

A

relação público-privado na Assistência Social e Saúde

*The Public-Private Relationship in
Social Assistance and Health*

Angelo D'Agostini Junior

Bacharel em Sociologia (2003) e mestre em Gestão de Políticas Públicas (2014) - Fundação Escola de Sociologia e Política

Thyago Augusto de Carvalho

Bacharel (2009) e mestre (2020) em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo: Este artigo objetiva discutir a relação público-privado na oferta de serviços de saúde e assistência social à população de São Paulo. Para tanto, parte do referencial teórico e histórico sobre as políticas de saúde e assistência social. O enfoque é ressaltar as semelhanças e diferenças na relação público-privado que atravessam estas duas políticas não contributivas de Seguridade Social, e ao mesmo tempo, avaliar se há paralelo com projeto de ajuste neoliberal do Estado brasileiro que reduz e elimina direitos sociais, mesmo no contexto de pandemia do coronavírus.

Palavras-chaves: Assistência social. Saúde. Público-privado. Cidadania.

Abstract: This article aims to discuss the public-private relationship in the provision of health and social assistance services to the population of São Paulo. For this, part of the theoretical and historical framework on health and social assistance policies. The focus is to highlight the similarities and differences in the public-private relationship that cross these two non-contributory Social Security policies, and at the same time, assess whether there is a parallel with the neoliberal adjustment project of the Brazilian State that reduces and eliminates social rights, even in the Coronavirus pandemic.

Keywords: Social assistance. Health. Public-private. Citizenship.

1 Introdução

O público e o privado historicamente são partes indissociáveis na provisão de serviços de saúde e assistência social à população de São Paulo. Registros apontam que esta relação é antiga e deita raízes no começo do período colonial. Desde aquela época, entidades caritativas vinculadas à Igreja Católica cuidavam de pessoas enfermas e distribuíam esmolas para os mais pobres (SPOSATI, 1988). Muitas dessas instituições filantrópicas, já recebiam doações e subsídios dos donatários e colonos, governadores e nobres das antigas províncias e nobres da coroa portuguesa. Segundo Sposati (1988), não havia muita distinção entre práticas de saúde e assistência social. Ambas eram prestadas nos mesmos locais e, durante muito tempo, compuseram um binômio para lidar com os socialmente desprotegidos.

Porém, delineou-se transformações mais significativas nesse quadro a partir da Revolução de 1930. É quando há o acirramento da luta de classes entre burguesia e proletariado. Para se conter os conflitos entre capital e trabalho, estabelecem-se políticas sociais no Brasil (MESTRINER, 2011). Todavia, no começo tais políticas eram travejadas por ideias liberais e tinham caráter paternalista, clientelista e assistencialista sendo, portanto, bastante limitadas. Pode-se dizer, que apesar das variações históricas, ao longo de muitos anos, conservou-se a filantropia como padrão de respostas predominante às expressões da questão social (MESTRINER, 2011). Apenas com a Constituição Federal de 1988 (CF 88) é que as mudanças aconteceram. É quando se inaugura um novo arcabouço de direitos pautados em valores democráticos, solidários e de cidadania.

A partir da Carta Magna, surge a Seguridade Social a qual reunirá a saúde e assistência social enquanto políticas públicas não

contributivas, de direito de todos e de dever do Estado, ao lado da previdência social contributiva. Esta conquista, inscrita há trinta e dois anos atrás é resultado dos esforços dos diferentes setores da sociedade civil, que lutaram não só pelo fim da ditadura e redemocratização do país, mas também pela criação de novos direitos sociais à população (NOGUEIRA, 2011). Neste sentido, a Seguridade Social é a reunião de esforços de toda a sociedade civil para se prevenir situações de desproteção e riscos sociais, tendo o Estado o dever de assegurar as políticas necessárias à sua efetivação (BRASIL, 1988).

Porém, na década de 1990 com o avanço do projeto neoliberal nos países de capitalismo dependente como o Brasil, muitos direitos sociais ficaram sob ameaça (MONTAÑO, 2010). De certo modo, o Brasil naquela época foi subordinado ao projeto neoliberal de contrarreformas, que se contrapôs aos avanços constitucionais. Sendo assim, o papel do Estado na área social foi limitado ao controle, fomento e financiamento de atividades sociais cujo mercado não tem interesse de se apropriar. É neste contexto do Estado mínimo para o social e máximo para o capital (MONTAÑO, 2010), que as organizações da sociedade civil crescem e são colocadas no papel de executoras das atenções de saúde e assistência à população.

Por esse caminho, pretendemos neste artigo abordar a relação público-privado na oferta de serviços de saúde e assistência social à população de São Paulo. O propósito é identificar se este modelo é consoante ao projeto de ajuste neoliberal que reduz direitos sociais e elimina as conquistas históricas da classe trabalhadora. Para tanto, na primeira parte deste artigo, traçaremos uma breve reflexão sobre o trajeto histórico da Seguridade Social brasileira. Na segunda parte, abordaremos de modo conciso o debate teórico sobre o Terceiro Setor, com enfoque na relação entre entidades sem fins lucrativos e o Estado. Na terceira parte, analisaremos alguns indicadores sobre a rede indireta

de serviços socioassistenciais da cidade de São Paulo, tendo em vista que esses serviços são municipalizados. Também apresentaremos alguns dados sobre os equipamentos de Saúde do Estado de São Paulo gerenciados pelas Organizações Sociais. Na quarta e última parte, apresentaremos uma crítica sobre a postura política do Governo Federal no enfrentamento à pandemia do coronavírus.

