



## A PARTICIPAÇÃO DO SETOR FILANTRÓPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Resumo:** O artigo discute de forma sintética, a construção e implementação do Sistema único de Saúde (SUS) e a regulação e inserção do setor privado filantrópico na prestação de serviços de saúde no Brasil. A hipótese é de que, distante de tratar-se de uma ampliação dos serviços de saúde, com a participação desse setor, estamos diante de um projeto ultraliberal conservador. Esse projeto aprofunda as privatizações, aliando processos de desmonte do SUS e ataque ao direito à saúde. Nesse sentido, o setor privado filantrópico possui papel ideológico nesse projeto, colaborando também para a desresponsabilização do Estado.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Setor filantrópico.

### INTRODUÇÃO

Esse artigo busca uma reflexão sobre a constituição e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) destacando suas tensões e procura problematizar o marco regulatório e inserção do setor filantrópico na prestação de serviços de saúde no Brasil, não perdendo de vista a conjuntura social, econômica e política brasileira. Cabe ressaltar que esse artigo integra a pesquisa de mestrado atualmente em desenvolvimento, em andamento intitulado “A participação dos representantes do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde da região sul do Brasil”. O objetivo geral da referida pesquisa é analisar e refletir sobre a direção política da participação dos representantes do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde da região sul do Brasil, particularmente nos anos de 2012 a 2015 e sua relação com as tendências teórico-políticas do SUS.

O setor privado filantrópico no Brasil possui grande expressividade na prestação de serviços hospitalares no Brasil. Portanto, cabe ainda estudos com mais abrangência e profundidade para mensurar os possíveis efeitos e rebatimentos dessa participação na política de saúde de forma geral. Historicamente a prestação, gestão e execução de serviços sociais e de políticas sociais no Brasil contou com a participação do setor filantrópico, sejam eles no campo da saúde, assistência social, educação e entre outros. Essas entidades que são chamadas juridicamente de privadas sem fins lucrativos ou ainda filantrópicas, representaram a forma mais antiga, tradicional e institucionalizada de relação do terceiro setor com o Estado brasileiro (CANABRAVA, 2007).

O SUS foi aprovado meio a uma série de forças antagônicas, mas principalmente em relação ao seu nascimento, o movimento de reforma sanitária tem papel de destaque. A partir da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser compreendida enquanto um direito social e a possuir uma seção específica na constituição, na qual o artigo nº 196 afirma que “A saúde



é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Assim, pela primeira vez na história brasileira o Estado reconhece a saúde enquanto direito e afirma que é responsabilidade do Poder Público. Este por sua vez, deve dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Nesse cenário, os conselhos de políticas públicas desenvolvem um papel de controle das ações estatais e se estabelecem como um importantíssimo canal de participação popular no planejamento, avaliação, execução e implantação das políticas públicas.

A pesquisa se justifica na medida em que o setor filantrópico ocupa um lugar importante na prestação de serviços de saúde no país. O objetivo desse estudo será investigar e estudar a complexa relação público e privada filantrópica na saúde, assumindo o intuito de investigar o motivo pela qual o Estado não assumiu de forma integral a responsabilidade de gestão e execução do serviço de saúde, de forma a prestá-los diretamente.

## **I. CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONTRA-REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO**

Um dos conceitos de saúde mais difundidos academicamente foi instituído pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 1948 e estabelece que a saúde como “um Estado de bem-estar físico, mental e social”, entretanto esse conceito se aproxima do conceito de que saúde como sendo ausência de doença, um pouco simplista nesse sentido. Arouca (1987, p.36) aprofunda o sentido do conceito de saúde estabelecendo que:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais, é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, a vestimenta, a educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um ambiente que não seja agressivo, mas, que pelo contrário permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência tanto daquela violência resultante da miséria que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra o seu próprio povo...Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso a terra (AROUCA, 1987, p.36).

