

TERCEIRO SETOR E A GESTÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

THIRD SECTOR AND PUBLIC HEALTH SERVICE MANAGEMENT IN BRAZIL

Margaret da Silva Peres Nunes¹

Gustavo Menon²

Resumo O artigo analisa as relações das entidades que compõem o chamado terceiro setor na área da saúde pública no Brasil. Para tanto, refaz por meio de fontes secundárias o percurso histórico da saúde pública

Abstract: The article analyzes the relationships of the entities that make up the so-called third sector in the area of public health in Brazil. In order to do so, it retraces, through secondary sources, the historical

¹ Doutoranda em Direito pelo Centro Universitário do Distrito Federal - UDF. Mestre em Direito (2023) pela Universidade Católica de Brasília - UCB. Especialista em Direito Constitucional Processual (2002) e Graduada em Direito (1993) pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS. Atualmente sou sócia proprietária da CM NUNES Advocacia e Consultoria Jurídica. No UDF coordeno desde 2024 a Graduação em Direito, sou membro suplente no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - CONSEPE, como Coordenadora Representante dos Cursos de Graduação, e leciono as disciplinas de direito civil e direito processual civil. Lecionei na Universidade Paulista/Santos (2005/2006); no Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília - IESB (2007/2024) e na Universidade Católica de Brasília - UCB (2020/2024). Sou advogada desde abril/1994, ininterruptamente, e neste período tive oportunidade de exercer o cargo de Procuradora Chefe da Procuradoria Federal sediada na Escola Nacional de Administração Pública - ENAP (2007/2010) e chefei a Assessoria Jurídico Legislativa da Secretaria de Educação do Distrito Federal (2011). Tenho experiência na área de Direito, com ênfase em gestão acadêmica, docência superior e advocacia.

² Realizou pós-doutorado em Direitos Humanos pela Universidade de Salamanca (USAL), na Espanha. É doutor em Ciências Sociais e Humanidades (Interdisciplinar) pelo Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da Universidade de São Paulo (PROLAM/USP). Possui graduação e mestrado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), além de estudos em cultura e língua espanhola na Universidade de Salamanca. Atua como pesquisador nas áreas de Teoria Geral do Estado, América Latina, Relações Internacionais, Meio Ambiente e Movimentos Sociais Andinos-Amazônicos. Foi professor substituto na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP (EACH/USP), no curso de Gestão de Políticas Públicas, e atualmente é docente credenciado no Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da USP (PROLAM-USP). Foi docente no Centro Universitário SENAC Santo Amaro, atuando no eixo formativo de Direitos Humanos, e lecionou História Contemporânea, Sociologia e História da América no curso de História do Centro Universitário Sumaré (2014-2019). Possui sólidos conhecimentos em ciência política, relações internacionais, sociologia, antropologia, filosofia, cultura material, administração pública e temas relativos ao subcontinente sul-americano. Atuou como membro do Núcleo de Pesquisas Tecnológicas da PUC-SP (NPT/PUC-SP), na Faculdade de Ciências Exatas e Tecnologia (2009-2014), e integra o Núcleo de Estudos de Ideologias e Lutas Sociais (NEILS), desenvolvendo pesquisas sobre Movimentos Antissistêmicos na América Latina Contemporânea. Em 2018, foi pesquisador da Cátedra José Bonifácio, no Centro Ibero-Americano da USP (CIBA-USP), vinculado à pesquisa "Cidadania, Liderança e Democracia na América Latina", coordenada pela cientista política e ex-presidente da Costa Rica (2010-2014), Laura Chinchilla. Atualmente, é pesquisador do Grupo de Trabalho "China y el Mapa del Poder Mundial" do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO) para o triênio 2022-2025, e diretor do Programa de Mestrado em Ciências Jurídicas na America Global Tech University (Flórida, EUA). Também é docente nos cursos de Direito na Faculdade Líber, em Porangatu-GO, e na Uninassau - DF. É professor no Programa de Pós-Graduação em Direito (PPG-DIR) e foi entre 2023 e 2025 coordenador do curso de graduação em Relações Internacionais da Universidade Católica de Brasília (UCB).

brasileira desde a colonização, passando por suas principais fases políticas do período imperial e republicano. Demonstra as causas e movimentos para a criação do SUS e a previsão da saúde pública como direito fundamental explícito na Constituição de 1988. Analisa as principais leis que regem o tema do terceiro setor, informando quando esse instituto aparece no Ocidente e como é introduzido no Brasil, explicando o seu conceito e os principais instrumentos jurídicos e cláusulas contratuais que respaldam as parcerias entre a administração pública e as entidades do terceiro setor. Finaliza com o reconhecimento da necessidade de o sistema público de saúde do país ser aprimorado com uma rede suplementar de entidades do terceiro setor. Isso, no entanto, não poderá substituir as ações e políticas públicas da saúde em poder do Estado, sob pena do enriquecimento dos investimentos públicos em saúde e ampliação do repasse de recursos do orçamento público ao terceiro setor, com riscos de uma possível privatização da saúde pública.

Palavras-chaves: Terceiro setor. Saúde. Direito fundamental. Privatização. SUS.

course of Brazilian public health since the discovery, passing through its main political phases of the imperial and republican period. It demonstrates the causes and movements for the creation of the SUS and the provision of public health as an explicit fundamental right in the 1988 Constitution. in Brazil, explaining its concept and the main legal instruments and contractual clauses that support partnerships between the public administration and third-party entities. It ends with the recognition of the need for the country's public health system to be improved with a supplementary network of third sector entities. This, however, cannot replace public health actions and policies held by the State, under penalty of enrichment of public investments in health and expansion of the transfer of resources from the public budget to the third sector, with risks of a possible privatization of health. Public health.

Keywords: Third sector. Health. Fundamental right. Privatization. SUS.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem a finalidade de apresentar dados referentes ao sistema de saúde público brasileiro e os modelos de sua gestão. Primeiramente, deve-se ressaltar que, no Brasil, o art. 196 da Constituição Federal estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Assim, em uma primeira leitura do dispositivo, pode-se concluir que somente o Poder Público deve gerir e fornecer à população os serviços que estão atrelados à saúde.

Como se sabe, não é assim, pois, mesmo antes da Constituição vigente, era lícita a prestação de serviços de saúde particular. O atual texto da magna carta, no art. 197, ratifica essa tradição ao prever que tais serviços poderão ser executados pela iniciativa privada.

Embora o sistema jurídico reconheça a relevância do atendimento à saúde e estabeleça as formas básicas de provimento dos serviços a ele atrelados, o fato notório é que, no país, os números e estatísticas demonstram um verdadeiro caos no sistema de saúde público.

Essa situação, que há muito tempo já era preocupante, agravou-se com a pandemia de Covid 19 a que foi submetida a população do planeta. No caso brasileiro, fatores políticos, tais como a lentidão do Governo Federal em adquirir vacinas, a divulgação de *fake news* sobre a severidade da pandemia, a recomendação por parte de autoridades para o uso de medicamentos sem eficácia comprovada e outros tantos episódios incompreensíveis, acarretaram um saldo dramático de, até outubro de 2022, quase setecentos mil mortos pela doença e mais de trinta e quatro milhões de infectados.

É evidente que, depois da pandemia, os problemas relacionados à eficiência da gestão da saúde pública no Brasil tendem fortemente ao agravamento, de modo que, se não forem adotadas providências certas, podem gerar números mais assustadores de mortes por falta de prestação do serviço do que os da pandemia.

Daí por que, este artigo pretende investigar as raízes da crise dos sistema público de saúde brasileiro e levantar os modelos de gestão nessa área, a fim de questionar se, realmente, as iniciativas adotadas estão em conformidade com o sistema legal e se trouxeram resultados satisfatórios.

Para tanto, primeiramente, se faz necessário um breve histórico em torno do conceito de Estado, uma vez que essa historicidade é essencial para se compreender as razões de o Poder Público assumir o encargo de gerir e prestar serviços de saúde para população, aqui no Brasil e em outros países que utilizam sistemas de atendimento semelhante.

Na sequência, é fundamental demonstrar um diagnóstico da situação da saúde pública no país e seus modos de financiamento público. Cumprida essa etapa preliminar, será feita uma análise comparativa da gestão dos serviços diretamente pelo Estado e os modelos de transferência da gestão e execução dos serviços às entidades do terceiro setor.

Com isso, o artigo levanta a hipótese de saber se o terceiro setor pode contribuir para a eficiência da gestão da saúde pública ou se, ao contrário, poderá acarretar outros riscos, especialmente falhas na execução dos serviços e gastos de recursos públicos impropriamente.

