

Terceiro setor e políticas públicas de saúde: a produção de sentido nos discursos das organizações privadas sem fins lucrativos¹

Maria Morena Felipe Guimarães Gomes²

Sandro Tôrres de Azevedo³

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Resumo

Este artigo explora as relações de produção de sentido na complementaridade exercida pelo Terceiro Setor às políticas de saúde a partir da redemocratização, baseando-se na intersecção dos campos da Comunicação e da Saúde. Quando alinhadas ao modelo de gestão do setor privado ao passo que atuam sob a premissa de atender aos interesses da saúde pública, as entidades podem vir a reforçar a produção de sentido de um projeto privatista da saúde, que tenciona a construção da Reforma Sanitária e da seguridade social asseguradas constitucionalmente. Portanto, o artigo aqui proposto procura analisar se o discurso dessas organizações reproduz o *habitus* dominante, que contribuiu para a naturalização da lógica privada na saúde pública e, ainda, se essa reprodução configura uma transferência de responsabilidades estatais.

Palavras-chave

Comunicação e Saúde; discurso; terceiro setor; políticas públicas; complementaridade.

Preâmbulo

O presente artigo é parte do trabalho de iniciação científica realizada na Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ), que objetiva, ao cabo, a amostragem de um método comunicacional para análise da construção simbólica das relações de complementaridade do Terceiro Setor na Saúde Pública. Assim, pretende-se aqui analisar a relação da produção de sentido simbólico que decorre da suplementaridade exercida pelas organizações privadas sem fins lucrativos, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, com as políticas públicas de saúde, a partir da redemocratização do país. Especificamente, o foco é analisar a hipótese de que as entidades não-governamentais eventualmente usurpam funções que se

¹Trabalho apresentado na IJ07 – Comunicação e Cidadania, da Intercom Júnior – 19ª Jornada de Iniciação Científica em Comunicação, evento componente do 48º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Estudante de Graduação do 7º Semestre do Curso de Jornalismo da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – ECO/UFRJ, e-mail: mmorena@gmail.com.

³ Orientador do trabalho, professor adjunto da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – ECO/UFRJ e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz – PPGICS/Fiocruz, e-mail: sandro.torres@eco.ufrj.br.

caracterizam como dever do Estado, produzindo, com isso, imaginários que impactam na experiência da população quando esta acessa os serviços de saúde pública.

A análise da produção de sentido da relação do Terceiro Setor com o Estado e o Setor Privado parte da compreensão do campo da saúde entendido como espaço interdisciplinar e multicultural de saberes e práticas (Almeida Filho, 2011), que é perpassado por relações de poder e hierarquias que, por sua vez, geram sentidos simbólicos (Bourdieu, 1989). A interdisciplinaridade do campo da saúde permite a complementaridade metodológica pelo campo da comunicação, que define importantes condições de produção de sentido na saúde (Araújo; Cardoso, 2007) e circunstância para a efetividade do direito à saúde (Stevanim; Murtinho, 2021).

Se há, portanto, uma intersecção entre ambos os campos originais, a formação do campo da Comunicação e Saúde coloca em jogo diversos atores sociais (Araújo; Cardoso, 2007), que agem e se movimentam em função da promoção da saúde – e de tudo que esse nome aciona em termos de significação. Propõe-se, assim, que o Terceiro Setor também é um agente do campo da Comunicação e Saúde, na medida em que produz capital simbólico ao se relacionar com os demais agentes da saúde. Ademais, opera seguindo as lógicas deste espaço, buscando acumular legitimidade social, visibilidade pública e captar recursos financeiros, dadas as suas articulações com o Estado e com o Setor Privado.

