

Dos Institutos de Aposentadorias e Pensões ao Seguro Complementar: trabalho e previdência no Brasil

From Institutes of Retirement and Pensions to the supplementary insurance: labor and security in Brazil

Jairo Jacques da Matta*

Resumo- O artigo traça um panorama da constituição do sistema previdenciário no Brasil, partindo das respectivas conjunturas que demarcam a história do país após 1930. Procura delimitar as principais implicações do ordenamento do aparelho de Estado, o mundo do trabalho e a decorrente institucionalidade previdenciária definida a cada etapa. Destaca o caráter segmentar e excludente que marcou tanto o nacional-desenvolvimentismo, pós 1930, quanto o modelo de desenvolvimento associado após 1964. Discute o confronto de agendas instaurado após a redemocratização, que se desenvolve na tensão entre as propostas da Constituição de 1988 e o avanço das políticas liberais orientadas ao mercado. Analisa as implicações da implantação do seguro complementar, após a reforma previdenciária, para o conceito original de Seguridade Social inscrito na Carta Constitucional.

Palavras-chave: proteção social; políticas sociais; reformas da previdência; Previdência Social; Seguridade Social.

Abstract- Discusses the clash of agendas established after the return to democracy, which develops in the tension between the principles of the 1988 Constitution and the advancement of market-oriented liberal policies. Analyzes the implications of deploying additional insurance after the Reformation to the original concept of social security enrolled in the Constitutional Charter. The article provides an overview of the establishment of the social security system in Brazil, from the respective junctures that mark the country's history after 1930. It aims at defining the main implications of the system of the state apparatus, the world of work and the resulting social assurance institutions set every step. Highlights the targeted and exclusionary character that marked both the national developmentalism, post-1930, as the model of associated development after 1964.

Keywords: social protection; social policies; pension reform; Social Insurance; Social Security

* Sociólogo, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), professor do Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (DIHS/ENSP/FIOCRUZ). *Correspondência:* Av. Brasil 4036, sl. 905, Rio de Janeiro – RJ, CEP 21040-361. E-mail: <jairo.matta@ensp.fiocruz.br>.

Introdução

Nos últimos trinta anos o país tem passado por uma série de “reformas”, algumas promissoras, como o caso da Reforma Sanitária, que garantiu a implantação de um sistema de saúde universal, gratuito e igualitário, e outras nada auspiciosas como a do Estado e a da Previdência Social, na sequência da aplicação do receituário liberal da “nova economia”. Embora parte de uma estratégia global, essas reformas assumem no país feições próprias, condizentes ao processo de acumulação do capital, inerente às condições estruturais e históricas do país, como é regra geral. Foi um longo e multifacetado trajeto desde o início da efetivação das políticas públicas até o atual momento de suas reformas.

As várias conjunturas demarcaram os processos em que Saúde, Trabalho e Previdência Social tiveram e receberam influências dos confrontos e alianças, coalizões e dissensões, entre as classes sociais, e do papel exercido pelo aparelho de Estado frente a elas.

Este texto pretende traçar um panorama sintético que contribua para o entendimento do transcurso histórico empreendido pelas relações entre essas três áreas das políticas sociais, trabalho, saúde e previdência social. Para isso, valeu-se do estudo bibliográfico, através do qual se pensou possível caracterizar os diferentes momentos desse histórico e a compreensão de cada um deles. A ideia foi seguir a trajetória que a literatura permite traçar para o encadeamento histórico das relações entre os três elementos aqui propostos.

Desse modo, foram demarcados três grandes modelos explicativos, que implicaram, em linhas gerais, em projetos de nação exclusivos, determinados pela condição da acumulação e respectivo relacionamento entre as classes sociais, bem como pelo papel desempenhado pelo Estado em cada etapa. Em cada um deles o empenho foi também o de identificar as principais características gerais assumidas pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Trabalho, com a finalidade de estabelecer uma tipologia que, igualmente, permitisse aglutiná-las em um conjunto, cujo significado trouxesse maior clareza ao processo, em cada um dos modelos apontados.

O ponto de partida é o pressuposto de que uma análise das narrativas sobre a trajetória da Previdência Social no Brasil, em suas relações com as políticas sindical e de saúde ao longo do tempo, permite inferir elementos para a delimitação, em grandes linhas, de distintos modelos de estrutura previdenciária relacionados às conjunturas históricas e respectivos projetos de nação que os constituíram.