O método empregado para elaboração do presente artigo é o conhecido hipotético-dedutivo, na medida em que identifica um problema, levanta suas hipóteses decorrentes e as testa mediante o confronto de dois direitos de índole constitucional, o direito fundamental à saúde e a eficiência de sua gestão.

Para tanto, serão examinados, parte a literatura de ciência política sobre a compreensão do conceito de Estado, suas classificações, tipos e outros desdobramentos; a revisão da legislação pertinente e a análise do sistema de terceiro setor e as formas de sua contratação.

A expectativa é contribuir para um rico debate que surgiu no século XX, em meados dos anos noventa e que, até o presente, desafia a teoria política e jurídica, especialmente no campo do que se convencionou chamar de eficiência da gestão pública.

1. A HISTORICIDADE DO CONCEITO DE ESTADO

A palavra *estado* tem origem latina e deriva do termo *status* que em português significa “estar firme”. No sentido em que empregamos neste texto, ou seja, um conceito específico, até certo ponto, jurídico para a expressão Estado, faz-se necessário analisar não exatamente sua semântica, mas as suas raízes históricas, as quais encontram eco na literatura política clássica.

Assim, na Teoria Geral do Estado, os autores costumam afirmar que a ideia de Estado como sociedade organizada politicamente surgiu no século XVI, com a conhecida obra *O Príncipe*, de Maquiavel, em 1513.³ No entanto, as diversas teorias para explicar o fenômeno da convivência política em determinado território, podem ser reduzidas a três, como propõe Dalmo Dallari.

³ DALLARI, Dalmo de Abreu. Elementos de teoria geral do Estado. 24ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 51.
ISSN 1980 - 8860

A primeira considera que sempre existir a figura do Estado, pois “desde que homem vive sobre a Terra acha-se integrado numa organização social, dotada de poder e com autoridade para determinar o comportamento de todo o grupo”.⁴

Uma outra corrente, composta pela maioria, sustenta que as sociedades humanas, primitivamente, existiram sem Estado, depois por diversos motivos, foram se organizando politicamente em diferentes lugares, conforme necessidades igualmente diferentes.

Já uma terceira teoria é a que parte de um argumento formal e menos empírico para estabelecer que Estado depende de um conceito abstrato, qual seja, soberania. E isso somente foi possível com a celebração do Tratado de Paz de Westfália, em 1648. Assim, para essa teoria, não basta a existência de um território ocupado por agrupamento humano para se caracterizar estado de um ponto de vista formal. Daí por que, antes de Westfália, fala-se em um conceito de Estado Antigo e depois dos tratados, inicia a fase do chamado Estado Moderno.

Para o desenvolvimento dos assuntos tratados neste artigo, importa desdobrar o conceito dessa última forma de estado.

Conforme mencionado o Estado Moderno foi considerado como tal depois que os países reconheceram o conceito de soberania, por ocasião dos acordos internacionais que resultaram no Tratado de Paz de Westfália, em 1648.⁵

É no âmbito do Estado Moderno que a máquina burocrática do estado cresce, na medida em que as atuações e manifestações estatais são praticadas mediante a ideia de segurança, garantia ou de oficialidade, dando margem ao que Max Weber cunhou de “racionalidade do Estado”. O Estado “racional” abriga a noção de burocracia oficial e, obviamente, por esse motivo, demandará mais despesas de manutenção de sua estrutura. Para

⁴ Idem, p. 52.

⁵ “Os senhores feudais, por seu lado, já não toleravam as exigências de monarcas aventureiros e de circunstância, que impunham uma tributação indiscriminada e mantinham um estado de guerra constante, que só causavam prejuízo à vida econômica e social. Isso tudo foi despertando a consciência para a busca da unidade, que afinal se concretizaria com a afirmação de um poder soberano, no sentido de supremo, reconhecido como o mais alto de todos dentro de uma precisa delimitação territorial. Os tratados de paz de Westfália tiveram o caráter de documentação da existência de um novo tipo de Estado, com característica básica de unidade territorial dotada de um poder soberano. Era já o *Estado Moderno*, cujas marcas fundamentais, desenvolvidas espontaneamente, foram-se tornando mais nítidas com o passar do tempo e à medida que, claramente apontadas pelos teóricos, tiveram sua definição e preservação convertidas em objetivos do próprio Estado” (DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do estado*. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 70-71).

ISSN 1980 - 8860

Max Weber, o Estado racional é “o único em que pode florescer o capitalismo moderno. Este descansa sobre um funcionalismo especializado e um direito racional”.⁶

O Estado racional, que se estabeleceu no Ocidente, a partir do século XI, permitiu a consolidação do capitalismo como sistema de produção e, assim, trouxe a necessidade de o Poder Público criar instrumentos de defesa deste sistema. Segundo Weber, a racionalização do estado não ocorreu planetariamente, tanto assim que no Oriente, mais propriamente na China, o estado não conseguiu se racionalizar, apesar da criação de um funcionalismo público especializado, o qual, ao contrário do que ocorreu no Ocidente, sustentava-se na figura do mandarim, espécie de literato que tendia a resolver questões administrativas de Estado com o conhecimento profundo de literatura e poesia.⁷

Por intermédio do Estado racional buscou oferecer respostas às necessidades do sistema de produção capitalista, que necessitava de regras claras para se afirmar como meio seguro de proteger a propriedade e a liberdade, como valores arraigados do jusnaturalismo. A burocracia estatal, dividida em funções (legislativa, de execução e de julgamento das leis), é servil à assecuração daqueles valores e cria instrumentos jurídicos de sua proteção, não sendo por acaso, em uma época, na qual a noção de direitos fundamentais previstos em Constituições não era ainda uma realidade.

Com a consolidação do capitalismo, verificou-se a necessária elaboração de normas claras que pudessem assegurar a viabilidade do sistema de produção. É evidente que a aplicação das regras haveria de passar pela administração burocrática de sua efetividade, o que teria que se dar pela atuação dos Poderes Executivo e Judiciário. A estrutura burocrática que se ergueu no Estado, aliada às exigências do sistema produtivo, deu margem à formação da processualização do poder sob o enfoque do interesse público, e não apenas da solução da controvérsia privada. Por conseguinte, o

⁶ WEBER, Max. *Economia e sociedade*. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Editora UNB, 2004, v. II, p. 518.

⁷ WEBER, Max. *Economia e sociedade*, p. 517.
ISSN 1980 - 8860



exercício do poder passou a se estabelecer por intermédio de procedimentos burocráticos que vão desde a elaboração das leis até a sua aplicação.⁸

1.1 O financiamento do Estado moderno e suas fases

Vê-se, pois, que em um primeiro momento, o Estado racional e o seu conseqüente, Estado moderno, são formas de organização política para a defesa de interesses liberais econômicos, ou seja, a liberdade e a propriedade. Isso exigiu a instituição de meios jurídicos formais de defesa desses valores, fazendo surgir, obviamente, a necessidade do seu financiamento em paradigmas diversos. Se antes a cobrança de tributos para financiamento da burocracia estatal se resumia à produção, outras formas de cobrança passaram a ser necessárias para a defesa da propriedade e da liberdade por meio do Estado. Apesar de o estudo do financiamento da burocracia estatal pertencer mais exatamente à Ciência das Finanças, não se pode deixar de evidenciar o peso forte exercido pela arrecadação dos tributos no funcionamento da burocracia estatal. Nesse sentido, Alberto Deodato esclarece que “a Ciência das Finanças trata, portanto, da vida do grupo público, da atividade do grupo público para prover às necessidades coletivas, não providas pelo grupo privado”.⁹ A explicação desta assertiva vem do fato de que os tributos serão exigidos em montante que guarde relação com as despesas geradas por tal burocracia.¹⁰

Fixadas essas premissas, é importante destacar que o Estado Moderno passou por fases em que a burocracia caracterizou por ser abstencionista, ou seja, diferentemente do que se encontra na atualidade, em que se verifica a intervenção do Estado para prover necessidades públicas, o Estado moderno foi inicialmente apenas protetor das liberdades individuais e não um provedor de serviços.

Assim, tem-se as fases do Estado moderno chamadas de *Estado de Direito*, *Estado Social* e *Estado Democrático de Direito*, que tiveram como elemento

⁸ “Também historicamente o ‘progresso’ em direção ao Estado burocrático, que sentencia e administra na base de um direito racionalmente estatuído e de regulamentos racionalmente concebidos, encontra-se em conexão muito íntima com o desenvolvimento capitalista moderno”. Cf. WEBER. *Op. cit.*, p. 530.

