

SALIM, C. A. As políticas econômica e tecnológica para o desenvolvimento agrário das áreas de cerrados no Brasil: avaliação e perspectivas. *Caderno de Difusão Tecnológica*, Brasília, v. 3, n. 2, maio/ago. 1986.

* **Profa. do Departamento de Economia-DECON, Doutoranda em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Rede PRODEMA.**

** **Profa. do DECON, Coordenadora do Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA/UFPI).**

*** **Aluno do Curso de Ciências Econômicas da UFPI e bolsista de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq.**

ATORES SOCIAIS: o caso da saúde pública brasileira

Williams Silva de Paiva* e Antônia Jesuíta de Lima**

Resumo: o presente artigo objetiva analisar o fenômeno de resignificação da utilidade dos atores sociais no Brasil e sua relação com o subfinanciamento da saúde pública após a Constituição Federal de 1988. Parte-se do entendimento de que os recursos destinados à saúde pública pelo governo brasileiro, comparativamente, estão aquém da garantia constitucional de uma saúde universal e irrestrita. Paralelamente, ocorre uma alteração na identidade dos atores sociais que influenciam a conformação institucional das políticas públicas brasileiras, incluindo a política de saúde.

Palavras-chave: Sociedade Civil. Movimento pela reforma sanitária. Política de saúde. Organizações Sociais.

Abstract: this article aims to analyze the event of reframing on the utility of social actors in Brazil and its relation with the underfunding in the public health after the implementation of the Federal Constitution of 1988. This starts with the understanding that the resources allocated to public health care by the Brazilian government, in comparison, have been far from the minimum constitutional guarantee for an unrestricted and universal health care. In parallel, it has been occurring a change in the identity of social actors, which influences the institutional resignation of the Brazilian public policies, including the policy on health care.

Keywords: Civil society. Movement for a health care system reform. Health care policies. Social organizations.

1 Introdução

A modernidade - que, para Giddens (1991, p. 11), "refere-se a estilos, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que posteriormente se tornaram mais ou menos mundiais, em sua influência" - gerou a divisão funcional da vida coletiva em três setores; o primeiro deles é o Estado, seguido do mercado e mais tardiamente da criação da categoria sociedade civil; este último, intitulado terceiro setor, por ser uma criação mais recente, ganha resignificação conforme o contexto de sua análise.

Habermas (2003), na busca de conceituar sociedade civil, sustenta que a acepção atual do termo sociedade civil afasta-se da categoria sociedade burguesa defendida por Hegel, bem como se distancia da sociedade civil que incluía a economia da época de Marx. Segundo a teoria da ação comunicativa de Habermas (2003, p. 99), a

sociedade civil "é formada por associações livres, não estatais e não econômicas, as quais ancoram as estruturas de comunicação da esfera pública nos componentes sociais do mundo da vida."

A interação entre esses três setores não é estática. A depender do projeto político que fundamenta as decisões coletivas, surgem retrações e expansões sobre a preponderância do Estado, do mercado e da sociedade civil como ponto de referência que geram neles interferências entre si. Na América Latina, segundo Dagnino, Oliveira e Panfichi (2006), há, em constante competição, três projetos políticos que se digladiam: o projeto autoritário, o projeto democratizante-participativo e o projeto neoliberal. Assim, o protagonismo de cada um dos três setores funcionais da vida coletiva se altera conforme a preponderância do projeto político na sociedade analisada.

Não bastasse essa complexidade que denota uma dinâmica interação entre eles, na compreensão do primeiro, segundo e terceiro setor, a sua funcionalidade e utilização variam conforme o contexto de sua análise. A expressão sociedade civil, por exemplo, conforme o contexto e o tempo de sua utilização, é interpretada pelos diferentes projetos políticos com funcionalidades distintas. O presente artigo visa analisar a funcionalidade do conceito "sociedade civil" na política de saúde brasileira, sua criação institucional e o seu financiamento, em cotejo com o contexto histórico da utilização do dito conceito, desde o regime militar até os dias atuais, com base em estudiosos do tema como Simionatto (2010), Dagnino, Oliveira e Panfichi (2006) e Burity (2005).