Espera-se que o esforço em delinear esse panorama, embora sistemático e sumário, contribua de alguma maneira para ampliar o entendimento das relações trabalho, saúde e previdência social no Brasil.

Projetos de nação e modelos explicativos

Em grandes linhas, as análises das relações e estruturas de poder que engendraram as diferentes conformações assumidas pelo Estado, configurando as políticas por ele empreendidas, delineiam três grandes recortes históricos. De início, a chamada República Velha, implantada em finais do século XIX, instaurou o modelo “*oligárquico-patrimonialista*” (SCHWARTZMAN, 1970; FAORO, 1975; MARTINS, 1994), definido pelo controle político das elites produtoras, vinculadas aos interesses exportadores, de viés liberal, que perdurou até 1930.

No transcurso histórico, embora de modo localizado e não abrangente, as mudanças de conjuntura nacional e internacional acarretaram significativas alterações da estrutura de classes, instituindo novos atores com o surgimento de uma incipiente burguesia industrial e sua contrapartida, o proletariado urbano, nos centros econômica e politicamente mais dinâmicos da nação. Além disso, o fortalecimento de uma pequena burguesia comercial e classe média urbana também contribuía para o enriquecimento da trama da estratificação social no país, fatores que contribuíram para a Revolução de 1930, inaugurando uma nova etapa da vida da nação. Tem início, desse modo, o “*nacional-desenvolvimentismo*”, que objetivou implantar um projeto de modernização e urbanização do país, superando a estrutura produtiva anterior (PREBISCH, 1964; LUZ, 1975; LIMA, 1976).

Contingências históricas, que iam desde o reforço ideológico das identidades nacionais, decorrente da crise internacional e dos decorrentes conflitos mundiais, até o fomento do processo de industrialização por substituição de exportações vivenciado no país, favoreceram o alargamento das bases nacionais sob as quais se edificou o novo modelo implantado. Com isso, após 1930, o projeto “*nacional-desenvolvimentista*”, transcorreu, basicamente, sob a intermitência de uma etapa autoritária, iniciada em 1937 sob a égide do Estado Novo, tendo continuidade no período seguinte, após 1945, sob a institucionalidade democrática vigente à época. Gonçalves (2012) buscou uma síntese do “*nacional-desenvolvimentismo*” por meio do tripé industrialização substitutiva de importações, intervencionismo estatal e nacionalismo.

A repartição geopolítica do pós-guerra entre o chamado Bloco Socialista e seu antagonista, o Bloco Capitalista, que inaugurou a era da “Guerra Fria”, repercutiu sobre, praticamente, todos os recantos do Globo. Além disso, contradições internas ao processo de desenvolvimento nacional e a atuação do Estado frente a ele, no intervalo democrático, pós 1945, polarizaram e radicalizaram posições. Para ficar em poucos exemplos, o aumento do salário mínimo em 100% concedido pelo Ministro do Trabalho de Getúlio Vargas, João Goulart, ocasionou seu afastamento do governo. Na sequência, os conflitos entre as forças que se aglutinaram e as que se

opunham às chamadas “Reformas de Base”, propostas por Jango, provocaram a crise de governabilidade que culminou no Golpe Militar de 1964.

Instaurado o regime militar, inicia-se a conformação de um novo projeto identificado como “*desenvolvimento associado-dependente*” (CARDOSO, 1975; BRUM, 1982). O processo em sua efetivação teve por principais características: o perfilhamento inequívoco do Brasil ao bloco capitalista internacional, sob a hegemonia dos EUA; a abertura irrestrita do mercado às chamadas “multinacionais”; o afluxo financeiro internacional para fomento do desenvolvimento local; o ativismo do Estado no incentivo ao desenvolvimento do mercado entre diversos segmentos da economia; e o ordenamento político da nação em bases autoritárias para assegurar as condições de desenvolvimento do modelo. Em finais da década de 1970 e no transcurso da de 1980, a crise financeira internacional fragilizou os fluxos de dependência externa do regime ao tempo em que, internamente, o aumento dos níveis de desigualdade social, a perda contínua do poder aquisitivo dos salários, a piora das condições de salubridade, a ampliação dos níveis de endividamento do país com a concomitante expansão do processo inflacionário, e, ademais, o intermitente recrudescimento da ação repressiva do Estado, foram fatores que, somados a outros, de ordem política e econômica, contribuíram para o esgarçamento das estruturas de dominação autoritária. As forças de oposição puderam se aglutinar e ganhar expressão. Após um intrincado processo, tensionado pela disposição oficial em manter sob seu controle a política de “abertura lenta e gradual” e a resistência democrática empenhada em acelerá-lo, chegou-se ao acordo de elites que culminou na eleição indireta de 1985, com o deslanche da chamada Nova República, a partir daquele momento.

