Questões estratégicas na reforma sanitária: o desenvolvimento do terceiro setor*

Walter F. de Oliveira**
Luciano A. Prates Junqueira***

SUMÁRIO: 1. O estatuto sociopolítico da saúde: algumas considerações no contexto da construção do SUS; 2. Os setores econômicos tradicionais e a economia política da saúde; 3. O terceiro setor e o projeto nacional da saúde; 4. Identidade do terceiro setor; 5. Aperfeiçoamento do terceiro setor: importância para o movimento sanitário; 6. O terceiro setor e o resgate da cidadania; 7. Conclusão.

SUMMARY: 1. The social political statute of health: a few remarks within the context of establishing the Unified Health System (SUS); 2. The traditional economic sectors and the political economy of health; 3. The third sector and the national health project; 4. Third sector identity; 5. Third sector improvement: the importance for the health movement; 6. The third sector and the recovery of citizenship; 7. Conclusion.

PALAVRAS-CHAVE: terceiro setor; Sistema Único de Saúde; reforma sanitária; intersetorialidade; empreendimento social; cidadania.

KEY WORDS: third sector; Unified Health System; health reform; intersectoriality; social enterprise; citizenship.

Literatura extensa tem-se dedicado a analisar, de vários pontos de vista, a chamada reforma sanitária no Brasil. Poucos trabalhos, entretanto, focalizam

* Artigo especialmente produzido para este número da *RAP*, recebido em fev. 2003.
** PhD, professor do Departamento de Saúde Pública e chefe do Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: walter@ccs.ufsc.br e wfolive@terra.com.br.
*** Sociólogo, doutor em administração da saúde, coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração e do Núcleo de Estudos Avançados do Terceiro Setor da PUC-SP e professor assistente doutor da Unisantos. E-mail: junq@pucsp.br.

as relações setoriais que influenciam a área da saúde. Este artigo pretende discutir as relações setoriais, configurando a saúde como empreendimento social e contextualizando o terceiro setor na economia social e particularmente em relação à saúde pública. O artigo examina aspectos históricos relativos ao nascimento e fortalecimento do terceiro setor, particularmente nos EUA, e argumenta que o desenvolvimento de um terceiro setor independente é estratégico para a construção continuada do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo uma variedade de desafios sociais, políticos e econômicos para sua efetivação. Um terceiro setor forte, inserido como protagonista e não apenas como coadjuvante no panorama socioeconômico e cultural, e politicamente independente, é fundamental para efetivar ações que visem novos pactos sociais e o progresso social do país.

Health reform strategic issues: the development of the third sector
There is an extensive literature dedicated to analyzing health reform in Brazil during the last two decades. However, very little has been written on how the intersectorial configuration affects the Brazilian health system. With a very weak non-profit sector (the so-called third sector), governmental institutions and the market are the two significantly recognized sectorial forces driving the country's social, political, ideological, cultural, and financial macro-relationships. This paper discusses the intersectorial relationships, configuring health as a social enterprise and contextualizing the third sector in the social economy, particularly in relation to public health. It examines historical aspects of the third sector's birth and growth, especially in the US, and argues that the development of an independent third sector is strategic for the continuous development of Brazil's Unified Health System, recognizing a variety of social, political, and economic challenges for its establishment. A strong third sector, politically independent and inserted as a protagonist and not merely as a supporting actor in the social economic and cultural scene is crucial to the implementation of a new social pact that can significantly contribute for social progress in Brazil.

1. O estatuto sociopolítico da saúde: algumas considerações no contexto da construção do SUS

A saúde movimenta grandes aportes de recursos econômicos, humanos e materiais em todos os países do mundo por ser uma ação socialmente complexa. A média geral de despesas com saúde para todos os países é de US$1.728 por pessoa por ano e 7,5% do produto interno bruto (PIB). Nos EUA os gastos diretos com a saúde atingem 13,5% do PIB e, apesar dos esforços de contenção das despesas, a expectativa é que em 2008 gastem-se cerca de US$2,2 trilhões, o dobro do que se gasta hoje (Wurman, 2002). No Brasil, conforme dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, o orçamento global do ministério cresce continuamente, tendo saltado de R$14,9 bilhões em 1995 para cerca de R$28,5 bilhões em 2002, incremento de aproximadamente 100%. A

perspectiva, corroborada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2002, é que o valor atual seja, no mínimo, garantido, com possibilidade de crescimento caso haja expansão do PIB real (Santos, 2002). A saúde é, sob todos os aspectos, inclusive econômicos e políticos, estratégica para os destinos da nação. Além disso, do ponto de vista da cultura, a saúde é um valor positivo em todas as classes e grupos sociais, o que amplia seu peso político. Evitam-se doenças e promovem-se estilos de vida; florescem impérios como a indústria farmacêutica e os negócios hospitalares; e carreiras políticas são construídas ou destruídas sob a égide da saúde.