Assim para iniciar as discussões sobre a política de saúde é importante resgatar as lutas sociais e políticas que ocorreram no Brasil para que o SUS fosse implementado. O movimento de reforma sanitária surge em um processo de revisão da medicina medicamentosa junto com as diversas demandas pela democratização do país. Compreende-se o movimento de reforma sanitária como um “movimento ideológico com uma prática política (...) constituiu-se a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) num confronto teórico com o movimento preventista liberal de matriz americana (SCOREL, et al 2003)”. O movimento de reforma



sanitária colocou três aspectos importantes para sua construção: um conceito ampliado e abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e o terceiro aspecto a constituição de um Sistema Único de Saúde. Aspectos esses que regeram os temas centrais da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que se diferencia das demais por conta de seu caráter democrático, e pelo seu processo de realização anterior por vias das conferências municipais e estaduais.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve como temas centrais a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a formulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, portanto discutiu uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional, sistematizando as propostas do projeto da Reforma Sanitária, onde se elaborou o texto submetido à sensibilização dos constituintes para aprovação.

O Estado democrático de direito foi definido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, sob os fundamentos de soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e pluralismo político, conforme o seu Art. 1º. O Art. 3º afirma que os objetivos fundamentais dessa República, passam a ser o de construir uma sociedade livre, justa e solidária, garantir o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais, promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A Constituição Federal também determina a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, conforme aponta o Art. nº 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.

Entretanto, o texto constitucional não estabelece que esses serviços tenham que ser geridos ou prestados apenas da forma público estatal. Conforme o art. 197 as ações e serviços de saúde podem ser executados diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. O Art. 199 afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e dessa forma abre possibilidade de que esses serviços sejam fornecidos pela rede privada, seja ela com ou sem fins lucrativos. O § 1 do Art. 199 esclarece “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

Ou seja, embora historicamente tanto o setor filantrópico quanto o setor privado já vinham assumindo a prestação de serviço de saúde, a Constituição não consegue romper isso



num sentido mais radical e pelo contrário reforça a presença e preferência pelo setor filantrópico, colocando a participação desses setores como complementares ao SUS. Nesse sentido não foi ampliada a perspectiva de uma política de saúde 100% pública universal, embora a Constituição tenha trago varios avanços. Para Teixeira (1989, p. 50-51), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Sobre a relação público e privada na saúde, em específico na década de 1990 é aprovada uma serie de leis e resoluções a fim de regulamentar e inovar novas formas de gestão e de execução de serviços de saúde de forma “parceira” ao SUS. A Constituição de 1988, em seu artigo 150, inciso IV, alínea c 77, confere às entidades privadas sem fins lucrativos o direito à imunidade tributária. A legislação<sup>1</sup>, ao abrir espaço para a prestação de serviços de saúde pela iniciativa privada, em caso de insuficiência do SUS na cobertura assistencial à população, abre uma lacuna, na qual o mercado, subtrai a titularidade do Estado, que podem ocorrer mediante as “privatizações”, “publicizações” e “tercerizações”. Assim, o que seria um direito universal, torna-se um objeto de exclusão ao ser transfigurado em bem de consumo.

A implementação do SUS, a partir do início da década de 1990, deu-se em um contexto de crise econômica (do capital), de reformas e ajustes estruturais impostos pelas políticas de estabilização econômica, ou seja, num contexto de ofensiva neoliberal que teve rebatimentos em todas as esferas de organização social, inclusive na saúde. Conforme Resende (2012), em pleno desenvolvimento da política neoliberal na década de 1990, o Estado Brasileiro passou por essa profunda reforma, destinada a reformar em especial o âmbito administrativo, representado pela Administração Pública em sentido amplo, abarcando os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e todos aqueles que exerciam a função administrativa.

Bravo (2008, p. 01) analisa a Política de Saúde na década de 1990 e afirma existir uma tensão entre dois projetos que estão em disputa, o projeto de Reforma Sanitária (de

---

<sup>1</sup> Faz referência à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.