2 Assistência social e saúde: da filantropia à seguridade social

Historicamente, o atendimento de saúde e assistência social foi considerado sinônimo de filantropia. Eram comumente atreladas à prática da caridade e benevolência para com os mais pobres, dado os aspectos seletivos, imediatistas e pontuais de ajuda (YAZBECK, 1995, p. 06). Isto não é por acaso. Obras de saúde e assistência social surgiram no Brasil com as “Irmandades das Santas Casas de Misericórdias” as primeiras entidades assistenciais do país, fundadas juntamente com as capitânicas hereditárias por volta de 1540. O Estado brasileiro, desde as suas origens subvencionou entidades filantrópicas para prestarem serviços de saúde e assistenciais em seu lugar. Nessas áreas, a prática estatal se voltou para mecanismos de apoio às entidades filantrópicas e não diretamente à população no formato de políticas públicas. Deste modo, durante muito tempo o paradigma filantrópico foi o padrão de resposta às demandas sociais direcionadas à determinados segmentos da população (MESTRINER, 2011).

Nas primeiras décadas do século XX, a capital paulista se consolidava como um importante centro financeiro e industrial do país. Por essa época, o café era o principal produto da economia brasileira e representava cerca de 70% do Produto Interno Bruto (PIB) do país (FAUSTO, 1996). Não por acaso, o poder político se concentrava nas mãos dos aristocratas agrários de São Paulo e Minas Gerais, maiores produtores de café do mundo. Porém, na década

de 1930, o quadro econômico nacional mudaria de cores. A crise financeira de 1929, aliada ao acirramento da concorrência internacional, causou uma queda nos preços das *comodities* agrícolas nos mercados internacionais (FERNANDES, 2006). Nisto, parte da burguesia e classes médias brasileiras lideradas por Getúlio Vargas descontentes com a Velha República (1899 - 1930) desferem um golpe contra as oligarquias rurais. Sendo assim, abre-se o caminho para o avanço do projeto capitalismo industrial moderno e financeiro.

Na década de 1930, São Paulo passo a crescer ainda mais rapidamente, impulsionado pelo ritmo produtivo de suas fábricas emergentes (FAUSTO, 1996). Na época, intensificou-se o deslocamento da força de trabalho migrante e imigrante, que já ocorria desde o final do século XIX e começo do XX para incorporar os emergentes mercados paulistas. Nisto, houve grande crescimento populacional nos centros urbano e problemas sociais e de saúde se intensificaram. O Estado promoveu ações sanitárias pontuais e campanhas contra endemias. Porém, não havia políticas de proteção social ou de saúde para todos, o que agravava a precária situação de vida da classe trabalhadora explorada e oprimida sem limites pela burguesia. O Estado liberal pouco ou nada havia feito para intermediar a relação entre burguesia e proletariado a favor da classe trabalhadora. Diante dessa conjuntura, o operariado se organizou em sindicatos para enfrentar o patronato e reivindicar melhores condições de vida e trabalho.

É na década de 1930, em meio ao acirramento das tensões sociais, que o Estado varguista lança as bases das políticas de saúde e assistência como estratégia no trato da questão social para se atenuar o acirramento da luta de classes (SPOSATI, 1988). Todavia, eram políticas paternalistas, clientelistas e limitadas. Segundo Caccia Bava (1994), o acesso à saúde ficou restrito aos trabalhadores urbanos com registro em carteira pertencentes aos setores

produtivos de maior interesse do capital nacional. O direito à saúde era operado pela lógica meritória do trabalho e contributiva do seguro social. Para aqueles que não se enquadravam as regras, restavam-lhes buscar amparo nas obras de filantropia.

Visto que assistência social e saúde não eram políticas diretamente vinculadas ao projeto nacional desenvolvimentista de industrialização, ambas serão tratadas de maneira secundária (SPOSATI, 2011). Por esse motivo, o Estado não assumiu para si o papel principal nas políticas sociais. Ao invés disso, transferiu o protagonismo dessa responsabilidade às entidades sem fins lucrativos. Deste modo, coube ao Estado fomentar a filantropia mediante certificações, isenções de impostos, concessões de áreas públicas e subvenções (MESTRINER, 2011).

A sociedade reivindicou uma intervenção maior do Estado no atendimento às demandas sociais e de saúde que se tornavam cada vez mais complexas. Neste momento, as forças democráticas avançavam na direção de novas conquistas. Um momento emblemático é a VIII Conferência Nacional da Saúde de 1986 quando ocorreu a aprovação da Reforma Sanitária. Os debates entre os sanitaristas criaram os fundamentos do futuro Sistema Único de Saúde (CACCIA BAVA, 1994).

A partir da Constituição Federal de 1988, saúde e Assistência Social são elevadas a posição de políticas públicas sociais não contributivas, universalistas e integrantes da Seguridade Social, ao lado da previdência. Pela primeira vez um texto constitucional é afirmativo no sentido de apontar a responsabilidade do Estado na cobertura das necessidades sociais da população e, na sua enunciação, reafirma que a população tem acesso a esses direitos na condição de cidadão. A Carta Magna define que “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à

assistência social”. Na sequência, estabelece as competências do Estado, com base nos seguintes objetivos:

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, I. universalidade da cobertura e do atendimento; II. uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III. seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV. irredutibilidade do valor dos benefícios; V. equidade na forma de participação no custeio; VI. diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; VII. caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

O que se observa nesse período é a criação de novos direitos para os cidadãos 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, sendo regido pelos princípios da universalidade, distributividade, integralidade e indivisibilidade. O segundo, sistema de seguro social, é um modelo cuja lógica é a da capitalização financeira, em que há responsabilização do indivíduo ou de determinado segmento isolado da sociedade para atender as suas próprias necessidades. Para Sposati (1995), a Seguridade Social representa o acesso a um conjunto de seguranças sociais que objetivam cobrir, reduzir ou prevenir situação de riscos sociais, as quais qualquer cidadão está sujeito a sofrer em sua vida. A Seguridade Social se fundamenta em valores humanos e protetivos, em que todos os cidadãos pertencem

a uma determinada sociedade e são detentores de direitos em comum, independentemente de sua condição ou situação. Nas palavras de Sposati (1995) a Seguridade Social é:

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. [...] Sem dúvida está noção é associada ao chamado Estado de Bem-Estar Social, que o neoliberalismo atual tem insistido em destruir. (SPOSATI, 1995, p. 22, grifo nosso).