O aparente esgotamento dos modelos de Estado de cunho corporativo e intermediador de interesses (DINIZ, 1992), após o fim do regime militar, inaugura um novo momento no processo de construção democrática do país. Grosso modo, neste novo período, dois projetos se confrontam. Um deles delineado nas lutas pela redemocratização, que aponta para o avanço e consolidação de um projeto democrático social, tendendo à universalização de políticas sociais integrativas. Seus defensores entendem que a superação dos níveis prevalecentes de desigualdade social, pauperização e informalidade requerem a ação pública estatal, fundada nos princípios da solidariedade social. Essa proposta prioriza a “*desmercantilização*” (*de-comodification*) das políticas e ações, nos termos definidos por Esping-Andersen (1990). A outra proposta entende que o avanço das condições de vida da população passa pelo fortalecimento da atividade econômica, capacitando o mercado no desempenho das funções sociais a ele cabíveis, como forma de desoneração do Estado. Essa desoneração permitiria a vitalidade financeira necessária ao desempenho de políticas e ações focalizadas, com vistas a suprir as chamadas “falhas de mercado”.

Em que pese o acirramento entre as duas tendências, após a Constituição Federal de 1988, no Brasil, longe de uma discussão local, esse tema vem ocupado o centro das atenções no campo internacional, desde a crise do capitalismo, em finais dos anos 1970, com seus reflexos na contenda *social democracia – neoliberalismo*.

Os temas até aqui tratados de modo esquemático são objeto de vastíssima literatura, além das anteriormente indicadas, com inúmeras e diferenciadas abordagens, como é de conhecimento geral. Não se trata de detalhar ou aprofundar o debate em torno deles, mas apenas, o esquema proposto serve de pano de fundo ao entendimento das questões abordadas a seguir, sobre previdência, trabalho e saúde no Brasil, objeto deste texto.

Nacionalismo, desenvolvimento, autoritarismo e democracia

A partir do enquadramento esquemático dos modelos explicativos anteriormente sugeridos pode-se, da mesma forma, entender o transcurso das políticas sociais desenvolvidas no interior de cada um deles. Desse modo, tem-se que o modelo oligárquico-patrimonialista, com seu caráter liberal, não estabeleceu propriamente políticas públicas neste campo. Desse modo, o máximo que se pode constatar são iniciativas de cunho liberal-particularista, levadas a efeito no período. O marco histórico mais significativo do período foi o advento da chamada Lei Elói Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923. Apesar de reguladas em lei, as CAPs permaneciam no âmbito privado, pois eram de iniciativa das organizações que as criavam e mantinham, sendo administradas por um conselho formado por representantes dos patrões e empregados. A participação do Estado se dava apenas à distância, na resolução de conflitos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Com relação ao mundo do trabalho, digno de nota foi o reconhecimento do direito de organização e formação de sindicatos profissionais da agricultura de indústrias rurais, em 1903, estendido às demais categorias, em 1907. Além disso, merece destaque a promulgação da primeira lei de acidentes do trabalho do país, em 1919, estabelecendo critérios indenizatórios para o setor industrial. A lei determinava a obrigatoriedade das empresas contratarem seguradoras privadas com vistas à indenização. Embora representasse algum avanço, ainda que modesto, nas relações trabalhistas, essa lei assentava-se no princípio da culpa subjetiva, pelo qual cabia ao trabalhador acidentado o ônus da prova, com relação à culpa patronal, para a obtenção do seguro, fato que limitava em muito as possibilidades de indenização. (MATTA et al, 2011).