⁹ DEODATO, Alberto. *Manual de ciência das finanças*. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 1971, p. 7.

¹⁰ Nesse sentido, aludindo a Silvio Santos de Faria, Deodato pontua que as finanças públicas se encarregam de estudar e normatizar a repartição dos encargos públicos, a redistribuição da renda nacional e a compulsoriedade de arrecadação de receitas (DEODATO. *Op. cit.*, p. 4).

ISSN 1980 - 8860

de identificação central a intervenção ou abstenção do Estado na oferta de bens sociais. Tanto o *Estado Social* quanto o *Estado Democrático de Direito* se comprometem a entregar benefícios à sociedade que demandam custos financeiros elevados. Isso leva a uma certa crítica injusta de que com os Estado Social houve uma maior pressão fiscal sobre a produção, mas isso se deve, claramente, ao aumento da despesa para o financiamento de direitos que se tornaram fundamentais, até como uma estratégia de manutenção do sistema de produção capitalista.¹¹ Trata-se de um paradoxo, pois, ao mesmo tempo que o capitalismo necessita da defesa da liberdade e da propriedade, bem como do maior número possível de consumidores, o financiamento dessas bases depende da transferência de recursos do setor privado para a sociedade, o que se faz por meio de tributos, elevando-se, dessa maneira, a carga de tributação.

Ricardo Lobo Torres enfatiza que o estado fiscal (a primeira face financeira do estado moderno) pode ser distinguido pelas locuções *estado patrimonial*, *estado fiscal* e *estado socialista*.¹² Em resumo, a primeira modalidade caracteriza-se pela confusão conceitual da propriedade pública com o domínio dos bens privados. Entre os séculos XVI e XVIII não havia como separar facilmente a riqueza do Príncipe do patrimônio privado, de modo que os tributos exerciam uma função supérflua no financiamento das despesas do Estado, eis que as terras eram do Imperador, que cobra pelo seu uso e exploração (o que, de certa forma, não deixa de ser um tributo sobre a produção).

No entanto, somente com a Revolução Francesa, de 1789, teve início a fase do estado fiscal, marcado pela distinção entre a coisa pública e a particular, abrindo margens ao sistema de cobrança de tributos como se tem até hoje. Em seguida, adveio o estado social fiscal, o qual se distinguiu em razão da extrafiscalidade. A receita tributária era utilizada, além de manter a burocracia estatal, para a intervenção no domínio econômico, especialmente a fim de atender às demandas sociais, tais como

¹¹ “O objetivo do tributo sempre foi o de carrear recursos financeiros para o Estado. No mundo moderno, todavia, o tributo é largamente utilizado com o objetivo de interferir na economia privada, estimulando atividades, setores econômicos ou regiões, desestimulando o consumo de certos bens e produzindo, finalmente, os efeitos mais diversos na economia” (MACHADO, Hugo de Brito. *Curso de direito tributário*. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2011, p. 68).

¹² TORRES, Ricardo Lobo. *Curso de direito financeiro e tributário*. 6. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, p. 6-8. ISSN 1980 - 8860

saúde, educação, previdência entre outras. Por fim, tem-se os estados socialistas que dominavam os meios de produção e, portanto, dispensavam a exigência de tributos para o seu financiamento.¹³

José Casalta Nabais afirma que o estado moderno não necessitou – e nem necessita – ser financiado unicamente pela receita derivada dos tributos, mas, ao menos na atualidade, estes casos não são comuns. O estado patrimonial da Idade Média ou os estados socialistas do século XX são exemplos de que nem sempre a exigência de tributos sustenta a estrutura do estado. Existem exemplos mais atuais, como os Estados que se mantêm em virtude de riquezas naturais abundantes, tais como petróleo, gás natural, ouro etc. Há também os países que obtêm receitas da concessão de jogos, como nos casos de Macau e Mônaco.¹⁴

Feita esta observação, com relação ao financiamento da burocracia estatal pelos tributos, o ponto deve ser analisado à luz de fundamentos da teoria econômica. Isso porque a intervenção do Estado no mercado necessita da arrecadação de tributos para a manutenção das funções burocráticas estatais, ainda que tal atuação não signifique propriamente a prestação direta de serviços ou políticas públicas, mas, antes disso, a simples proteção ao mercado.

1.2 O financiamento da saúde pública no Brasil

Visto como o Estado se mantém, há que se delimitar como há o financiamento da saúde pública no Brasil. De acordo com o art. 6º da Constituição da

¹³ “O Estado Patrimonial, que surge com a necessidade de uma organização estatal para fazer a guerra, agasalha diferentes realidades sociais – políticas, econômicas, religiosas etc. Mas a sua dimensão principal – que lhe marca o próprio nome – consiste em se basear no patrimonialismo financeiro, ou seja, em viver fundamentalmente das rendas patrimoniais ou domaniais do príncipe, só secundariamente se apoiando na receita extrapatrimonial de tributos [...] O que caracteriza o surgimento do Estado Fiscal, como específica figuração do Estado de Direito, é o novo perfil da receita pública, que passou a se fundar nos empréstimos, autorizados e garantidos pelo legislativo, e principalmente nos tributos – ingressos derivados do trabalho e do patrimônio do contribuinte – ao revés de se apoiar nos ingressos originários do patrimônio do príncipe [...] O Estado Social Fiscal corresponde ao aspecto financeiro do Estado Social de Direito, que floresce no Ocidente na segunda metade do sec. XX. Deixa o Estado de ser mero garantidor das liberdades individuais e passa à intervenção moderada na ordem econômica e social [...] O Estado Socialista é o neopatrimonialista. Vive precipuamente do rendimento das empresas estatais, representando o imposto papel subalterno e desimportante”. Cf. TORRES. Ricardo Lobo. *Curso de direito financeiro e tributário*, p. 7).

¹⁴ NABAIS, José Casalta. *O dever fundamental de pagar impostos: contributo para a compreensão constitucional do estado fiscal contemporâneo*. Coimbra: Almedina, 2012, p. 193.

ISSN 1980 - 8860

República, saúde é um dos direitos sociais básicos. Mais adiante, o art. 194 estabelece que a seguridade social é 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”. Para o presente texto, importa destacar a saúde como um dos objetos da seguridade social. Esta, por sua vez, será financiada por recursos dos orçamentos de todos os entes federados e pela sociedade por meio de contribuições tributárias específicas (CF, art. 195 e 198, § 1º).

Além disso, o art. 167, IV da Carta Política, excetua a regra geral referente aos impostos para prever que, para a saúde, serão reservados percentuais da receita dos impostos para essa área essencial. O §2º do art. 198 da Constituição define os percentuais de receitas que todos os entes da federação deverão destinar para as diversas ações na área da saúde. Como se vê, para a Constituição da República, a saúde mereceu atenção especial, o que não é de surpreender considerando o perfil da Carta vigente de tentar corrigir, conforme assevera o seu art. 3º, distorções históricas e construir uma sociedade livre, justa e solidária.

Essa percepção ingressa na questão da manutenção de um sistema público de saúde, objeto central deste artigo. Isso porque, de acordo com os pressupostos da utopia econômica liberal, o capitalismo seria capaz de gerar a situação de pleno equilíbrio, de modo que as forças econômicas se ajustariam normalmente, sem a intervenção estatal.¹⁵

Essas forças vão desde a matéria prima para ser transformadas em bens, até os agentes econômicos responsáveis por essa transformação, o empreendedor e o trabalhador. Assim, todo empreendedor deveria poder empreender e obter lucro com sua atividade e todo trabalhador conseguir renda digna para suprir suas necessidades, dentre as quais a saúde. Na economia, essa situação recebe o nome de Teoria do Equilíbrio Geral, desenvolvida no século XIX por Leon Walras, baseada nos conceitos marginalista e de utilidade. Em linhas gerais, tal teoria se fundamenta na seguinte hipótese: abstraídos alguns fatores reais as forças produtivas sempre procurarão,

¹⁵ HUNT, E. K. História do pensamento econômico. Tradução José Ricardo Brandão Azevedo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987, p. 25.
ISSN 1980 - 8860

automaticamente, o equilíbrio de preços, a fim de evitar exclusões de consumidores e perdas de produtividade.¹⁶