O projeto neoliberal ameaça eliminar o padrão de resposta público estatal às demandas sociais, para em seu lugar colocar um padrão de resposta filantrópico privado e mercadorizado (MESTRINER, 2011, p. 186). Entretanto, apesar de a Seguridade Social possuir um caráter inovador e compor um sistema amplo de proteção social, ainda sim prevalece algumas contradições. Dentre elas, a limitação imposta à Seguridade Social brasileira em reunir apenas três políticas sociais, quando se deveria abranger outras políticas essenciais importantes como habitação, educação aliadas a demais condições que permitam assegurar a maior quantidade de direitos sociais possível à população. Outra contradição é o caráter híbrido do sistema. O direito à previdência é restrito aos trabalhadores com registro em carteira, a saúde ainda que seja um direito universal, o acesso se torna cada vez mais de difícil em função da falta de investimentos do governo, e a assistência social a qual também seja um direito, o cidadão deve necessitar dele para se ter acesso (SPOSATI, 1995).

Embora a Constituição Federal de 1988 estabeleça direitos de cidadania e deveres estatais os quais, diga-se de passagem, importantes conquistas resultados das lutas históricas dos

trabalhadores, a Carta Magna também defende como instituições legítimas a propriedade privada, o livre comércio, a concorrência e o consumo entre outros princípios básicos do capitalismo. Nesse sentido, a Carta Magna não é um manifesto revolucionário como muitos conservadores apontam na atualidade. Aliás, as políticas públicas sociais no contexto da sociedade de classes, assumem um caráter limitado, compensatório e redistributivo, ou no limite, reparador de parte dos efeitos causados pela extração do mais-valor dos trabalhadores (MONTAÑO, 2010). Portanto, é somente em uma sociedade cuja riqueza socialmente produzida seja de fato redistribuída de maneira justa e igualitária para todos, é que as desigualdades sociais poderão ser superadas.

3 Crítica ao Terceiro Setor

O debate sobre o Terceiro Setor é polêmico e controverso. Envolve perspectivas conceituais diversas e provoca embates entre aqueles que o defendem ou são contrários a ele. Além do mais, é um conceito amplo e ambíguo até mesmo pelo alto grau de heterogeneidade das organizações que o compõem (TEODÓSIO, 2002). Em números, os indicadores apontam que o Terceiro Setor está presente em quase todos os lugares. Dados do Relatório Global de Tecnologia de ONGs de 2018 NGOfacts da NP TECH FOR GOOD¹ operadora dos registros de internet ‘.org’, ‘.ngo’ e ‘.ong’, estima que há 10 milhões de Organizações Não-Governamentais (ONGs) em todo o mundo. Se fossem um país, as ONGs seriam a quinta maior economia do planeta. Além disso, corresponderiam a 5%, ou seja, quase 20 milhões de todos os postos formais de trabalho existentes. No Brasil, o Mapa das Organizações da Sociedade Civil do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016)² 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. A região Sudeste concentra 40% das ONGs, seguida pelo Nordeste 25%, Sul 19%, Centro-Oeste 8% e Norte 8% (IBGE, 2013).

Para Di Pietro (2015) o Terceiro Setor é composto por entidades da sociedade civil que exercem atividades de interesse público e não lucrativas. O Primeiro Setor que é o Estado, cujos objetivos são a consecução do bem comum. O Segundo Setor é o mercado cujo propósito privado de suas ações busca o lucro. O Terceiro Setor ou paraestatal, atua ao lado do mercado e do Estado, ou seja, não visam substituí-los, mas sim supostamente colaborar com estes no desempenho de suas atividades. A estrutura de uma entidade se aproxima das regras de uma empresa e seguem as regras de seus respectivos estatutos. Porém, as suas funções não detêm finalidades lucrativas e se voltam para o interesse público assim como o próprio Estado. Obter lucro como uma empresa não é legalmente aceitável e configura como crime. Eventuais recursos excedentes devem ser reaplicados aos objetivos sociais e não podem ser distribuídos aos seus dirigentes. O patrimônio de uma organização não pode ser apropriado e nem transmitido na forma de herança aos seus membros.

Para Fernandes (1994), 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 político-estatais. Apesar disso, suas ações são destinadas ao público e a sua estruturação contém elementos do privado. Fernandes (1994, p. 21) observa que o conceito de Terceiro Setor denota de um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos. Nessa linha, o Estado é o primeiro setor, o mercado o segundo e a sociedade civil organizada o terceiro.

Segundo Fernandes (1994, p. 22) o Terceiro Setor se ocupa do vazio aberto pelos primeiro e segundo setores. O autor entende que

a “vida pública” não é feita apenas de atos de governo, mas também de atividade cidadã. Com isso, resgata a tradição participativa da democracia direta, porém na forma de grupos e instituições cuja atributo é suprir demandas que tanto o Estado quanto o mercado não são capazes de atender. Segundo Teodósio (2002, p. 242), o “público, porém privado” pode estar mais perto do privado do que do público, quando se trata de projetos sociais vinculados às grandes empresas. Ou então, o “privado, porém público” pode estar junto ao público, quando organizações filantrópicas são financiadas com recursos públicos para prestar atividades de interesse coletivo. Para Teodósio (2002,), há uma gama de organizações que pertencem ao Terceiro Setor, como associações comunitárias; organizações não governamentais (ONGs); instituições filantrópicas; Organizações Sociais (OS); projetos sociais desenvolvidos por empresas; sindicatos, fundações; igrejas e seitas entre outros. Nesse sentido, Paes (2000) definiu o Terceiro Setor como:

[...] aquele que não é público e nem privado, no sentido convencional desses termos; porém, guarda uma relação simbiótica com ambos, na medida em que ele deriva sua própria identidade da conjugação entre a metodologia deste com as finalidades daquele. Ou seja, o Terceiro Setor é composto por organizações de natureza “privada” (sem o objetivo do lucro) dedicadas à consecução de objetivos sociais ou públicos, embora não seja integrante do Governo (administração estatal) (PAES, 2000, p. 56).