A *saúde*, a partir da Constituição de 1988, legitimou-se em nosso país como direito da cidadania. Seu estatuto de bem público deixou, portanto, de ser objeto apenas nos níveis da macroeconomia e da macropolítica. Tornou-se preocupação cotidiana e práxis política no âmbito da comunidade, da família, da instituição social de médio e pequeno portes e, portanto, da microgestão, do gerenciamento descentralizado e "na ponta", onde é diretamente fornecido o serviço por e para servidores, usuários e clientes.

A mudança radical da concepção de serviços e políticas de saúde trazida pela Constituição de 1988 se dá num contexto de crise econômica, social e cultural. O Brasil, que constitui, em números absolutos, a nona economia do mundo, caiu do 62º lugar, em 1999, para o 79º lugar, em 2002, no índice de desenvolvimento humano (IDH) da Organização das Nações Unidas (ONU). Muitos fatores determinantes dessa classificação ligam-se à saúde, concebida como desenvolvimento humano, termo abrangente e que evita conceitos antes em voga, como "qualidade de vida", amplamente divulgado pela mídia. A indicação é que em matéria de saúde, conforme os critérios de IDH da ONU, a realidade institucional e cotidiana do cidadão brasileiro não está sendo adequadamente contemplada. Ou, como parecem sugerir os meios de comunicação de massa, o que tem sido oferecido à maioria da população brasileira é de baixa qualidade. Em outras palavras, nossa saúde vai mal.

Um grande contingente populacional, entretanto, depende das políticas públicas de saúde, materializadas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Hoje, sua construção vai contra os interesses de corporações e instituições que se pautam pela mercantilização da saúde. Este conflito acontece dada a intenção do SUS de formação do sistema de saúde com base nos princípios do acesso, universalidade, integralidade, hierarquização e descentralização da atenção, assim como da excelência na qualidade dos serviços ofertados a todos os cidadãos. Como sugerem, entre outros, Mendes, Carvalho e Marques (2001) e o Conselho Federal de Psicologia (2000), muitas políticas públicas nacionais e internacionais acabam sendo formuladas sob as pressões de interesses corporativos, contradizendo e sabotando política, financeira e ideologicamente o avanço do SUS. Por isso a construção do SUS enfrenta, hoje, tremendo desgaste, produzido tanto pela falta de sistematização da informação e sua divulgação ao público em geral e a profissionais da saúde — no sentido da compreensão do processo histórico atualmente vivenciado —, quanto pela natureza dos problemas inerentes à construção do sistema, no contexto de um país que luta com escassez crônica de

recursos para a economia social. Some-se a estes problemas uma tradição de gestão e gerenciamento ineficazes do setor público.

O problema do modelo de gestão é crucial. De maneira geral, a tradição no Brasil é de padrões de gestão que refletem, em certo sentido, seu amadorismo e em outro a tradição de desrespeito ao que é "público". Este amadorismo e este desrespeito se revelam em ações administrativas perversas, que confundem interesses públicos, pessoais e corporativos. Assim, são comuns a descontinuidade de programas — com incalculáveis prejuízos ao erário —, os expurgos promovidos nas mudanças de governo, o descaso com a qualidade do serviço oferecido, o descomprometimento e a irresponsabilidade, bem como controles inadequados, protegidos sob o manto de uma burocracia emperrada e anacrônica. Essa cultura de desrespeito pelo bem público se manifesta, infelizmente, em praticamente todas as classes, profissões e funções e ocorre tanto por parte de servidores quanto de cidadãos, clientes e usuários. Há, ainda, outros grandes empecilhos à construção do SUS, como o momento econômico vivido pelo país, presa da especulação do capital predatório internacional, e a tradição política de corrupção e impunidade, fartamente apregoada pela imprensa.

O anacronismo da gestão e execução de programas na área da saúde, como em todo o serviço público, é grandemente alimentado pela forma de utilização da burocracia pelas estruturas de poder. Na prática, há ganhos na ineficiência e na ineficácia. Estas permitem, por exemplo, prolongar o tempo de internação de usuários em unidades psiquiátricas, manipulando processos de trabalho como o simples ato de passar um fax.[1] Assim, emperra-se todo um sistema e fomenta-se a alienação através de tramitações eternas de procedimentos os mais variados, desde a nomeação de uma chefia até as compras de materiais essenciais. Como já nos alertava Max Weber, a burocracia, mal utilizada, pode instrumentalizar — sob o disfarce da incompetência — o desinteresse, o descaso e o boicote ideológico. Tal é o caso hoje de nosso sistema público de saúde, onde se constrói, cuidadosa e obstinadamente, uma resistência fundamentada na imobilização, na incompetência, no descaso e, em geral, no boicote às mudanças estruturais propostas pelo SUS. Aposta-se na piora, inevitavelmente trazida pela inércia; no emperramento e no abandono produzidos pela falta de compromisso da gestão para com a qualidade do serviço; e na pressão sobre o profissional, desencorajando-o e alertando-o para a má reputação que pode ser angariada por trabalhar no SUS.[2] Do outro lado, um contingente de profissionais e cidadãos continua, na contramão

[1] Testemunhamos a epopéia de um paciente em um hospital psiquiátrico cuja alta foi prolongada por 15 dias por conta deste tipo de manipulação.