2 A sociedade civil, sua significação, e o movimento democratizante na burocracia autoritária brasileira do regime militar

Desde 1964 até 1985, no período intitulado regime militar, o Brasil esteve sob o jugo de governos burocráticos autoritários (O'DONNELL, 1986). Mas não só o Brasil, na América Latina, submeteu-se a um projeto político autoritário, outros países, como a Argentina, Chile, Uruguai e Peru, também estiveram, durante as décadas de 1970 e 1980, sob o comando de um projeto político autoritário. Nesse contexto de autoritarismo, a categoria sociedade civil, que simbolizava o campo não estatal e, portanto, o espaço que não consubstanciava os governos ditatoriais, ganhou fundamental importância nos discursos da agenda democratizante.

Ademais, pela mesma razão, mas em um contexto distinto, nos países do Leste Europeu submetidos aos governos do socialismo real, durante as décadas de 1960 a 1980, de igual forma, a expressão sociedade civil ganhou força como categoria de libertação (democratização) em contraposição ao autoritarismo estatal. Dita categoria, no Leste Europeu e na América Latina, incorporou-se à militância da esquerda democratizante-participativa e passou a representar a face do bem/não estatal contraposta à face do mal/estatal (SIMIONATTO, 2010).

Além dos projetos políticos democratizante-participativo e autoritário, outro projeto, o neoliberal, tem tido marcante influência não só sobre a América Latina, incluindo o Brasil, mas também, e, sobretudo, sobre os países do capitalismo central (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006). Nestes, especialmente durante a década de 1980, a

orientação seguida era de contingenciamento dos direitos sociais. O Estado-Providência, como modelo de Estado adotado no mundo desenvolvido desde o final da Segunda Guerra Mundial, apresentou sinais de esgotamento no início da década de 1970, dando causa à crise do Estado de Bem Estar Social (ROSANVALLON, 1981). A partir de então, os países do capitalismo central, por influência do projeto neoliberal, passaram a empreender ajustes estruturais, com programas de austeridade, de natureza deflacionista, focados na garantia do mercado livre.

Todavia, no início dos anos de 1980, ainda sob a égide da burocracia autoritária, ocorreram, no Brasil, na contramão dos acontecimentos internacionais, vários movimentos da sociedade civil pelo reconhecimento de direitos de cidadania, como expressões do projeto democratizante. Assim, apropriando-se da acepção da expressão sociedade civil como polo da virtude contraposto ao mal/estatal, a militância de esquerda no Brasil, pautada nos ideais democratizantes, passou a utilizar, durante as décadas de 1970 e 1980, a categoria sociedade civil como uma realidade homogênea, destituída de contradições e corporificadora do bem.

Essa visão de uma sociedade civil homogênea, por outras motivações, também é defendida pela doutrina neoliberal. Para o projeto político neoliberal, a sociedade civil, ou seja, o não estatal é, por excelência, o campo produtivo capaz de corrigir a ineficiência do setor público. Portanto, desde a década de 1970, por motivos distintos, os projetos democratizante e neoliberal veem a sociedade civil como uma categoria homogênea, que representa o não estatal e, por isso, o bem, não obstante, até a década de 1990, com funcionalidades distintas. Para a esquerda democratizante-participativa, como contraposição ao Estado autoritário; para os neoliberais, por seu turno, como correção da ineficiência do Estado.

Em 1985, a burocracia autoritária instalada no governo brasileiro, desde 1964, ruiu. O projeto político democratizante afirmou-se, institucionalmente, como um "curto-circuito histórico" refletido na instalação normativa imediata de um Estado de Direito, do regime democrático e de amplas políticas sociais. Por outro lado, e ao mesmo tempo, a economia interna atingia índices absolutamente desfavoráveis à concretude desta última aspiração (promoção de direitos sociais), persistia no Brasil uma inflação descontrolada e

imperava a necessidade de investimentos estrangeiros, notadamente do capital privado.