Saúde) e o projeto privatista e afirma que “Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes” (Bravo, 2008, p. 13). A Constituição trouxe grandes avanços, porém, não foi suficiente para acabar com a correlação de forças conservadoras e progressistas, que estava alinhado com o fenômeno internacional da crise do *Welfare State* e atrelado a um período de inflação, estagnação e recessão econômica mundial. Para as autoras, os debates das políticas sociais e sua universalidade, de forma geral, passaram a “se concentrar na definição de como se fará o enfrentamento das questões: se pelo Estado ou se pelo mercado” (MACÊDO E FERREIRA, 2009, p.21).

Ao analisar a reforma do aparelho do Estado proposta pelo governo, Costa (1998, p. 03) aponta principalmente dois aspectos da reforma, a perspectiva da crise capitalista (se existe ou não) e a direção social do plano de reforma. Para a autora o Estado Brasileiro passou por uma crise financeira na década de 1990 que se propagou devido à crise do petróleo (1970), a crise mexicana (1990), mas de forma geral, devido ao modelo de crescimento econômico e a internacionalização do capital. O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado apresenta a ideia de “crise do Estado” (BRASIL, p. 09) e “usa do argumento de excesso de Estado na esfera produtiva para justificar a deterioração dos serviços públicos” (COSTA, 1998, p. 07). De acordo com o Plano Diretor, o escopo da reforma é a transformação do modelo burocrático e “ineficiente” de administrar em um Estado voltado ao progresso. A redefinição do papel do Estado, pregava que ele deveria deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, 1998, p. 09).

Para Costa (1998, p.08), houve uma despolitização da crise do Estado, o que se caracteriza na medida em que as reformas foram colocadas enquanto questões técnicas, excluindo assim o debate das classes sociais. A autora também afirma que a partir dos princípios das propostas de reforma, colocados pelo governo, é possível observar uma lógica privatizante, pois, “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado”.

## **II. REFLEXÃO SOBRE O SETOR FILANTRÓPICO A PARTIR DA ÓTICA DA IDEOLOGIA DO TERCEIRO SETOR E SEU MARCO REGULATÓRIO**

Conforme o censo do IBGE de 2010, existiam oficialmente no Brasil, 556,8 mil Entidades Sem Fins Lucrativos, do total de 5,6 milhões de entidades públicas e privadas, lucrativas e não lucrativas, que compunham o Cadastro Central de Empresas - CEMPRE, do IBGE (2010). Isso revela que dentre o número geral de estabelecimentos de saúde em todo o



Brasil, 9,9% representam, de forma geral, a atuação da modalidade do terceiro setor, que coexistindo com os dois setores tradicionais: o primeiro setor corresponde às ações e serviços estatais ou de administração direta do Estado e o segundo setor, correspondente ao capital privado, revertida em benefício próprio, o lucro. Conforme o Conselho Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, existem atualmente 281.253 estabelecimentos de saúde em todo Brasil, que estão divididas em administração direta da saúde, administração direta de outros órgãos e administração indireta – autarquias, fundação pública, empresa pública, organização social pública, empresa privada, fundação privada, cooperativa, serviço social autônomo, entidade beneficente sem fins lucrativos, economia mista e sindicato.

A exemplo dessa situação, a região sul do Brasil possui, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), 1041 hospitais entre públicos, privados e filantrópicos. Se dividem entre hospitais gerais, hospitais especializados, unidades mistas (com funcionamento 24 horas), prontos socorros gerais e prontos socorros especializados. Sobre o total do número de hospitais de toda a região são filantrópicos 542. O Paraná possui 462 hospitais e 135 (29,22%) são filantrópicos. Santa Catarina possui 226 hospitais e 141 (62,38%) são filantrópicos e o Rio Grande do Sul possui 353 e 266 (75,35%) são filantrópicos.