A Revolução de 1930 inaugura o período seguinte, “*nacional-desenvolvimentista*”, caracterizado pelo ordenamento urbano-industrial do país pela “via prussiana” (COUTINHO, 1980), em que o Estado, atuando na mediação de interesses e conflitos, serviu de elemento impulsionador

do desenvolvimento capitalista no Brasil. A implantação desse projeto requereu a estruturação de um Estado burocrático, em termos weberianos, regidos por normas e caracterizado pela impessoalidade, na maior parte ausente no patrimonialismo anterior, e que atuava de modo centralizado. Era condição vital o fortalecimento de estruturas ainda incipientes para o desenvolvimento do modelo. Do ponto de vista social, estas estruturas se traduziam na recente formação do operariado e de uma nova burguesia decorrente da industrialização iniciada há pouco. Nesse sentido, o Estado passou a introduzir políticas de cunho social, sindical e industrial que, juntamente com a criação de estruturas institucionais a elas correspondentes, foram, paulatinamente, incorporando as categorias sociais de interesse de seu projeto. Essa forma de atuação estatal constitui o que será aqui denominado por modelo “*segregacionista excludente*”. Neste modelo a Previdência Social é incorporada como política pública que articula um sistema corporativo e sindical, com base no regime de bem-estar conservador (ESPING-ANDERSEN, 1990), também conhecido como “*bismarckiano*”. As características fundamentais deste regime são o recorte corporativo, o caráter contributivo e sua restrição ao campo da força de trabalho legalmente estabelecida e formalmente reconhecida.

Concomitantemente à criação das instituições previdenciárias – os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) – são forjadas as estruturas sindicais sob a tutela governamental. Cabia ao Estado, por meio de sua burocracia, o recorte das categorias profissionais e a outorga de direitos a cada uma delas (VIANNA, 1998). Ao definir a estrutura sindical para a representação tanto de trabalhadores quanto de empresários, o Estado pretendia a despolitização das relações entre as classes, buscando silenciar, ou, ao menos, mascarar, os conflitos sociais. Como elemento dessa despolitização instituiu-se a justiça do trabalho enquanto organismo interventor para a contenção de conflitos. A justiça trabalhista era, à época, vinculada ao recém-criado Ministério do Trabalho, cujos juízes eram nomeados pelo Presidente da República. Os sindicatos, aos quais foi negado o direito de greve pela Constituição de 1937, atuavam como uma espécie de “mão estendida” do Estado no seio da classe trabalhadora e a justiça servia como seu representante (BOSÍSIO, 1992). Somente após a Constituição de 1946 a justiça do trabalho foi de fato integrada ao poder judiciário.

A Previdência Social vinculada à estrutura sindical corporativa, como instrumento de segmentação, operava a seletividade *entre classes* e ao mesmo tempo a segregação *interclasse*. A seletividade se dava no sentido da definição dos grupos beneficiados pela outorga da cidadania, nos termos da noção de “cidadania regulada” de Wanderley Guilherme dos Santos (1979). Definindo a inclusão seletiva pela outorga discricionária, operava-se a “exclusão” dos “debaixo” que permaneciam aquém da condição de cidadãos, ou “pré-cidadãos” (VIANNA, 1998) – condição ocupada por vasto contingente de trabalhadores rurais e do mercado informal dos centros ur-

banos. Por seu turno, a segregação interclasse ocorria entre as diferentes corporações profissionais, relativa à quantidade, qualidade e modalidade de benefícios e vantagens concedidas aos diversos segmentos. A ausência de padrões favorecia disputas e negociações caso a caso, estimulando a competição e hierarquias que se manifestavam na distribuição de *status* diferenciados, como elemento de estratificação social. Por seu lado, o fraquejamento fragilizava politicamente as classes subalternas, inibindo a formulação de projetos autônomos em termos de políticas sociais (BRAGA; PAULA, 1981).

A fragmentação e dispersão do sistema não passaram despercebidas pela burocracia pública e, desde 1945, foi proposta e tentada a unificação dos IAPs, mediante forte resistência de setores do próprio governo e sindicais. Chegou-se a criar o Instituto de Serviços Sociais do Brasil, extinto ainda no papel. Alguma unidade institucional só foi obtida em 1960, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), pelo que, embora não ocorresse a unificação dos institutos em um único organismo, buscou-se a padronização das contribuições pecuniárias e dos serviços.

