efetivação de atividade econômica de qualquer natureza, que implique a utilização do CNPJ, para fins diversos, no ano anterior à análise. Compõe esta análise, ainda, a RAIS (Relação Anual de Informações Sociais) e o CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados). Através destes instrumentos, é possível localizar as chamadas entidades sem fins de lucro. Estes instrumentos informam a razão social, endereço completo, nome fantasia da entidade, a classificação da atividade principal, o ano de fundação e o código de natureza jurídica.

No Censo das Fundações, Associações sem fins de Lucro 2005, publicado pelo IBGE/IPEA (2008), há um exposto posicionamento institucional acerca da positiva atuação dos organismos na sociedade civil na prestação de políticas sociais governamentais, já em sua introdução. Dentre os objetivos desta publicação está citada a intenção de “contribuir para o debate público sobre as particularidades do setor privado não lucrativo e para o aperfeiçoamento das políticas que envolvem parcerias com setor privado tanto na sua execução, quanto no seu controle social” (BRASIL, IBGE-IPEA, 2008, p.10). Portanto, trata-se de publicação oficial, em que o posicionamento a favor das parcerias com entidades da sociedade civil na prestação de serviços sociais públicos é evidente.

O Censo do IBGE 2005 dividiu em 10 grandes áreas (com suas subdivisões) os campos de atuação das FASFIL no Brasil. Isso permitirá apreendermos as áreas atuação em que as FASFIL operam no Brasil, lembrando que em 2005 havia 338.162 entidades. As áreas são:

**Tabela 1 – Campos de atuação das FASFIL no Brasil**

CAMPO		Nº ENTIDADES	PERCENTUAL DO TOTAL
1)	Habitação	456	0,1% do total
2)	Saúde	4.464	1,3% do total
3)	Cultura e Recreação	46.999	13,9% do total
4)	Educação e Pesquisa	19.940	5,9% do total
5)	Assistência Social	39.395	11,6% do total
6)	Religião	83.775	24,8% do total
7)	Meio ambiente e proteção animal	2.562	0,8% do total
8)	Desenvolvimento e proteção de direitos	60.259	17,8% do total
9)	Associações patronais e profissionais	58.796	17,4% do total
10)	Outras fundações privadas e associações sem fins de lucro não especificadas anteriormente	21.516	6,4% do total

Fonte: BRASIL-IBGE/IPEA (2008, p. 26).

Observamos que as FASFIL do campo da saúde não representam quantitativo expressivo, se comparadas às áreas das alíneas 3,5, 6, 8 e 9, por exemplo. No entanto, a baixa representatividade do campo expressa possibilidade de expansão (como verificaremos a seguir), que de fato tem ocorrido. Materializando este quadro, destacamos que houve um crescimento de 22,6% de entidades classificadas como FASFIL em relação ao ano de 2002. É sempre importante lembrar que o crescimento das FASFIL representa a terceirização de serviços, ferindo a lógica do SUS como política universal, pública e efetivada pelo Estado.

No Censo IBGE/2005 o campo que define as FALFILs de saúde FASFIL é dividido em dois. O primeiro é o subcampo “Hospitais”, que inclui: “hospitais e casas de saúde”, “serviços de hospitalização prestados a pacientes internos, realizados em hospitais gerais e especializados, sanatórios, centros de medicina preventiva e outras instituições de saúde com internação”. Além disso, também foram incluídos nesse subgrupo “os serviços prestados pelas unidades mistas de saúde, que são compostas por centros de saúde e unidades de internação com características de hospital local de pequeno porte (...)” (BRASIL. IBGE, 2008, p. 146) – o que pode remeter às UPAs. O segundo subgrupo desse campo chama-se “Outros Serviços de Saúde”. Esse campo é bem amplo e compreende: os centros de atenção à saúde e os agentes comunitários de saúde; atividades de atendimento a urgência e emergência, atenção ambulatorial, serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, associações e institutos de terapias alternativas, outras atividades relacionadas à atenção em saúde. A partir dessa ampla definição, há um vasto universo de instituições que atuam no campo da saúde, a partir da utilização de formas variadas de recursos públicos de diferentes entes governamentais, seja sob o exposto pagamento por serviços ou por meio de renúncia ou isenção fiscal de uma série de tributos. Esse amplo escopo de atividade e financiamento lhes confere importante campo de possibilidades de atuação.