A superposição dos campos da Comunicação e Saúde implica o atravessamento de diversos outros campos – político, econômico, social, cultural etc. –, o que pode revelar um processo de complexificação das fronteiras entre o público e o privado, no qual o capital simbólico produzido pelas instituições sem fins lucrativos, a necessidade de atender ao interesse público (Brasil, 1988) e o fator de participação social (Falconer, 1999) configuram importantes condições de poder simbólico (Bourdieu, 1989) para a promoção da saúde no país.

No que tange à relação entre o Terceiro Setor e o Estado, o conceito de publicização traz uma importante contribuição para a construção de sentido das organizações sem fins lucrativos: o seu intermédio para o controle social pelo Estado (Falconer, 1999). É possível inferir, então, que o Estado regulamenta as políticas públicas de saúde propostas nas intervenções do terceiro setor, mas se abstém de seu papel de implementador. Para Pereira (1995), a finalidade da complementaridade atende

à necessidade de capilaridade da seguridade social, mas, ao mesmo tempo em que facilita o acesso dos cidadãos às políticas públicas, pode remeter à transferência de funções estatais para a iniciativa privada (mesmo que o Estado permaneça como regulador das atividades, exime-se da responsabilidade da execução – e de todo ônus que isso implica ou causa).

Além do mais, o controle social é um ponto que conecta as relações do Terceiro Setor com o Estado, de um lado, e do Terceiro Setor com o Setor Privado, de outro, uma vez que a capilaridade aludida acima pode atender mais aos interesses privados que aos públicos (Montaño, 2010). A capilaridade do Setor Privado, dessa forma, molda também a gestão das organizações privadas sem fins lucrativos (Albuquerque, 2006), o que constrói uma dicotomia entre a responsabilidade social das entidades na intervenção de políticas públicas de saúde e a forma como atuam, beneficiando, com isso, uma lógica de Estado Mínimo, em que o Estado se ausenta da implementação das políticas públicas de saúde e dá lugar a uma lógica privatista (Bravo, 1996).

Dessa forma, o objetivo deste artigo inclui analisar os sentidos da complementaridade das organizações privadas sem fins lucrativos na área da saúde que atuam sob modelos de gestão alinhados ao setor privado (Albuquerque, 2006), mas que, de acordo com a Lei nº8.080/1990, suplementam as políticas públicas de saúde. Cabe, portanto, compreender se a produção de sentido e, consequentemente, o impacto no imaginário social, se alinham a um projeto privatista de saúde (Bravo, 1996), proposto a partir da contra-reforma do Estado (Montaño, 2010).

A redemocratização e a construção de sentido da complementaridade

Quando a saúde e a comunicação são capturadas por interesses privados excludentes, ambas se afastam do projeto político emancipatório proposto pelas lutas por democracia (Stevanim; Murtinho, 2021, p.36).

A redemocratização no Brasil não foi um processo dado. Todo direito, sobretudo o Direito à Comunicação, – que nos permite produzir o sentido dos demais – é fruto de luta (Stevanim; Murtinho, 2021).

Para Pierre Bourdieu (1989), o poder simbólico pode ser traduzido por um acúmulo de capital que produz efeito na realidade a partir do estabelecimento de uma estrutura de sentido compartilhada por um determinado grupo social. A partir desta

perspectiva, ajustando-a ao objeto de estudo aqui recortado, é possível afirmar que o processo de redemocratização, ocorrido no Brasil nos anos 1980, se deu por meio da disputa de sentidos, na qual diversos grupos, outrora silenciados, censurados e/ou negligenciados pelas políticas dos governos militares, passam a participar efetivamente das decisões da vida pública.

A ditadura cívico-militar incentivou a predominância do Setor Privado na área da saúde, ao enfatizar a medicina curativa, assistencialista e orientada pela indústria financeira (Bravo, 1996). Falconer (1999) argumenta ainda que a ditadura abriu as portas do país para o capital privado externo, fator importante para compreender o surgimento do terceiro setor, uma vez que grandes empresas, como a Ford e o Banco Mundial, passaram a injetar capital financeiro para a criação de muitas organizações privadas sem fins lucrativos. E, enfim, a saúde pública, nesse momento, era, portanto, restringida à massa assalariada inscrita no trabalho formal, traduzindo um modelo de seguro social que promovia uma enorme exclusão, produzindo um sentido de saúde orientado pela meritocracia (Paim, 2009).