3 A política de saúde brasileira na constituição federal de 1988, sua criação normativa e a influência do movimento sanitaria composto de atores da sociedade civil

Entre os movimentos da sociedade civil que atuaram na abertura política brasileira de 1985, destaca-se o movimento pela reforma sanitária, pautado em uma teoria social da medicina, que encabeçou, juntamente com outros setores da sociedade, uma campanha por uma saúde pública como amplo direito social de cidadania (MELO, 1993). Segundo Escorel (2008), o movimento sanitário trata-se de um movimento de profissionais da saúde e de pessoas ligadas ao setor pautados no referencial médico-social na abordagem dos problemas da saúde, por meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas, visando à melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira na consecução do direito de cidadania.

A pretensão do movimento sanitaria, composto de entidades da sociedade civil, de uma saúde como direito social de cidadania foi normatizado na Constituição Federal de 1988 (CF/88). A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado consagrado no texto constitucional. O direito à saúde, previsto na CF/88 é, ainda, integral e universal, de inspiração Beveridgiana. Em 1988, passou a ser norma constitucional a instituição do Sistema Único de Saúde (DRAIBE, 1990).

A expressão reforma sanitária foi usada pela primeira vez no Brasil em razão da reforma sanitária italiana e ganhou relevância nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, usada para se referir ao conjunto de ideias relativas às mudanças e transformações necessárias na política sanitária brasileira, nas quais o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. O movimento pela reforma sanitária, fruto do projeto democratizante-participativo, surgiu como contraposição ao autoritarismo do regime militar, momento histórico em que o inimigo comum - o autoritarismo - mantinha os atores da sociedade civil como entidades homogêneas (COHN, 1989).

A despeito das conquistas no campo da saúde na construção normativa de um sistema único e universal na CF/88, ainda na década de 1990, a expansão da lógica econômica globalizada (projeto

neoliberal), em marcha em todo o mundo, passou a (re)alinhar ao cenário internacional de restrição aos direitos sociais a posição inicialmente prevista na CF/88 de prioridade do direito e da política de saúde pública (SOARES, 2000). Somada ao cenário internacional de prioridade do sistema financeiro, a realidade econômica interna, simbolizada na inflação, que chegou a 217,9%, em 1985, e na dependência do capital estrangeiro, implicou a pouca realização prática da previsão sanitária Beveridgiana constitucional de 1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

4 a transição de identidade dos atores da sociedade civil após a década de 1990 e a reforma do Estado: uma reflexão sobre o setor saúde

Durante as décadas de 1970 e 1980, a categoria sociedade civil, vista como polo da virtude, foi utilizada pela esquerda para confrontar o não estatal (identificado com a sociedade civil) com o estatal autoritário. Por outro lado, a partir da década de 1990, a sociedade civil, agora em um contexto de abertura política, é tida não mais como contraposição ao Estado, mas como espaço de cooperação, em um cenário em que fazer passou a ser de iniciativa da sociedade, que não pode mais esperar pelo Estado. Quem não faz é um crítico estéril, um imobilista, um atrasado.

Ao longo dos anos de 1990 e início dos anos de 2000, ocorreram mudanças no Brasil que mostram um descompasso entre as agendas de reformas institucionais e reestruturação da economia, de um lado, objeto de prioridade, e a agenda das reformas sociais colocada em segundo plano. Essas mudanças criaram retrações nas expectativas de democratização que deslegitimaram a política, inclusive a sanitária, e a democracia, fazendo surgir novas tendências: parcerias, redes, consórcios, câmaras de negociação etc.

Devido à prioridade da agenda de reforma estatal e da economia no cenário atual, tais tendências se inserem no circuito das políticas sociais como contrapartida à retração do Estado e dos recursos destinados ao custeio das políticas sociais. Esses desdobramentos impactaram a identidade dos atores sociais e as formas pelas quais se articulam as organizações da sociedade civil entre si, bem como com os governos e, ainda, com as empresas privadas, com ênfase para o ativismo da sociedade civil na abertura de espaços para atitudes e formatos organizativos e participa-

tivos, especialmente no período pós-1995 (reforma do Estado), a partir de quando o Estado brasileiro vem passando por reformas tendentes à instalação de um Estado Gerencial.

As transformações por que passam, desde os anos de 1990, a política e o Estado brasileiros têm impulso e reforço do associativismo e da mobilização da sociedade civil experimentadas durante e após a transição para a democracia, o que fornece um contraponto ao protagonismo do neoliberalismo como definidor das mudanças ocorridas e dos problemas enfrentados ao fazer referência à forte demanda por ampliação da democracia a partir da sociedade civil organizada, que reforça a formação discursiva do estado-menor-sociedade-maior (BURITY, 2005).