Com tamanha expressividade alguns autores referem-se ao setor filantrópico como pertencente ao dado terceiro setor. Assim, ao utilizar a expressão terceiro setor é possível presumir que exista um primeiro e um segundo setor. E assim o primeiro setor é caracterizado por Souza (2012, p.), como o Estado Nacional. O segundo setor é representado pelas iniciativas privadas, que seguem na lógica do lucro, responsável pelas questões individuais e o terceiro setor “refere-se à lógica dos movimentos sociais ligados a iniciativa privada” (SOUZA, 2012, p. 05). Ou seja, é constituído por organizações sem fins lucrativos e não governamentais, de natureza privada que tem como objetivo gerar serviços de caráter público. Na Europa Continental houve o predomínio da expressão "organizações não-governamentais" (ONGs), que se originou das Nações Unidas, já na América Latina e, especificadamente, no Brasil, era mais abrangente falar de "sociedade civil", que poderia ser ou não organizada.

O "terceiro setor" é composto de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, num âmbito não-governamental, dando continuidade às práticas tradicionais da caridade, da filantropia e do mecenato e expandindo o seu sentido para outros domínios, graças, sobretudo, à incorporação do conceito) de cidadania e de suas múltiplas manifestações na sociedade civil (FERNANDES, 1995 e 1996, apud FERNANDES, 1997).

Em linhas gerais, o terceiro setor é o espaço ocupado especialmente pelo conjunto de entidades privadas sem fins lucrativos que realizam atividades complementares às públicas. Souza (2012, p.03), afirma que o termo terceiro setor pode ser considerado “um segmento, uma instituição social onde o conjunto de ações emanadas de fundações, instituições ou



Organizações Não Governamentais (ONG) ligadas à esfera privada” e dessa forma atua de forma a atender as demandas ou problemas cuja origem encontra-se nas contradições da sociedade capitalista e, principalmente, na luta de classes entre a classe burguesa e a classe proletária. Montaño (2014) realiza uma problematização crítica sobre a constituição da funcionalidade ideológica e dos projetos do “terceiro setor”. Ele realiza uma analogia do terceiro setor com a mitologia grega das sereias, afirmando que conforme o mito, as sereias tinham um canto tão doce, belo e mágico, que encantavam os marinheiros que as ouviam, seduzindo-os e levando-os para o naufrágio e a morte certa. Para o autor as palavras e projetos do terceiro setor seduzem e atraem os marinheiros de hoje se valendo de valores e palavras como economia solidária, empoderamento, responsabilidade social empresarial, projetos de combate à pobreza (extrema), políticas de geração de emprego e renda.

Dentro desta ótica, a linguagem teria uma função ideologia, pois, para Montaño (2014, p. 27) esse novo linguajar reflete uma “linguagem de esquerda e o projeto de direita”. Isso ocorre intensamente na década de 1990 com a (contra) reforma do Estado, na qual a classe dominante necessitava camuflar o verdadeiro conteúdo regressivo de retrocesso dos direitos sociais e trabalhistas e demais reformas e atuaram para mostrar a realidade como sinônimo de melhoramentos, modernização e entre outros (MONTAÑO, 2014, p. 28).

[...] as ONGs utilizam [e divulgam] a linguagem da Esquerda: ‘poder popular’, ‘delegação de poderes’, ‘igualdade de gênero’, ‘desenvolvimento de base’ etc. O problema é que essa linguagem está ligada à *estrutura de colaboração* com os doadores e órgãos governamentais que subordinam a atividade prática às políticas de não enfrentamento (PETRAS, 1999, p. 48, apud MONTAÑO, 2014, p. 28).

