

## A relação público-privado na Assistência Social e Saúde

Angelo D'Agostini Junior<sup>1</sup>

Thyago Augusto de Carvalho<sup>2</sup>

**Professora Orientadora:** Antônia Conceição dos Santos

**RESUMO:** Este artigo tem como objetivo a abordagem crítica, porém não abrangente, da relação público-privado na oferta à população de serviços públicos de saúde e assistência social. O pressuposto é identificar se há paralelo entre o crescimento da relação público-privado nas políticas públicas sociais com o projeto de ajuste neoliberal do Estado brasileiro, o qual institui a redução e a eliminação de serviços ofertados pelo Estado. Com base nos referenciais teóricos da temática e apresentação de dados, analisa se as entidades privadas ocupam ou não a função de assegurar direitos de cidadania em lugar do Estado.

**Palavras chaves:** Assistência social, Saúde, público-privado, cidadania.

**ABSTRACT:** This article aims at the critical but not comprehensive approach of the public-private relationship in the provision of public health services and social assistance to the population. The assumption is to identify whether there is a parallel between the growth of the public-private relationship in public social policies with the neoliberal adjustment project of the Brazilian State, which establishes the reduction and elimination of services offered by the State. Based on the theoretical references of the theme and presentation of data, it is analyzed whether or not private entities have the function of ensuring rights of citizenship in place of the State.

**Keywords:** Social assistance, Health, public-private, citizenship.

### 1. Introdução

O público e o privado são partes indissociáveis na prestação das atenções sociais à população de São Paulo. Essa relação surge no período colonial, muito antes do próprio reconhecimento da saúde e assistência social como políticas públicas de direito do cidadão e de dever do Estado estabelecida há trinta anos na Constituição Federal de 1988 (CF 88)<sup>3</sup>. No

---

<sup>1</sup> Bacharel em Sociologia (2003) e Mestre em Gestão de Políticas Públicas (2014) - Fundação Escola de Sociologia e Política.

<sup>2</sup> Bacharel (2009) e mestrando (2018 – 2020) em Serviço Social - PUC-SP.

<sup>3</sup> Art. 203: A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de

passado, a filantropia foi o padrão de respostas às expressões das questões sociais durante muitas décadas. O Estado populista se preocupou em implementar uma política industrialista, cujo progresso do país seria conquistado mediante o avanço do capitalismo nacional (MESTRINER, 2011, p. 75). A saúde e a assistência social não eram importantes nesse projeto desenvolvimentista, por esse motivo, eram tidas como ações paliativas e caritativas praticadas fora do âmbito público.

Com o crescimento populacional nos centros urbanos, o Estado começou a ser compelido a oferecer respostas as demandas sociais. Iniciaram-se na década de 1930 as subvenções às entidades sem fins lucrativos, como forma de estimular ações de ajuda à população pauperizada. Posteriormente, surgem outros incentivos como imunidades e isenções fiscais que ainda perduram no tempo. Ao longo dos anos, o Estado foi pressionado, por meio das lutas políticas da classe trabalhadora, a reconhecer os direitos humanos e sociais como de responsabilidade pública estatal. Com a CF 88, rompe-se com o padrão individual de respostas às demandas sociais e, com isso, inaugura-se uma nova etapa da cidadania. Há o avanço da assistência social e saúde como políticas públicas sociais, não-contributivas, integrantes da Seguridade Social, conjuntamente com a previdência de caráter contributiva, diferente das duas primeiras. A seguridade social é um sistema que reúne esforços de toda a sociedade civil para assegurar direitos, a fim de se prevenir situações de desproteção e riscos sociais. As seguranças sociais se tornam responsabilidade do poder público e não somente do cidadão ou de sua família.

Porém, com o avanço do projeto neoliberal nos países de capitalismo dependente, muitos direitos constitucionais não se concretizaram de maneira efetiva. A cultura político-ideológica de promover as atenções de saúde e assistência mediadas pelas entidades sociais permaneceria, mesmo após os avanços constitucionais. De certo modo, subordinava-se ao padrão gerencialista em que o Estado financia e controla as atividades das organizações da sociedade civil na tarefa de executoras. Com isso, o debate do terceiro setor, já consolidado

---

benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei; Art. 196. 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. 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. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. 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 às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

em países de capitalismo central em que havia o Estado de Bem-Estar Social, emerge na sociedade brasileira naquela época de retrocessos políticos e do aumento do conservadorismo no país. Por seu turno, nos anos 2000 houve conquistas importantes para as políticas públicas, com destaque a assistência social. Criou-se a Política Nacional de Assistência Social no ano de 2004, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social em 2005, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais em 2009 e o Sistema Único de Assistência Social no ano de 2011.

Apesar disso, as políticas públicas não estão isoladas em si mesmas, isto é, elas estão sujeitas aos movimentos históricos e transformações da sociedade. Em outras palavras, as trajetórias da saúde e assistência social sempre sofreram modificações políticas, sociais e econômicas de cada momento histórico. Serviram aos interesses das classes dominantes, embora a sua composição também contenha elementos importantes das lutas da classe trabalhadora. Nesse aspecto, é preciso retomar a história para se compreender a atual morfologia do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo, como modo de se compreender a dimensão da relação público-privado na cidade e no Estado. Dados sobre o município de São Paulo atestam a predominância das organizações sem fins lucrativos na prestação das atenções socioassistenciais à população da cidade. Nos hospitais e equipamentos de saúde de atendimento ao público, também se verifica o domínio do padrão de gestão privada.