[2] Este tem sido um meio utilizado para desencorajar alunos em fases finais do curso de medicina.

desse movimento, a tentar pavimentar o caminho para reverter o sucateamento geral das instituições públicas.

2. Os setores econômicos tradicionais e a economia política da saúde

O Brasil apóia-se, do ponto de vista da economia e da organização social, em dois grandes e abrangentes setores: o governamental, que gere e regula, em geral, os empreendimentos diretamente ligados às chamadas políticas públicas,[3] e o setor privado mercantilista, formado pela iniciativa privada e cujos empreendimentos têm como finalidade principal a produção de lucro. Há ainda o terceiro setor: privado, porém voltado para ações sociais, com base maior na ação cidadã voluntária, e cujos empreendimentos não têm finalidade de lucro. Mas este setor, de importância fundamental nas sociedades democráticas ocidentais modernas, não tem ainda expressão decisiva na economia e na organização social do Brasil. Examinemos como se dá a organização política e econômica da saúde em relação a esses setores.

O setor governamental funda-se nas transações de poder que se praticam entre partidos políticos e são geralmente protagonizadas por políticos profissionais. Dentro do aparelho do Estado e no âmbito dos territórios técnico-políticos, como é o caso da saúde, as disputas partidárias de poder chocam-se, muitas vezes, com a intenção de privilegiar a competência técnica e administrativa. Não que o técnico e o administrador devam ser alienados da política. Sem dúvida, necessita-se de técnicos e administradores com visão política no projeto da saúde. Mas o que muitas vezes se observa é o interesse partidário interpondo-se à busca da competência do serviço em seu compromisso básico com a cidadania. As disputas do poder partidário, trazidas para a arena dos serviços de saúde, tendem a dificultar a realização de políticas e serviços públicos voltados para a busca da qualidade.

No caso da saúde, o setor governamental, pautado pelo partidarismo, não tem condições de dar sozinho respostas positivas às necessidades básicas de saúde da população. O papel do governo é prover políticas, programas e serviços inalienáveis de sua esfera de atuação: políticas públicas, sanitarismo, preservação do meio ambiente, proteção e segurança, segurança alimentar, vigilância da saúde, garantia de acesso aos serviços, qualidade e atendimento universal, entre outros. Mas essas ações não devem ser subjugadas às agendas partidárias. Isso é difícil, para muitos incompreensível, num

[3] Referimo-nos aqui às ações políticas voltadas para programas e serviços públicos, de amplo acesso. Em sua definição maior, todas as políticas são públicas, pois atendem a normas e pactos sociais e devem, portanto, ser reguladas para o bem da cidadania.

país com as características do Brasil, onde o governo é visto como propriedade de partidos e não como administração política voltada para o benefício de toda a coletividade.

Subjugados às agendas partidárias, os serviços de saúde tornam-se reféns do tráfico de influência do poder. Uma série de atividades necessárias a seu aperfeiçoamento é impedida por uma variedade de fatores, desde os vieses na distribuição de financiamentos e os boicotes por parte dos que não apóiam o partido hegemônico, à inevitável ojeriza por avaliações independentes, típica dos que ocupam o poder.

Como resultado do sucateamento do setor público, com grande comprometimento da gestão e da qualidade dos serviços, tem surgido a demanda cada vez maior pela expansão do setor privado mercantilista no domínio da saúde. Proclama-se que essa expansão trará soluções salvadoras para a economia da saúde — incluindo desde a exploração, por empresas mercantilistas, do fornecimento de água e serviços sanitários, ao privilégio de serviços suplementares na utilização de espaço em hospitais públicos, bem como a reorganização de serviços médicos, laboratoriais e farmacêuticos com vistas à "eficiência", interpretada única e exclusivamente do ponto de vista mercantilista. Mas a expansão do setor privado mercantilista também não pode responder satisfatoriamente aos desafios da saúde coletiva, como se pode depreender de uma análise, por exemplo, do setor saúde nos EUA, fortemente privatizado e cronicamente incompetente para promover o acesso universal aos serviços ou o bem-estar geral da população (Wurman, 2002).