A partir dessa afirmação, o autor analisa que a classe dominante se apropriou da linguagem de esquerda e de suas bandeiras históricas, entretanto com um discurso vazio e despolitizado, que não reconhece as contradições sociais advindas da estrutura econômica, não trabalha com a ideia de luta de classes e dessa forma oculta o conflito existente entre as classes e articula os diversos subprojetos do “terceiro setor” à ideologia de auto-responsabilização dos indivíduos e desresponsabilização do Estado, cujo objetivo é desonerar o capital. O autor afirma que as políticas sociais e serviços sociais são de certa forma privatizados, pois, são transferidos ao mercado e/ou a sociedade civil, ou ainda, ao “terceiro setor”. As políticas estatais passam a ser focalizadas, descentralizadas administrativamente, numa desconcentração financeira e executiva, mantendo uma centralização normativa e política (MONTAÑO, 2001, p. 03).

Assim é possível perceber o papel ideológico do terceiro setor que faz parte de um projeto maior, um projeto neoliberal, que como o próprio nome sugere, é um novo liberalismo, que pode ser compreendido enquanto um conjunto de idéias políticas e econômicas que defendem a participação mínima do Estado na prestação e gestão dos serviços público. Mais



do que isso, em última instância representa um projeto societário, na qual o Estado é mínimo para a instância social e máximo para o capital.

Sobre as formas de contratação o ente político pode se valer de algumas formas jurídicas para se relacionar com as entidades do terceiro setor, dependendo de cada caso concreto. Pode ocorrer através de licitação, todavia, a própria legislação prevê hipóteses em que ela pode ser dispensada, mediante o cumprimento dos respectivos requisitos para isso. Ou pode ocorrer ainda mediante convênios, ou seja, o ente político utilizar-se da realização de convênios, que atraem a formalização de instrumentos jurídicos de concessão para que a entidade utilize imóveis, móveis, equipamentos, veículos e pessoal (servidos públicos) etc., para cumprir a missão de gerenciamento para a qual foi convocada (TEIXEIRA, 2010, p. 03).

As entidades poderão ainda buscar outros registros junto ao Poder Público, que por sua vez são facultativos, tais quais os Títulos, Certificados ou Qualificações. Cada título, certificado e/ou qualificação possui uma legislação específica, que deverá ser respeitado e devidamente cumprido pela entidade que tem interesse em obtê-lo (SILVA, et al, 2011, p. 14-15). Os títulos, certificados e/ou qualificações podem ser obtidos nas esferas federal, estadual e municipal. No âmbito federal, as entidades podem obter os seguintes: (a) Título de Utilidade Pública Federal (TUPF); (b) Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS); (c) Qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e; (d) Qualificação como Organização Social (OS).

Conforme a legislação<sup>2</sup>, para obter o Título de (Utilidade Pública Federal TUPF), a entidade deverá possuir enquanto finalidade o desenvolvimento de uma das seguintes atividades: promover a educação ou exercer atividades de pesquisas científicas, de cultura, inclusive artística, ou filantrópicas. As vantagens conforme Silva (et al, 2011) são: “(a) oferecer dedutibilidade do Imposto de Renda das pessoas jurídicas; (b) receber subvenções, auxílios e doações; (c) realizar sorteios, desde que autorizados pelo Ministério da Justiça”.

Conforme a legislação<sup>3</sup>, para obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS) a entidade deve cumprir os requisitos estabelecidos na legislação na qual repercute o estatuto social, nas práticas de gestão e na maneira pela qual a entidade desenvolve suas atividades.

#### **IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de um difícil cenário do contexto econômico e político brasileiro, de avanço reacionário e conservador, nos vemos diante de uma hegemonia do projeto societário

---

<sup>2</sup> Legal: Lei nº 91/35; Decreto nº 50.517/61 e Decreto nº 3.415/00.