Como se vê, portanto, no Brasil, os atores da sociedade civil, a exemplo dos que compuseram o movimento pela reforma sanitária, tiveram, na abertura política, um papel de contraposição ao Estado, propondo reformas e combatendo o *status quo ante* em postura agonística; contudo, em tempos de normalidade liberal-democrática, a sociedade civil, incluindo os seus atores do setor saúde, buscam cooperação, formação de redes, fazendo e assumindo papéis que implicam a diminuição da proteção social dada pelo Estado.

Nesse contexto, compreendendo-se a sociedade civil como uma categoria homogênea, sem contradições e representante do “bem”, ganhou força a já referida formulação do Estado Gerencial. O terceiro setor, legitimado pela agenda democratizante pós-1988 e pela agenda neoliberal, desde a década de 1970, ganha espaço na construção do ordenamento jurídico brasileiro e na política nacional, incluindo a política pública de saúde.

Paralelamente à construção de uma sociedade civil parceira do Estado, o desfinanciamento das políticas públicas, normativamente configuradas no contexto democrático da CF/88, reforça a deslegitimação da política brasileira, afirmando um Estado que se retrai frente à marcha global neoliberal e à transformação, também em marcha, da identidade dos atores sociais. Esse cenário é sobremodo perceptível na atual conjuntura da política de saúde brasileira. Há um subfinanciamento da saúde pública no Brasil que reforça a instalação de alternativas de gestão da política sanitária pelo terceiro setor.

5 O subfinanciamento da saúde pública no Brasil e as alternativas de gestão pela sociedade civil (terceiro setor) como resposta à crise do Estado

A saúde pública brasileira, com previsão normativa de um modelo coletivista, no momento atual, em sintonia com o cenário internacional globalizado, padece de relativa escassez de recursos para o seu financiamento. Não se discute que, estando a saúde pública prevista na CF/88 como um direito prestacional universal e integral, sempre haverá escassez de recursos para o seu custeio. As demandas por ações multidimensionais no tratamento da saúde sempre serão ilimitadas; por outro lado, as finanças públicas serão sempre finitas. Essa escassez inevitável, no entanto, é uma escassez absoluta (não comparativa). A análise do financiamento da saúde pública deve, portanto, ser focada tendo por base um parâmetro de comparação, para que se evidencie uma escassez relativa de recursos para o seu custeio. Assim, para a constatação do subfinanciamento atual da saúde pública no Brasil, impõe-se um olhar pautado em padrões comparativos.

Carvalho (2010, p. 48), corroborando essa tese, afirma que

[...] os recursos hoje destinados à saúde são insuficientes para a tarefa de se executar um sistema universal de saúde. A comprovação dessa verdade será apresentada comparando-se o gasto *per capita* com Saúde Pública no Brasil ao de outros países do mundo, em moeda pareada segundo o poder de compra.

O subfinanciamento da saúde pública gera uma crise entre a facticidade e o direito, que consubstancia um paradoxo normativo: as disposições constitucionais definem um padrão próximo ao europeu ocidental, no entanto, na prática, no momento atual, a composição observada aproxima-se da configuração liberal norte-americana (BUSS; LABRA, 1995). Nesse sentido:

Nosso sistema de saúde, constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, exhibe estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho welfariano, mas se aproxima do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde (UGÁ; PORTO, 2008, p. 483).

O subfinanciamento da saúde pública está evidenciado nos dados estatais relativos aos gastos públicos com saúde. Os gastos federais com saúde pública, apesar do crescimento nominal, em comparação com o produto interno bruto (PIB) nacional, conforme dados constantes do Datasus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), tiveram

diminuição do ano 2000 até o ano de 2010. Nesses 10 anos, a receita da União efetivamente gasta com saúde passou de 1,73% para 1,64% do PIB nacional; por outro lado, as despesas efetuadas pelos estados e municípios, se comparadas ao PIB brasileiro no mesmo período, aumentaram. Por esta razão, a despesa pública total com saúde, no Brasil, passou de 2,95% em 2000 para 3,67% do PIB em 2010. Este percentual, apesar do sistema universal e irrestrito da política sanitária brasileira, está ainda muito aquém do percentual médio do gasto público com saúde no mundo que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), é de 5,5% do PIB.