Posteriormente, essa teoria foi aperfeiçoada por Vilfredo Pareto e sua teoria de um ponto de equilíbrio ótimo, o que enseja a tese econômica do *Ótimo de Pareto*. Em linhas gerais, Pareto considerou um estado de concorrência perfeita, em que foram considerados diversos fatores reais que influenciam no equilíbrio econômico, tais como quantidade, gostos, mobilidade do mercado produtivo, lucro entre outros. Se tais condições se mantêm constantes, os comportamentos econômicos tendem a ser os mesmos, o que resulta no equilíbrio do mercado.¹⁷ Em outras palavras, o Ótimo de Pareto, é uma situação em que “se obtém o máximo de produção satisfazendo às demandas e às necessidades dos consumidores, a fim de que eles maximizem seu bem-estar”.¹⁸

Assim, na teoria econômica, a situação de equilíbrio pleno pressuporia que os agentes do mercado solucionassem eventuais diferenças por meio dos instrumentos existentes no próprio mercado privado. Conforme Richard Musgrave, “o mecanismo de preço do mercado assegura uma alocação ótima de recursos, desde que sejam satisfeitas certas condições”.¹⁹ Evidentemente, em setores específicos estes ajustes são mais facilmente obtidos pois determinadas variáveis como o capital existente e a oferta de bens podem ser equivalentes. Assim, a vontade do consumidor (entendido como o agente de mercado interessado na aquisição de alguns bens) pode ser satisfeita, pois o tipo de bem a ser adquirido depende tão somente de se pagar o preço estipulado. O agente que oferece o bem aceita a proposta do consumidor e vice-versa. Como se disse, em determinados setores econômicos as trocas são mais facilmente obtidas em razão das características do mercado.

O problema existe quando fatores econômicos não oferecem respostas satisfatórias para a busca do equilíbrio, justificando a oferta de determinados bens pelo poder público. Note-se que se todos os trabalhadores (em certa medida também todos os

¹⁶ WALRAS, Leon. *Compêndio dos elementos de economia política pura*. Tradução João Guilherme Vargas Netto. São Paulo: Nova Cultural, 1988, p. 61.

¹⁷ PARETO, Vilfredo. *Manual de economia política*. Tradução João Guilherme Vargas Netto. São Paulo: Nova Cultural, 1988, p. 83

¹⁸ RIANI, Flavio. *Economia do setor público: uma abordagem introdutória*. São Paulo: Atlas, 1990, p. 17.

¹⁹ MUSGRAVE. *Op. cit.*, p. 27.

ISSN 1980 - 8860



empreendedores) tivessem renda suficiente para suprir suas necessidades, inclusive na área da saúde, o oferecimento deste bem pelo Estado seria dispensável. Mas não é assim, saúde é um bem social caro e necessário para a manutenção das pessoas em situação aceitável para se manterem produtivas. Daí por que é um direito fundamental e que pode ir além da visão econômica, ingressando no rol dos direitos humanos, como garantia de uma existência digna.

Assim, não é o caso de se explorar neste artigo os fatores reais e históricos que levam ao desequilíbrio do mercado, especialmente no Brasil, o que exige a intervenção estatal para a oferta de certos bens sociais, no caso específico, a saúde. Por ora, o que se quis demonstrar é que diante do desequilíbrio econômico e da necessidade de oferecimento de determinado bem, é função do poder público, no âmbito do estado social fiscal, assegurar o recebimento desse bem, o que implica na verificação de suas formas de financiamento.

Fixadas essas premissas, passemos à análise dos meios de gestão do sistema de saúde no Brasil e seus principais problemas.

2. SÍNTESE HISTÓRICA DA GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DO DESCOBRIMENTO AO REGIME MILITAR

São notórias as falhas no atendimento da saúde pública no Brasil. As estatísticas vêm apenas para confirmar o que se lê, ouve e assiste na imprensa. Para essa análise é necessário primeiramente esclarecer que o sistema de saúde pública brasileiro se divide em saúde *pública* e *suplementar*, sendo a primeira modalidade a rede de atendimento disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde – SUS; e a outra, prestada pela iniciativa privada. Para os fins deste artigo, será feito um recorte sobre o SUS.

Se recuarmos à fase do Brasil-colônia, não se pode ignorar a implantação do serviço de saúde no Brasil com a criação dos hospitais das Santas Casas, sendo uma das primeiras, a Santa Casa de Santos – SP, seguida das Santas Casas de São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda.

Apesar dessas iniciativas até o Governo Vargas, o sistema de saúde brasileiro era marcado pela precariedade e incipiência de políticas pública.²⁰ Do descobrimento, passando pela Independência, em 1822, até a Proclamação da República, em 1889, os principais feitos na área da saúde foram, a implantação de estruturas sanitárias visando o combate de doenças pestilentas, a administração da saúde centrada nos municípios e criação das primeiras instituições de controle dos portos e de epidemias.²¹

Até o início da era republicana, os tratamentos de saúde se restringiam à burguesia da época e os que não podiam pagar pelo atendimento “adoeciam e morriam em seus domicílios, em instituições filantrópicas ou simplesmente em via pública, como morrem os animais”.²²

Para se ter uma ideia dessa incipiência, informa Marcus Vinícius Polignano que em 1789, no Rio de Janeiro, havia apenas quatro médicos e em outros estados brasileiros não se encontrava nenhum. Esse quadro, prossegue o autor, contribuiu para a formação de vários boticários (farmacêuticos) que atuavam no lugar dos médicos.²³ Somente com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, é criada a primeira escola de medicina brasileira, o Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador.²⁴

Na Primeira República, os problemas sanitários brasileiros eram alarmantes com a propagação de diversas doenças infecto contagiosas, tais como febre-amarela, varíola e malária, tanto que navios de diversos países com os quais o Brasil mantinha comércio evitavam atracar aqui, como medida profilática à propagação de doenças em seus territórios. Essa situação obrigou o Presidente Rodrigues Alves a nomear Oswaldo Cruz como Diretor do

²⁰ PAIM, Jairnilson; TRAVASSO, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em <chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> Acesso em 09 de novembro de 2022, p. 16.

²¹ PAIM, Jairnilson; TRAVASSO, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em <chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> Acesso em 09 de novembro de 2022, p. 16.

²² BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. In: **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.6, n.11, p.84966-84985, nov.2020, p. 84971.

²³ POLIGNANO. Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros> Acesso em 09 de novembro de 2022, p. 03.

²⁴ POLIGNANO. Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros> Acesso em 09 de novembro de 2022, p. 03.

Departamento Federal de Saúde Pública. Nessa época, estabeleceu-se uma política militarizada de combate às doenças, mediante a criação de um exército de desinfecção, com a queima obrigatória de roupas e colchões, interdição de prédios e remoção de doentes para sanatórios, por exemplo.²⁵ A falta de esclarecimento sobre a necessidade de certas medidas sanitárias provocou medo e revolta na população, que culminou com a conhecida “Revolta da Vacina”, movimento popular contrário à aplicação da vacina contra a varíola, em 1904. Apesar dessas dificuldades, conforme esclarece Vinícius Polignano o modelo conseguiu erradicar certas doenças, como a febre-amarela, por exemplo, levando ao fortalecimento das políticas públicas sanitárias:

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.²⁶

Na era Vargas (1930 – 1945), como se sabe, o país acenou para os movimentos europeus na linha do Estado Social, promotor de serviços públicos e de bens sociais diversos. Nisso se inclui a saúde como política de Estado. Ocorre que o modelo varguista era centralizador e o processo de tomada de decisão se resumia ao âmbito da tecnocracia governista, com quase nenhuma participação da sociedade nas deliberações sobre as prioridades na área da saúde.²⁷ Apesar disso, depois de muitas greves e pressões pelo reconhecimento de direitos trabalhistas, nessa época é criado o Instituto de Aposentadoria e pensões – IAPM, o qual passa a prestar atendimento à saúde para o trabalhador com carteira assinada, que contribuía com base no seu salários, mas os avulsos e desempregados, que não podiam pagar por tratamentos médicos, continuavam desassistidos.²⁸

²⁵ BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. In: **Brazilian Journal. of Development**, Curitiba, v.6, n.11, p.84966-84985, nov.2020, p. 84971.

²⁶ POLIGNANO. Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Disponível em < <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>> Acesso em 09 de novembro de 2022, p. 03.

²⁷ PAIM, Jairnilson; TRAVASSO, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em <[chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf)> Acesso em 09 de novembro de 2022, p. 17.

²⁸ BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. In: **Brazilian Journal. of Development**, Curitiba, v.6, n.11, p.84966-84985, nov.2020, p. 84972.

ISSN 1980 - 8860



Depois do golpe militar de 1964, o sistema de saúde brasileiro passa a apoiar a atuação privada, inclusive com repasses de recursos do orçamento público para reforma e construções de hospitais privados, abrindo margem à expansão dos planos de saúde. Nesse sentido, informam Jairnilson Paim *et al*: “Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados”.²⁹

No governo militar, pode-se dizer que a política de saúde na zona urbana foi praticamente privatizada, com a adoção de medidas fiscais indutoras da assunção da prestação do serviço de saúde para a iniciativa privada; no campo, entretanto, foram implantadas estratégias de atendimento da população com os recursos públicos disponíveis. Assim, pode-se dizer, na linha do que sustenta Carlos Henrique Paiva e Luiz Antonio Teixeira que, na ditadura militar, a saúde ficou reservada à zona rural, inclusive com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – Prorural; a nas cidades, a política se resumiu a um amplo projeto de privatização da saúde, mediante a expansão das empresas de convênio médico.³⁰ Apesar dessa política que se pode considerar elitista em área tão prioritária como é a saúde, a ditadura permitiu a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas e aos trabalhadores autônomos, entre 1972 e 1973.

O regime militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, sob alegação de que o antigo IAPAS, instituído nos governos Vargas, estava insolvente. Ocorre que com a implantação do novo instituto, o modelo de gestão deixou de ser tripartite, ou seja, mediante a participação do Governo, empregadores e empregados, passando para um modelo centralizador, em que somente a administração pública tomaria as decisões. De acordo com Carlos Henrique Paiva e Luiz Antonio Teixeira, o INPS alterou a metodologia de remuneração de fornecedores da rede privada pelo INPS, o que foi “altamente danoso por incentivar a

²⁹ PAIM, Jairnilson; TRAVASSO, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em <chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> Acesso em 09 de novembro de 2022, p. 17

³⁰ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35, p. 18.

ISSN 1980 - 8860



corrupção, ampliar de forma desmesurada procedimentos médicos desnecessários e impedir qualquer planejamento dos serviços a serem priorizados”.³¹

Como se sabe, o regime militar também se caracterizou por uma política econômica que prioriza a concentração de renda, mediante o sucateamento de direitos sociais, o que fazia diminuir a despesa interna. Além disso, a conjuntura econômica internacional era favorável para investimentos externos nos países da América Latina, que abriram suas economias para a expansão da indústria e alguns setores de serviços. Essa política gerou a sensação – falsamente verdadeira – de milagre econômico brasileiro, quando, em verdade, se tratava de uma política econômica concentradora de renda e mutiladora de alguns direitos sociais conquistados. Exemplo disso ocorreu com a saúde, entre 1968 e 1972, o orçamento da saúde caiu de 2,21% para 1,40%; em contrapartida, os Ministérios dos Transportes e Forças Armadas recebiam 12% e 18% de recursos do orçamento da União.³²

Vê-se, portanto, que no período militar, a política de saúde não condizia com uma estratégia governamental inclusiva, de assistência aos desamparados e que, por razões óbvias, mais necessitam de assistência do Estado na garantia de direitos básicos, como é o caso da saúde. Esse quadro será determinante para uma mudança de postura, que permitirá a criação do Sistema Único de Saúde – SUS na Constituição Federal de 1988.

De acordo com Carlos Henrique Paiva e Luiz Antoni Teixeira, os primeiros movimento para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, vieram da Conferência Nacional da Saúde, que ocorre em 1985, em que tinha entre os principais temas “o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor”.³³ Segundo os autores, a Conferência pode ser lida com base em diversas narrativas, uma delas e talvez a mais complexa, sugere que a Conferência foi um movimento político formado por intelectuais que propunham um projeto amplo de reforma

³¹ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35, p. 18.

³² PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35, p. 18.

³³ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35, p. 25.

ISSN 1980 - 8860



sanitária, o qual ia além da simples criação de um sistema único de saúde. Trata-se de uma reforma que atingia até mesmo as bases do sistema de produção capitalista, buscando a construção de uma sociedade que se aproximasse estreitamente a um ideal moral de solidariedade. A saúde pública seria uma das vertentes desse paradigma moral, pois uma sociedade mais igualitária em suas diversas estruturas de funcionalidade poderia resultar em ganhos para saúde de forma direta ou indireta. Políticas públicas nas áreas de segurança alimentar, educação, moradia, infraestrutura urbana adequada, atenção ao pequeno produtor rural dentre outras, desde que conectadas com ações efetivas de oferecimentos desses bens sociais de forma eficiente, produziram resultados relevantes no âmbito da saúde que vão além das ações específicas de atendimento nessa área. A visão da reforma sanitária era revolucionária, pois visava algo além dos próprios fins mais evidentes dos limites semânticos do que se considera saúde, para alcançar uma verdadeira implantação de estado de bem estar social.³⁴

Daí por que, o SUS com instrumento estatal de asseguarção do direito à saúde para todos gratuitamente, seria apenas uma das faces da reforma sanitária, que dependia de políticas sociais anteriores à rede de atendimento propiciada pelo SUS. Seja como for, a reforma possível e que até hoje é desafiadora, pois, recebe críticas, especialmente dos setores liberais da sociedade, teve no SUS um grande avanço, quando se compara o sistema brasileiro com o de outros países equivalentes em território e população do Brasil.

A pandemia de Covid -19 escancarou a importância do SUS para sociedade marcadas pela ampla desigualdade econômica e social como é o caso sociedade brasileira, pois permitiu que milhões de pessoas passassem a ser atendidas na rede pública de saúde não apenas para atendimentos ambulatoriais, mas para internações, cirurgias e outros tratamentos complexos como os vistos em meio a uma pandemia, capaz de colapsar o sistema de atendimento.

O ponto relevante é, se com o SUS os efeitos da pandemia foram extremamente difíceis, especialmente para a população mais pobre, pior seria se não existisse, o que teria, por

³⁴ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. In: **História, Ciências, Saúde**. Mangueiras, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35, p. 29-31.

ISSN 1980 - 8860



certo, um potencial muito mais destrutivo de vidas humanas e com consequências em todas as áreas da sociedade.

3. A ATUAÇÃO DO TERCEIRO SETOR NA SAÚDE

Fixada a premissa de que o Brasil, atualmente, possui um sistema de saúde pública, em que toda a rede de atendimento, da consulta médica ao fornecimento de medicamentos pode se dar gratuitamente ao beneficiário, independentemente de sua renda, por meio de órgãos do Estado e; por outro lado, cabe também uma rede de saúde complementar, oferecida pela iniciativa privada, mediante médicos particulares autônomos ou empresas de convênios médicos. Com esse panorama, nesta seção faremos um recorte para analisar a crise na gestão da saúde pública e até que ponto as alternativas apresentadas são adequadas.

Primeiramente, é necessário apontar o que significa o *terceiro setor* a partir de uma análise conjuntural e histórica. Como se sabe, existem três setores de atuação das instituições públicas e privadas, quais sejam, primeiro, segundo e terceiro setores.³⁵

O Estado, assim considerado como uma estrutura burocrática destinada a manter ordem social e oferecer à sociedade bens e serviços, atua no primeiro setor. Isso porque, o Estado ao atuar em benefícios dos cidadãos não visa lucro com essa atividade, mas tão somente atender interesses inerentes às necessidades da população. Não importa no agir estatal – para fazer um adendo em conformidade ao que sustentam Holmes e Sunstein – se tais interesses demandam direitos positivos, tais como educação, saúde ou transporte coletivo; ou, a assegurar direitos negativos, assim entendidos, a proteção da liberdade e da propriedade por meio do exercício do poder de polícia.³⁶

O segundo setor é caracterizado pelo desenvolvimento das atividades econômicas lucrativas, pelo que, as empresas são as principais instituições que compõem esse segmento, visando a obtenção do lucro, como retorno dos investimentos do capital. Nas economias capitalistas, a principal característica da atuação nesse setor é a liberdade de empreender,

³⁵ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 25ª ed. São Paulo: Atlas, 2012, p. 550-551.

³⁶ SUSTEIN, Cass; HOLMES, Stephen. *The Cost of Rights: Why Liberty Depends on Taxes: why liberty depends on taxes*. W. W. Norton & Company, 2000, p. 333.

ISSN 1980 - 8860



devendo o Estado exercer um papel menos intervencionista possível, buscando, em alguns casos, regular excessos e proteger interesses sociais dos trabalhadores e dos consumidores.

O terceiro setor, por sua vez, é o mais complexo, pois nasce das ausências ou ineficiências do Estado nos ramos de sua atuação específica, sem se revestir da principal característica das entidades do segundo setor, que a pretensão ao lucro. Luís Carlos Bresser Pereira aponta que o terceiro setor nasce da necessidade de aperfeiçoamento do Estado não mais a partir da lógica da velha esquerda, seguidora da crença de que uma estrutura burocrática de bem-estar social se manteria resiliente a crises financeiras; nem era o caso de se ceder à visão neoliberal de Estado mínimo, à exemplo do que foi no século XIX e o lastro de desigualdade socioeconômica herdada pelo século XX. Assim, na virada do século XXI, a intenção era redefinir a função do Estado “para que os respectivos governos pudessem garantir, internamente, ordem, eficiência produtiva e justiça social”.³⁷ Conforme José Eduardo Sabo Paes, “pode-se apontar que o Terceiro Setor é reconhecido a partir da intervenção da sociedade civil organizada, onde atua para atender direitos essenciais”³⁸

De acordo com os autores, a expressão terceiro setor (*third sector*) teria nascido nos Estados Unidos da América nos anos setenta do século passado, a partir de tensões entre o mercado e o Estado, especialmente no oferecimento de bens que viessem cumprir um ideal de solidariedade entre as pessoas.³⁹ Daí por que, a ação social realizada pelo terceiro setor não visa lucro, apesar de despendar despesas para atuar em áreas que o Poder Público está ausente ou poderia ser mais eficiente.

O termo *terceiro setor* vem da sociologia, não havendo propriamente um conceito jurídico positivado.⁴⁰ Do ponto de vista jurídico, o terceiro setor é mais bem examinado no âmbito administrativo, pois as entidades que atuam nesse segmento podem se

³⁷ PEREIRA, Luís Carlos Bresser. Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado. PEREIRA, L. C Bresser; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes. **Sociedade e estado em transformação**. São Paulo: Unesp, 2001.

³⁸ PAES, José Eduardo Sabo; VALLE, Maurício Dalri Timm do; SANTOS, Júlio Edstron S. O posicionamento estratégico do terceiro setor na atualidade: custeio estatal, particular e o seu papel na democracia brasileira atual. In: **REPATS**, Brasília, V. 4, nº 2, p.160-185, Jul-Dez, 2017, p. 161.

³⁹ PAES, José Eduardo Sabo; VALLE, Maurício Dalri Timm do; SANTOS, Júlio Edstron S. O posicionamento estratégico do terceiro setor na atualidade: custeio estatal, particular e o seu papel na democracia brasileira atual. In: **REPATS**, Brasília, V. 4, nº 2, p.160-185, Jul-Dez, 2017, p. 161.

⁴⁰ TOURINHO, Rita. Terceiro setor no ordenamento jurídico brasileiro: constatações e expectativas. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, n. 24, dez-fev, 2011, p. 1.

ISSN 1980 - 8860



constituir de diversas formas e, normalmente, atuam em nome do Estado ou recebem recurso do orçamento público para executar certas atividades de interesse público, geralmente nas áreas de educação, saúde, capacitação profissional e assistência social.

Para José Eduardo Paes, o terceiro setor pode ser definido como: “o conjunto de organismos, organizações ou instituições sem fins lucrativos dotados de autonomia e administração própria que apresentam como função e objetivo principal atuar voluntariamente junto à sociedade civil visando o seu aperfeiçoamento”⁴¹

Vê-se, portanto, que o terceiro setor pode criar uma rede diversificada de entidades que atuam para auxiliar o poder em suas atividades de proteção ou oferta de bens sociais. Trata-se de se buscar eficiência da administração pública por intermédio do setor privado sem o viés lucrativo, como ocorre com as parcerias público privadas. Dessa forma, é equivocado supor que o terceiro setor viria para substituir o Estado em suas responsabilidades ou afastar oportunidades de negócio do setor privado. As entidades do terceiro setor são constituídas para auxiliar ou somar esforços para o maior número de pessoas ou até mesmo todos, possam ser beneficiados com certos direitos básicos.

Por exemplo, as entidades do terceiro setor que atuarem na área da saúde não necessariamente substituirão os hospitais públicos nem muito menos visam concorrer com hospitais privados. A intenção é servir como mais uma opção de atendimento aos usuários, mediante controles de qualidade e regulação legal, sem, obviamente, cobrar dos usuários por suas prestações de serviço.

A questão que se pode levantar a essa altura é: por qual motivo o Estado teria interesse em autorizar entidades do terceiro setor a atuarem em áreas que são, em princípio, reservadas ao Poder Público? A resposta para essa pergunta pode residir na busca da eficiência. Como se sabe, o setor privado possui mais maleabilidade e agilidade para tomar decisões com menos riscos de afetação à legalidade do que o setor público.

Tome-se como exemplo a aquisição de bens e serviços. Para contratar com fornecedores a Constituição Federal, no art. 37, XXI, exige a abertura de processo licitatório,

⁴¹ PAES, José Eduardo Sabo. **Fundações, associações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis, trabalhistas e tributários**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018, p. 87.
ISSN 1980 - 8860

procedimento este caracterizado por várias fases e exigências formais que resultam em demora na finalização da contratação. Dificilmente contratações na administração pública ficam imunes a contestações administrativas ou judiciais, o que, evidentemente, atrasa ainda mais o processo de contratação. Vencida essa etapa, a execução do contrato também é ponto sensível na rotina da gestão pública, pois para executar a despesa decorrente do contrato, é necessário se observar requisitos legais, cujas normas gerais estão disciplinadas na Lei nº 4.320, de 1964. Tanto a licitação quanto a execução do contrato ficam sujeitas a controles de contas externos, exercido pelos Tribunais de Contas, Ministério Público, Poder Legislativo e, em último caso, pelo Poder Judiciário. Em suma, gerir contratos celebrados com o Poder Público é tarefa que oferece inúmeros riscos jurídicos, o que leva à perda de eficiência quando comparada essa mesma atividade com as práticas da gestão privada.

Igualmente, tratando-se, por exemplo, da contratação de funcionários, a regra é a provação prévia em concurso público, conforme prevê o art. 37, II da Constituição Federal. A tomada de decisão de abertura dos concursos, a consecução do procedimento até a posse dos aprovados é procedimento longo e, dependendo do número de cargos, remuneração e relevância da função, os concursos podem levar a vários questionamentos, sejam estes administrativos ou judiciais, sem falar da estabilidade dos servidores públicos. A contratação e dispensa de funcionários pelo setor privado ocorre de forma mais simples, o que gera também ganhos de eficiência quando se compara com o setor público.

Esses dois exemplos são suficientes para demonstrar que a participação do setor privado na gestão de determinados interesses públicos pode ser uma alternativa que resulte em benefícios à sociedade.

Do ponto de vista do direito positivo, a Constituição Federal, prevê no artigo 1º, I e II a cidadania e dignidade da pessoa humana como princípios fundamentais da República. Logo em seguida, o art. 3º, I, estabelece a solidariedade como um dos objetivos do país. Com a reforma administrativa realizada pela EC nº 19, de 1998, a eficiência foi proclamada como princípio de administração pública. Ao se conjugar esses dispositivos, vê-se que o Poder Público poderá contratar com entidade do setor privado a execução de atividades que seriam de sua responsabilidade, visando suplementar sua ação nas diversas áreas. Essa previsão constitucional permitiu ao poder público celebrar parcerias com entidades da administração

privada sem fins lucrativos, o que abriu margem para a edição de leis regulamentando as diversas formas de implementação desse tipo de parceria.

A mais recente legislação que rege as parcerias do terceiro setor com a administração pública é a Lei nº 13.019, de 2014, com as alterações feitas pela Lei 13.204, de 2015. Em linhas gerais, esta lei, institui normas gerais para as parcerias entre a administração pública e 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.

Além disso, a Lei nº 9.637, de 1998, estabelece que o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas, dentre outras áreas a saúde, atendidos os requisitos previstos na mencionada lei.

Na mesma linha, a Lei nº 9.790, de 1999, regulamenta a constituição de Organizações da Sociedade Civil sem Fins Lucrativos – OSCIPs, prevendo no artigo 3º, IV, que poderão ser qualificadas como OSCIPs entidades sem fins lucrativos que atuem na área da saúde.

Assentada a legislação que rege as contrações do terceiro setor, é necessário analisar até que ponto a gestão da saúde tem se mostrado eficiente quando executada por entidades do terceiro setor.

De um modo geral, as Organizações da Sociedade Civil – OSC, denominação atual dada pela Lei nº 13.019, de 2014, com as alterações feitas pela Lei 13.204, de 2015, ao que anteriormente se chamava vulgarmente de Organizações não Governamentais – ONG, podem celebrar contratos com o Poder Público para atuarem em complementação com o Poder Público nas diversas áreas permitidas pela legislação citada. As diferenças entre Organizações Sociais – OS e Organizações da Sociedade Civil sem Fins Lucrativos – OSCIPs são formais, basicamente, o termo que une a entidade à administração pública. No caso das OS é celebrado um contrato de gestão com diversas especificações de metas, plano de trabalho, despesas etc. Tratando-se de OSCIPs, o instrumento contratual será um termo de parceria que, praticamente, contém as mesmas cláusulas do contrato de gestão.

ISSN 1980 - 8860



Por meio desses contratos, o Poder Público poderá repassar recursos orçamentários, permitir a utilização de bens e de equipamentos públicos em alguns casos a tais entidades, que deverão executar o objeto contratual, mediante instrumentos de controle interno e externo do Poder Público. Por obvio, os trabalhadores contratados pelas OSC e seus dirigentes poderão ser remunerados, devendo esse tipo de despesa constar obrigatoriamente do instrumento contratual.

Fixadas essas premissas, na área da saúde, algumas unidades da federação celebraram contratos com a administração pública, visando suprir as dificuldades de gestão dos serviços nessa área. De acordo com levantamento realizada pelo IPEA ⁴², até 2020, o número de OSCs atuante na área da saúde era o seguinte:

Área de atuação	OS		OSCIP	
	QTD	%	QTD	%
Saúde	66	5,92	322	4,57
Hospitais	8	0,72	59	0,84
Outros serviços de saúde	58	5,21	263	3,73

Fonte: base de dados da SRF, do Orçamento Público Federal e Rais.

Segundo o citado levantamento do IPEA, a região Sudeste é que concentra o maior números de entidades do terceiro setor. Quanto aos vínculos trabalhistas, as OSCs não apresentam números expressivos de trabalhadores com carteira assinada, mas o estudo não aponta se o número total de trabalhadores no setor, para que se possa ter algum balizamento, se a maioria é de voluntários. Seja como for, não registram vínculos 93,40% das OS e 78,94% das Oscips. De acordo ainda com o estudo do IPEA, apesar de a quantidade de OS e Oscips ser maior na área de desenvolvimento e defesa de direitos e interesses, a saúde é o segmento com

⁴² IPEA. Perfil das Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público em Atividade no Brasil. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/201230_ri_perfil_organizacoes.pdf>. Acesso em 13 de novembro de 2022.
ISSN 1980 - 8860

mais vínculos empregatícios, distribuídos da seguinte forma: 8.146 vínculos empregatícios nas OS (88,23% do total) e 14.012 nas Oscips (31,73%).

O estudo aponta, com relação à remuneração, a média salarial das OS é de R\$ 3.671,78, sendo que a menor remuneração é de R\$ 420,13, e a maior, de R\$ 67.962,62. Nas OSCIPs, a média é de R\$ 2.973,73, com remuneração a partir de R\$ 293,11 até R\$ 65.373,48.

É importante esclarecer, na linha do que sustenta a doutrina, o sistema hospitalar brasileiro é plural tanto na rede pública quanto na rede privada, pois existem diversos tipos de entidades que atuam na área da saúde.⁴³ Além disso, a tradição do sistema de saúde brasileiro, especialmente a partir dos anos sessenta do século XX, assumiu forte perfil de desoneração do setor público, inclusive com repasses de recursos para hospitais privados. Isso irá se refletir, obviamente, nas parcerias do Poder Público com o terceiro setor.

Considerando que maior parte das OSC está localizada na região Sudeste, com base no estudo realizado, alguns fatores chamam a atenção para hipótese de se saber se o terceiro setor na área da saúde tem se mostrado a melhor alternativa de gestão.⁴⁴

O artigo alerta para o fato de que as OS na área da saúde – como de resto as que atuam em outros segmentos – são beneficiadas com diversos incentivos fiscais, especialmente a imunidade tributária de impostos e contribuições para a seguridade social (CF, art. 150, VI, “c” e 195, §3º, respectivamente). Para os autores, isso seria um inegável atrativo para a constituição desse tipo de entidade, pois, de outra forma, como hospitais privados que visam lucro, o sistema de tributação seria igual aos das empresas comuns.⁴⁵

Além disso, o texto mostra que, entre 2009 e 2014, nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, as entidades do terceiro setor na saúde, receberam recursos públicos entre os contratos originalmente celebrados e os termos aditivos o montante de R\$ 22.967.358.628,14.

⁴³ LA FORGIA, Gerard; Bernard F. COUTTOLENC. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009, p. 183.

⁴⁴ MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; CAZUZU, Ana Karina Interaminense; SILVA, Nadine Anita Fonseca da. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34(1):e00194916.

⁴⁵ MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; CAZUZU, Ana Karina Interaminense; SILVA, Nadine Anita Fonseca da. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34(1):e00194916, p. 6.

ISSN 1980 - 8860



Vê-se que se trata de valores vultosos que o Poder Público repassa para entidades privadas, ficando o questionamento se, realmente, caso essas cifras fossem administradas pelas Secretarias de Saúde, se o resultado seria pior.

Nesse sentido, segundo os autores, em 2009, as OSCs tinham orçamento 18% maior do que as unidades da administração direta. De acordo com dados colhidos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, também em 2009, as OSCs paulistas gerenciavam 22% dos estabelecimentos públicos de saúde, de um total de 181 serviços. Já em 2016, esse percentual passou a ser de 58%, de um total de 191 serviços, o que representou um aumento de 175%.

De acordo com os autores, a gestão da saúde por meio do terceiro setor passou a ser um excelente negócio para as entidades privadas que se qualificam como tais para o recebimento dos recursos públicos. Essa oportunidade de negócio demonstra uma tendência inequívoca de privatização da saúde pública nos moldes do que ocorreu no regime militar, com diferença que, naquela época, não existia o SUS e a prevalência de atuação do Estado na promoção da saúde como um direito público subjetivo oferecido para todos, atendendo as diretrizes do art. 196 da Constituição Federal.

Vê-se que o terceiro setor não pode ser enxergado como um panaceia, capaz de suprir todos os dilemas que o Estado contemporâneo está inserido, especialmente no que atina com a asseguaração de direitos básicos urgentes e indissociáveis da ideia de uma sociedade coesa por meio de satisfações coletivas. Na linha do que parte da doutrina especializada sugere, talvez seja o caso de repensar a atuação do terceiro setor em determinadas searas, necessitando de uma certa dose de reciclagem ou de readequação em que o seu papel fique muito bem delimitado.⁴⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve a finalidade de analisar o tema do terceiro setor no sistema de saúde pública brasileiro. A análise procurou demonstrar, ainda que por meio de fontes secundárias e de uma forma ampla, o percurso histórico do atendimento à saúde no Brasil desde o descobrimento até os tempos atuais.

⁴⁶ WILHEIM, Jorge. Por que reformar as instituições. BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes. **Sociedade e estado em transformação**. São Paulo: Unesp, 2001, p. 20.
ISSN 1980 - 8860

A história mostra que a relação do Estado brasileiro com a saúde passou por fase delicadas. Se em um primeiro momento, por razões relacionadas à forma como o país foi colonizado, não houve preocupações relevantes com o amparo à população nas ações de saúde, por outro, deve-se considerar que a saúde como um direito para todos coincide com a concepção de Estado social da primeira metade do século XX.

No caso brasileiro, apesar dessa constatação, algumas iniciativas de acolhimento aos doentes carentes, ainda que incipientes, ocorreram, mediante a atuação de instituições de caridade. Por outro lado, medida higienistas, mesmo que respaldadas em objetivos louváveis de proteção à saúde coletiva, como as que ocorreram no início do século XX no Rio de Janeiro, deflagraram um viés autoritário e excludente, com a prática de isolamento social, queima de roupas e colchões da população mais pobre. Faltou às autoridades da época campanhas de esclarecimento sobre a importância de medidas sanitárias do ponto de vista da coletividade. No fundo, ao menos no caso do Rio de Janeiro, é possível levantar a hipótese de que as medidas sanitárias serviram também para retirar a população de baixa renda das regiões centrais das cidades e afastá-las para a periferia e para os morros, abrindo condições de se instalar na região central as casas e prédios da burguesia da época.

A falta de informações para a população gerou movimentos como o da Revolta da Vacina, em que muitos se recusavam a se submeter às medidas sanitárias, especialmente a tomar a vacina contra a varíola.

Durante a república velha e a era Vargas os avanços na área da saúde não foram altamente expressivos no atendimento de toda a população, apesar de, durante este último governo as políticas sociais iniciaram seu processo de implantação no país, o que incluía a saúde. No período militar, ao contrário do que ocorreu nos anos varguistas, a política de saúde pública foi cooptada pelo setor privado com nítido apoio do governo, dando margem à criação de diversos planos de saúde, o que, de certa forma, se verifica até hoje.

Com a Constituição de 1988, inaugura-se uma nova fase de implementação das políticas públicas na área da saúde, especialmente porque foi alçado o tema ao plano constitucional como um direito público subjetivo para todos, independentemente de contribuição ao regime previdenciário como ocorria no passado.

Nesse sentido, há que se reconhecer a grandeza democrática do sistema de saúde pública do Brasil, pois, em um país com mais de duzentos milhões de habitantes e com a sua extensão territorial, manter um sistema público de saúde com essas características é uma façanha do ponto de vista da gestão e do financiamento.

É verdade, por outro lado, que os sistema de saúde complementar pode ser explorado pela iniciativa privada, inclusive visando-se o lucro. Em princípio, não há como se criticar essa possibilidade quando se sabe que o orçamento público possui variáveis que poderão dificultar o atendimento de todos, caso os sistema se resumisse à rede pública. Na prática, se o sistema não é perfeito – aliás, está longe de ser – podendo ser complementado pela rede privada, apresentaria muito mais falhas se fosse monopolizado pelo Poder Público.

O Sistema Único de Saúde – SUS, fruto das Conferências Nacionais da área, preliminares à Constituinte de 1986-1988, enfrenta na atualidade um série de problemas complexos, relacionados ao excesso de demanda e escassez de recursos tecnológicos e humanos. Seja como for, em situações-limites, como na recente pandemia de Covid 19, o SUS deu respostas mínimas, na medida em que conseguiu atender à grande demanda de internações, especialmente da população mais pobre e, em seguida, com a oferta de vacinas para todos gratuitamente.

Não se pode negar o fato notório de o Governo Federal, que esteve à frente da recente pandemia, ter adotado medidas extremamente deletérias do ponto de vista da boa gestão e de valores éticos que nucleiam a atividade da saúde. O Brasil se tornou um mal exemplo para o mundo com as falas de autoridades do executivo federal contrárias à vacina contra Covid ou até mesmo negando o óbvio, que era a existência da pandemia e número de morte no país e no mundo.

No entanto, o SUS resistiu graças às instituições, informações sérias veiculadas pela mídia responsável, decisões judiciais e algumas medidas legais adotadas pelo Congresso Nacional. Com isso, os efeitos da pandemia foram devastadores, mas poderiam ser muito piores se a gestão do problema fosse conduzida unicamente pelo governo federal.

Em meio a esse contexto, o presente artigo visou explorar as formas de parceria entre o Estado e o terceiro setor na gestão da saúde pública e se este modelo pode ser mantido imune a críticas. O chamado terceiro setor, no Brasil, é formado por alguns tipos de entidades

sem finalidade lucrativa, que poderão atuar auxiliando o Estado em diversas áreas sociais, incluindo-se a saúde.

O presente artigo expos a legislação de regência e os principais instrumentos jurídicos para efetivação desse tipo de parceria. Em linhas gerais, vimos que desde os anos noventa do século passado, o ordenamento jurídico brasileiro permite que entidades sem fins lucrativos façam contratos com a administração pública visando suplementar serviços públicos, com o objetivo de assegurar direitos a todos de forma eficiente.

Como se ressaltou, as dificuldades no atendimento pleno da saúde a toda a população é um problema antigo que a Constituição de 1988 tentou amenizar mesclando a atuação do Estado com a da iniciativa privada. Posteriormente, a legislação infraconstitucional complementou o texto constitucional para permitir a qualificação de Organizações Sociais – OS e Organizações da Sociedade Civil – OSCIPs para atuarem inclusive na área da saúde.

A ideia de se contar com a iniciativa privada, sem que esta vise lucro, para preencher espaços vazios deixados pelas obrigações estatais é muito bem-vinda, máxime quando se pensa em democratizar direitos básicos.

Um ponto, entretanto, merece reflexão e aprofundamento de análises, em especial pela comunidade jurídica, qual seja, se o repasse de recursos vultosos dos orçamentos públicos para Organizações da Sociedade Civil (OSC) – termo genérico atual para as entidades do terceiro setor – tem sido o melhor modelo.

A despeito de o setor privado possuir melhores condições jurídicas de contratar fornecedores e mão de obra, isso não pode excluir análises que visem aprofundar as pesquisas se, o repasse elevado de recursos para tais entidades enseja uma nova forma de privatização da saúde pública. É preciso explorar a hipótese de que, quanto mais ampla for a rede do terceiro setor na saúde, maior a probabilidade de o Estado se desonerar da função, permitindo, de forma indireta, a profissionalização da gestão pública de saúde em poder de entidades privadas. Ainda que tais não possuam finalidade lucrativa, por outro lado, seus gestores poderão ser remunerados, o que caracteriza uma nova espécie de privatização da saúde pública.

A intenção de se buscar parcerias com o terceiro setor para atuar na área social deve ser uma solução de meio termo e não de fim. Daí por que, deve ser sempre excepcional a

transferência da execução do serviço de saúde para tais entidades. Caso contrário, corre-se o risco de uma redução natural dos investimentos logísticos e humanos na área da saúde pública, o que contraria os princípios constitucionais básicos de universalização do serviço, gratuito e de qualidades para todos.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. In: **Brazilian Jornal. of Development**, Curitiba, v.6, n.11, p.84966-84985, nov.2020.

Brasil. IPEA. **Perfil das Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público em Atividade no Brasil**. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/201230_ri_perfil_organizacoes.pdf>. Acesso em 13 de novembro de 2022.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 24ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

DEODATO, Alberto. **Manual de ciência das finanças**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 1971.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 25ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

HUNT, E. K. **História do pensamento econômico**. Tradução José Ricardo Brandão Azevedo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

LA FORGIA, Gerard; Bernard F. COUTTOLENC. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

MACHADO, Hugo de Brito. **Curso de direito tributário**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; CAZUZU, Ana Karina Interaminense; SILVA, Nadine Anita Fonseca da. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34(1):e00194916.

MURPHY, Liam; NAGEL, Thomas. **O mito da propriedade**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MUSGRAVE, Richard. **Teoria das finanças públicas: um estudo da economia governamental**. Trad. Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: Atlas, 1976, v. I.

NABAIS, José Casalta. **O dever fundamental de pagar impostos: contributo para a compreensão constitucional do estado fiscal contemporâneo**. Coimbra: Almedina, 2012.

PAES, José Eduardo Sabo. **Fundações, associações e entidades de interesse social**: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis, trabalhistas e tributários. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

PAES, José Eduardo Sabo; VALLE, Maurício Dalri Timm do; SANTOS, Júlio Edstron S. O posicionamento estratégico do terceiro setor na atualidade: custeio estatal, particular e o seu papel na democracia brasileira atual. In: **REPATS**, Brasília, V. 4, nº 2, p.160-185, Jul-Dez, 2017.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSO, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Disponível em <chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil11.pdf> Acesso em 09 de novembro de 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PARETO, Vilfredo. **Manual de economia política**. Tradução João Guilherme Vargas Netto. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

PEREIRA, Luís Carlos Bresser. Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado. PEREIRA, L. C Bresser; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes. **Sociedade e estado em transformação**. São Paulo: Unesp, 2001.

POLIGNANO. Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. Disponível em < <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>> Acesso em 09 de novembro de 2022.

RIANI, Flavio. **Economia do setor público**: uma abordagem introdutória. São Paulo: Atlas, 1990.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de direito financeiro e tributário**. 6. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

TOURINHO, Rita. Terceiro setor no ordenamento jurídico brasileiro: constatações e expectativas. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, n. 24, dez-fev, 2011.

WALRAS, Leon. **Compêndio dos elementos de economia política pura**. Tradução João Guilherme Vargas Netto. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Editora UNB, 2004, v. II.

WILHEIM, Jorge. Por que reformar as instituições. BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes. **Sociedade e estado em transformação**. São Paulo: Unesp, 2001.