Desde a Redemocratização até os dias atuais, já se passaram cerca de 40 anos. Neste meio tempo, as políticas de saúde obedeceram a um natural processo de conformação – tanto no que diz respeito às propostas de intervenção social, quanto em relação aos agentes envolvidos para tanto. Os governos pós-ditadura buscaram enfrentar os impactos sociais e econômicos herdados, como é o caso da luta por uma saúde universal, e construir um projeto de saúde pública se tornou uma possibilidade. É o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde que gera o capítulo Saúde na Constituição (Paim, 2009), e a partir da Lei nº8.080/1990 – Lei Orgânica de Saúde – que se concretiza a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a Lei Orgânica de Saúde também prevê a participação, de forma direta ou indireta, de organizações privadas sem fins lucrativos na complementaridade do SUS.

A complementaridade prevista na lei, tal qual o contexto da redemocratização, alimenta a ideia de cooperação dos demais setores da sociedade na construção da saúde em um sistema. Jairnilson Paim, em “O que é o SUS?”, define o sistema como o “conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e da população” (Paim, 2009, p.10). Assim, novos agentes passam a atuar no campo da saúde, complementando o sistema, e passam a disputar com as

narrativas hegemônicas o direito de participar da construção das políticas de saúde. Os cidadãos, portanto, se tornam agentes nesse campo.

A participação social, antes censurada às demandas do povo e limitada ao filantrópico e ao não lucrativo (Falconer, 2006), passa a ser fundamental para a concepção de saúde no processo da Reforma Sanitária (Bravo, 1996). Maria Inês Souza Bravo (1996), pesquisadora de políticas públicas de saúde, coloca em seu texto “Práticas de Saúde no Brasil” que, aos poucos, com o alinhamento da democracia brasileira ao neoliberalismo, o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, tornando-se promotor e regulador de políticas públicas e passando para o setor privado atividades de implementação.

Essa chamada Contra-Reforma do Estado, iniciada nos anos 1990, traz o embate de sentidos da saúde como saúde pública, universal nos conformes da seguridade social, e a Reforma Privatista da saúde, em que a parceria com a sociedade civil é enfatizada na mesma medida em que a saúde é vinculada ao mercado (Bravo, 1996). O Terceiro Setor ganha diferentes contornos dentro da saúde, ao abraçar o sentido da saúde pública e propor uma causa enquanto simula o modelo de gestão privado (Albuquerque, 2006). Constitui-se, portanto, um campo da saúde com três principais agentes que constroem sentidos e disputam os sentidos do público e do privado: O Estado, as empresas e a sociedade civil organizada.

Segundo os estudos de Carlos Montañó (2010), o projeto neoliberal da contra-reforma do Estado se organiza a partir da livre concorrência do mercado, impulsionando a ideia de que o esforço individual estimula o desenvolvimento social, chamado pelo autor de “intenção progressista” (Montañó, 2010, p.87). A participação social se volta a outro sentido na contra-reforma, uma vez que o esforço individual da sociedade civil – e, conseqüentemente, do terceiro setor – traz a compreensão desse grupo como implementador, função garantida constitucionalmente ao Estado.

Nesse contexto do fazer da política pública por intermédio das entidades sem fins lucrativos na contra-reforma do Estado, Falconer (1999) destaca o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) como um dos principais impulsionadores do terceiro setor, utilizando-o como estratégia para implementar políticas sociais.