No contraponto do debate, Montañó (2010, p. 53) considera que o termo “Terceiro Setor” carrega consigo uma série de debilidades teóricas. Isto porque, é um recorte neopositivista, estruturalista e funcionalista da realidade. Para Montañó (1999, p. 56) o Terceiro Setor é ambíguo e carrega identidades múltiplas. Engloba desde organizações comprometidas com

a classe trabalhadora, como os sindicatos e movimentos sociais, até organizações de responsabilidade social e patronais, que são contrárias aos direitos trabalhistas. Logo, o conceito de Terceiro Setor é uma construção ideológica, em que a sociedade é dividida em esferas. Reparte-se o todo, como se a sociedade pudesse ser isolada em setores. Porém, política não pertence somente à esfera estatal, economia não se restringe ao mercado e o social não se remete apenas à sociedade civil.

Montaño (2010, p. 54) avalia que a separação e autonomização de cada setor é na verdade proposital. O objetivo é encobrir a dimensão de totalidade social e de classes por parte dos trabalhadores, para se evitar as bases para a consolidação de um processo revolucionário. Assim, o pensamento hegemônico conservador e reacionário tenta não só eliminar a todo custo a compreensão de totalidade, como também desistoricizar os fatos. Portanto, o Terceiro Setor é um modo eficaz de se alienar a classe trabalhadora de seu papel histórico revolucionário e, ao mesmo tempo, fragmentar a luta de classes. Isto porque, as contradições de classes sociais são diluídas ou postas de lado para em seu lugar, difundir-se ideias e práticas filantrópicas. Montaño (1999, p. 56) entende que as entidades não atuam contra o cerne da questão social, na contradição entre capital e trabalho. Para o autor, elas não se opõem as determinações do sistema produtivo e de acumulação, o verdadeiro causador das desigualdades sociais.

Outro ponto relevante para o debate sobre o Terceiro Setor no contexto da ordem capitalista, é a crise dos Estados de Bem-Estar Social entre os anos de 1970 e 1980. Muitos desses Estados foram erguidos entre os anos 1940 e 1950 como estratégia para se recuperar as economias dos países capitalistas após o término da Segunda Guerra Mundial. Tinham como estratégia a política do pleno emprego, estímulo ao consumo de massas e a oferta de sistemas públicos e universais de seguridade

social, como meio de se assegurar a reprodução da classe trabalhadora. Entretanto, as crises de superprodução do capital, deram início ao processo de reestruturação produtiva, o qual levaria ao desmantelamento desses Estados de Bem-Estar Sociais. Para tanto, instituiu-se o projeto neoliberal cujos propósitos não se limitaram apenas a área econômica para favorecer o mercado, mas também se estendeu para todos os setores da sociedade inclusive os sociais (MONTAÑO, 1999, p.58).

O Estado para intervir na crise capitalista, também se reestrutura para permitir o avanço do mercado sobre as funções estatais produtivas, principalmente naquelas mais rentáveis, que são repassadas à iniciativa privada, por meio dos mecanismos de privatizações (MONTAÑO, 1999). Disto decorre que as riquezas produzidas pelas empresas estatais, que antes eram revertidas para o próprio Estado em benefício da sociedade, com a privatização os ganhos obtidos por essas empresas se tornam privados e, portanto, não são revertidos à sociedade da forma como o eram antes.

Para a doutrina neoliberalista³ desmontar a esfera social também é importante. Isto porque, a diminuição das funções estatais desonera o capital dos encargos sociais, o que fortalece a sua capacidade de acumulação. Além do mais, quando os serviços sociais deixam de ser provisionados pelo Estado, eles podem ser convertidos em mercadorias. Sendo assim, o objetivo final não é assegurar direitos de cidadania, mas uma relação de consumo aonde o objetivo principal é o lucro.

Já as funções que não proporcionam lucro expressivo para serem absorvidas pelo mercado, mas que ainda assim são necessárias à reprodução da força de trabalho, devem ser transferidas do Estado à própria sociedade organizada em associações civis (MONTAÑO, 1999, p. 60). Montaño (1999, p. 61) considera que os serviços públicos sociais ao serem transferidos para o setor privado não lucrativo,

correm o risco de perder o caráter republicano e de direito, para assumir uma identidade particular e clientelista, o que pode acarretar na refilantropização das respostas às refrações da questão social (MONTAÑO, 1999, p. 68). Para Montañó (1999, p. 60), o Terceiro Setor contribui com a consolidação do projeto neoliberal de precarização dos serviços públicos.

4 Assistência Social na capital e Saúde no Estado: o caso de São Paulo

São Paulo é o Estado mais populoso do Brasil. Estima-se que há cerca de 46 milhões de pessoas, o que representa 22% dos 212 milhões de habitantes do Brasil (IBGE, 2010). Sua capital é a cidade de São Paulo, a mais populosa cidade do país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020 apontam que o município tem por volta de 12,3 milhões de pessoas e representa cerca de 6% de toda a população brasileira. De acordo com o Censo 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 (CensoSUAS) de 2017

apontam a presença de 46.359 organizações sem fins lucrativos no município de São Paulo. Isso significa que há uma organização sem fins lucrativos para cada grupo de 242 habitantes da cidade. Do total de organizações sediadas na capital paulista, 2.697, ou seja, 5,8% se declaram como de Assistência Social e outras 13.783 se definem como de defesa de direitos.