Como demonstração da escassez relativa de recursos para custeio da saúde pública no Brasil, vê-se da leitura da lei n. 12.595, de 19 de janeiro de 2012 (Lei Orçamentária Anual de 2012), que, para custear a promessa constitucional de saúde universal e integral, apenas aproximadamente 3,98% (R\$ 91,7 bilhões) do Fundo Público federal foram previstos em 2012 para despesas com a política de saúde brasileira. Por outro lado, o governo fixou a previsão orçamentária no mesmo ano para o pagamento de juros, amortização da dívida pública e formação de superávit primário no percentual de 47,19% do orçamento federal. Deste percentual, que representa 1,087 trilhões de reais, R\$ 653,3 bilhões, conforme a Nota Técnica n.º 08/2011 da Comissão Mista do Orçamento do Congresso Nacional, constitui apenas uma previsão de despesas; ou seja, é a garantia para o pagamento da dívida pública interna, que não necessariamente ocorrerá nesse valor, já que nem todos os credores resgatam suas dívidas no ano da vigência da Lei Orçamentária (de 2012). A despeito disto, o pagamento unicamente de juros reais, não computando a amortização da dívida, nem a formação de superávit primário, chega a 4,4% do orçamento federal, ou seja, o pagamento apenas dos juros da dívida pública terá investimentos superiores aos da saúde pública (SIAFI, 2013).

Outra linha possível de demonstração da insuficiência financeira para custeio da saúde pública é a comparação das receitas orçamentárias do sistema único de saúde (SUS) com o faturamento dos seguros privados de saúde. Conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2013), havia, em setembro de 2012, 48.660.705 beneficiários de planos privados de seguro de saúde, o que representa 25,1% da população brasileira. Ademais, a constatação de

que o percentual de beneficiários tem crescido nos últimos anos confirma o interesse de os brasileiros contratarem planos privados de seguro de saúde: de dezembro de 2003 a setembro de 2012, conforme dados da ANS (2013), o número de beneficiários de planos de saúde privados aumentou 34,08%, ou seja, passou de 17,9% para 25,1% da população brasileira em menos de 10 anos. Além disso, as operadoras de planos de saúde faturaram em 2011, segundo a ANS (2013), R\$ 82,4 bilhões, valor que supera o orçamento público federal destinado à saúde no mesmo ano, que foi fixado inicialmente como previsão de despesa na lei n. 12.381, de 9 de fevereiro de 2011 (Lei Orçamentária Anual de 2011) em R\$ 71,36 bilhões.

Considerando que em dezembro de 2010, com dados da ANS (2013), as operadoras de planos de saúde faturaram R\$ 72,9 bilhões e que 46.005.582 brasileiros eram beneficiários de planos privados de seguros de saúde, chega-se a um orçamento *per capita* com saúde privada suplementar, excluída a saúde privada por desembolso direto, pelos brasileiros de, pelo menos, R\$ 1.584,59 em 2010. Por outro lado, partindo de dados do Datasus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), o orçamento *per capita* para a saúde pública no Brasil (de todos os entes federativos), em 2010, foi de R\$ 725,91, o que dá uma diferença de R\$ 858,68 do gasto anual de um brasileiro com plano de saúde para um brasileiro com o SUS.

O subfinanciamento da saúde pública decorre da adoção, pelo governo brasileiro, do projeto político neoliberal, que está em marcha em nível global. Esse desfinanciamento propicia terreno fértil para a resignificação das identidades dos atores da sociedade civil, já que eles, antes contrapostos ao Estado, passam a ser executores/parceiros da implementação da política de saúde. A ineficiência dos serviços públicos de saúde, em grande parte causada pela falta de recursos financeiros, implica o imaginário social de que, estando a política sanitária a cargo de entidades do terceiro setor, haverá maior eficiência na implementação da política pública de saúde.