No caso do estado do Rio de Janeiro, atualmente, as FASFIL estão atuando especialmente em Hospitais de grande porte, que são subdivididos em setores de atividades de alto custo e lucrativas por sua grande demanda: CTIs, Setores de Análises Clínicas e de Imagens Diagnósticas. No ente municipal, a expansão se dá em instituições de atenção básica, especialmente. Neste sentido, há que se destacar, materializando o debate acima, a diversidade deste crescimento de instituições prestadoras de serviços de saúde. Enquanto o subcampo “Hospital” manifestou um crescimento 31,1% no período 1996-2005, no outro subcampo, “Outros Serviços de Saúde”, houve uma expansão de 178,9% no quantitativo de entidades. Isso se deve aos arranjos de governos estaduais e prefeituras na contratação dessas entidades para execução de políticas de saúde em diversas frentes, especialmente na atenção básica, onde os chamados “Outros Serviços” se enquadram bem.

Olhando especialmente para a atenção básica precisamos ressaltar: ali encontramos a porta de entrada da atenção em saúde, com serviços de prevenção, promoção e diagnóstico precoce, que possuem custos mais baixos se comparados às redes secundária e terciária. Em compensação, tais serviços se voltam para toda a população, ao contrário da atenção especializada, ampliando possibilidades de lucro. Olhando para as FASFIL, a situação do município do Rio de Janeiro é emblemática. Neste município vemos um crescimento exponencial das Clínicas da Família, todas geridas por OSs (são cerca de 150, em uma cidade com 6 milhões de habitantes); ou seja, há imenso potencial de expansão deste serviço. Segundo a SMS/RJ as Clínicas da Família, hoje, cobrem 47,9% da população carioca (PMRJ; SMS, 2015).

Voltando à análise do censo IBGE-IPEA 2005 das FASFILs, trataremos sua divisão regional, considerando suas subdivisões. Em termos regionais as FASFIL estão assim localizadas:

**Tabela 2 – Região de localização das FASFIL**

FASFILs de saúde por Região	HOSPITAIS	Outros serviços de saúde	Total no campo saúde em cada região
NORTE	63	59	122
NORDESTE	283	439	722
CENTRO OESTE	99	128	227
SUDESTE	1022	1167	2189
SUL	601	603	1204

Fonte: BRASIL-IBGE/IPEA (2008, p. 28).

Observando tal distribuição, podemos afirmar que as FASFIL, ao contrário de atuarem em regiões em que a rede não se constituiu adequadamente e que possuem lacunas institucionais (como podemos supor no caso da região Norte e Centro Oeste), se localizam em áreas em que a rede de serviços está mais estruturada, como no caso do Sudeste, que concentra riqueza, serviços públicos e mercado consumidor. Ali, não por acaso, as possibilidades de lucro são maiores. Esse dado nos faz pensar que as FASFIL buscam lucratividade nas regiões em que os serviços de saúde estão constituídos e estruturados em termos de rede, indo muito além da condição de complementaridade de serviços de saúde, tal como previsto no SUS. Neste sentido, é possível afirmar que o conceito *sem fins de lucro*, que caracteriza supostamente as FASFIL, não se sustenta frente ao elemento territorial de sua distribuição.

Importante analisar a expansão da força de trabalho nas FASFIL. Esse elemento servirá para vislumbrar o aumento do raio de ação dessas organizações, uma vez que sua elevação quantitativa no número de trabalhadores assalariados nas FASFILs de saúde está diretamente relacionada à maior presença desses organismos na vida social brasileira. E essa presença é indício de privatização direta ou indireta de políticas saúde nos últimos anos.

**Tabela 3 – Trabalhadores nas FASFILs campo saúde 1996-2005**

Trabalhadores nas FASFILs campo saúde (variação percentual)	1996	2002	2005
	260.548	351.890 (variação de 35,1% para 1996)	414.978 (variação de 17,9% para 2002)

Fonte: BRASIL-IBGE/IPEA (2008, p. 51).