Tendo em vista que os serviços socioassistenciais são municipalizados, recorreremos aos dados do Portal da transparência da prefeitura de São Paulo. A Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) responsável pela gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na cidade, revela que há cerca de 360 Organizações da Sociedade Civil atuando na rede socioassistencial no município. Dentre as quais, há entidades de perfil religioso, em sua maioria pertencentes as doutrinas católicas e neopentecostais, além de associações comunitárias de bairro e movimentos sociais.

Dados do mês de junho de 2020 revelam que há 91 unidades públicas estatais de assistência social em funcionamento em São Paulo. São 54 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 30 Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 6 Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e 1 Coordenação de Pronto Atendimento Social (CPAS). Já a rede indireta operada pelas organizações da sociedade civil, conta com 1.242 serviços socioassistenciais. Juntos dispõe de 219.461 vagas de atendimento à população.

Quadro 1 - Número de serviços socioassistenciais na cidade de São Paulo: junho de 2020

Níveis de complexidade	Públicos	Privados
Proteção Social Básica	54	742
Proteção Social Especial Média Complexidade	37	225
Proteção Social Especial Alta Complexidade	---	275
Total:	91	1.242

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

Observa-se que 93% dos serviços de assistência social da cidade de São Paulo são ofertados à população por intermédio de parcerias com organizações privadas sem fins lucrativos, as quais juntas receberam o repasse financeiro no montante de R\$ 88.152.925,07 no mês de junho de 2020. Souza (2015) ao analisar a questão, aponta que “Um dos argumentos utilizados pela SMADS para a defesa da execução dos serviços socioassistenciais pelas Organizações sem fins econômicos é a redução dos gastos públicos” (SOUZA, 2015, p. 11). Porém, a autora entende que a justificativa da prefeitura é ideológica, pois conflui com o discurso hegemônico do Estado neoliberal. Trata-se, portanto de uma estratégia para retirar direitos historicamente conquistados, e, ao mesmo tempo, dividir a classe trabalhadora entre servidores públicos e prestadores de serviços. Ademais, ao se precarizar as relações de trabalho, fragiliza-se o caráter público da Política de Assistência Social (SOUZA, 2015, p. 11).

Este debate, no caso do município de São Paulo é fundamental, posto que o SUAS é operado quase que exclusivamente pelas organizações sem fins lucrativos. Sem elas, a rede de serviços socioassistenciais não funciona. Cabe-nos ressaltar, que o Estado tem por obrigação garantir uma rede estatal pública e o dever ter primazia no comando do SUAS. Caso esta primazia não se cumpra, a assistência social na cidade de São Paulo corre o risco de se tornar um arranjo burocrático de transferências de recursos do fundo público para entidades privadas, o que por si só se configura como terceirização. Esta atuação do Estado fragiliza o SUAS enquanto um sistema único de gestão estatal público. Deste modo, “Para que o SUAS se estabeleça como público, direito de cidadania, é necessário um esforço coletivo da classe trabalhadora, no sentido de exigir do Estado a responsabilidade pela condução e execução da Política de Assistência Social” (SOUZA, 2015, p. 11).

A Política Nacional de Assistência Social

(PNAS) de 2004 é clara ao afirmar que as entidades não podem substituir a ação estatal. Ao invés disso, elas devem compor um sistema protetivo maior, cuja estratégia é reunir, articular e reorganizar serviços de assistência social, prestados pelos diferentes atores públicos ou privados para da população. Nesse sentido, o Estado deve reunir os esforços da sociedade civil, a fim de compor uma rede socioassistencial unificada para romper com ações sobrepostas, fragmentadas e limitadas, que tramitem do campo da ajuda e filantropia para o campo dos direitos sociais e da cidadania (PNAS 2004, p. 48). Sob este aspecto, a PNAS de 2004 reconhece que o papel das entidades não se limita apenas a meras prestadoras de serviços, mas sim como integrantes do SUAS, tanto na função de cogestoras, quanto nos conselhos deliberativos e espaços de luta pela garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. Isto, é um desafio, principalmente em tempos de retrocessos de direitos e de ofensiva da nova fase do projeto neoliberal (BOSCHETTI; BEHRING; LIMA, 2018, p. 61-62).

Na saúde pública, a relação entre entidades do setor privado e o Estado também é histórica e controversa. Atualmente, são as Organizações Sociais em Saúde (OSS) que provêm serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) responsáveis pelo atendimento à população. Ribeiro (2000) ao analisar o termo nos diz que “organização” se refere ao conjunto dos que detêm o poder econômico. E, “social” remete a busca de segmentos da elite que assumem a gestão de equipamentos públicos para “ajudar” os mais “necessitados” na busca de minorar a miséria humana. A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central das contrarreformas neoliberais do Estado da década de 1990 (RIBEIRO, 2000).

Dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo demonstram a predominância da gestão privada nos serviços hospitalares. Em 2011, 81% dos hospitais que prestam serviços

públicos no Estado de São Paulo eram geridos por entidades privadas com ou sem fins lucrativos. Ao passo que somente 19% tinham gerenciamento estatal direto. No caso das OSS, reconhecidas pela Lei Estadual nº 846 de 1988, até

2019 cerca de 21 entidades assumiram a gestão de hospitais que são patrimônio do governo do Estado de São Paulo. Para um melhor entendimento, pode-se separar estas entidades em quatro grupos de interesses:

Quadro 2 - Organizações Sociais no Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

Segmento	Quant.	Interesses
Acadêmico	9	Ampliar atuação em pesquisas.
Gestores públicos	2	Continuar atuando sem precisar estar no governo.
Empresas e hospitais privados	3	Projetar seu nome ou imagem social no segmento do mercado.
Religioso	7	Angariar novos fiéis para a religião ao se cuidar deles.
Total	21	

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

O primeiro segmento é o acadêmico e possui três Fundações de Apoio às universidades públicas: a) uma é entidade privada, mas com vínculo com uma entidade religiosa; b) uma Fundação é vinculada a prefeituras municipais; c) 4 universidades que necessitam de uma melhor análise do contrato de gestão, posto que o número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é da própria universidade pública. O segundo segmento é o dos gestores públicos o qual tem crescido nos últimos tempos, principalmente na área de atenção primária e secundária. Em geral, são gestores que já atuaram no setor público, seja como estatutários ou por indicação para cargos em comissão, que se valem do conhecimento adquirido no setor público para continuar atuando nele, porém de forma privada.