Ressalta-se dois marcos estabelecidos que reforçaram a presença do terceiro setor na gestão de políticas públicas em 1995: o Programa Comunidade Solidária e o

Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Falconer, 1999). Ambas as iniciativas foram desenhadas na intenção de superar a pobreza por meio do incentivo da atuação de entidades não estatais, privadas e sem fins lucrativos, em serviços fundamentais, inclusive os de saúde. Isso revela um elemento essencial para se compreender a complementaridade ao Estado promovida pelo terceiro setor, que é o controle social exercido pelo Estado por meio da intervenção das organizações privadas sem fins lucrativos.

Paim (2009, p.65) argumenta que a publicização do SUS está ligada à presença de interesses particulares na formulação das políticas de saúde. Para que o controle social seja efetivo, é necessário que essas iniciativas preservem e priorizem as necessidades coletivas. Nesse sentido, ainda que o Estado financie organizações do terceiro setor, é por meio desse financiamento que enfim pode exercer o controle social sobre as políticas públicas e aqueles beneficiados por elas, os cidadãos.

De toda forma, nem sempre os interesses particulares envolvidos na execução das políticas públicas convergem com o interesse público. Para Paim (2009, p.86), isso ocorre, por exemplo, quando não existem mecanismos legais eficazes para responsabilizar governos e gestores pelos serviços que não são cumpridos. Tal lacuna – aqui analisada na atuação do terceiro setor em saúde – pode comprometer a distinção entre a saúde como direito garantido na seguridade social e a saúde tratada como bem de consumo, característica dos modelos neoliberais advindos do projeto privatista de saúde e da contra-reforma do Estado nos anos 1990 (Bravo, 1996).

Enfatiza-se a Carta Magna de 1988, que construiu o sentido da seguridade social como “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” (Art.194, CRESS apud Montaña, 2010, p. 201), questão essencial para determinar a saúde como um direito de todos, garantido pelos diversos agentes sociais.

Posteriormente, o Decreto nº356/1991 retirou essa responsabilidade dos Poderes Públicos ao afirmar que a União não financiaria mais as ações relativas à seguridade, com exceção em casos de insuficiência dos seus demais agentes financiadores. Este decreto surge em um momento de construção de sentido neoliberal da “crise fiscal do

Estado” (Montaño, 2010, p. 216), que foi justificada socialmente por elevados gastos sociais, o que inclui a área da saúde.

Em contrapartida, “a crise fiscal do Estado” (Montaño, 2010, p. 216) pode vir a ser compreendida em outro sentido, em que o uso político e econômico que as autoridades do Estado fizeram do capital geraram privatizações de empresas públicas, reformas tributárias, recorte do financiamento estatal na implementação de políticas públicas – inclusive as de saúde.

Assim, um conjunto de instituições políticas e sociais em Assistência, Previdência e Saúde se deslocaram do setor público para o setor privado (Montaño, 2010), ao mesmo tempo em que o Estado usou da promoção das organizações privadas sem fins lucrativos para a implementação das políticas públicas, como visto no governo de FHC (Falconer, 1999).

Esse movimento corrobora a ideia de um projeto privatista de saúde (Bravo, 1996), visto que no contexto da contra-reforma, a “intenção progressista” do terceiro setor se traduziu na fortificação do capital na medida em que conciliou e ampliou parcerias entre as classes sociais e o setor privado. Dessa forma, o terceiro setor, localizado entre os setores público e privado, conciliou a saúde pública de acordo com a seguridade social aos interesses privados dos empresários. Bourdieu (1989) argumenta que é justamente na correspondência de estrutura a estrutura que se concretiza a função ideológica do discurso dominante. Assim, o acúmulo do capital financeiro e simbólico dentro de um campo determina a ideologia dominante.

Dessa forma, para além da gestão de acordo com os modelos privados, conforme apontado anteriormente na pesquisa de Albuquerque (2006), é possível compreender que o sentido simbólico que prevalece na intenção progressista do terceiro setor após a contra-reforma é o de conciliação com o capital e seu sistema (Montaño, 2010), o que pode instituir ao sentido de construção do terceiro setor um alinhamento ao que Bravo (1996) nomeia de projeto privatista de saúde, posto que reproduz a ideologia dominante.