Não há transparência ou controle para se saber ao certo se este é o melhor padrão de respostas as demandas sociais da população. O que se pode afirmar é que os recursos públicos ao serem transferidos para o setor privado perdem determinadas obrigatoriedades quando estavam circunscritos a administração direta. Com isso, aspectos como a publicidade e a economicidade podem ser comprometidos, já que as regras as quais estão submetidos os órgãos públicos são diferentes das normas as quais o setor privado se subordina, embora a fonte dos recursos seja a mesma, isto é, o fundo público. A relação público-privado pode contribuir com o aumento da precarização dos serviços públicos e a mercadorização dos direitos sociais, principalmente neste momento em que as políticas públicas estão seriamente ameaçadas pela nova fase do projeto neoliberal que se instala em todas as instâncias de governo (BOSCHETTI, BEHRING, LIMA, 2018, p. 61-62). Desse modo, está análise crítica, porém limitada, não busca esgotar a complexa temática da relação público-privado em São Paulo, no entanto, traça reflexões sobre esse padrão de resposta das políticas de assistência e saúde com base nos referenciais teóricos e dados obtidos sobre o tema.

## 2. O debate do terceiro setor

No final dos anos de 1930 com o fim da República Velha, a capital paulista se tornava um importante centro econômico e industrial do país. O capital cafeeiro, decadente devido à concorrência internacional que levou a queda dos preços das *comodities* agrícolas, ao perceber as abruptas mudanças macroeconômicas, converteu-se rapidamente em capital industrial, como forma de manter o seu poder oligárquico no país. A cidade crescia rapidamente no ritmo produtivo do setor fabril. Força de trabalho migrante e imigrante de todas as partes se deslocavam de suas regiões de origem para se incorporar no mercado de trabalho urbano das fábricas, do comércio e da construção civil da cidade (BERTOLLI FILHO, 2004, p.16) . Com isso, na década de 1950, o número de habitantes do município saltou de 2 milhões para mais de 3,8 milhões, um crescimento acima de 3,6% (IBGE, 1960). Desse modo, as demandas sociais à época exigiam uma atenção maior do Estado. Mestriner (2010, p.289) avalia que a democracia populista daquele período buscou novas alternativas no trato da questão social, contudo, ao invés de criar políticas públicas, reforçaram-se padrões emergenciais, paliativos e transitórios, contrapostos aos princípios de cidadania.

Mestriner (2010, p.289) considera que naquele período, diante da pressão social acirrada sobre o Estado, a subvenção não era mais suficiente para manter unicamente as entidades privadas responsáveis pelas políticas públicas de saúde e assistência. O desenvolvimento da sociedade forçou uma participação maior do Estado no atendimento às demandas sociais, antes consideradas paliativas e de menor importância, ofertadas por setores filantrópicos. A partir da Constituição de Federal de 1988, tornou-se responsabilidade do Estado, muito embora a relação público-privado tenha permanecido como motor da oferta dos serviços assistenciais, essa vinculação foi revestida de caráter democrático e republicano. Assim, as ações patrimonialistas, clientelistas e do primeiro-damismo perdiam espaço para os sistemas únicos de políticas públicas da saúde e assistência social.

No entanto, a década de 1990 foi marcada pelo ajuste neoliberal em que o Estado deveria transferir as suas responsabilidades para a sociedade civil, subordinando os interesses sociais à lógica econômica, com isso, fortalece-se o ideário do terceiro setor (MONTANÕ, 1999, p.60). O debate sobre o terceiro setor é polêmico, envolve muitas vezes clivagens conceituais e embates teóricos entre os aqueles que defendem e os que são contrários ao terceiro setor. Em números, o terceiro setor está presente em quase todos os lugares do

planeta. Dados do Relatório Global de Tecnologia de ONGs de 2018 NGOfacts da NP TECH FOR GOOD<sup>4</sup> (operadora dos registros de internet *.org*, *.ngo* e *.ong*) estima que há 10 milhões de ONGs em todos os continentes. Se fossem um país, as ONGs seriam a quinta maior economia do mundo. Além disso, correspondem a 5%, ou seja, quase 20 milhões de todos os postos formais de trabalho existentes. No Brasil, o Mapa das Organizações da Sociedade Civil de 2016 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)<sup>5</sup> divulgou que há mais de 820 mil ONGs registradas no país. Desse total, 709 mil (86%) são associações civis sem fins lucrativos, 99 mil (12%) são organizações religiosas e 12 mil (2%) são fundações privadas. Espalhadas nos 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2013), a região Sudeste concentra 40% das organizações não-governamentais, seguida pelo Nordeste (25%), Sul (19%), Centro-Oeste (8%) e Norte (8%).

Para Fernandes (1994, p. 20) o caráter identitário do terceiro setor surge da negação entre Estado e mercado. Terceiro setor não é governo, muito menos empresa. Não possui finalidade lucrativa, tampouco atribuições políticas legais. Apesar disso, suas ações são destinadas ao público e a sua estruturação contém elementos do privado. Para Fernandes (1994, p. 21), o conceito de terceiro setor denota um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos. Nessa linha de pensamento, o Estado é o primeiro setor, o mercado o segundo e a sociedade civil o terceiro. Desse modo, o terceiro setor se ocupa do vazio aberto pelos primeiro e segundo setores. Fernandes (1994, p. 22) entende que a "vida pública" não é feita apenas de atos de governo, mas também da atividade cidadã. Com isso, resgata a tradição democrática participativa direta dos cidadãos, grupos e instituições cuja finalidade é suprir demandas não atendidas pelo Estado ou mercado.