O terceiro segmento o de hospitais e empresas privadas, incluem entidades reconhecidas como “filantrópicas”, tais como o Hospital Sírio Libanês, a Sociedade Assistencial Bandeirantes (SAB), e o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI-SP), Hospital Albert Einstein, as quais apesar de se declararem como filantrópicas tem atuação preponderantemente no setor privado que transforma a saúde em uma mercadoria altamente

lucrativa. Este segmento, promovem projeto e assumem unidades hospitalares do município e do governo do Estado de São Paulo, inclusive com financiamentos internacionais para se beneficiar das vantagens fiscais conferidas pelo Estado. O último segmento, o religioso é o maior dos quatro, pois além de ser o mais antigo é o que costuma a se adaptar as novas formas de gestão com maior permeabilidade. Podemos citar neste grupo a Santa Casa de São Paulo e a Casa de Saúde Santa Marcelina.

As filantrópicas como o nome sugere, não colocam recursos próprios em suas atividades e desativam serviços inclusive de urgência e emergência quando os recursos públicos não são suficientes para cobrir os gastos. Para as organizações religiosas, os serviços podem ser um espaço privilegiado para angariar adeptos para a sua religião, além de utilizar os equipamentos como suporte para seus negócios privados na área da saúde. 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 1960. 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.

Observa-se, que as OSS gerenciadoras de hospitais públicos do Estado de São Paulo buscam reafirmar seus interesses, os quais podem ser econômicos, particulares, religiosos, partidários, acadêmicos, dentre outros.

Como visto, no município de São Paulo há o predomínio das organizações sem fins lucrativos na prestação das atenções socioassistenciais à população da cidade. Nos hospitais e equipamentos de saúde do Estado que prestam atendimento ao público, também se verifica o mesmo padrão de gestão privada. O discurso neoliberal argumenta que o setor privado presta os mesmos serviços a um custo hipoteticamente menor. Porém, não há transparência ou controle para se saber ao certo se este é ou não o melhor padrão de respostas as demandas sociais da população. Observa-se que não existe acesso único às informações dos serviços gerenciados diretamente pelo Estado e pelas entidades.

Mesmo com a Lei de Acesso à Informação, importante instrumento para o acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas, não há obrigatoriedade das entidades privadas de se ajustar a esta legislação, mesmo que atuem no setor público. Desse modo, continua valendo os mecanismos de controle privado para as entidades, os quais não incluem diversas informações relevantes tais como gastos com pessoal, compras e a contratação de serviços terceirizados, ou no caso, quarterizados. Nota-se uma rigidez no quesito transparência para o setor público, que não se aplica na mesma medida para o setor privado que lida do mesmo modo com recursos públicos. Como não há a mesma quantidade de informação, não é possível comparar se o modelo privado é ou não o melhor padrão para as políticas sociais.

Outro aspecto relevante é que na passagem dos serviços das políticas sociais do Estado para as organizações, muitas prerrogativas da Administração Pública se perdem. Em outros termos, os serviços públicos que antes eram regidos pelas regras do direito público, passam a

ser regidos pelas regras do direito privado (DI PIETRO, 2015). Nesse processo, não há obrigatoriedade de se fazer licitações para se realizar compras. Não se é impositivo ser transparente com a aplicação dos recursos ou sobre as despesas com pessoal. Pode-se contratar trabalhadores sem a necessidade de se instaurar concurso público. Do mesmo modo, é possível demití-los a qualquer tempo, sem que haja entraves legais que impeçam que isso ocorra. Torna-se dispensável a criação de planos de carreira, ou de seguranças empregatícias como estabilidade, progressões por tempo de trabalho e aposentadorias proporcionais a remuneração recebida quando ativos (DI PIETRO, 2015). Além do mais, passar os serviços públicos do Estado para entidades privadas proporcionam maior flexibilidade e poder discricionário aos governantes. Isto porque, eles podem fechar serviços quando convir, em um intervalo de tempo muito inferior à de qualquer equipamento estatal pertencente a administração direta.

5 Saúde e assistência social no Brasil durante a epidemia do coronavírus

A pandemia do coronavírus no Brasil reafirmou a importância da Seguridade Social brasileira. Sobretudo das políticas públicas sociais não contributivas, isto é, saúde e assistência social. Além disso, também ressaltou o quanto ambas foram afetadas pelo ajuste neoliberal do Estado, o qual sistematicamente reduziu investimentos e eliminou serviços de proteção social (SPOSATI, 1995). O Brasil vive no ano de 2020 uma situação contraditória no momento da pandemia. Dois sistemas únicos, um de saúde e o outro de assistência social, com respaldo constitucional, reconhecidos por diversos atores políticos, são duramente atacados pelo projeto de governo no poder conversador, neoliberal e de ultradireita, o qual busca boicotar tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Durante a pandemia, assistiu-se a

conduta irresponsável de Bolsonaro enquanto líder político do país. Para listarmos alguns episódios, Bolsonaro trocou dois Ministros da Saúde em plena crise de saúde. O primeiro foi Luiz Henrique Mandetta e o segundo Nelson Teich, ambos profissionais com formação em saúde, que apesar de serem defensores da linha política do governo, não suportaram os disparates do presidente. Dentre eles, destacam-se a recomendação do uso do medicamento hidróxido-cloroquina, mesmo sem haver evidências científicas sobre a sua eficácia. No momento em que o país se tornava o segundo com o maior número de mortes em todo o mundo, Bolsonaro desmontou o sistema nacional de divulgação de dados da pandemia, o que fez a imprensa privada a criar um consórcio composto por diversos veículos de comunicação para divulgar os números sobre o avanço da pandemia no Brasil.