Escorel (1992) aponta a nocividade da mercantilização da saúde no Brasil — tendência para a qual aconselha cautela, num momento histórico em que se desvela o capital especulativo como protagonista maior de uma concepção mercadológica de mundo. Essa concepção integra-se estruturalmente à cultura, propondo uma estética e uma ética mercantilistas pós-modernas. Enquanto o movimento sanitário busca sua institucionalização de fato, após tê-la conquistado de direito, a concepção mercantilista busca a ocupação do espaço cultural, inclusive pela utilização do tempo como instrumento de pressão: temos prazos e temos pressa. Há sempre uma urgência de instaurar ações, sem que se proporcione o tempo adequado a discussões públicas, amplas e aprofundadas, sobre temas que pedem decisões importantes e muitas vezes estratégicas. Os prazos são sempre escassos, embora quase nunca tenhamos uma explicação plausível para tal escassez.

Assim, há poucas oportunidades para que se desenvolvam reflexivamente processos reais de decisão. Tomamos rumos, no país, que vão afetar significativamente valores, opiniões, crenças e comportamentos, orientados quase única e exclusivamente pela vontade férrea da rapidez que, por sua vez, se impõe a partir de nosso gestor maior: o "mercado". Este trata pessoas e instituições como bens de consumo, estabelecendo mecanismos que situem

as decisões cada vez mais fora da alçada humana, sabotando a autonomia e o envolvimento pleno dos cidadãos. Este sistema, em meio ao conflito entre sua intenção de expansão e as resistências dos movimentos sociais, utiliza o poder e as armas estratégicas, socioculturais, de que dispõe. Uma delas é fomentar o fatalismo, incrustando a idéia da via única — a do mercado; da possibilidade única — servir à ideologia do mercado; e apenas um meio de ter saúde e qualidade de vida — pela mercantilização.

Há, entretanto, uma dificuldade cada vez maior, para os ideólogos mercantilistas, de convencer as grandes massas e os principais tomadores de decisão da nação de que o sistema de mercado pode trazer sentido e felicidade para a existência humana (Giannetti, 2002). A venda dessa idéia necessita de uma estratégia que garanta o atordoamento dos cidadãos (consumidores, na linguagem mercadológica) para que não haja energia, tempo ou possibilidade de contemplar outras alternativas. O "mercado" precisa impedir a criatividade e negar a esperança. Não pode abrir discussões, fazer concessões ideológicas, apoiar melhoria administrativa nos subsistemas sociais. Por isso, apregoa a falência e a derrota do setor público e do SUS.

O sistema de mercado não pode discutir desenvolvimento humano a não ser dentro de sua própria lógica, na qual a natureza e a vida são vistas como meros recursos econômicos com a função de tornar-se mercadoria e lucro como tudo o mais. Sua concepção de vida é consumista, o sucesso medido pela posse, a existência equacionada com o ter. Não há como reconciliar este sistema com proteção ambiental, qualidade de vida, acesso universal à saúde e uma visão de ser humano integral. Ele é necessariamente predatório do meio ambiente; é detrator da vida em comunidade, privilegiando a especulação imobiliária e a destruição de casas, lares, famílias e cidades; defensor do paradigma da "medicalização", em prejuízo da prevenção, da promoção e da reabilitação; e, para melhor poder manobrar a mobilidade do capital especulativo, busca a erosão das soberanias nacionais e, portanto, do Estado. É, desta forma, contrário ao projeto da saúde como concebido no SUS.

O sistema de mercado, em sua concepção mais radical, precisa de profissionais de saúde manipuláveis, dependentes do uso cada vez maior, mesmo quando desnecessário, de medicamentos caros e tecnologias ultra-sofisticadas, estas sempre apresentadas como essenciais para qualquer diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças. Profissionais que não acreditem na resolutividade a partir de estruturações hierarquicamente coerentes, que se envergonhem de trabalhar em centros de atenção básica de saúde e que não sejam sensíveis à dor e ao sofrimento, desumanizando-se e objetificando seu próximo. Da mesma forma que os sistemas governamentais dominados por agendas partidárias, prefere profissionais que não exerçam a crítica na prática cotidiana dos serviços, fundamental para o avanço das concepções terapêuticas e da gestão. O sistema mercantilista, por sua natureza consumista, fomenta dependência à tecnologia cara

e sofisticada, ridiculariza formas alternativas mais simples e eficazes de tratamento, aposta no isolamento disciplinar e boicota a autonomia de profissionais e usuários dos serviços, prejudicando assim empreendimentos locais, o florescimento de uma economia de base comunitária e a independência cultural das comunidades (Konner, 1993).

Em suma, nem o setor governamental, partidário por essência, nem o setor privado mercantilista, com sua inerente concepção consumista do viver, podem, sozinhos ou combinados, oferecer as soluções mais importantes e necessárias, neste momento histórico, para o avanço do sistema de saúde no Brasil. Têm, sem dúvida, espaços que lhes são apropriados nessa construção — espaços que devem ser ocupados com responsabilidade, sinceridade e despojamento — que privilegiem a qualidade de vida, dignidade e livre oportunidade, oferecendo ao cidadão de vocação política ou empreendedora possibilidades éticas nos campos político e profissional.

É nesse contexto que está o terceiro setor como uma nova possibilidade de gestão da saúde: nem estatal, nem privado, mas "privado público", voltado para atender às necessidades coletivas.

3. O terceiro setor e o projeto nacional da saúde

A saúde no Brasil localiza-se no setor público, representado pelas instituições governamentais, e no privado com fins lucrativos, que provê serviços suplementares, incluindo grandes conglomerados e pequenas organizações voltados para transações que envolvem bens e serviços. Os interesses da população em relação à saúde são representados principalmente pelos movimentos sociais, nos quais militam os profissionais de saúde que têm contribuído para a reforma sanitária.

Os movimentos sociais são em geral reativos. No Brasil têm-se apresentado, sobretudo, como formas de resistência a sistemas oligárquicos tradicionais e setoriais de manutenção e controle de poder político e econômico e que hoje são, institucionalmente, representados por cartéis nacionais e transnacionais. Tais movimentos têm mantido uma relação dialética com a evolução dos sistemas oligárquicos que tradicionalmente combatem. Os movimentos sociais constituem, assim, formas de organização política com representação social variada, engajadas na luta pelos interesses das classes populares e trabalhadoras.

A saúde, em sua dimensão de política pública, se localiza, operacionalmente, dentro dos setores político-econômicos institucionais. O movimento sanitário, que se caracteriza como um movimento profissional de transformação,[4] se apóia em marcos teóricos com forte apelo ideológico. A reforma sanitária tem sido impulsionada basicamente a partir desse movimento e, se for

institucionalizada, corre o risco de contradizer sua natureza de movimento social. Assim, a institucionalização do SUS traz um dilema, pois a implementação do sistema tem caminhado no bojo de um movimento profissional de transformação que, se institucionalizado, pode perder sua característica maior, de independência dos partidos e do mercado.

Assim, forma-se uma grande contradição. Por um lado, o movimento sanitário representa, legitimamente, os interesses de grande parte do público na área da saúde e sustenta o avanço do SUS. Mas terá problemas cada vez maiores de legitimidade à medida que avança o processo de institucionalização do SUS, agravados pelo perigo de perder sua independência e de se sectarizar. Por este e outros motivos defendemos que a institucionalização do SUS demanda que o terceiro setor tenha uma inserção sociopolítica-econômica. Nesta perspectiva, o terceiro setor pode ser importante no acompanhamento da implantação do SUS, independente dos interesses exclusivos dos poderes partidários e das imposições radicais da ideologia do mercado. Sua efetividade pode ser facilitada por um orçamento que combine recursos públicos e privados e permita a independência política necessária para melhor poder contemplar as necessidades político-sociais da cidadania, sem deixá-la à mercê das disputas bissetoriais de poder.

O terceiro setor representa a iniciativa privada cidadã sem, entretanto, pautar-se pelo paradigma mercantilista que valoriza fundamentalmente o lucro, mas pela idéia do bem-estar social da população. O seu fortalecimento é uma necessidade estratégica para o desenvolvimento do próprio movimento sanitário e também para o desenvolvimento social do país como um todo, no contexto da construção de um sistema democrático que privilegia a participação, a cidadania e a eqüidade. Esse argumento se sustenta na experiência da organização social como se apresenta em alguns outros países, sobretudo nas sociedades fundadas nos princípios da democracia.

4. Identidade do terceiro setor

O terceiro setor é o conjunto de organizações privadas sem fins lucrativos, de interesse social, fundadas e geridas por cidadãos com a finalidade de promover os interesses da cidadania em vários campos da atuação social. Essas organizações são de várias magnitudes e categorias, desde pequenas associações locais a grandes conglomerados nacionais e internacionais. A maioria funciona com base no trabalho voluntário, que em geral define-se não como prestação de serviço à organização, mas como participação de proprietários, parceiros e/ou

[4] Conforme, por exemplo, o conceito de McAdam, McCarthy e Zald (1988).

beneficiários diretos ou indiretos da organização, que é vista como facilitadora dos objetivos do voluntário, no exercício de sua função social de cidadão. Esses princípios contrariam concepções equivocadas e mais simplistas, como a de que o trabalho voluntário significa substituir mão-de-obra, ou simplesmente suprir deficiências de serviços públicos ou privados.

Uma missão das organizações do terceiro setor é ajudar o cidadão a atuar responsavelmente no destino da sociedade, contribuindo para o progresso social e criando espaços institucionais para o exercício e defesa dos direitos da cidadania. Por isso o terceiro setor é conhecido como o da economia social, por ser instrumento da cidadania e promotor de melhores condições sociais. As organizações sem fins lucrativos que constituem esse setor são também denominadas empresas sociais, organizações não-governamentais (ONGs), fundações e, mais recentemente, no Brasil aparece a categoria das organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip).

As organizações do terceiro setor ilustram a sua relevância para o projeto social, cultural, econômico e político do país, inclusive na distribuição de recursos públicos e privados, facilitando ao cidadão acesso à participação na vida pública. O fortalecimento dessas organizações é estratégico para garantir a participação individual ou de grupos minoritários nas decisões coletivas. A institucionalização desse espaço é uma condição para o cidadão exercer seu direito de acesso à saúde, educação, meio ambiente, habitação, planejamento urbano, progresso social, segurança, direitos humanos e cultura. É um espaço legítimo onde o cidadão, teoricamente livre de pressões governamentais, partidárias ou de mercado, afirma sua participação direta na vida sociopolítica e seu apoio a entidades e movimentos sociais.

Assim, o terceiro setor funciona como uma possibilidade de aliança entre cidadãos, instituições e movimentos, num esforço comum para a busca de soluções para os problemas sociais que afetam a população. É a sociedade civil assumindo competências na gestão das políticas sociais, que até recentemente eram apenas de responsabilidade do Estado e fortemente influenciadas pela mão (pretensamente) invisível do mercado.

No Brasil o terceiro setor como espaço de participação cidadã ainda está em construção. Os outros dois setores é que são reconhecidos como legítimos representantes na esfera política e econômica. O terceiro setor, ao contrário, é muitas vezes tutelado e manipulado pelas influências das entidades financiadoras. Isso ocorre em função das características unicamente assistencialistas que marcaram e ainda marcam parte dessas organizações sem fins lucrativos no Brasil. A idéia democrática e cidadã é que as organizações do terceiro setor deixem de ser identificadas principalmente com esse caráter assistencialista, mas isso ainda não é uma realidade para a maioria delas no país. Não há tradição de um setor independente da economia, seja pelo desinteresse dos dois outros setores em modificar essa situação, seja pela própria

dificuldade de auto-reconhecimento e macroarticulação do terceiro setor, resultando no seu hiperprematuro sucateamento.

5. Aperfeiçoamento do terceiro setor: importância para o movimento sanitário

Reforçar uma cultura voltada para o progresso social, em busca de uma sociedade mais justa e igualitária, é fundamental para a construção da cidadania. Nesse contexto situa-se o movimento sanitário, que tem no seu ideário a justiça social e a promoção de oportunidades para todos. Estrategicamente, o movimento sanitário continua buscando construir espaços institucionais que não se restrinjam à saúde. A dimensão intersetorial é, já no seu discurso, privilegiada, pois o desenvolvimento da cidadania não se resolve apenas no âmbito de um setor. Por isso as organizações do terceiro setor, materializando uma realidade intersetorial, constituem um espaço privilegiado. Nesse espaço institucional a cidadania pode desenvolver-se livre da tutela de governos, mercado, ou partidos políticos.

Qual é, então, a relação institucional entre o terceiro setor e os movimentos sociais? É prática comum dos grupos ligados aos movimentos sociais constituírem ONGs para concretizar suas ações. Entretanto, à medida que a participação do setor voluntário independente (o terceiro setor) assume o papel principal nos cenários econômico, social, político e cultural, ele força seu reconhecimento não mais como satélite dos movimentos sociais.

O espaço dos movimentos sociais se confunde, assim, eventualmente, com o do terceiro setor. Mas as esferas têm de ser diferentes, pois os movimentos sociais não são nem devem ser constituídos como organizações. Para sua legitimação, eles devem também ser independentes e seu funcionamento não deve ser definido por contrato social, como são as organizações institucionalizadas. O movimento social deve canalizar os desejos do coletivo, mas não se constituir no seu representante legal. Sua representação legitima-se na dedicação coletiva a uma causa, sem os vínculos organizacionais que podem prejudicar a luta por essa causa.

A representação organizacional da cidadania não deve ser responsabilidade, portanto, dos movimentos sociais ou do setor público. Até porque é necessário independência institucional para preservar os movimentos, inclusive para que eles possam fiscalizar os setores público e de mercado. A busca da cidadania plena, essencial para que os movimentos sociais não percam seu sentido, fortalece-se pela existência de organizações independentes sem fins lucrativos, ou seja, no fortalecimento da economia social, isto é, no pleno desenvolvimento do terceiro setor. Por isso, para o movimento sanitário, hoje um dos importantes movimentos sociais no Brasil, o aperfeiçoamento do terceiro setor é estratégico e mesmo crucial.

6. O terceiro setor e o resgate da cidadania

Os argumentos acima se engajam numa perspectiva cultural, social, política e econômica condizente com as metas do movimento sanitário. Cabe, finalmente, uma análise sobre experiências já existentes em países onde o terceiro setor está razoavelmente bem desenvolvido. A documentação dessa experiência vem principalmente dos EUA e de países da Europa ocidental, embora as organizações privadas de defesa da sociedade civil já dêem mostras de sua força, hoje, em todos os continentes.

Nos EUA, as associações de cidadãos visando interesses fundamentais, como proteção dos direitos do consumidor, segurança, preservação de moradias, vigilância da saúde, segurança alimentar, controle social e, em geral, o desenvolvimento ético da sociedade, constituem o sustentáculo principal do contrato social. Tais associações tornaram-se marca da sociedade americana e confirmaram o imenso potencial do associativismo, não só para a resolução dos problemas do dia-a-dia, mas também para o fortalecimento de um regime que buscava inovar, escapando da opressão política e religiosa dos regimes tradicionais. Rapidamente, após a Independência dos EUA, muitas dessas associações se institucionalizaram, buscando soluções sociais no contexto de uma democracia moderna (Ellis & Noyes, 1990).

O movimento associativo americano atraiu a atenção de intelectuais europeus, que buscavam resposta para questões sociais e políticas na iminência da queda das monarquias absolutas. Foi assim que se deu a visita de Alexis de Tocqueville aos EUA, conduzindo estudos que se tornaram clássicos na antropologia e que tinham um interesse fundamental: entender a democracia americana e promover as idéias daquele regime mais adequadas à consolidação da recém-instalada república francesa. Em seus textos, Tocqueville chama a atenção para o fenômeno associativo identificado como elemento maior da democracia americana. Descreve a efervescência cívica de uma sociedade onde homens como ele — bem-nascidos, educados e respeitáveis — construíam uma teoria e uma prática políticas na qual organizações voluntárias de natureza civil, política e comercial revelavam-se ideais para enfrentar a “tirania da maioria” (Tocqueville, 1945).

A visão de Tocqueville não era totalmente correta, afirma Hall (1995), pois o associativismo era um fenômeno mais típico do Nordeste progressista, diferente da realidade do Sul, dominado pelas oligarquias rurais. Mas apesar de o Sul concentrar, à época, mais da metade da população e dos recursos econômicos, o domínio político do Norte, corroborado na Guerra de Secessão, permite aceitar a leitura de Tocqueville da organização social da democracia americana. A publicação de *Democracy in America* (1835) destaca, na história e no imaginário social, as organizações voluntárias sem fins lucrativos na formação das democracias modernas.

Apesar da importância das associações voluntárias nos primórdios da democracia americana, o processo de admiti-las como um setor da economia foi tímido. Nos anos 1920, por exemplo, apesar do crescimento em número e prestígio, essas organizações não passavam de dezenas de milhares nos EUA. Em 1950 contavam-se cerca de 50 mil filantrópicas. Só então o número de organizações sem fins lucrativos cresceu explosivamente. Na metade dos anos 1960 havia mais de 300 mil e na metade dos anos 1970 mais de 700 mil (Weisbrod, 1989). De cerca de 11 mil fundações existentes em 1983, 77% foram criados depois de 1950. Suas finanças estavam, então, nos bilhões de dólares (Boris, 1987). A emergência dessas organizações da sociedade civil e das fundações, proclamadas como patrimônio democrático, preocupou os outros dois setores, chegando a levar a investigações parlamentares em 1950, 1953 e através dos anos 1960 (Hall, 1995).

Os próprios líderes do setor sem fins lucrativos preocuparam-se com a influência das isenções de impostos e a independência do setor em relação a financiadores. Mas, apesar dos problemas inevitáveis numa esfera de gigantismo econômico, o terceiro setor americano contribui para equilibrar o sistema de forças políticas e econômicas determinantes do quadro cultural e social. Foi decisivo, por exemplo, seu papel nos movimentos pelos direitos civis dos anos 1960, por intermédio da ação de organizações como a American Federation of Labor (AFL) e outras, que alterou a relação de opressão sobre minorias. Outras áreas onde sobressai o papel do terceiro setor nos EUA são a vigilância ambiental e a defesa do consumidor. Esta área de atuação lançou Ralph Nader a candidato à presidência dos EUA e permitiu-lhe quebrar o tradicional bipartidarismo, um fato histórico de enormes proporções. Na área da saúde o terceiro setor administra grande parte dos serviços, sendo o governo federal principalmente formulador de políticas, fiscalizador e administrador do financiamento, que se dilui, através de fundações estaduais, como as United Ways, para serviços contratados com organizações locais. Atualmente as entidades do terceiro setor garantem um espaço social de execução de serviços públicos em áreas estratégicas como saúde, habitação, sistema correcional, educação extra-escolar, lazer, artes e cultura.

Em muitos outros países o terceiro setor tem papel social significativo. Testemunham sua força política eventos como a ECO-92, o Encontro de Mulheres em Pequim (1996) e os três fóruns sociais mundiais (Porto Alegre, 2001, 2002 e 2003), além da Rio + 10 (Johannesburg, 2002), todos encontros com repercussão mundial e conduzidos fundamentalmente por organizações do terceiro setor. São, ainda, de destaque internacional os relatórios regulares da Anistia Internacional e das organizações de vigilância ambiental como World Watch e World Wildlife Fund, além de muitas outras que cuidam, fiscalizam e alertam contra os abusos promovidos por governos e mercado contra os cidadãos do planeta.

O documento final da Reunião de Cúpula Mundial da ONU pelo Desenvolvimento Social, em Copenhague, 1995, aponta eloqüentemente as ONGs como resistência à hegemonia cultural da ideologia de mercado e como essenciais ao progresso social "baseado numa filosofia de dignidade humana e eqüidade fundamental" (UN-NGLS, 1996). Esse documento advoga, inequivocamente, um terceiro setor forte para o resgate da cidadania dos povos, inclusive em termos da luta pelo direito à saúde e a uma boa qualidade de vida. Aponta, assim, a importância do avanço desse setor político-econômico para o fortalecimento dos conceitos que reforçam a cidadania em todas as áreas, inclusive e principalmente na área da saúde, que muito se identifica com a aplicação imediata dos conceitos atualmente defendidos pelas Nações Unidas.

7. Conclusão

As crises do setor público e do privado mercantilista afetam desfavoravelmente a promoção da cidadania. Os movimentos sociais, promotores da cidadania, necessitam de parcerias institucionais economicamente fortes, ideologicamente incorruptas e politicamente independentes para atingir seus ideais. Fomentar essas parcerias é um dos papéis das organizações privadas sem fins lucrativos e das empresas de autogestão do terceiro setor. Entretanto, o quadro atual mostra a dificuldade de se afirmar o terceiro setor como independente da economia, ficando excessivamente atrelado a governos e entidades financiadoras, que podem ou não estar compromissados com a realização dos ideais cidadãos.

Para o movimento sanitário, cidadania é questão estratégica e razão de ser. O movimento fomenta essa nova sensibilidade cidadã, integrando referenciais teóricos, políticos e ideológicos e afirmando a saúde como empreendimento fundamental para o progresso humano e social. É importante o engajamento desse movimento na luta pela afirmação do terceiro setor como força econômica independente no país. O setor saúde depende dessa parceria para tornar mais eficaz sua prática e garantir uma vida com qualidade para a população. A complexidade e o tamanho do país não possibilitam ao Estado, mesmo respeitando as competências de cada nível de governo, atender todas as demandas de saúde da população. Apesar de o Estado ser o responsável pela formulação e condução da política de saúde, sua parceria com as organizações sem fins lucrativos é estratégica para viabilizar a reforma sanitária e garantir à população uma vida com qualidade.

Referências bibliográficas

BORIS, E. T. Creation and growth: a survey of private foundations. In: ODENDAHL, T. (Ed.). *America's wealthy: the future of foundations.* New York: The Foundation Center, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Como anda a reforma psiquiátrica brasileira? Avaliação, perspectiva e prioridades.* Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000.

DRUCKER, Peter. *As novas realidades: no governo e na política, na economia e nas empresas, na sociedade e na visão do mundo.* 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

ELLIS, S. J.; NOYES, K. H. *By the people. A history of Americans as volunteers* (Revised edition). San Francisco: Jossey Bass, 1990.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

FERNANDES, R. C. O que é o terceiro setor? In: IOSCHPE, E. B. *3º setor: desenvolvimento social sustentado*. São Paulo: Gife/Paz e Terra, 1997.

GIANNETTI, E. *Felicidade.* São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

HALL, P. D. Theories and institutions. *Non Profit and Voluntary Sector Quarterly*, v. 24, n. 1, 1995.

JUNQUEIRA, L. A. P. Organizações sem fins lucrativos e redes sociais na gestão das políticas sociais. *Cadernos de Administração-PUC-SP*, São Paulo, n. 3, p. 101-126, 2000.

KONNER, M. *Medicine at the crossroads. The crisis in health care.* New York: Pantheon, 1993.

MCADAM, D.; MCCARTHY, J. D.; ZALD, M. N. Social movements. In: SMELSER, N. (Org.). *Handbook of sociology.* Newbury Park: Sage, p. 695-737, 1988.

MENDES, A.; CARVALHO, G.; MARQUES, R. M. Financiamento do SUS: princípios, série histórica e propostas. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Orgs.). *Gestão de serviços de saúde.* São Paulo: Edusp, 2001. p. 51-72.

SANTOS, G. F. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). *O sistema único de saúde em dez anos de desafio.* São Paulo: Sobravime, 2002.

TOCQUEVILLE, A. *Democracy in America*. New York: Knopf, 1945. (Orig. 1835).

UN-NGLS (United Nations — Non-Governmental Liaison Services). *Social priorities of civil societies. Speeches by non-governmental organizations at the World Summit for Social Development — Copenhagen 6-12 March 1995*. Geneva: UN-NGLS, 1996.

WEISBROD, B. *The nonprofit economy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1989.

WURMAN, R. S. *Understanding.* Newport, Rhode Island: R. R. Donneley & Sons, 2002.