Essa compreensão dos agentes do campo da saúde elucida o embate entre a Reforma Sanitária e a contra-reforma. Enquanto na primeira a ideia de saúde é construída como um direito de todos, na segunda é construída como um bem de consumo. Desse modo, a Reforma Sanitária, proposta na redemocratização, é

antagonizada dentro do campo da saúde pelo projeto privatista de saúde, no qual se posiciona o sentido do trabalho do terceiro setor nesse campo.

Considerações finais

Enquanto objetivo central deste artigo, interessa aqui refletir sobre os sentidos da complementaridade exercida pelo terceiro setor às políticas de saúde após a redemocratização, especialmente no embate de narrativas entre a proposta de saúde da Reforma Sanitária a partir da construção da Constituição Federal de 1988 e a proposta de saúde da contra-reforma de Estado, que deslocou o terceiro setor de seu lugar de complementaridade para o lugar de implementador das políticas públicas de saúde.

A complementaridade exercida pelo terceiro setor na saúde se afasta da proposta emancipatória e democrática da Reforma Sanitária, uma vez que capturada pelos interesses privados da contra-reforma de Estado. Assim, são produzidos outros sentidos de saúde, em que a complementaridade se encontra em segundo plano, caracterizando uma transferência das funções estatais de saúde para o terceiro setor, ainda que o Estado exerça o controle social por meio do processo de publicização.

Esse movimento retrata as disputas de sentido do campo da saúde, em que o discurso dominante, entendido como o discurso do projeto privatista de saúde, se afasta da construção de sentido de saúde como direito universal. Isso porque no campo da saúde, o terceiro setor se comporta mais alinhado à construção de um sentido de saúde privada, embora suas características intrínsecas ao interesse público estejam supostamente alinhadas à causa da saúde pública.

A consolidação do terceiro setor como agente ativo na implementação de políticas públicas de saúde revela um movimento que vai além da ideia de cooperação prevista na complementaridade. O que se pode observar é a substituição do Estado enquanto executor de políticas, colocando a complementaridade de lado para suplantar as políticas públicas de saúde. O resultado pode ser entendido como uma usurpação das funções estatais por parte do terceiro setor, ainda que essa configuração se mostre conveniente para o próprio Estado, ao ter garantido o exercício do controle social por meio de mecanismos de regulação e financiamento.

Conclui-se que tal rearranjo não é isento de posicionamento e ideologia. Quando inserido no campo da saúde – entendido a partir de Bourdieu (1989), como um espaço

de disputas dos sentidos simbólicos entre agentes com diferentes capitais – o terceiro setor reproduz o *habitus* dominante, ou seja, a crença no discurso hegemônico que naturaliza a privatização das iniciativas do Estado. A atuação dessas organizações, ao adotar modelos de gestão privados e alinhar-se à racionalidade de mercado, reforça e legitima simbolicamente o projeto privatista da saúde. Essa lógica se cristaliza como senso comum, impactando o imaginário social como solução “eficiente” para os problemas do SUS e deslegitimando as bases da Reforma Sanitária conquistadas na redemocratização.

Referências

- Araújo, I. S.; Cardoso, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Albuquerque, A. C. C. **Terceiro setor**: história e gestão de organizações. São Paulo: Summus Editorial, 2006.
- Almeida Filho, N. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- Bourdieu, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.
- Bravo, M. I. S. **Práticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
- Brasil [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
- FALCONER, A.P. **A promessa do terceiro setor**: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão. Dissertação (Mestrado), FEA-USP, São Paulo: 1999.
- Montanô, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2010.
- Paim, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- Pereira, L.C.B. A reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995.
- Stevanim, L. F.; Murtinho, R. **Direito à comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.