Minimizou a gravidade da pandemia de Covid-19 tanto nas redes sociais quanto em um pronunciamento oficial, em que tratou o coronavírus como uma “gripezinha” com a qual não deveria se preocupar porque tinha histórico de atleta (FERNANDES, 2020). Defendeu o isolamento vertical, apenas para as pessoas pertencentes aos grupos de risco como os idosos e pessoas com doenças crônicas. Estimulou o retorno antecipado das atividades, antes mesmo de haver uma cura para a doença, além de ter criticado governadores e prefeitos que adotaram medidas de isolamento social em seus respectivos estados e municípios. Deu a entender que não poderia fazer nada em relação ao alto número de mortos por Covid-19 no Brasil “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre” (FERNANDES, 2020). Ao lado disso, nomeou como Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, um general de exército, que não tem histórico de atuação na saúde pública ou sequer detém formação na área. Porém, com todas as dificuldades o SUS vêm mostrando sua força. O Editorial

da Revista Saúde Debate do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) mostra esta importância:

Ao mesmo tempo que acompanha atônita o descaso e a desorientação do governo, a sociedade enxerga e se surpreende com a presença diária do sistema público nos noticiários, de forma nunca apresentada antes, salvando muitos brasileiros, e sofrendo a perda de tantos de nós. É um sentimento de reconhecimento do SUS e de seu valor como bem público. *Curiosamente, o sistema privado saiu de cena nestes tempos de pandemia embora beneficiado pela falta de uso dos serviços rotineiros por seus usuários acuados pelo surto, mas que mantém em dia suas mensalidades.* O acesso universal do SUS entre nós contrasta com o que vemos na experiência americana, em que, sem sistema público, muitos cidadãos com sintomas da Covid-19 fogem do tratamento, morrem em casa, nas ruas e parques por medo da conta que não podem pagar. Aqui, mesmo a duras penas, o SUS atende todos os brasileiros que dele dependem, sem nenhum custo. É um direito de todos (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020, p. 1).

São exemplos simbólicos, porém importantes, as manifestações a favor do SUS e as palmas dadas em janelas de prédios aos trabalhadores da saúde em diversas regiões do país e o jogo de futebol entre Palmeiras e Corinthians realizado em 22 de julho de 2020 na retomada do Campeonato Paulista de Futebol quando a equipe de arbitragem usou no seu uniforme o símbolo do SUS. Outra situação, por um viés negativo que têm sido apresentados por diversos veículos de comunicação são as denúncias de superfaturamento em compras e contratos na área da saúde durante a pandemia. Até junho de 2020 já existiam denúncias em 13 estados (Amapá; Amazonas; Bahia; Ceará; Distrito Federal; Mato Grosso; Pará; Paraíba; Rio de Janeiro; Roraima; Santa Catarina; São Paulo e

Tocantins). E parte destas denúncias está vinculada as Organizações Sociais em Saúde que como exposto neste artigo não seguem as normas do direito público ou da Lei de Acesso à Informação (LAI). O caso mais polêmico é o da OSS Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) no Rio de Janeiro. Os dirigentes dessa OSS foram presos pela Polícia Federal acusados de cometer crimes de peculato e lavagem de dinheiro em contratos na área da saúde em pleno período da pandemia. A suspeita é de desvios de mais de R\$ 6 milhões apenas com a Prefeitura do Rio, mas o grupo é investigado também por contratos com os governos estaduais entre eles o Estado de São Paulo (KRUSE, 2020).

No dia 10 de outubro de 2020, o Brasil atingiu o trágico número de 150 mil pessoas mortas por Covid-19. Todavia, esta cifra pode ser muito maior devido à ausência de testes e os inúmeros casos de subnotificação. “Infelizmente, no Brasil o governo Bolsonaro não investe na saúde – aliás, segura os recursos disponíveis para o enfrentamento da Covid-19 para não passá-los a governadores de oposição – e continua querendo destruir o Estado e privatizar tudo que é público” (CACCIA BAVA, 2020). Para Caccia Bava (2020), o desafio é manter e ampliar o SUS e valorizar os seus trabalhadores, principalmente após superarmos a pandemia. Para o autor, deve-se garantir a averiguação de todas as denúncias de superfaturamento, desperdícios de verbas e má gestão e igualar a transparência entre os serviços próprios do SUS e as OSS.

Na assistência social, o atual governo desmantelou em 2019 o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Em seu lugar, instituiu o Ministério da Cidadania que é comandado por Damaris Alves, figura polêmica que não detém repertório na área social. Neste movimento, a assistência social foi novamente rebaixada do plano ministerial para o nível inferior de uma secretaria. Com isto, o SUAS

perde recursos o que impacta no enfrentamento das consequências sociais causadas pela crise sanitária que afeta, sobretudo, a população mais vulnerável, a mais atingida nos momentos de crise.

Milhões de trabalhadores ficaram desempregados durante a pandemia de Covid-19. Ao lado disso, outros milhares de pessoas retornaram para a linha da miséria. O governo ao invés de fortalecer a política de assistência social, enquanto sistema protetivo de seguridade social, com capacidade organizacional de proporcionar proteção social para todos, investe em alternativas emergenciais que embora sejam importantes, são pontuais e limitadas. Devemos lembrar que o Sistema Único de Assistência Social tem por objetivo garantir certas seguranças sociais à população, sendo elas, a segurança de acolhida, segurança do convívio familiar, segurança do desenvolvimento da autonomia, segurança de sobrevivência a riscos circunstanciais e a segurança social de renda. Se antes da pandemia esse tipo de proteção social já era necessário, no contexto da pandemia de coronavírus ela passou a ser ainda mais essencial para a sociedade, em razão das crises as quais não se resolvem de um dia para o outro.