No contraponto do debate, Montanõ (2010, p.53) considera que o termo terceiro setor carrega uma série de debilidades teóricas. Isto porque, foi construído a partir de um recorte claramente neopositivista, estruturalista, funcionalista e liberal da realidade. Logo, o conceito de terceiro setor é uma construção ideológica, em que o social é dividido em esferas. Com a história comprova, política não pertence somente à esfera estatal, economia não se restringe ao mercado e o social não se remete apenas à sociedade civil. Há uma totalidade a qual o pensamento hegemônico conservador tenta desarticular a todo custo. A separação e autonomização de cada segmento é proposital. O objetivo é encobrir os verdadeiros interesses da classe dominante. Reduzir a compreensão de totalidade e desistoricizar a concretude dos

---

<sup>4</sup> Disponível em: < <http://techreport.ngo/wp-content/uploads/2018-Tech-Report-Portuguese.pdf> > Acesso em: 20 jun. 2019.

<sup>5</sup> Disponível em: < <https://mapaossc.ipea.gov.br/> > Acesso em: 20 jun. 2019.

fatos é um modo eficaz de se alienar a consciência e de mudar a direção das ações conforme os interesses hegemônicos. Para Montanõ (1999, p. 56) as contradições de classes sociais são diluídas no conceito de terceiro setor, perde-se a dimensão revolucionária para que, em seu lugar, difunda-se a filantropia. As entidades não atuam contra a essência da questão social, isto é, não se opõem as determinações do sistema produtivo de acumulação, o verdadeiro causador das desigualdades sociais. Ao invés disso, constroem identidades múltiplas, cada vez mais segmentadas. Reparte-se o todo, como se a sociedade pudesse ser isolada em setores. Para Montanõ (1999, p. 56) o terceiro setor é ambíguo, isso porque, engloba desde organizações comprometidas com a classe trabalhadora, como os sindicatos e movimentos sociais, até os de responsabilidade social e patronais, contrários aos direitos trabalhistas. Montañó (2010, p. 57) considera que o fortalecimento do terceiro setor esconde a intenção da fragmentação da luta de classes. Nesse sentido “mescla capital financeiro e reforma do Estado diversos sujeitos com aparentes igualdades nas atividades, porém com interesses, espaços e significados sociais diversos, contrários e até contraditórios” (MONTAÑO, 2010, p. 57).

Com as crises de superprodução do capitalismo dos anos de 1960 e 1970 e a crescente ascensão das classes trabalhadoras, organizadas em sindicatos e inspiradas nas revoluções dos países socialistas, o capital vê a sua hegemonia em risco. A resposta da burguesia dos países centrais frente às ameaças daquele período foi o instituto do projeto macroeconômico neoliberal, o qual deveria atingir todos os setores da sociedade. Montanõ (1999, p.58) considera que o Estado novamente reafirmava o seu compromisso com as suas origens e o seu papel de protetor do sistema do capital. Desse modo, o Estado começa a conceder as suas atividades produtivas à iniciativa privada, por meio dos mecanismos de privatizações, além de socorrer financeiramente o mercado nos momentos de recessão econômica com os recursos sociais do fundo público. Com isso, o Estado transfere do público para o privado todas as suas funções rentáveis, as quais são possíveis de se tornarem mercantilizadas e de se obter lucro. As funções não lucrativas, mas necessárias à reprodução do capital, devem permanecer no Estado ou se possível, serem transferidas para a sociedade civil. O Estado deve ser reduzido em todas as suas atividades possíveis de serem mercadorizadas para permitir que o mercado assumo o seu lugar.

Montanõ (1999, p.61) considera que os serviços sociais ao serem transformados em privados, perdem o seu caráter universal, para se tornarem seletivos e focalizados, portanto, ocorre a refilantropização das respostas às refrações da questão social (MONTANÕ, 1999, p. 68). Laurell (1995, p. 169 apud MONTANÕ, 1999, p. 74) define que com estes processos

seriam atingidos três dos objetivos neoliberais: 1) remercantilização dos bens públicos; 2) redução dos gastos sociais; 3) supressão da noção de direitos sociais em favor a lógica do consumo. Assim, a sociedade civil reforça padrões liberais como a concorrência entre entidades na disputa pelos contratos públicos, ou, de instrumentos provisórios como os projetos em lugar dos serviços continuados, resultando assim, na clivagem da sociedade civil e no afastamento da unicidade e abrangência das políticas públicas. O terceiro setor contribui com a consolidação do projeto neoliberal de precarização dos serviços públicos. Torna-se desinteressante ao Estado investir em suas próprias políticas públicas sociais diretas, afinal, o privado o faz do mesmo modo e a um custo supostamente menor. Além disso, o Estado atende ao plano de ajuste fiscal, uma vez que se vê desobrigado a contratar servidores públicos, ou, a implantar políticas sociais diretas, o que inflaria as despesas da máquina pública na concepção liberal.

Com efeito, é na passagem da lógica do Estado para a lógica da sociedade civil, que muitas prerrogativas da administração pública se perdem. Em outros termos, quando os recursos públicos são transferidos às organizações da sociedade civil, eles assumem a forma de capital privado. Desse modo, não há obrigatoriedade de se fazer licitações ou chamamentos públicos para se realizar compras. Não se é impositivo ser transparente com a aplicação dos recursos ou das despesas com pessoal. Pode-se contratar trabalhadores sem a necessidade de se instaurar concurso público, do mesmo modo, como também é possível demiti-los a qualquer tempo, sem que haja entraves legais impeditivos para isso. É dispensável a criação de planos de carreira, tampouco de seguranças empregatícias como estabilidade, progressões por tempo de trabalho e aposentadorias proporcionais a remuneração recebida quando trabalhavam. Serviços públicos geridos por entidades privadas podem ser criados e deixar de funcionar em uma velocidade muito superior à de qualquer equipamento estatal direto. Os serviços públicos devem seguir primeiramente as normas públicas, os privados os estatutos de suas respectivas organizações. A forma de uma entidade se estruturar se aproxima das regras de uma empresa. No entanto, as suas funções não detêm finalidades lucrativas e se voltam para o atendimento público, assim como o próprio Estado. Obter lucro enquanto empresa e dividi-lo com os seus associados é aceitável e legal, agora como organização sem fins lucrativos se configura como crime de natureza grave. Os eventuais recursos excedentes devem ser reaplicados aos objetivos da entidade e não podem ser distribuídos aos seus dirigentes. O patrimônio de uma organização não pode ser apropriado e nem transmitido como herança aos seus membros.

Quais seriam as motivações das entidades não-governamentais assumirem serviços públicos, já que não há finalidades lucrativas? Isso exceto quando o lucro não é realizado através da corrupção ou de fraudes cometidas por instituições inidôneas. A resposta não é simples, tampouco aparente. O terceiro setor é um campo heterogêneo de difícil definição. Os interesses podem ir além da cifra e serem muitos. Particulares, religiosos, cívicos, partidários, acadêmicos, de marketing para valorização de uma marca, dentre outros. É certo que em tempos de avanço do conservadorismo e de retrocessos das políticas públicas sociais, a temática do terceiro setor ressurge como alternativa para se atender à população. Nesse sentido, cabe resgatar os aspectos constitucionais de saúde e assistência social como modo de melhor compreender o debate sobre a relação público-privado nas políticas.

### **3. Assistência Social e Saúde na Seguridade Social**

Historicamente o atendimento a saúde e a assistência social eram considerados como atividades de ajuda pontual, seletiva, imediatista e direcionada à determinados segmentos da população em situação de maior vulnerabilidade e risco social. Comumente relacionada à prática de benevolência para com a pobreza, foram durante muito tempo, modalidades paliativas e secundárias no conjunto das políticas sociais brasileiras (YAZBEK, 1995, p.06). Não por acaso, a identidade da assistência e saúde é atrelada a caridade e amparo aos pauperizados. As primeiras entidades assistenciais do país foram as “Irmandades das Santas Casas de Misericórdia” fundadas a partir do ano de 1540<sup>6</sup>. Não havia como se falar em direitos ou em cidadania naquela época. Com efeito, a filantropia foi o padrão de resposta às demandas sociais da população ao longo de décadas. O Estado brasileiro desde os seus primórdios, financiou entidades sociais para prestarem serviços assistenciais à população em seu lugar. Mestriner (2010) afirma que a prática estatal na área da assistência e saúde se voltou para mecanismos de apoio às entidades, por meio das subvenções, e não diretamente à população no formato de política pública. Desse modo, a relação paternalista e clientelista prevalece e serve como moeda de troca ou instrumento de favorecimento político-partidário.

---

<sup>6</sup> Fundadas em Lisboa no ano de 1498 em razão das tragédias provocadas pelas guerras e grandes navegações. As Irmandades das Santas Casas de Misericórdia precedem o próprio Estado brasileiro criado somente a partir da Constituição Imperial, de 25 de março de 1824. Santas Casas de Olinda, (1540); Santos (1543); Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); Vitória (1818); São Paulo (1599); João Pessoa (1602); Belém (1619); São Luís (1657), Campos (1792) e Porto Alegre (1803)



A partir da Constituição Federal de 1988 a assistência social e a saúde rompem com a tradição de políticas assessórias e secundárias, para ser elevada a posição de políticas públicas sociais, não-contributivas, integrantes da Seguridade Social, ao lado da previdência. O que se observa nesse período é a criação de novos direitos do cidadão e de responsabilidade do Estado. Apesar disso, é preciso destacar que Seguridade Social não se confunde com seguro social (SPOSATI, 1995, p.22). O primeiro é um sistema solidário, isto é, um conjunto de esforços entre o poder público e a sociedade civil para assegurar direitos, regido pelos princípios da universalidade, distributividade, integralidade e indivisibilidade. O segundo é um sistema cuja lógica é a da capitalização financeira, aonde há responsabilização do indivíduo ou de determinado segmento isolado da sociedade para atender as suas próprias necessidades. Para Sposati (1995), a Seguridade Social pública é o acesso a um conjunto de seguranças sociais que objetivam cobrir, reduzir ou prevenir situação de riscos e vulnerabilidades, as quais os cidadãos estão sujeitos na sociedade de incertezas do capital. A Seguridade Social se fundamenta em valores humanos em que todos os cidadãos pertencentes a uma determinada sociedade. Sposati (1995) define a Seguridade Social:

“A noção de seguridade social supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de certezas, as seguranças que cubram, reduzam ou previnam os riscos e as vulnerabilidades sociais. Esta cobertura deve se dar socialmente e não sob custeio individual direto. O acesso a essa cobertura não depende diretamente do trabalho ou da compra desse serviço na oferta do mercado. A noção de Seguridade ou de Segurança Social, foi introduzida na sociedade mundial em 1942, a partir da proposta de Lord Beveridge, na Inglaterra. Ela estende o compromisso entre Estado e sociedade, em assegurar um conjunto de condições dignas de vida, de viver, a todos os cidadãos. Trata-se de um novo padrão coletivo de civilização, preocupado com a dignidade humana de todos os cidadãos de uma comunidade. Sem dúvida esta noção é associada ao chamado Estado de Bem-Estar Social, que o neoliberalismo atual tem insistido em destruir”. (SPOSATI, 1995, p.22).

Somente em uma sociedade em que a riqueza socialmente produzida seja de fato redistribuída de maneira justa e igualitária é que não haverá questão social e suas expressões na forma a qual a conhecemos hoje. Nesse sentido, a constituição não é um manifesto revolucionário, apesar de estabelecer direitos de cidadania e deveres de providência estatal, ainda defende a propriedade privada e o livre comércio como instituições legítimas. Assim, as políticas públicas sociais dentro da sociedade do capital assumem um caráter compensatório e não equânime redistributivo. Compensatório na acepção do termo, de reparar de maneira limitada a exploração vivida pelo trabalhador na extração da mais-valia durante toda a sua vida produtiva. Assim sendo, as políticas sociais, dentre elas, a assistência e a saúde, devem ser compreendidas como direito e não como ajuda ou caridade. O projeto neoliberal ameaça a

eliminar o padrão de resposta público estatal às demandas sociais para colocar em seu lugar o padrão de resposta filantrópico privado (MESTRINER, 2011, p. 186).

#### **4. Saúde e Assistência: a quem interessa? O caso de São Paulo**

Historicamente o atendimento a saúde e a assistência social eram considerados como uma atividade de ajuda pontual, seletiva, imediatista e direcionada à determinados segmentos da população em situação de maior vulnerabilidade e risco social. Comumente relacionada a prática de benevolência para com a pobreza, foram durante muito tempo, modalidades paliativas e secundárias no conjunto das políticas sociais brasileiras (YAZBEK, 1995, p.08). Não por acaso, a identidade da assistência e saúde é atrelada a caridade e amparo aos pauperizados. As primeiras entidades assistenciais do país foram as “Irmandades das Santas Casas de Misericórdia” fundadas a partir do ano de 1540. Não havia como se falar em direitos ou em cidadania naquela época. Com efeito, a filantropia foi o padrão de resposta às demandas sociais da população ao longo de décadas. O Estado brasileiro desde os seus primórdios, financiou entidades sociais para prestarem serviços assistenciais à população em seu lugar. Mestriner (2010) afirma que a prática estatal na área da assistência e saúde se voltou para mecanismos de apoio às entidades, por meio das subvenções, e não diretamente à população no formato de política pública. Desse modo, a relação paternalista e clientelista prevalece e serve como moeda de troca ou instrumento de favorecimento político-partidário.

Na década de 2000 é implantado o novo marco democrático, a Política Nacional de Assistência Social. Com isso, caminha-se lentamente em sentido oposto ao receituário neoliberal de privatização do Estado. Esse movimento não significou a estatização da assistência social, mas o reconhecimento do compromisso público diante das prerrogativas constitucionais. Desse modo, a assistência social ampliou o alcance da proteção social dos indivíduos, das famílias e grupos em situação de vulnerabilidades e riscos com a implantação de serviços estatais de atendimento às famílias em situação de risco e vulnerabilidade social. Cabe destacar que a população estimada da cidade de São Paulo pelo IBGE no ano de 2018 é de 12.176.866 de pessoas. A população da capital paulistana representa cerca de 6% da população brasileira e 27% da paulista. De acordo com o Censos do IBGE de 2010 há 3.574.286 unidades domésticas na cidade de São Paulo. Conforme o índice Paulista de Vulnerabilidade Social de 2010 havia 1.514.870 pessoas (13,6% do total) em situação de

média vulnerabilidade. Outras 993.163 pessoas (8,9% do total) em situação de alta vulnerabilidade e 833.261 pessoas (7,5% do total) em vulnerabilidade muito alta onde a renda dos moradores do domicílio não ultrapassava meio salário mínimo *per capita*. Não por acaso, São Paulo é a cidade com o maior número de entidades não governamentais do país. Dados do Censo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de 2017 apontam a presença de 46.359 organizações sem fins lucrativos no município. Isso significa que há uma organização sem fins lucrativos para cada grupo de 242 pessoas na cidade de São Paulo. Do total de organizações da cidade, 2.697, ou seja, 5,8% se declaram ser de Assistência Social e outras 13.783 se definem como de desenvolvimento e defesa de direitos. O Censo SUAS de 2017 aponta ainda que há 385.612 trabalhadores empregados nas organizações da sociedade civil e outros 11.319 voluntários. No caso específico da assistência social do município de São Paulo, demonstraremos a síntese dos números na sequência.

Dados do Portal da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) da Prefeitura de São Paulo relativos ao mês de maio de 2019 apontam 1255 serviços socioassistenciais operando em regime de parceria. As unidades públicas estatais de CRAS, CREAS, Centros POP e CPAS somam 91 equipamentos. Os dados revelam que 92,74% da rede de serviços da assistência social da cidade de São Paulo são ofertados pelas organizações privadas por meio de repasse de recursos financeiros. Há cerca de 360 organizações da sociedade civil parceiras, cuja identidade ou origem é religiosa, pertencentes principalmente as doutrinas católicas e neopentecostais, além das associações comunitárias e movimentos sociais. As crianças, jovens e adultos a maior quantidade de serviços 38%, ou seja, 484 são Centros para Crianças e Adolescentes (CCA) ofertam 71.850 vagas 32% das 219.702 mil vagas. Desse modo, 101.658, ou seja, 46% das vagas da assistência social do município são destinadas ao atendimento de crianças, adolescentes e jovens. Em comparação com o mesmo período do ano passado, ou seja, maio de 2018 havia 1.269 serviços socioassistenciais e a oferta de 221.934 vagas. Houve, portanto, a redução de 14 serviços e o encerramento de 2.232 vagas. Os serviços fechados, em sua maioria, eram para o atendimento de crianças e adolescentes. Como os dados revelam, o SUAS na cidade de São Paulo, apesar de público é operado majoritariamente pelas organizações do setor privado. São as entidades sem fins lucrativos as principais responsáveis prestadoras das atenções socioassistenciais à população da cidade. Em outras palavras, é a sociedade civil atendendo as desproteções sociais de si própria, embora não se deva ignorar a luta e o compromisso dos setores em defesa da política de assistência social.

Desse modo, tanto o poder público, como as organizações da sociedade civil devem ter o mesmo compromisso público na oferta dos serviços assistenciais de atendimento ao cidadão. Caso essa perspectiva de direitos não se confirme, o SUAS na cidade de São Paulo não passaria de uma formalidade burocrática, ou de um sistema virtualizado de transferências de recursos do fundo público para entidades privadas. É fato que muitas organizações ainda insistem em conservar a relação de subvenções do passado. Embora planos de trabalho e documentos jurídicos estejam ajustados aos padrões das normativas vigentes, resquícios da prática assistencialista resistem ao tempo, com se observa na mídia em certos casos.

A consolidação da assistência social como política pública ainda é um desafio, principalmente neste momento de enormes retrocessos de direitos e da ofensiva do conservadorismo, alavancado pela nova fase do projeto neoliberal (BOSCHETTI, BEHRING, LIMA, 2018, p. 61-62). No processo de implantação do SUAS conforme dispõe a PNAS, é o Estado quem deve fazer com que as entidades privadas transitem do campo da ajuda, filantropia, benemerência para o da cidadania e dos direitos. Ainda, de acordo com a PNAS 2004, (2009, p.48), cabe ao poder público conferir unidade aos esforços sociais, a fim de compor uma rede socioassistencial para romper com a prática da ajuda parcial e fragmentada, caminhando em direção à consolidação dos direitos a serem assegurados de forma universal, com padrões de qualidade passíveis de avaliação e controle social.

Nesse sentido, a PNAS reconheceu a relação público-privado, ao dispor que as entidades privadas de assistência social são integrantes do SUAS, não só como prestadoras de serviços, mas como co-gestoras, através dos conselhos de assistência social e corresponsáveis na luta pela garantia dos direitos sociais em garantir direitos dos usuários da assistência social. As decisões políticas de gestão da Assistência Social contam com a participação do poder público e da sociedade civil. A PNAS 2004 é clara quando afirma que as entidades não devem substituir a ação do Estado. Ambos devem compor o SUAS. É uma estratégia de articulação que resulta na integralidade do atendimento à população. No entanto, como visto, o SUAS no município de São Paulo é operado quase que exclusivamente pelas organizações. Sem elas, os serviços socioassistenciais não funcionariam do modo como funcionam hoje. Portanto, a condução da Política de Assistência Social precisa ser revista para se consolidar o SUAS na cidade de São Paulo.

Na saúde pública, a privatização surge como uma novidade, mas o resgate histórico mostra o inverso, como é o caso das Santas Casas de Filantropias, Caixas de Pensão e Previdências de corporações específicas, Fundação Privadas de Apoio a Instituições

Universitárias Públicas, financiamento de hospitais privados para atendimento público, atendimento diferenciado para trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho e atualmente as Organizações Sociais em Saúde (OSS). Nos serviços preventivos as ações sanitárias e campanha contra endemias se consolidam quando começam a vir para o Brasil trabalhadores europeus e asiáticos. Ribeiro (2000) ao analisar os conceitos de sociedade e social diz que no discurso dos governantes ou economistas, “a sociedade” veio a designar os conjuntos dos que detêm o poder econômico, ao passo que “social” remete na fala dos mesmos governantes ou publicistas, a uma política que procura minorar a miséria. O que pode ser comparado com o termo “organização social” que no modelo neoliberal se refere a um mecanismo em que segmentos da elite assumem a gestão de serviços públicos buscando “ajudar” os mais necessitados. Um dado que mostra a predominância da gestão privada nos serviços hospitalares mesmo após a aprovação do Sistema Único de Saúde é que em 2011, 81% dos hospitais que prestam serviços públicos no Estado de São Paulo são privados sem fins lucrativos ou conveniados com fins lucrativos e somente 19% são públicos com gerenciamento próprio. A utilização do dado de 2011 ressalta que a gestão por OSS, colocada como uma grande novidade atinge somente 19% da rede existente.

No caso das OSS reconhecidas pela Lei Estadual nº 846/1988 que assumiram a gestão de hospitais que são patrimônio do governo do Estado de São Paulo, até 2019, 21 entidades assumiram a gestão desses hospitais. Pode-se separar estas entidades em quatro grupos de interesses:

<b>Segmento</b>	<b>Quant.</b>	<b>Interesses</b>
Academia	9	Ampliar atuação em pesquisas.
Gestores públicos	2	Continuar atuando sem precisar estar no governo.
Hospitais e empresas privadas	3	Projetar seu nome ou imagem social no segmento do mercado.
Religioso	7	Angariar pessoas a religião ao demonstrar que se quer cuidá-las.

Fonte: autoria própria com base nos dados do portal da transparência do Estado de São Paulo.

O segmento acadêmico possui 3 Fundações de Apoio às universidades públicas, 1) uma é entidade privada, mas com vínculo com uma entidade religiosa; 2) uma Fundação vinculada a prefeituras municipais; 3) 4 universidades que necessitam de uma melhor análise do contrato de gestão, pois o CNJP é da própria universidade pública. Gestores públicos é um segmento que tem crescido nos últimos tempos principalmente na área de atenção primária e secundária. Possibilita que gestores que já atuaram no setor público através de concursos

públicos ou indicação para cargos em comissão utilizem o conhecimento adquirido para continuar atuando no setor público, agora de forma privada. Hospitais e empresas privadas incluem entidades que são reconhecidas como “filantrópicas”, como o Hospital Sírio Libanês, a Sociedade Assistencial Bandeirantes (SAB), e o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI-SP), porém atuam preponderantemente no setor privado.

O segmento religioso é o maior e mais antigo e costuma se adaptar as novas formas de gestão de acordo com o momento. Podemos citar a Santa Casa de São Paulo e a Casa de Saúde Santa Marcelina. As filantrópicas não colocam nenhum recurso próprio como o nome sugere e desativam serviços quando o recurso público não é suficiente, inclusive de urgência e emergência como aconteceu recentemente com a Santa Casa de São Paulo. As religiosas além de ter neste serviço um espaço privilegiado para angariar adeptos para a sua religião, também utilizam o hospital de OSS como suporte para outros serviços próprios e privados na área da saúde, educação e assistência social. Analisando as OSS a partir de sua data de fundação observa-se que das 21 OSS, 13 foram criadas até o final da década de 60. Pode-se dizer que o setor privado na saúde tem uma política “camaleônica” de inserção no setor público. São entidades que se perpetuam adaptando as relações público-privadas com poucas alterações práticas durante os anos.

## **5. Conclusão**

Lucia Pontos e Silvio CacciaBava (1994) no artigo “As ONGs e as políticas públicas na construção do Estado democrático” faz uma análise das ONGs do terceiro setor e sua relação com as áreas sociais. Destaca que na década de 1990 eram 220 mil ONGs, porém incluindo empresas como o Hospital Albert Einstein, característica de diversas OSS que assumiram unidades hospitalares do governo do Estado de São Paulo, inclusive com financiamentos internacionais. Neste sentido estas OSS estão distantes do conceito de *empowerment* de setores sociais. E destaca também que “para mudar as relações Estado/sociedade civil, os desafios são igualmente importantes. Os dados analisados das OSS que gerenciam hospitais públicos do governo do estado de São Paulo reafirmam a análise apresentada de que os interesses são essencialmente econômicos, particulares, religiosos, partidários, acadêmicos, dentre outros, que atuam em diversas áreas como assistência social, educação e saúde, e não incorporou nenhum novo segmento da sociedade.

Uma experiência que mostra caminhos para construirmos uma avaliação das políticas públicas independente das gestões estatais e privadas é o estudo “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014” realizada por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz que utilizam dados do Pacto de Diretrizes e Metas da Saúde, que mostra que nas capitais de Espírito Santo e Minas Gerais tem melhores resultados do que nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro que tem gestão por OSS (RAMOS, 2019). Estudos como este comprovam que podem ser construídos procedimentos de gestão, avaliação, controle e acesso a informações das políticas públicas iguais, isto é, independentemente de serem diretos do Estado ou terceirizados que vá para além dos interesses do capital.

Não existe acesso único às informações dos serviços gerenciados diretamente pelo Estado e das entidades privadas da sociedade civil. Mesmo a Lei de Acesso a Informação, importante instrumento para o acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas definiu que no caso das entidades privadas que atuam no setor público continua valendo os mecanismos de controle privado, que não incluem diversas informações tais como gastos com pessoal, compras e serviços terceirizados, ou quarteirizados. Neste sentido é possível e necessário se criar um único mecanismo de transparência e controle para todos os serviços públicos independente do gestor, estendendo o atual sistema de transparência para a inclusão dos dados das OSS e definindo no Contrato de Gestão a obrigação da entidade privada incluir os dados no sistema.

Este também é um dos problemas enfrentados nos termos de parceria<sup>7</sup> firmados entre as organizações da sociedade civil e a administração pública. Embora haja transparência nos tramites de chamamento público das entidades sem fins lucrativos no processo concorrencial para se celebrar parcerias na oferta de serviços de assistência social, não há outros mecanismos de publicidade além da prestação de contas. Os recursos apesar de serem públicos, quando são repassados às organizações não governamentais, submetem-se a outras regras legais, mais flexíveis e ligados a lógica empresarial, como a apresentação de balanços financeiros, apresentação de projeto, cumprimento de metas e objetivos, bem como, da garantia das cláusulas contratuais pactuados no momento da homologação da parceria. Nesse

---

<sup>7</sup> Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm) > Acesso em: 26 jun. 2019.

sentido, a política pública independentemente de ser ou não operada pelo setor privado deve seguir as regras públicas, já que assegura direitos sociais, senão, torna-se somente uma mera relação de terceirização de serviços.

É inegável o avanço do projeto neoliberal nas últimas três décadas e os efeitos que tem causado nas políticas públicas sociais com a redução do acesso à direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora. Porém, acentua-se na atualidade, como nunca visto antes, o processo de contrarreforma do Estado em nosso país. A investida neoliberal ameaça as políticas públicas sociais a retornarem ao padrão de filantropia do passado, em que o Estado se colocava no papel de subsidiário na oferta dos serviços públicos de atendimento à população. Há possibilidade real de um retrocesso anterior as garantias constitucionais, isto é, quando o indivíduo ou a sua família eram responsabilizados pela sua condição de subalternidade e pauperismo (YAZBEK, 1995). Com efeito, os benefícios e serviços das políticas públicas sociais de saúde e assistência social podem ser destituídos do seu caráter desmercadorizado, universal e republicano, para se tornarem mercadorias, as quais devem ser acessadas via compra, ou, de modo paliativo e imediatista via caridade quando possível. Perde-se a lógica pública de cidadania para se assumir a lógica mercantil de consumidor.

A Emenda Constitucional nº 95/2016 limita os investimentos públicos nas áreas sociais durante o período de vinte anos, condicionados apenas a reajustes inflacionários de cada período. Cortes de bilhões de reais para o financiamento das políticas de saúde e assistência social têm sido anunciados pelo governo com frequência nos últimos três anos. Não se compreende a aplicação de recursos nas políticas públicas sociais como investimentos, mas sim, como gastos desnecessários. Com isso, quem é atingido é a população, a qual depende, em grande medida, dos serviços públicos sociais. É conveniente ressaltar um ponto importante, pois, embora estejamos vivenciando enormes retrocessos, ainda temos garantias normativas, sistemas únicos de proteção e os dispositivos constitucionais a favor dos direitos. Não se deve perder essa dimensão, nesse sentido, é válido utilizarmos de todos os mecanismos e estratégias possíveis para impedir novas perdas às políticas públicas sociais que se aproximam.

## 6. Referências

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo, Ed. Ática, 2004.



BONETTI, Dilsea A.; YASBEK, Maria C.; FALCÃO, Maria do Carmo B. C. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise** 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2014.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm) > Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm) > Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Análise comparativa de programas de proteção social: 1995 a 2003**. Brasília: MDS, abr. 2004.

BRASIL. MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social.

BRASIL. MDS/IEE. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Desafios da gestão do SUAS nos municípios e Estados**. CapacitaSUAS, Brasília, v. 2, 2008.

BRASIL. **Planos de assistência social: diretrizes para elaboração**. CapacitaSUAS, Brasília, v. 3, 2008.

BRASIL. **Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/arquivos/pnas\\_final.pdf](http://www.mds.gov.br/arquivos/pnas_final.pdf)>. Acesso em: 24 jun. 2019.

Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS). Disponível em:<<http://www.congemas.org.br/NOB-versaofinal.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2019.

FERNANDES, Rubens Cesar. **Privado porém público: o terceiro Setor na América Latina**. Rio de Janeiro; Relume-Dumará, 1994.

LANDIN, Leilah. **Sem fins lucrativos: as organizações não-governamentais no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos da Religião, 1988.

LIMA, Rita de Lourdes de; BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine. **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo, Cortez. 2018.

**Mapa das Organizações da Sociedade Civil (OSCs)**. IPEA. Disponível em: < <https://mapaosoc.ipea.gov.br/> > Acesso em: 20 jun. 2019.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2011

MONTANÕ, Carlos. **Das lógicas do Estado às lógicas da sociedade civil: Estado e Terceiro Setor em questão**. Revista Serviço Social & Sociedade. n. 59, Ano XX, março, 1999.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica a um padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2010.

PONTES, Lucia e BAVA, Silvio Caccia. **As ONGs e as políticas públicas na construção do Estado democrático**. Revista do Serviço Social, nº 50, 1996 (p.97-100)

RAMOS, André Luis Paes Ramos e DE SETA, Marismar Horsth, **Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014**, Cadernos de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz, 2019.

RIBEIRO, Renato Janine – **A sociedade contra o Social** – São Paulo – Companhia das Letras – 2000.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em:<<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>> Acesso em: 10 jul. 2019.

**Santa Casa de SP fecha atendimento de emergência por falta de recursos**. Portal G1. Disponível em: < <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2014/07/santa-casa-de-sp-fecha-atendimento-de-emergencia-por-falta-de-recursos.html> > Acesso em: 2019

TAPAJÓS, Luziele; CRUS, José Ferreira da; ALBUQUERQUE, Simone Aparecida. **SUAS: Sistema Único de Assistência Social**. MDS. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2007

**Tech Report Portuguese**. TR. Disponível em: < <http://techreport.ngo/wp-content/uploads/2018-Tech-Report-Portuguese.pdf> > Acesso em: 20 jun. 2019.

YAZBECK, Maria Carmelita; SPOSATI, Aldaíza. **As Ongs e a realidade brasileira - 4: políticas de assistência social**. ABONG, 1995.