Sendo mais específico, no subcampo “Hospitais” a variação no número de trabalhadores foi de 236.569 em 1996 para 308.811 em 2002 (30,5%) e 360.040 em 2005 (16,6% em relação a 2002). Por sua vez, no subcampo “Outros Serviços de Saúde”, a variação de trabalhadores foi de 23.979 em 1996 para 43.079 em 2002 (79,7%) e 54.938 em 2005 (27,5% em relação a 2002). Esse quadro revela que o SUS, ao contrário do que determina a NOB/SUS/RH, tem incorporado importante número de trabalhadores terceirizados, selecionados por critérios nem sempre claros e sem a perspectiva de crescimento na carreira. Assim, ao contrário de se estruturar com força de trabalho de longa permanência e experiência no Sistema, predominam os vínculos trabalhistas de curta duração e com menos direitos. Além disso, ao contrário de concursos públicos, as FASFIL têm praticado processos seletivos nem sempre marcados pela visibilidade social e por critérios claros. Sendo assim, a instabilidade se sobrepõe aos vínculos estáveis, de carreira, marcados por formação continuada, a partir de concursos públicos, como determinam a CF/1988 e o SUS, colocando em xeque a lógica do aprendizado permanente, com vistas ao atendimento qualificado e humanizado.

Aprofundando essa discussão sobre a vinculação empregatícia por campo de atuação, é possível apreendermos um quadro mais concreto de cada área. No grupo de FASFIL sem nenhum trabalhador assalariado, (268.887 entidades ou 79,5% do total) apenas 1.736 entidades são do campo “Saúde”. Assim, enquanto na média nacional 79,5% das entidades FASFIL não possuem funcionários, ou seja, contam com voluntários e afins, no campo “Saúde” esse percentual cai para 38,8% das mesmas. Certamente, esse menor índice deve-se à natureza técnica e especializada do trabalho e à atuação em campo em que as situações de insalubridade e periculosidade são parte do cotidiano.

O próximo passo para esmiuçarmos o estado da arte das FASFIL no campo da saúde no Brasil será analisar a distribuição de trabalhadores em relação à distribuição regional pelo país, sempre considerando que são 4.464 entidades, divididas em: Hospitais (2008 entidades) e “Outros serviços de Saúde” (2.396 entidades) e que em todo país atuam nas FASFIL da saúde 414.978 trabalhadores.

**Tabela 4 – Trabalhadores nas FASFIL saúde por região**

Trabalhadores nas FASFILs saúde por região	Hospitais	Outros Serviços de Saúde	TOTAL
NORTE	6168	220	6388
NORDESTE	48814	6354	55168
CENTROOESTE	14.602	2302	16904
SUDESTE	206592	38840	245432
SUL	83.864	7222	91.086
Brasil	360040	54938	414978

Fonte: BRASIL-IBGE/IPEA (2008, p. 36).

Mais do que um número absoluto, os números relativos à média trabalhador/entidade, em cada região do país, ajudarão a mensurar o tamanho das entidades em 2005. Olhando para estes números verificamos que a maior concentração de trabalhadores está em Hospitais, o que nos remete ao modelo de atenção especializada. Ao unirmos o número médio de funcionários por entidade e o perfil da mesma, temos pistas, minimamente, sobre o volume de recursos que as entidades manipulam. Sendo assim, depreendemos que o Sul e o Sudeste, com sua rede mais completa de hospitais, concentram serviços, recursos e força de trabalho, em detrimento de regiões mais pobres, revelando que, ao contrário do que afirmam no texto de apresentação das FASFIL no Censo 2005, esse tipo de instituição não está comprometido com o provimento de igualdade na execução da saúde. De fato, as FASFIL repõem e aprofundam desigualdades já existentes no sistema, revelando interesses de lucro (mais trabalhadores e recursos, em campos de saúde consolidados). Esse intenso desequilíbrio na distribuição nacional das entidades no campo da saúde, assim como a maior diferença de trabalhadores entre os subcampos (Hospitais e Outros Serviços de Saúde), indica que pode haver um empresariamento embutido nas ações de entidades supostamente não lucrativas.