6 Considerações finais

Apesar de serem políticas públicas distintas, Saúde e Assistência Social tem como ponto em comum a Seguridade Social não contributiva, que as definem como direitos sociais conforme estabelece a Constituição Federal de 1988. No caso do Estado e município de São Paulo, outro ponto em comum entre as duas políticas é a intensa relação público-privado no provisionamento dos serviços de saúde e assistência social de atendimento à população. Não há dados concretos que justifiquem se este padrão de resposta às demandas da sociedade é o melhor ou não a ser seguido. Embora haja uma legislação de transparência, ainda prevalece a desinformação referente aos termos e contratos

que legalizam esta relação. Também, não há por parte do governo, estudos comparativos para sabermos de fato qual é a melhor opção para as políticas sociais.

Nesse sentido, podemos avaliar que tal escolha é muito mais ideológica do que pragmática. Isto porque, este caminho vai de encontro com o projeto neoliberal das últimas três décadas. É inegável os efeitos que a política do Estado mínimo tem causado nas políticas públicas sociais com a redução do acesso à direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora. A crise da pandemia do coronavírus tornou ainda mais evidente o longo trajeto de precarização dos serviços públicos. Ao mesmo tempo, reafirmou a importância dos sistemas únicos de saúde e assistência social, no sentido de proporcionar o acesso da população tanto à saúde quanto à assistência, num período em que os problemas da sociedade são agravados pela COVID-19. Portanto, a temática da Seguridade Social não contributiva se torna fundamental, sobretudo no sentido de fortalecê-la.

A investida neoliberal que se acentua na atualidade, 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 a possibilidade real de um retrocesso anterior as garantias constitucionais, isto é, quando o indivíduo ou a sua família são responsabilizados pelas suas condições de subalternidade e pauperismo (YAZBECK, 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.

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.

Referências

- BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de (org.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo, Cortez. 2018.
- BRASIL. **Emenda Constitucional N° 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. Acesso em: 26 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Análise comparativa de programas de proteção social: 1995 a 2003**. Brasília: MDS, abr. 2004.
- BRASIL. 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**. Brasília: CapacitaSUAS, 2008. v. 2.
- BRASIL. **Planos de assistência social: diretrizes para elaboração**. Brasília: CapacitaSUAS, 2008. v. 3.

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

CACCIA BAVA, Silvio. As ONGs e as políticas públicas na construção do Estado democrático. **Revista do Serviço Público**, ano 45, v. 118, n. 3, p. 97-100, 1994.

CACCIA BAVA, Silvio. Pandemia: É nós por nós! **Le Monde Diplomatique**, Brasil, ed. 155, 1 jun. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/e-nois-por-nois/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. “Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS”. **Revista Saúde Dabate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 289-296, abr./jun., 2020.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública:** concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 10 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil.** São Paulo: Edusp, 1996.

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

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil:** ensaio de interpretação sociológica. 5 ed. São Paulo: Globo, 2006.

FERNANDES, Mariana. Relembre 15 vezes que Bolsonaro subestimou publicamente a Covid-19. **Correio Braziliense**, Brasília, 6 jul. 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/07/06/internapolitica,869902/relembre-15-vezes-que-bolsonaro-subestimou-publicamente-a-covid-19.shtml>. Acesso em: 07 set. 2020.

KRUSE, Tulio. Com ex-dirigentes presos no Rio, Iabas administra mais de 80 serviços na saúde pública de SP. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,com-dirigentes-presos-no-rio-iabas-administra-mais-de-80-servicos-na-saude-publica-de-sp,70003374693>. Acesso em: 20 set. 2020.

IPEA. **Mapa das Organizações da Sociedade Civil (OSCs).** Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://mapaosc.ipea.gov.br/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

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

MONTAÑO, Carlos. Das lógicas do Estado às lógicas da sociedade civil: Estado e Terceiro Setor em questão. **Revista Serviço Social & Sociedade**, Ano 20, n. 59, mar., 1999.

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

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

SÃO PAULO (Estado). **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.

SOUZA, Najila Thomaz de. Assistência social e as organizações sem fins econômicos, primazia estatal em xeque. *In: JORNADA DE POLÍTICAS PÚBLICAS*, 7, 2015, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/assistencia-social-e-as-organizacoes-sem-fins-economicos-primazia-estatal-em-xeque.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SPOSATI, Aldaíza. **Vida urbana e gestão da pobreza**. São Paulo: Cortez, 1988.

SPOSATI, Aldaíza. Assistência social: desafios para uma política pública de seguridade social. **Cadernos ABONG**, São Paulo, n. 3, 1995.

SANTA Casa de SP fecha atendimento de emergência por falta de recursos. **Portal G1**, 27 jul. 2014. 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

TEODÓSIO, Armindo dos Santos de Sousa. **O terceiro setor como utopia modernizadora da provisão de serviços sociais: dilemas, armadilhas e perspectivas no cenário brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2002.

YAZBECK, Maria Carmelita. A política social brasileira dos anos 90: a refilantropização da questão social. **Cadernos ABONG**, São Paulo, n. 3, 1995.

Notas

1 Disponível em: < <http://techreport.ngo/wp-content/uploads/2018-Tech-Report-Portuguese.pdf> > Acesso em: 20 jun. 2020.

2 Disponível em: < <https://mapaosci.ipea.gov.br/> > Acesso em: 20 jun. 2020.

3 Montañó (1999, p. 74) define que o neoliberalismo pretendia atingir ao menos três dos objetivos: a) mercantilização dos bens públicos; b) redução dos gastos sociais; c) supressão da noção de direitos sociais em favor da lógica do consumo.