6 A gestão da política sanitária pelo terceiro setor, como alternativa/consequência do seu desfinanciamento: as organizações sociais (OS)

Desde a década de 1990, divergindo da previsão originária na CF/88, o Estado brasileiro tem passado por reformas tendentes à instalação de

um Estado Gerencial, sob a alegação de resposta à crise do Estado, de sua ineficiência e de sua incapacidade de resistir à tendência internacional de prioridade da economia em detrimento do financiamento das políticas públicas. No bojo dessas reformas, em 1998 foi promulgada a emenda constitucional (EC) n. 19, que, entre outras coisas, incorporou à CF/88 o princípio da eficiência na administração pública.

Essas alterações legislativas seguem a transição, ocorrida a partir da década de 1990, das identidades dos entes da sociedade civil organizada. Há uma inclusão de novos atores na formulação e implementação das políticas públicas, ouvindo-os, institucionalizando sua participação e legitimando parcialmente suas demandas. Na década de 1980, a sociedade civil, tendo um inimigo comum - o autoritarismo - agiu em oposição e confronto com a sociedade política, passando, na década seguinte, a uma bandeira de participação, de atuação conjunta, a uma postura de negociação e colaboração com o Estado (BURITY, 2005).

Há em curso, desde meados da década de 1990, uma redefinição do papel e estrutura do Estado em sintonia com a transformação das identidades dos atores sociais, notadamente na relação entre sociedade política e sociedade civil. Nesse sentido, com a reconquista da democracia nos anos de 1980, implantou-se uma disputa hegemônica em relação às tarefas prioritárias de reconstrução do Estado. De um lado, a agenda da remoção da cultura e procedimentos autoritários e ampliação da presença da sociedade nos espaços de deliberação e decisão do Estado; de outro, a agenda da reestruturação do Estado e suas funções decorrente de um diagnóstico sobre a crise no modelo de intervenção estatal na economia.

O atual modo como se cristalizam a formação e as identidades dos atores sociais se dá por meio de uma articulação particular das duas agendas. Assim, tem-se a influência da agenda da reestruturação do Estado e da economia (abertura de mercados, reestruturação produtiva, enfrentamento da inflação e da crise fiscal, privatizações, estabilização da moeda), mas também a influência da agenda que reclama espaços no processo de formação das políticas públicas, com demandas participativas e de ampliação da democracia que penetram na retórica do governo (conselhos, fóruns, instrumentos jurídicos etc.).

As duas agendas (democratizante-participativa e neoliberal) contribuem para a descentralização, a

agenda das reformas sociais com o intuito de reverter a forte tendência brasileira à centralização no poder central e ao fato de o poder local estar mais próximo das condições cotidianas da vida da população, associando à ideia de que no plano local se possibilita maior controle social (formação de conselhos, fóruns etc.); já a agenda da reforma estrutural, incorporada pelo governo federal no período pós-1995, contribui para a descentralização, especialmente por meio do financiamento direto de organizações sociais.

Em suma, à medida que avança o processo de democratização, *pari passu* com a crise econômica crônica instaurada ainda na década de 1980 (novos discursos sobre a abertura da economia, flexibilização das leis trabalhistas, reforma do Estado, globalização), emerge um crescente número de demandas e atores sociais em busca de atendimento e reconhecimento. Isso trouxe, para o cenário, dois feitos importantes: o alargamento da esfera pública (ou o surgimento de esferas públicas, no plural) e uma simultânea relativização do Estado enquanto definição exclusiva do público e engajamento com ele como responsável diante da sociedade.

Seguindo esta orientação, após a EC n. 19, ainda em 1998, foi editada a lei federal n. 9.637, pela qual entidades da sociedade civil organizada, intituladas organizações sociais (OS), após firmarem contrato de gestão (fixando metas) com o poder público federal, puderam passar a gerir políticas sociais. Estas entidades são pessoas jurídicas não estatais às quais a administração delega a gestão de políticas públicas sociais.

Vários estados da federação, adotando o modelo federal, passaram a regulamentar, em âmbito estadual, a delegação da gestão de políticas sociais às OS. Nesse cenário, ganha destaque a delegação da gestão de unidades de saúde para organizações sociais, em vários estados do Brasil, em especial no estado de São Paulo, mas também, no Rio de Janeiro, Espírito Santo, Santa Catarina, Bahia, entre outros (ABRUCIO; SANO, 2008).