<sup>3</sup> Lei nº 12.101, de 17 de novembro de 2009 (atualizada pela Lei 12.868, de 15 de outubro de 2013 e regulada pelo decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014).





ultraliberal que vem elaborando ataques constantes aos direitos sociais e as políticas sociais de forma geral, mas em específico a política de saúde. Assim, diversas contrarreformas vem impedindo ao longo de quase 30 anos que conquistássemos um Sistema Único de Saúde como foi defendido pela reforma sanitária e parcialmente aprovado na Constituição de 1988, ou seja, uma política de saúde 100% universal, pública estatal e gratuita. Nesse sentido se faz necessário a luta social e o embate político e teórico de uma perspectiva radical de defesa de uma saúde universal, 100% pública estatal, de qualidade e gratuita.

A constituição não consegue romper com a prestação de serviços pelo setor privado de saúde e nem tão pouco com a setor filantrópico. Pelo contrário, observa-se, pelo exposto sucintamente no artigo, que há um contínuo esforço em se ampliar a participação do setor filantrópico na prestação de serviços de saúde no Brasil. Esse setor que se faz presente historicamente e que não surgiu pós Constituição de 1988, já se existia em funcionamento antes do marco regulatório da década de 1990, mas após esse período tivemos uma abertura e em breve análise é possível perceber uma tendência do Estado a expandir, regular e incentivar a participação do setor filantrópico na saúde (de forma geral em todas as políticas públicas) e nesse sentido Montañó nos ajuda a repensar a inserção desse setor de forma mais crítica, enaltecendo então o papel ideológico do dado terceiro setor.

## REFERÊNCIAS

- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Democracia é saúde**. Anais da 8ª conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- \_\_\_\_\_. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado Organizações sociais.** / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado.v2)
- BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil**. Capacitação para conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro, UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2163>>. Acesso em: 23 de jun. 2016.
- CANABRAVA, Claudia Marques et al. **Sistema Único de Saúde e o terceiro setor**: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.1, pp. 115-126. ISSN 1678-4464.
- CNES DATASUS. **Consultas Naturezas**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Natureza.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp)>. Acesso em: 24 dez. 2016.
- COSTA, Lúcia Cortes da. **O Estado brasileiro em discussão**: análise do plano diretor da reforma do aparelho do Estado governo FHC/1996. *Revista de História Regional* Vol. 3, nº 1,



1998. Disponível em: < [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=15298](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailheObraForm.do?select_action=&co_obra=15298) >. Acesso em: 29 jul. 2016.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio. **As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.).** Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.59-81. 2005.

IBGE. **Fundações Privadas e Associações Sem Fins Lucrativos.** Disponível em:< <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=p&o=7&i=P&c=3510>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

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

MONTAÑO. Carlos E. **O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”.** Lutas Sociais (PUCSP), PUC - São Paulo, v. 8, p. 53-64, 2001.

\_\_\_\_\_. **O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”.** 432 p. 1. Ed, – São Paulo : Cortez, 2014.

RESENDE, Helena Vasconcelos de Lara. **Análise da Lei nº 9.637/98 Organizações Sociais: forma de qualificação e execução de serviços públicos com dispensa de licitação.** 2012. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS. Brasília 2012.

SILVA, C., RESENDE, T., MUNIZ, R., CKAGNAZAROFF, I. **Formas Jurídicas no Terceiro Setor Brasileiro: Estatuto Legal, Evidências Empíricas e Formalismo.** Cadernos Gestão Pública e Cidadania, América do Norte, 16, jul. 2011. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/3563/2248>>. Acesso em: 03 de abril de 2017.

SOUZA, Luciana Virgília Amorim de. **Terceiro setor: vilão ou aliado?.** Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 18 out. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.40082&seo=1>>. Acesso em: 03 set. 2016.

TEIXEIRA, Josenir. **O terceiro setor e a gestão da saúde pública.** 2010. OAB São Paulo. Disponível em <<http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/direito-terceiro-setor/artigos/o-terceiro-setor-e-a-gestao-da-saude-publica-dr.-josenir-teixeira>>. Acesso em: 15 de dez. de 2016.