Verificando, ainda, a força de trabalho observamos que no campo da Saúde no país existem em média 93 funcionários por entidade. Contudo, esse número esconde um impressionante desnível entre os subcampos que o compõem. Nos Hospitais, a média de funcionário\entidade no Brasil é de 174,1. Já no subcampo Outros serviços de Saúde a média é de 22,9 funcionários por entidade. Isso revela o profundo empresariamento dos chamados hospitais *sem fins lucrativos*, sem desprezar o crescimento do campo “Outros Serviços”, de modo especial no âmbito municipal, como sinalizado anteriormente. Neste sentido, esses dados revelam a força do modelo hospitalocêntrico que marca a história da saúde no Brasil. No tocante à divisão regional, há ainda mais dados elucidativos para apreendermos as peculiaridades de um país como Brasil. O desenvolvimento desigual e combinado inerente ao capitalismo ganha contornos particulares. Temos a seguinte divisão de trabalhadores por entidades no campo da saúde em cada região:

**Tabela 5 – Trabalhadores por entidade no campo saúde por região**

Trabalhadores por entidade. Divisão regional	Hospitais	Outros Serviços de Saúde	Total Campo Saúde
NORTE	76,4	14,5	
NORDESTE	97,9	3,7	52,4
SUDESTE	202,1	33,3	112,1
SUL	139,5	12	75,7
CENTROOESTE	147,5	18	74,5
BRASIL	174,1	22,9	93

Fonte: BRASIL-IBGE/IPEA (2008, p. 37).

Como afirmamos anteriormente, também no aspecto da distribuição da força de trabalho, o desenvolvimento desigual das regiões brasileiras se manifesta nas regiões mais ricas; há maior interesse financeiro no desenvolvimento de ações em saúde no modelo FASFIL, já que estas áreas são dotadas de melhor infraestrutura, tornando-as potencialmente mais lucrativas.

Por outro lado, quando analisamos a remuneração média dos trabalhadores nas FASFIL em 2005, um quadro interessante é revelado do Censo IBGE 2005. Os 1.709.156 trabalhadores nas 338.162 entidades recebiam em média 3,8 salários mínimos por mês, pouco acima dos trabalhadores em geral cadastrados no CEMPRES do Ministério do Trabalho em 2005 (BRASIL/IBGE, 2005, p. 43). No campo “Saúde” a remuneração média nacional dos trabalhadores é ligeiramente menor, com 3,6 salários mínimos. No Subcampo “Hospitais” esse valor cai para 3,5 salários mínimos, ao passo que em “Outros Serviços de Saúde” sobe para uma média de 3,7 salários por trabalhador (BRASIL/IBGE, 2005, p. 44). Os baixos salários, além de revelarem níveis exorbitantes de exploração desta força de trabalho (BATISTA JR., 2015) mostram o quadro complexo de vinculação precária de trabalhadores às FASFIL. Além disso, podem revelar a existência de vínculos de trabalho diversos, como estratégia de sobrevivência para um mesmo profissional da saúde, fragilizando ainda mais a já desgastante rotina da atenção neste campo.

Esse quadro ganha novos contornos quando acrescentamos as variações regionais. Assim, há uma considerável disparidade em termos nacionais no tocante à remuneração média dos trabalhadores nas FASFIL por região. No campo “Saúde” essa variação vai de 2,8 salários mínimos na região Norte a 3,8 salários na região Sudeste, onde os trabalhadores obtêm em média maior remuneração. Esses mesmos números são encontrados no subcampo Hospitais. Já no subcampo “Outros Serviços de Saúde” essa variação atinge um abismo mais intenso. Enquanto os trabalhadores da região Nordeste recebem em média, nesse campo, 1,9 salários mínimos, seus congêneres na região Sudeste recebem 4,2 salários em média. Novamente, o desenvolvimento desigual é materializado.

As entidades do campo Saúde também apresentam peculiaridades quanto ao ano de criação. Do total de 4.464 entidades, 921 entidades foram criadas até 1970, sendo 744 “Hospitais” e 137 na modalidade “Outros Serviços de Saúde”. Ao longo dos anos 1970 foram criadas 686 entidades, sendo 422 Hospitais e 264 Outros Serviços de Saúde. Este quadro coincide com período da ditadura militar-empresarial, quando estratégias de transferência do fundo público ao capital privado foram desenvolvidas, aperfeiçoadas e ampliadas, como destacado anteriormente. Já nos anos 1980 tivemos a criação de 688 entidades, com 329 Hospitais e 359 Outros Serviços de Saúde. Trata-se de momento de reconstrução democrática, de mobilização de setores da sociedade civil organizada em defesa da saúde como bem público e universal, tal qual apresentado na VIII Conferência Nacional de Saúde o que, talvez, tenha refreado este crescimento.

A explosão neoliberal dos anos 1990 também se manifestou nesse campo com a criação de 1.267 entidades, sendo 340 Hospitais e 927 Outros Serviços de Saúde. Trata-se de momento de implementação de políticas que valorizam a transferência de ações e de recursos ao chamado Terceiro Setor na execução de políticas sociais. Nos anos 2000 até 2005, portanto, na passagem do governo FHC ao de Lula da Silva, foram criadas 902 entidades, com 193 Hospitais e 709 Outros Serviços de Saúde, revelando continuidade de práticas deste tipo, apesar da aparente descontinuidade de governos. Faz-se digno de nota o fato de 20,2% das FASFIL desse campo terem sido criadas na primeira metade da década de 2000 (até 2005), englobando o segundo mandato FHC e os primeiros anos do governo de Lula da Silva.

No tocante especificamente a Hospitais, os 20 anos de 1980 a 2000 testemunharam a criação de 32,4% dessas entidades com essa classificação. Já no subitem “Outros Serviços de Saúde” os anos 2000 foram mais férteis, registrando a criação de 29,6% das entidades desse grupo. Considerando a conjuntura desta primeira década do século XXI, avaliamos a continuidade desta expansão revelando que o campo da Política de Saúde expressa de forma clara elementos políticos e econômicos da conjuntura nacional.

Apresentados nossos dados, por fim, queremos reafirmar que a saúde, muito além de ser uma política setorial, deve ser compreendida como síntese de múltiplas condições de vida, relacionadas ao

trabalho, à economia, à cultura, à informação, à habitação, ao transporte, ao lazer, à educação e ao acesso a serviços públicos de qualidade. Esse entendimento revela nosso comungar com a amplitude do conceito de bem-estar. Da mesma forma, afirmamos nossa posição de defesa de um SUS público, efetivamente financiado, capaz de prover atenção integral, dotado de infraestrutura para atenção básica, secundária e terciária, com equipes de trabalhadores concursados, servidores públicos, que acessam formação continuada e planos de carreira, tendo como horizonte a prestação de atendimento humanizado como resultado de relações humanizadoras e de condições de trabalho. Tais posicionamentos nos colocam na contramão da lógica das FASFIL.

Entendemos que a política de saúde é dotada de múltiplas interfaces com outras políticas, estando diretamente relacionada à reprodução da força de trabalho e à *reprodução da vida*. Como direito social fundamental, integrante do tripé da Seguridade Social, deve ser respeitada por sua potencialidade de defesa da vida. Como condição individual e coletiva, a política de saúde não deve ser submetida, portanto, a relações mercantis. Por conta disso, entendemos que as formas de mercantilização dos direitos sociais como obstáculos efetivos para o atendimento da população em sua magnitude, considerando as FASFIL exemplo deste processo. Mesmo não havendo venda de serviços, fica configurado um modelo de privatização. O impacto deste quadro no cotidiano do trabalho e na vida dos trabalhadores tem sido a precarização dos serviços e das condições de seu exercício, a falta de transparência na execução da política de saúde e o superfaturamento das ações, como a própria mídia oficial tem precisado reconhecer.

Finalizamos a presente reflexão pensando em desafio posterior: o levantamento nominal, a partir do Censo IBGE das FASFIL 2005, das entidades que estariam localizadas nessa classificação e suas efetivas atuações. Buscar identificá-las, suas histórias e perfis e a partir daí esmiuçar sua atuação é um desafio de pesquisa e de defesa do SUS, ainda a ser realizado pelos pesquisadores em saúde pública. Neste sentido, acreditamos que conhecer as FASFIL e seus impactos, tal como nos propusemos aqui, é um instrumento para subsidiar o debate e fortalecer a resistência a este processo de ampliação destas instituições.

## Referências

- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky e BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na privatização da saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Fiocruz, v. 12, n. 3, 2014.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2007**: o desenvolvimento e as próximas gerações. Washington: Banco Mundial, 2007.
- BATISTA, JR. Francisco. Políticas de saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**, FAPERJ, CNPq, UERJ, 2015.
- BRASIL. IPEA. 2012. **A década inclusiva**. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/120925\\_comunicadodoipea155\\_v5.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicadodoipea155_v5.pdf).
- BRASIL. Presidência da República. Câmara de Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, 1995.
- BRASIL. IBGE/IPEA. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil-2002**. Brasília: ABONG/GIFE/IBGE/IPEA, 2005.
- BRASIL. IBGE/IPEA. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil-2005**. 2.ed. Brasília: ABONG/GIFE/IBGE/IPEA, 2008.
- BRASIL. Ministério do Planejamento: Secretaria de Gestão. **Relações de parceria entre poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil**. Brasília: Ministério do Planejamento; 2010.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATTOS, Maurilio Castro de. Projeto ético político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. FNEPAS, 2004. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf).
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária**. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

CORREIA, Maria Valeria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais (OSs) em questão. In: BRAVO, Maria Ines Sousa et al. (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate**: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. UERJ-Rede Sirius, 2015, p.33-39.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções**: o marxismo na batalha das ideias. São Paulo: Cortez, 2006.

IOSCHPE, Evelyn Berg (Org.). **Terceiro setor**: desenvolvimento social sustentado. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra/GIFE, 1996.

LESSA, Simone Eliza do Carmo. A formação via PNQ e inserção produtiva dos CRAS. A reprodução empobrecida e emergencial da qualificação de trabalhadores. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 106, 2011

LIMA, Rodrigo Silva. O mistério do orçamento dos abrigos no Rio de Janeiro. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.14, n. 1, p. 186-201, jan.-jun. 2015. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.20095>.

LIMA, Joseane Barbosa; BRAVO, Maria Ines Souza. O percurso do financiamento das Organizações Sociais no Rio de Janeiro. In: BRAVO, Maria Ines Souza et al. (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate**: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. UERJ-Rede Sirius, 2015, p.53-60.

MELO, Marcelo Paula de. **Esporte e dominação burguesa no século XXI**: a agenda dos organismos internacionais e sua incidência nas políticas de esportes no Brasil de hoje. Tese (Doutorado em Serviço Social). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Os governos do PT e as políticas sociais: nada de novo no front. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**, FAPERJ, CNPq, UERJ, 2015.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e a questão social**. São Paulo: Cortez; 2002.

O GLOBO. **Nova Clínica da Família do Rio será gerida por OS investigada pelo MPRJ**. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/01/nova-clinica-da-familia-sera-gerida-por-os-investigada-pelo-mp-rj.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.

O GLOBO. **Relatório preliminar da ALERJ pede o fim de OSs em UPAS do RJ**. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/06/relatorio-preliminar-da-alerj-pede-fim-de-oss-em-upas-do-rj.html>. Acesso em: 11 jun. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Unidades de Saúde. **Clínicas da Família**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>. Acesso em: 13 out. 2015.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no Governo Lula e a dialética do menos pior. **Revista Saúde em Debate**, v. 29, n. 71, p. 268-283, set/dez 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6037/1/Paim.%20JS.%202005%20Artigo4.pdf>.

TEIXEIRA, Mary Jane. O PSF, o serviço social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). **Política social e democracia**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

---

<sup>1</sup> Consideramos estar frente às bases de um projeto privatista de gestão da saúde que se aprofunda no formato analisado e que permanece em curso.

<sup>2</sup> Forma jurídica de denominação, que não nos parece adequada, já que o suposto “sem fins de lucro” não se efetiva na realidade em diversos casos.

<sup>3</sup> Nomenclatura utilizada pelos estadunidenses a partir dos anos de 1960, em um contexto de Guerra Fria, em que capitalistas de grandes corporações e históricas fortunas organizam Fundações para desenvolver ações do campo da “caridade” (charity), como estratégia de diminuição de conflitos sociais e enfrentamento do fisco.

<sup>4</sup> A ALERJ em sua Comissão de Tributação, onde estão presentes deputados de diversos escopos, solicita o fim da gestão das OSs nas UPAS (Unidade de Pronto Atendimento) do Rio de Janeiro, pelas dificuldades em administrar seus custos (O GLOBO, junho, 2016). Em outras palavras, a malversação de recursos públicos se tornou tão evidente, que vêm à tona até mesmo para aqueles que defendem as parcerias público-privadas e práticas afins.

<sup>5</sup> A Presidenta Dilma Rousseff encontra-se afastada do cargo no momento da redação deste texto (agosto de 2016). O Congresso que dá bases ao Governo Temer aprovou em segundo turno a retomada da DRU até 2023, permitindo que 30% do fundo público gerado por impostos federais possam ser desvinculados de sua finalidade para serem utilizados livremente pela União. O jornal O Globo noticia o fato em 08/06/2016.