7 Conclusão

A identidade dos atores da sociedade civil passa por uma transição no decorrer da história recente do Brasil, com a consequente ressignificação de categorias e legitimação social de funcionalidades diversas do terceiro setor em relação à sociedade política (de combativos atores a entidades parceiras). Constata-se, nessa seara

(funcionalidade dos atores da sociedade civil), a ocorrência de uma confluência nos discursos dos projetos políticos democrático-participativo e neoliberal, que propaga e toma por base o conceito de sociedade civil como polo da virtude, como um setor homogêneo, sem contradições, obscurecendo diferenças internas, o que sub-repticiamente favorece o avanço das concepções neoliberais de retração do Estado, de construção da solução “estado-menor-sociedade-maior”.

Nesse mesmo cenário, surgem outras manifestações dos projetos políticos em andamento na construção da vida coletiva brasileira; uma destas manifestações, igualmente arrimada na perspectiva neoliberal, é o atual subfinanciamento da política pública de saúde, o que vai ao encontro da referida retração do Estado, legitimando ainda mais as parcerias, redes, cooperações entre a sociedade civil e a sociedade política como alternativas para a propagada crise do Estado.

A visão de uma sociedade civil homogênea e virtuosa que, antes de 1988, serviu de base para o enfrentamento ao projeto autoritário instalado no governo, a exemplo do movimento pela reforma sanitária que culminou na promulgação do texto normativo para o setor saúde na CF/88; nos tempos atuais de normalidade liberal-democrática fundamenta uma “perversa confluência” entre os projetos democrático-participativo e neoliberal (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006) que impulsiona o imaginário social à aceitação da sociedade civil como “face do bem”, com melhores condições de gerir políticas públicas mediante cooperação, a exemplo das OS administradoras de unidades de saúde, ou seja, se o sistema público do setor saúde é tido como ineficiente, em um cenário de desfinanciamento da política de saúde, facilmente são instituídas pelos governos mediante atos legislativos infraconstitucionais, alternativas no campo privado gerencial para a gestão da saúde pública, notadamente por atores sociais parceiros do Estado ●

Referências

- ABRUCIO, F. L.; SANO, H. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Banco de dados*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- BURITY, J. Identidades coletivas em transição e a ativação de uma esfera pública não-estatal. In: LUMBAGO, C.; COELHO, D. B.; MELO, M. A. *Desenho institucional e participação política: experiências no Brasil contemporâneo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 63-107.

- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. v. 2.
- BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 05 out. 1988.
- BRASIL. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 maio 1998.
- BRASIL. Lei n. 12.381, de 9 de fevereiro de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 fev. 2011, retificada em 15 ago. 2011.
- BRASIL. Lei n. 12.595, de 19 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 201 jan. 2012, retificada em 08 ago. 2012..
- CARVALHO, G. Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 48-67.
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989.
- DAGNINO, E.; OLIVEIRA, A. J.; PANFICHI, A. (Org.). *A disputa pela construção democrática na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra; Unicamp, 2006.
- DRAIBE, S. *As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas para a década de 90*. In: INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. Brasília, DF: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1990. p. 214-258.
- ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.
- GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.
- HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. v. II.
- MELO, M. A. A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Revista de Ciências Sociais*, v. 36, n. 1, p. 119-163, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. *Informações de saúde*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- O'DONNELL, G. *Autoritarismo e democratização: contrapontos*. São Paulo: Vértice, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. *Banco de dados de saúde*. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- ROSANVALLON, P. *A crise do estado-providência*. Lisboa: Inquérito, 1981.
- SIMIONATTO, I. Razões para continuar utilizando a categoria sociedade civil. In: LUIZ, D. C. (Org.). *Sociedade civil e democracia: expressões contemporâneas*. São Paulo: Veras, 2010. 29-54.
- SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DO GOVERNO FEDERAL - SIAFI. *Banco de dados*. Disponível em: <<https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/siafi>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000.
- UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. *Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil*. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 473-505.

* Bacharel em Direito e mestrando em Políticas Públicas na Universidade Federal do Piauí (UFPI).
 ** Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1999) e professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI.