

Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais

State and civil society in times of counter-reform: perverse logic to social policies

IVETE SIMIONATTO *

EDINAURA LUZA **



RESUMO – Este artigo tem como objetivo analisar os desdobramentos da reforma do Estado brasileiro no campo das políticas sociais na esfera municipal. Aborda a política da Saúde e da Assistência Social no município de Chapecó, localizado na região Oeste de Santa Catarina (SC), em relação ao desenho institucional e à perspectiva da gestão e execução, com a participação da sociedade civil. Por meio de pesquisa qualitativa documental e de campo, evidencia-se o redirecionamento das práticas do Estado, no âmbito das políticas sociais, mediante a introdução dos princípios gerenciais e a descentralização de ações para as organizações públicas não estatais e privadas.

Palavras-chave – Estado. Sociedade civil. Políticas sociais. Contrarreforma do Estado brasileiro.

ABSTRACT – The goal of this article is to analyze the development of the "reform" of Brazil in the field of social policies, within a municipal sphere. It approaches the policy of health and social welfare in the city of Chapecó, located in the western region of Santa Catarina (SC), in relation to the institutional design and the outlook of management and execution, with the participation of civil society. By means of qualitative documental and field research, the redirecting of State practices will be shown, in the scope of social policies, through the introduction of managerial principles and the decentralization of actions to non-governmental public and private organizations.

Keywords – State. Civil society. Social policies. Counter-reform of Brazil.

* Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), pós-doutorada pelo European University Institute, pesquisadora do CNPq e professora da graduação e pós-graduação do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina – SC, Brasil. *E-mail:* ivete.simionatto@pq.cnpq.br

** Assistente social e mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina – SC, Brasil. *E-mail:* edinauraluza@yahoo.com.br

Submetido em: outubro/2011. *Aprovado em:* novembro/2011.

Sob a égide do neoliberalismo, as estratégias do grande capital nos anos 1990 não se limitaram às reformas de natureza econômica. As restrições sociopolíticas abarcaram, na mesma proporção, a reforma do aparelho estatal e sua relação com a sociedade. A palavra reforma, historicamente vinculada às lutas das classes subalternas e à perspectiva de ampliação de direitos, foi capitaneada pela ideologia neoliberal para justificar o combate à presença e às dimensões democráticas do Estado, resultando num processo de contrarreformas, cujo objetivo central consiste em reduzir e eliminar os direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora.

No Brasil, do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) ao governo Luiz Inácio Lula da Silva, o projeto reformista absorveu toda a sociedade de forma molecular, “como força coesiva das classes dirigentes” (GRAMSCI, 1999, p. 115), condição imprescindível para promover o crescimento econômico e inserir o país no quadro da modernidade globalizada. As contrarreformas entranharam-se na agenda pública, ganhando materialidade nas diferentes esferas de governo, alterando as relações Estado-sociedade, principalmente no campo das políticas sociais e no esvaziamento da participação democrática da sociedade civil. O projeto intelectual de Bresser Pereira (1997) adentrou o século XXI, com sua roupagem social-liberal, dizendo-se social por continuar a proteger direitos mediante o desenvolvimento econômico, e liberal pelo fato de fazê-lo usando os controles do mercado, realizando serviços sociais e científicos através de organizações públicas não estatais e competitivas. A reforma, que parecia projeto, foi introduzida no contexto brasileiro com a intencionalidade de gerar mudanças no desempenho estatal, perante a inserção de formas de gestão consideradas inovadoras e de iniciativas voltadas a combater um modelo de Estado burocrático, a fim de descentralizar controles gerenciais, flexibilizar normas, estruturas e procedimentos. Ao lado das esferas estatal e privada, ganhou destaque a esfera pública não estatal, composta pelas organizações sem fins lucrativos e de interesse público, as empresas privadas em suas ações de responsabilidade social e a propriedade corporativa, formando, em seu conjunto, o terceiro setor, que, além de complementar o Estado, também foi chamado para substituí-lo em funções e atribuições consideradas como não exclusivas.

Deriva daqui a concepção de sociedade civil como “agente da reforma nas sociedades democráticas” (PEREIRA, 1999, p. 103), assumida pelo social-liberalismo – uma associação entre neoliberalismo e social-democracia –, que advoga formas “mais modernas” para “governar o capitalismo”, mediante a introdução de mudanças nas esferas econômica e política. O “novo Estado democrático”, além da modernização administrativa pautada nos pressupostos da administração gerencial, apostou na ampla participação do mercado e da sociedade civil, esta última demarcada como esfera pública não estatal, auto-organizada e colaboradora na harmonização das classes sociais, fermento vital de uma nova racionalidade histórica.

Na base do projeto reformista brasileiro, estão os pressupostos da Terceira Via sistematizada pelo sociólogo anglo-saxão Anthony Giddens (1999), com o suporte dos organismos internacionais, especialmente o Banco Mundial, cujas premissas ideológicas e políticas assentam-se na reinvenção da sociedade civil e sua ampla participação para promover a governabilidade e a renovação do aparelho estatal, mediante a articulação entre as esferas estatal e privada. Tal proposta foi incorporada e colocada em prática pelos países de capitalismo central e periférico, articulados em torno da chamada “nova esquerda” ou “esquerda modernizante”, que defendia medidas consideradas inovadoras na superação do neoliberalismo tacheriano e na promoção de uma nova coesão social. A multiplicação de provedores instigaria a competição, o aprimoramento e a eficiência dos serviços sociais, através da pressão por melhor desempenho, na medida em que os usuários poderiam comparar a qualidade do serviço prestado por diversas organizações não governamentais, ou destas com as agências do Estado em funções similares, promovendo a assimilação de modelos bem-sucedidos e a difusão das denominadas “melhores práticas” (NAVARRO, 1999).

A reconfiguração do Estado e da sociedade civil, na esteira dos pressupostos da Terceira Via, vem, de FHC a Lula, permeando a realidade brasileira num processo acelerado de contrarreformas,

especialmente no campo das políticas sociais, em que o empresariamento e a refilantropização passaram a delinear as formas de enfrentamento da questão social com políticas de privatização, terceirização, parcerias público-privado e fundações, práticas entranhadas na atual conjuntura, nas diferentes esferas de governo, especialmente no espectro municipal. Neste trabalho, a contrarreforma caracteriza-se pela eliminação ou redução das conquistas das classes subalternas, perspectiva inerente ao neoliberalismo e às condições postas pelo capitalismo na atualidade.

Tem prioridade neste artigo reflexões sobre os desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no contexto atual das políticas sociais, tendo como terreno empírico as políticas de Saúde e Assistência Social no município de Chapecó, localizado na região Oeste de Santa Catarina, cuja abrangência possui grande influência sobre uma significativa gama de municípios do interior do estado. A análise aborda as alterações ocorridas em relação ao desenho institucional, às perspectivas de gestão e de execução das políticas de Saúde e de Assistência Social com a participação da sociedade civil, identificando-se a estreita relação às concepções teóricas, ideológicas e políticas presentes no projeto de reforma do Estado brasileiro, da Terceira Via e dos organismos internacionais. A pesquisa foi desenvolvida mediante coleta de dados documentais nas gestões municipais de 1997-2004 e 2005-2010, e entrevistas com gestores, técnicos e instituições denominadas de parceiras, que atuam nas políticas de Saúde e de Assistência Social. O trabalho teve como objetivo identificar a presença da participação da sociedade civil na perspectiva da contrarreforma do Estado brasileiro, ou seja, dada por meio do repasse de funções do Estado para a sociedade civil, subsumida às organizações públicas não estatais, às fundações e à iniciativa privada. A pesquisa possibilitou desvendar como, na esfera municipal, um conjunto de organizações produtoras de bens e serviços sociais, sem fins lucrativos e regidas pelo direito privado, com proeminente papel na execução de projetos e ações públicas, vem, no âmbito da superestrutura, desvalorizando o Estado perante a sociedade e supervalorizando a sociedade civil, reduzida a parceira e colaboradora efetiva do poder público.

Estado, sociedade civil e políticas sociais: o realinhamento frente às requisições do capital

A expansão e valorização da esfera pública não estatal, representada por grupos de interesse ou, no dizer de Gramsci (2000), de aparelhos privados de hegemonia, não ocorreu somente em nível mundial ou regional. No âmbito do Estado-nação, a ênfase na chamada “sociedade civil ativa” passou a integrar as propostas dos governos, mediante um apelo moral à participação em torno da cidadania e das ações voltadas à superação da pobreza e das desigualdades. Essa pedagogia participacionista articulou homens e mulheres em torno das demandas mais caras ao projeto societário do grande capital, e deu suporte ao fortalecimento ideológico e político da hegemonia burguesa (NEVES, 2005). É sob esta lógica que as administrações municipais vêm construindo seus procedimentos de gestão e de execução de programas e serviços sociais, com ampla participação do setor público não estatal, cujas ações de indivíduos e grupos contribuem direta e indiretamente na materialização da perspectiva de descentralização, focalização e privatização das políticas sociais e, no mesmo curso, para a despolitização da sociedade civil.

Tal contexto remete aos desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro, que tem implicado uma profunda reconfiguração do setor público, em curso desde os governos FHC (1995-2002) e Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), mediante um conjunto de atos normativos federais, sancionados a partir da década de 1990 (MACHADO, 2010, p. 334), que passam a legitimar a participação da sociedade civil na execução de serviços de caráter público. A relação Estado-sociedade civil, pautada nessa filosofia colaboracionista, ganhou impulso com o Programa Comunidade Solidária, fomentando a emergência das empresas cidadãs voltadas ao desenvolvimento social sustentável. Através do Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE) e do Instituto Ethos de Responsabilidade Social, criados respectivamente em 1995 e 1998, começaram a despontar empresas de responsabilidade social, que, sob a noção de capitalismo ético e de empresa cidadã, vêm atuando junto à ONU para tornar o mercado e o capitalismo mais humanos. Também emergiram neste contexto, através do Programa de Publicização, as

Organizações Sociais (OSs) e as Organizações Sociais da Sociedade Civil de interesse Público (OSCIPs), entidades que, na realidade brasileira, constituem-se em novas modalidades institucionais de direito privado, fomentadas a partir de estímulos fiscais (isenções) a fim de partilhar, por meio de parcerias, responsabilidades com a aparelhagem estatal nas áreas de Educação, Saúde e Assistência Social. Essa nova arquitetura da sociedade civil acomodou “um associativismo prestador de serviços sociais de ‘interesse público’, em oposição ao associativismo majoritariamente reivindicativo dos anos 1980” (NEVES, 2005, p. 95).

No município de Chapecó, recorte analítico desta pesquisa, a direção política e administrativa no período compreendido entre 1997 e 2004 esteve a cargo do Partido dos Trabalhadores (PT). O grupo de intelectuais no poder imprimiu à gestão um caráter essencialmente democrático, com ampla participação popular conforme os parâmetros da Carta de 1988. Além da experiência positiva do Orçamento Participativo (OP), no âmbito das políticas sociais, especialmente nas áreas de Saúde e Assistência Social, esse processo ocorreu mediante a valorização da esfera conselhistas, sendo os conselhos assumidos como espaços legítimos de canalização das vontades da comunidade e fiscalizadores das políticas sociais.¹

Os dados coletados em fontes documentais e entrevistas com gestores e técnicos possibilitaram identificar que, no município de Chapecó, a equipe tinha em seu horizonte o fortalecimento de ideias e valores vinculados à defesa da Saúde e da Assistência Social como políticas públicas, na perspectiva de direitos do cidadão e dever do Estado. Mesmo já se verificando a participação da esfera pública não estatal e da iniciativa privada na execução de programas e serviços, de forma complementar, conforme prevê a legislação federal, o que predominou neste período foi a perspectiva de uma sociedade civil com lugar estratégico na ampliação da esfera pública, destacando-se a primazia do Estado na gestão e na execução das políticas sociais. De fato, conforme assevera Dagnino (2000), essas novas dinâmicas associativas, que marcaram mais nitidamente a década de 1990, permitem visualizar uma movimentação da sociedade civil, ainda que através de configurações heterogêneas, para novas práticas relacionadas à construção de uma esfera pública não estatal de cidadania para exercer o controle sobre as políticas públicas.²

Esse cenário sofre alterações de grande relevância no período de 2005 a 2010, quando a gestão do município de Chapecó esteve a cargo da coligação liderada pelo partido Democratas (DEM). Em 2003, Lula chegava à Presidência da República, apoiado amplamente pelos movimentos sociais, que nele haviam depositado todas as esperanças de um governo que promoveria um forte reformismo progressista. Mesmo antes da eleição, contudo, diante da pressão posta pela correlação de forças nacional e internacional, Lula firmou o compromisso de respeitar os contratos assinados pelo governo anterior, sobretudo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), o que implicou na manutenção da política macroeconômica neoliberal como forma de garantir a governabilidade. A reforma da Previdência Social, iniciada no governo FHC e aprovada no início do mandato de Lula, a regressão das leis de proteção ao trabalho e a privatização de empresas públicas sacramentaram o desmonte dos direitos dos trabalhadores num verdadeiro processo de contrarreforma, em que as classes dominantes e o governo não acolheram as exigências e as demandas “dos de baixo” e restauraram “as condições próprias de um capitalismo selvagem” (COUTINHO, 2010, p. 37). Manteve-se ainda intocado “o caráter regressivo do sistema tributário brasileiro” (BOITO, 2003), que prossegue favorecendo as elites econômicas, mediante um Estado que opera para garantir o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista.

Embora o tema da reforma do Estado parecesse esgotado nos debates acadêmico e político, a agenda reformista conservadora ganhou materialidade, com desdobramentos e arranjos em diferentes esferas, atingindo o conjunto da sociedade. No campo da gestão, alterou-se o desenho institucional a partir dos pressupostos da gerência e da reengenharia, conforme premissas do projeto de reforma de Bresser Pereira, bases da nova racionalidade político-administrativa. No município de Chapecó, entre 2005 e 2010, a estrutura de gerências redefiniu o organograma das políticas de Saúde e de Assistência Social e a abordagem gerencial passou a fazer parte da nova administração pública, reconhecida como a mais eficaz na formulação e implementação das políticas públicas estratégicas, tanto na área social

quanto nas científica e tecnológica. O fortalecimento do gerencialismo trouxe como consequências a flexibilização da administração e das modalidades de contratação de funcionários, a precarização dos serviços e das condições de trabalho e a introdução das práticas do mercado no âmbito do setor público. Conforme afirma Nogueira (2005), a perspectiva gerencial esteve enfaticamente inserida no contexto reformista do Estado, por priorizar o controle de resultados em detrimento do monitoramento do processo, a concessão de maior autonomia aos órgãos públicos, a descentralização de estruturas e atividades, a flexibilização de procedimentos na intencionalidade de incentivar a competitividade e uma suposta agilidade na prestação de serviços, tendo como parâmetros os princípios da iniciativa privada.

As gerências foram assumidas e implementadas como meio importante para a gestão do orçamento de forma eficiente e eficaz, o que remete à configuração de um Estado que não pode ser nem mínimo, nem máximo, mas precisamente um Estado forte, gerencial ou necessário, em que sua função é “administrar os riscos sociais, financeiros e ambientais, induzir o desenvolvimento econômico, organizar uma ‘sociedade do bem-estar’ (a sociedade civil ativa) e produzir uma nova sociabilidade, comprometida com a renovação da cultura cívica da sociedade, a partir de uma arena social e política mais ampla” (MARTINS et al., 2010, p. 143). Um Estado presente, porém racional em termos de gastos sociais, mais administrador e menos executor, parceiro na construção de consensos entre direita e esquerda e funcional aos interesses da dominação burguesa. O pragmatismo ganha relevo no gerenciamento das demandas e na delimitação da população a ser atingida pelos programas sociais, ou ainda, em relação aos que podem ser incluídos, não por suas necessidades, mas pelo custo que podem significar aos cofres públicos. Esfuma-se aqui qualquer perspectiva vinculada aos direitos sociais duramente conquistados e assegurados na Carta de 1988, à medida em que prevalece a lógica do mercado na gestão e na execução das políticas sociais. As demandas e necessidades sociais são reduzidas a uma questão de natureza técnica, o que implica em consequências tanto no tocante à formulação de políticas públicas, quanto à ampliação e consolidação de processos democráticos (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Especificamente sobre o desenho institucional da política de Assistência Social, de acordo com dados coletados, averiguou-se que a Secretaria de Assistência Social tornou-se um órgão gestor denominado Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC), criado em 2005, integrante da administração pública direta, com orçamento e gestão próprios, vinculado ao Poder Executivo Municipal. Segundo o depoimento de um entrevistado, a extinção da Secretaria de Assistência Social e a criação da FASC “foi um divisor de águas” entre a perspectiva de política pública e a sua negação, provocando o restabelecimento de valores do primeiro-damismo, do voluntariado e da herança religiosa, que se manifestam, por exemplo, na criação de uma Diretoria do Voluntariado e de entidades filantrópicas, como a denominada “Anjos do Bem”. Tais programas reforçam o dismantelamento da política de Assistência Social, revelando a desresponsabilização do Estado e a refilantropização da questão social (YAZBEK, 1995), com ações que reatualizam as práticas da caridade e do clientelismo, da benemerência e da filantropia, normalmente perpassadas por um ideário valorativo da “sociedade solidária” e de grande permeabilidade no *marketing* político tanto público quanto privado. Nesse sentido, na medida em que amplos setores da população ficarão descobertos pela assistência estatal e também não terão condições de acesso aos serviços privados, transfere-se para a órbita da sociedade civil a responsabilidade em assisti-los, por meio de práticas caritativas, de ajuda mútua ou de autoajuda.

A FASC não introduziu alterações apenas no campo da gestão e da distribuição de recursos humanos necessários aos diferentes serviços e organizações socioassistenciais, conforme preconizado pelo SUAS, mas reintroduziu ideias e valores de uma cultura política própria do arcaísmo patrimonial e enraizada no campo assistencial, que, na realidade brasileira, apresenta-se como um dos grandes entraves à construção de uma política democrática e participativa. As práticas assistenciais conservadoras operadas sob a lógica do favor ainda são traços que conflitam em grande parte dos municípios brasileiros com as possibilidades de efetivação da Assistência Social na ótica do direito de cidadania, sob a responsabilidade da esfera pública. Vale ressaltar a análise de Couto, Yazbek e Raichelis (2010, p. 263), para as quais “prevalece, em muitos casos, o ativismo e a improvisação históricas desta área, mas que no processo em curso se chocam e não se sustentam mais”, haja vista as exigências postas pela efetivação

de um sistema complexo de serviços, programas e benefícios incumbidos de concretizar os níveis de proteção básica e especial que compõe o SUAS.

Além disso, vale explicitar que o desenho proposto pelo Projeto de Fundações Estatais, hoje em discussão pelo governo federal através do PLP 92/2007, e que já pode ser identificado no âmbito da FASC, induz a mudanças significativas na forma de contratação da força de trabalho, a qual, mesmo permanecendo o critério de admissão por concurso público, pode ser submetida ao regime jurídico da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), ou seja, sem garantia de estabilidade. A argumentação de maiores salários aos trabalhadores é um apelo à justificação da proposta, o que contribui para fragilizar a organização das lutas coletivas e promover a sua domesticação no plano da subjetividade, através de ameaças abertas ou veladas em função dos interesses do capital (GRANEMANN, 2008). Imunes à carga tributária, as fundações estatais, no projeto em discussão, possuem ainda o direito de não contribuir com a formação do fundo público que sustenta as políticas sociais. De acordo com Granemann (2008, p. 37), “ao subverter a forma institucional do Estado, o mito Fundação Estatal absorve a ‘ossatura’ material dos interesses do mercado e, ideologicamente, afirma a indiferenciação entre público e privado”. Ao enfatizar a gestão e sobrevalorizar o lugar da técnica sobre a política, reforça a política gerencialista do grande capital, despolitiza as relações de classe e de disputa no interior das políticas sociais.

No contexto específico da FASC, pode-se verificar que, embora a sua constituição tenha ocorrido ainda em 2005, esta atua em moldes semelhantes ao proposto pelo Projeto de Fundações Estatais, haja vista o recebimento de recursos públicos para o desenvolvimento de seus serviços, a busca de financiamento junto a outros órgãos e, igualmente, o estabelecimento de parcerias com a esfera não estatal para o atendimento da população usuária da Assistência Social em suas várias dimensões.

No que concerne à política de saúde, o desenho institucional, a partir de 2005, também pautou-se pela ótica gerencial. A Secretaria Municipal de Saúde, conforme organograma consultado, é composta pelas seguintes diretorias: Administração, Finanças e Infraestrutura, abarcando as gerências do Trabalho e Educação na Saúde e de Apoio Operacional, Diretoria de Atenção à Saúde, composta pelas gerências de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Atenção Especializada e Vigilância em Saúde, Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, com as gerências de Regulação e Controle e de Autorização e Tratamento Fora do Domicílio. A gerência de Projetos e Planejamento está vinculada diretamente à Secretaria de Saúde, assim como a Secretaria de Saúde Adjunta.

Em relação à participação da iniciativa privada é preciso salientar que a política de saúde no município de Chapecó sempre contou com serviços ofertados por prestadores privados e por organizações não estatais, mediante o estabelecimento de contratos ou convênios na perspectiva de complementação da rede pública municipal, com respaldo na Lei Federal de n. 8.080/1990. Contudo, a pesquisa constatou o crescimento desmesurado do setor privado a partir dos mecanismos defendidos e explicitados no projeto de reforma de Bresser Pereira, com graves consequências à garantia da saúde como direito universal e dever do Estado. Sob tal perspectiva, a política de saúde passou a ser pautada pelos processos de privatização, terceirização e publicização, na lógica da redução dos gastos sociais públicos, na seletividade, na focalização, no assistencialismo e no enfoque privatizante.

Na gestão de 2005 a 2010 verifica-se a ampliação da participação da esfera privada no âmbito da política de saúde no cerne da própria legislação, reforçada pelo ideário do Banco Mundial. De uma perspectiva complementar, a abertura aos prestadores privados provocou a apropriação dos serviços de Saúde como possibilidade de mercantilização e lucratividade, trazendo para a área a lógica e a racionalidade do mercado. Campo preferencial deste processo, a Saúde constitui-se como uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo, oferecendo, portanto, grandes possibilidades para a sua expansão através da esfera privada, voltada a novos nichos de mercado altamente rentáveis e situada no campo das necessidades humanas básicas. Além disso, a transferência dos recursos públicos para a iniciativa privada, por meio das OSs, vem sendo debatida pelo governo federal e acatada em vários estados brasileiros, especialmente no âmbito dos hospitais públicos. Os projetos que envolvem as OSs conduzem: a) à precarização da força de trabalho e desmobilização da classe trabalhadora, haja vista a

mudança nas formas de contratação, que incidem na autonomia política; b) à flexibilização das formas de contratação de serviços, o que limita a transparência democrática; e c) aos impactos na gestão e no controle social, considerando a substituição da centralidade dos conselhos municipais, estaduais e nacionais por estrutura constituída por conselhos diretor, administrativo e fiscal, conforme operam as grandes empresas transnacionais. Tais elementos adensam a discussão acerca da transferência do fundo público para os proprietários do grande capital e de situações em que a administração privada acaba por contar com estrutura física, servidores e orçamento públicos, todavia com uma gestão seguidora dos parâmetros do mercado, conferindo legalidade e legitimidade ao fundo público considerado “sobrante” e não utilizado na perspectiva de garantia de direitos.

Mediante a vigência destes marcos legais, vale enfatizar que as organizações sociais têm sido um importante modelo privatista que, empregado em alguns estados e municípios, vem conduzindo à ampliação da precarização das condições de trabalho e da prestação de serviços à população. Instigados pelo cenário supracitado, em âmbito nacional, têm sido constituídos fóruns contrários à transferência dos serviços de responsabilidade do Estado para as organizações sociais que visam à privatização da saúde e a sua mercadorização³.

No município de Chapecó, os recursos destinados ao pagamento dos serviços prestados ao poder público, atingiram em 2010, cerca de R\$ 3 milhões de reais mensais, sendo R\$ 2 milhões o valor que transita pelo município e mais R\$ 1 milhão que advém de complemento repassado pela esfera estadual para a cobertura dos serviços efetivados superando o definido em contrato. Aqui, conforme indicam Neves e Sant’Anna (2005, p. 33), o Estado, de “produtor de bens e serviços” assume “a função de coordenador das iniciativas privadas da sociedade civil [...] provedor de serviços sociais para uma parcela da sociedade definida agora como ‘excluídos’”, e, para o “restante da população, o Estado transfigura-se em estimulador de iniciativas privadas de prestação de serviços sociais e de novas formas de organização social que desatrelam as várias formas de discriminação das desigualdades de classe”.

A sociedade civil, reduzida ao conjunto das organizações públicas não estatais e privadas, também foi enfaticamente citada no âmbito da execução da política de saúde, haja vista a existência de parcerias para o desenvolvimento de serviços, programas e projetos. Tais parcerias são desencadeadas junto à iniciativa privada de forma direta, através da efetivação de licitações, e de forma indireta, por meio do acesso ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste Catarinense (CIS-AMOSC), bem como junto a organizações públicas não estatais, órgãos e setores públicos, na perspectiva da intersetorialidade. No que concerne à parceria estabelecida via CIS-AMOSC, um dos projetos priorizados no Plano Básico de Desenvolvimento Regional (PBDR), existente desde 1996, esta ocorre mediante o repasse de valor denominado de mensalidade, que define uma determinada cota de atendimentos. Os repasses são efetuados pelo poder público municipal à esfera privada, de acordo com o número de procedimentos realizados e autorizados, conforme demanda registrada pela Secretaria de Saúde, até o limite mensal estabelecido em contrato. Segundo dados fornecidos por técnico da área de Saúde, comumente são pagos valores muito acima da mensalidade fixada, devido à grande procura pelos serviços disponibilizados por meio de consórcio, que em 2010 possuía à sua disposição uma rede de 283 profissionais e laboratórios integrantes da esfera privada, abarcando inúmeras especialidades⁴.

As parcerias efetivadas no âmbito da política de saúde com a iniciativa privada, seja de forma direta ou indireta, quase em sua totalidade são relativas ao acesso a especialidades médicas não disponíveis ou não suficientes junto à rede pública de serviços. Segundo o Gestor da Saúde, no período de 2005 a 2010, enquanto a área de Atenção Básica foi ofertada pela esfera municipal, a atenção de média e alta complexidade ocorreu mediante a compra de serviços privados. Sobre esse aspecto, Correia (2007, p. 30-32) aponta as tendências presentes na política de saúde, indicando a sua relação com as contrarreformas recomendadas pelo Banco Mundial e claramente assumidas na realidade brasileira:

- a) O rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde: o Banco Mundial dá ênfase aos serviços na área da Atenção Básica, preconizando sua universalização, haja vista a exigência de um quantitativo menor de recursos, em detrimento dos serviços de

média e alta complexidade. O Estado fica responsável, desta forma, apenas pela Atenção Básica, que é menos rentável ao capital expandida por meio da criação de Programas como Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF) e Piso de Atenção Básica (PAB);

- b) A flexibilização da gestão sob a lógica custo/efetividade, privatização e terceirização dos serviços de saúde, com o repasse de serviços e recursos públicos: tal tendência ficou evidente com o processo de reforma administrativa do Estado com a criação de OSs, OSCIPs, Fundação de Apoio e cooperativas de profissionais de medicina e, ainda, com a implantação de duplo acesso em hospitais públicos e de mecanismos de copagamento e de flexibilização da contratação na área da Saúde, induzindo à precarização das relações de trabalho;
- c) Estímulo ao setor privado na oferta de serviços de saúde: as novas formas de gestão da saúde, interligadas às recomendações do Banco Mundial, com foco na relação custo/benefício, configuram-se como incentivo à participação privada na oferta de bens e serviços de saúde e, conseqüentemente, à restrição da intervenção estatal em programas de promoção e de prevenção.

A pesquisa evidenciou a crescente ampliação das parcerias do poder público com a iniciativa privada, bem como o interesse desta por se tratar de um “bom negócio”, sendo o Estado avaliado como um “ótimo pagador”. O atendimento dos “clientes” é a “nossa contrapartida”, não havendo “reclamações das partes”. Os usuários atendidos pelas instituições parceiras recebem a denominação de “clientes” e não de cidadãos, remetendo-se a lógica do mercado, em que o indivíduo não é mais o portador de direitos, mas o consumidor de mercadorias. O Estado, em síntese, é o garantidor da prestação privada de serviços, e, além disso, um pagador exemplar. Tem-se implícito, neste contexto, a disputa pelo fundo público e a quem ele se destina, ou seja, se será utilizado para atender às demandas da classe trabalhadora ou os interesses da acumulação do capital. Nessa direção, a expansão dos gastos privados constitui-se, efetivamente, numa ameaça constante à universalização das políticas sociais (SALVADOR, 2010), ou seja, a Saúde, no âmbito da média e alta complexidade, efetiva-se como uma questão de mercado, em que o Estado é considerado o maior concorrente na prestação de serviços. Destarte, as pressões estabelecidas em grande escala, afeita aos interesses dos poderosos grupos privados, impulsiona o estabelecimento de orientações à privatização dos serviços mais rentáveis, incrementando a ideia da Saúde como produto imediatamente disponível aos que podem pagar, restando aos demais a espera dos serviços contratados. Não obstante o discurso governamental de que isso significa a expansão do acesso aos serviços de saúde, “o modo de ampliação do SUS tem relação direta com as tendências de privatização e assistencialização da saúde pública” (SOARES, 2010, p. 372), integra o conjunto de alterações implementadas pela contrarreforma do Estado na área da Saúde.

No que tange à área da Assistência Social, as organizações públicas não estatais e a iniciativa privada, no município de Chapecó, no período de 2005 a 2010, foram igualmente mencionadas como parceiras fundamentais na execução de programas e serviços, destacando-se as entidades filantrópicas, igrejas, grupos de serviços, associações de bairros, empresas locais e o Sistema S – SEBRAE, SENAI, SENAC, SESI – na prestação dos seguintes atendimentos: pessoas com deficiência, ações socioeducativas a crianças, adolescentes e idosos, acolhimento a idosos, usuários de substâncias químicas, albergue a usuários moradores de rua e em trânsito, dentre outras. Em 2010, o valor repassado às organizações filantrópicas conveniadas foi de R\$ 435.615,20, além da cedência de pessoal e recursos de outra espécie como alimentos e materiais de higiene e limpeza. Não estão incluídas aqui as doações realizadas por parte das empresas, que se constituem também como um grande negócio, pois, com a renúncia fiscal prevista em lei, cria-se a cultura dos coparticipantes das causas sociais, estratégia de *markentig* em que as organizações recebem ajudas pontuais, mas os maiores benefícios são creditados aos grupos empresariais.

Nos depoimentos, o empreendedorismo e o assistencialismo, considerados relevantes na atividade de “cuidar” das pessoas demandantes dos serviços, além de reforçar o retrocesso na construção dos direitos universais, fortalece as formas despolitizadas de enfrentamento à questão social. Empreendedorismo e assistencialismo, na visão de Vianna (2008, p. 150), “constituem os pilares de uma ‘nova’ concepção de política social, tida nesses tempos bicudos que correm, como capaz de substituir com vantagens o supostamente jurássico Estado de Bem-Estar Social e seu padrão universalista de proteção social”. Para a autora, as duas estratégias juntas convergem para fortalecer tendências como “desresponsabilizar o Estado pela manutenção da ordem republicana e a de delegar tarefas de combate à exclusão ao mercado ou à própria sociedade”. Aqui a tendência à refilantropização da questão social é recorrente, construída não a partir de referências políticas, mas “de iniciativas morais de ajuda ao necessitado. Trata-se de um processo caracterizado pela defesa de alternativas privatistas, que envolvem a família, as organizações sociais e a comunidade em geral” (YAZBEK, 2010, p. 63).

Cabe salientar que a participação da iniciativa privada no âmbito das políticas de saúde e de assistência social não é algo novo na realidade brasileira. Pode-se tomar como exemplo as Santas Casas de Misericórdia, que constituintes da esfera pública não estatal, remontam ao século XVI, existindo até os dias atuais, e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado na década de 1960, que, apesar de público, comprava os serviços relacionados à assistência médica da iniciativa privada. No campo da Assistência Social, no século XIX, as ações de benemerência e ajuda aos pobres eram exercidas pelos filantropos como forma de “melhorar a vida dos semelhantes”. Conforme expressa Raichelis (1998), a prática terceirizada no campo da Assistência Social e o repasse de verbas públicas para instituições assistenciais sempre foram realizados por meio de convênios, subvenções e contratos, mediante isenção de tributos às organizações executoras de programas sociais. Desde as últimas décadas do século XX, contudo, atribuiu-se aos gastos excessivos do Estado boa parte da crise do capitalismo, exigindo-se a redução dos gastos na área social mediante a restrição de serviços, o fortalecimento do “espírito de autoajuda” com corte nos impostos, o estímulo à inserção dos indivíduos em redes de solidariedade mais informais, remetendo ao que Neves (2005) denomina de formação de uma tendência político-ideológica de “direita para o social”, isto é, o deslocamento da questão social aos chamados setores mais “esclarecidos”, com programas voltados à massa popular, desenvolvidos através de empresas cidadãs, entidades representativas empresariais, ONGs e fundações corporativas, nas mais variadas áreas como emprego, renda, segurança, educação, esportes, saúde, assistência social, cultura, etc. (LEHER, 2010, p. 12).

No que concerne à política de Assistência Social, fica evidente o crescimento da participação da sociedade civil na ótica de repasse das funções do Estado a uma gama imensa de organizações, que abarca das igrejas aos clubes de serviço e às empresas, cujas ações “legitimam as mudanças requeridas pelo processo de reestruturação produtiva e o desmonte dos mecanismos de proteção social” (DURIGUETTO, 2007, p. 172). Sob essa perspectiva, alarga-se a assimilação de elementos isolados da sociedade civil ou de grupos inteiros para, posteriormente, pô-los a serviço da ordem capitalista (COUTINHO, 2006), num verdadeiro processo de transformismo e cooptação ao ideário governamental, que, mediante um “consenso ativo”, contribuem para o fortalecimento da hegemonia burguesa. Esse é o caso verificado na presente pesquisa que constatou a ampliação da participação da sociedade civil no município de Chapecó, especialmente nas políticas de Saúde e de Assistência Social, através das formas associativas de caráter setorial, corporativo e provado, reforçando o que Gramsci (1999), de forma astuta, denominou de “pequena política”.

Considerações finais

As significativas alterações sinalizadas nos últimos decênios do século XX e aprofundadas na presente década do século XXI, nas relações entre Estado e sociedade civil vêm demarcando um redirecionamento não apenas teórico, mas também prático-político. Os diferentes governos sob os

fundamentos da ideologia neoliberal, através de um processo de contrarreformas têm aprofundado a hegemonia da “pequena política” e consolidado de forma hegemônica a desresponsabilização do Estado e o repasse de suas funções à sociedade civil. De arena de luta de classes e disputa de projetos societários, a sociedade civil foi convertida num espaço de coesão social e harmonização entre as classes sociais a serviço do capital.

A pesquisa, a partir das avaliações de gestores, técnicos e instituições denominadas de parceiras evidenciou a centralidade remetida ao compartilhamento da responsabilidade na gestão e na execução das políticas de Saúde e de Assistência Social com a sociedade civil, entendida como o conjunto das organizações da esfera pública não estatal e da iniciativa privada, voltada à perspectiva gerencial e substitutiva ao Estado. Os limites institucionais do Estado identificados na investigação integram um discurso construído e disseminado no contexto das transformações societárias da crise geral do capital e do correspondente ideário neoliberal, em que o mesmo deixa de ser o responsável direto pela execução das políticas sociais, repassando parte de sua responsabilidade à sociedade civil, por meio das denominadas organizações públicas não estatais e da iniciativa privada.

O campo de disputa nas relações entre Estado e sociedade civil articula-se no município de Chapecó, na polarização entre as esferas pública, pública não estatal e mercantil, o que requer a refundação do Estado em torno dos direitos e de sua crescente universalização e o fortalecimento da participação da sociedade civil, não na perspectiva do terceiro setor acrítico e amorfo, mas como espaço de disputa de interesses de classe e da grande política. Essa perspectiva, contudo, através da pesquisa realizada, parece afastar-se cada vez mais do horizonte delineado para o município e, conseqüentemente, para outras realidades, em que a sociedade civil é cada vez mais entendida e assimilada na perspectiva da reforma do Estado, ou seja, como substitutiva de funções públicas, especialmente no âmbito das políticas sociais.

Com a intensificação e legitimação do repasse de serviços do Estado para a esfera pública não estatal e a iniciativa privada, a gestão das políticas sociais assume uma perspectiva fragmentada, haja vista que a execução não é originária do mesmo lugar em que estas são pensadas, existindo uma instância do planejamento das ações e outra de execução dos serviços, autônoma, quase que isenta da interferência do Estado, retratando a fragmentação existente neste processo. A gestão, contudo, refere-se tanto à questão técnica de controle do trabalho – sua organização, recursos materiais e trabalho vivo – , “tendo em vista a produtividade e a eficiência”, quanto à “materialização das relações entre os agentes diferenciados do processo produtivo do serviço e da área mais abrangente em que está inserida” (BARBOSA, 2004, p. 67), envolvendo não somente dimensões técnicas e econômicas, mas modos políticos e ideológicos de organização do trabalho, de relações entre os trabalhadores e destes com os gestores e a população usuária.

Resulta, portanto, da contrarreforma do Estado brasileiro uma lógica perversa para as políticas sociais, especialmente na ponta do sistema (esfera municipal), movida pelo interesse privado de grupos e segmentos sociais que reforçam a focalização, a seletividade e uma “progressiva mercantilização do atendimento às necessidades sociais” (IAMAMOTO, 2007, p. 206). Os serviços oferecidos pelo Estado “deixam de expressar direitos”, convertendo-se em mercadorias adquiridas no mercado por aqueles que podem pagar. A mesma lógica perversa atravessa a sociedade civil, que vem sendo gradativamente destituída de sua perspectiva crítica e fundante de novas hegemonias para tornar-se uma sociedade proativa, em favor do capital, que a isola e a mantém em seu campo de visão para utilizá-la na consolidação de seus interesses. Estado, sociedade civil e políticas sociais caminham, assim, na contracorrente de um projeto político de ampliação de cidadania, de um Estado forte para as classes subalternas e de uma sociedade civil portadora da grande política, fundadora de novas hegemonias e de novos Estados.

Referências

- BARBOSA, Rosângela Nair de Carvalho. Gestão: planejamento e administração. *Temporalis*, Porto Alegre, ABEPSS, ano 4, n. 8, jul./dez. 2004, p. 51-76.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*, São Paulo: Cortez, 2006.
- BOITO, Armando. A hegemonia neoliberal no governo Lula. *Crítica Marxista*, São Paulo, Revan, n. 17, 2003.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. *Política de saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Temporalis*, São Luiz, ano 7, n. 13, jan./jun. 2007.
- COUTINHO, Carlos Nelson. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RIZEK, C. (Org.). *Hegemonia às avessas*, São Paulo: Boitempo, 2010.
- _____. *Intervenções: o marxismo na batalha das ideias*. São Paulo: Cortez, 2006.
- COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. Conclusão final: contradições do SUAS na realidade brasileira em movimento. In: COUTO, Berenice Rojas et. al. (Org.). *O Sistema Único de Assistência Social: uma realidade em movimento*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 260-268.
- DAGNINO, Evelina. Cultura, cidadania e democracia – a transformação dos discursos e das práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Org.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte: UFMG, 2000. p. 61-102.
- DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Sociedade civil e democracia: um debate necessário*. São Paulo: Cortez, 2007.
- GIDDENS, Antony. *A terceira via*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere*. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1.
- _____. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.
- GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*, 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius-Adufrj-SSind, 2008. p. 36-39.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007.
- LEHER, Roberto. Prefácio: Uma penetrante perspectiva teórica para compreender como dominantes dominam. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). *Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil*. São Paulo: Xamã, 2010. p. 11-18.
- MACHADO, Suelen Borges. Contrarreforma da educação superior: UNIRIO e o empresariamento do ensino nas IFES. *Revista de Políticas Sociais*, São Luís/MA, n. especial, ago. 2010, p. 333-339.
- MARTINS, André Silva et al. Fundamentos teóricos da formação/atuação dos intelectuais da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). *Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil*. São Paulo: Xamã, 2010. p. 97-153.
- NAVARRO, Juan Carlos. As ONGs e a prestação de serviços sociais na América Latina: o aprendizado começou. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; CUNILL GRAU, Nuria (Org.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 87-106.
- NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005. p. 85-125.
- _____; SANT'ANNA, Ronaldo. Gramsci, o Estado educador e a nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005. p. 19-39.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), 1997. v. 1.
- _____. *Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado*. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes (Org.). *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999.
- RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo, 1998.
- SALVADOR, Evilásio. *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). *As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Universitária/UFPE, 2010. p. 337-382.
- VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Reforma do Estado e política social: notas à margem do tema. In: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Org.). *Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008. p. 141-151.

YAZBEK, Maria Carmelita. A política social brasileira dos anos 90: a refilantropização da questão social. *Cadernos Abong*, São Paulo, n. 3, 1995.

_____. Mudanças atuais no capitalismo e perspectivas para as políticas sociais, *Revista de Políticas Sociais*, São Luís/ MA, n. especial, ago./2010, p. 59-65.

¹ Na área da Saúde, destaca-se a ampliação dos conselhos Locais de Saúde, que no período passaram de dois para trinta e quatro.

² A esfera pública não estatal pode ser analisada ainda a partir de duas tendências teórico-políticas: uma “regressiva” (inspirada nos princípios liberais e neoliberais, em que a defesa do mercado como esfera reguladora das relações sociais é a tônica central) e outra de “(suposta) intenção progressista”, que concebe a sociedade civil como “uma nova esfera pública, não estatal e democrática” (DURIGHETTO, 2007, p. 204).

³ Exemplos de tal organização podem ser visualizados na constituição de Fóruns de Saúde nos estados do Paraná, Alagoas, São Paulo e Rio de Janeiro, culminando com a luta a favor da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN 1923/1998, contra a Lei 9.637/1998 e a favor da alteração do Inciso XXIV do Artigo 24 da Lei 8.666/1993, com redação dada pelo Artigo 1º da Lei 9.648/1998, que permite a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as OSs. Nesse sentido, pode-se fazer menção ao Projeto de Lei n. 4510, aprovado na Câmara dos Deputados do estado de São Paulo no mês de dezembro de 2010, que permite que até 25% dos leitos de hospitais públicos administrados por organizações sociais sejam destinados ao atendimento de clientes de planos de saúde e convênios particulares, o que foi apontado pelo Ministério Público do mesmo estado como inconstitucional.

⁴ As especialidades que integram tal consórcio são as seguintes: anatomia patológica, angiologia e cirurgia vascular, audiometrias e imitanciometrias, bera, biópsias, biópsia transretal de próstata, cardiologia, cirurgia oncológica, cirurgia geral, colonoscopia, criocauterização do colo de útero, dermatologia, densitometria óssea, ecocardiograma com doppler, endoscopia, eletroneuromiografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, ginecologia obstetrícia, laboratórios análises clínicas, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, proctologia, polipectomia, psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, raio X, retirada de corpo estranho, retossigmoidoscopia, ressonância magnética, teste ergométrico, tomografias, ultrassonografias, urodinâmica, urologia e videolaringoscopia.