Seguindo também a lógica segmentar, a assistência médica foi sendo introduzida de forma gradual nos institutos, em intervalos de tempo diferenciados. Para exemplificar, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), criado em 1934, praticamente desde o início, oferecia assistência médica a seus segurados – embora, em um primeiro momento, com restrições de gastos –, já o Instituto dos Industriários, fundado em 1936, só passou a oferecer esses serviços em 1950, após muitos embates e protelações. Por sua vez, o Instituto de Pensões e Assistência do Servidor do Estado (IPASE), de 1938, que incluía desde o simples “barnabé”, até a cúpula do funcionalismo distribuída pelos três poderes, apresentou o menor nível de restrições com relação ao elenco de serviços prestados pelos IAPs, desde seu início (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Com relação à saúde, a segmentação se expressou também na clivagem entre a medicina previdenciária, a cargo dos institutos, e a saúde pública sob a responsabilidade do Ministério de Educação e Saúde e, após 1953, do Ministério da Saúde exclusivamente (BRAGA; PAULA, 1981). Desse modo, a assistência médica individual era atribuição dos institutos e a saúde pública do Ministério da Saúde, propriamente. Essa origem institucional acarretou a continuidade da segmentação entre a assistência médica individual e a saúde pública pelas décadas seguintes, vindo a ser superada, apenas, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após 1988.

Mesmo levando-se em conta a separação entre medicina previdenciária e saúde pública e seus efeitos deletérios, é impossível negar que houve no período significativos avanços em termos de saúde pública, como são exemplos o controle de endemias e a prestação de assistência a populações interioranas. Para tal concorreu à criação de estruturas institucionais como os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), instituídos em 1942,

após um convênio firmado entre Brasil e EUA, na participação do esforço de guerra, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), fundado em 1953. A crise de governabilidade, em finais dos anos 1960, culminou no encerramento deste projeto, pela intervenção militar.

A modernização autoritária e o modelo de desenvolvimento associado-dependente

Após 1964, com o regime militar, o modelo “*expansionista-privatizante*” integra a estratégia de situar o Brasil, de forma inderrogável, no campo do capitalismo internacional. Uma das primeiras iniciativas da política previdenciária foi a extinção dos antigos IAPs e sua fusão em um único organismo, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. A partir de então, a lógica instituinte dessa política será o incentivo e robustecimento da participação privada em suas ações, não só, mas principalmente, no campo da saúde. Haverá o claro fortalecimento da medicina previdenciária em detrimento da saúde pública. Para que se tenha uma ideia, o Ministério da Saúde teve seus recursos continuamente reduzidos, tendo sua participação no orçamento global da União limitada a menos da metade em um período de seis anos. Em alguns casos, os patamares de gastos em programas de saúde pública (tuberculose, atenção materno-infantil e endemias rurais) retrocederam a níveis inferiores aos da década de 1950 (BRAGA; PAULA, 1981). Os mesmos autores demonstram que enquanto defluíam a níveis cada vez mais baixos as despesas com a saúde coletiva, os gastos médico-assistenciais expandiam-se vertiginosamente. Assim, no início dos anos 1970, as taxas de crescimento estavam acima dos 20% ao ano. Como esse crescimento se fez com base no relativo estancamento da estrutura de serviços próprios do INPS, tanto na assistência hospitalar quanto na ambulatorial, a ação do Estado foi efetiva para o processo de acumulação do capital no setor saúde no Brasil. Nos mesmos anos 1970, a compra de serviços privados contava com mais de 70% da aplicação dos recursos da Previdência Social em assistência médica. Se em uma primeira etapa privilegiou-se a compra direta de serviços (1967 a 1975), no momento seguinte o governo passou a incentivar a terceirização por meio dos convênios-empresa, embora essa política já estivesse em pauta desde 1964, quando da homologação feita à Volkswagen. Beneficiando-se das deduções fiscais concedidas, as empresas forneciam cobertura médica a seus empregados, contratando-a do setor privado (VIANNA, 1998, KERSTENETZKY, 2012). Outra medida de vital importância nesse campo foi a autorização para dedução de despesas médicas por parte de pessoas físicas, após o Código Fiscal de 1966 e replicada em diversos dispositivos posteriores.

A política de fortalecimento do mercado, desenvolvida de modo deliberado e sistemático pelo regime, levou a uma reestruturação dos grupos

médicos existentes, bem como ao surgimento de novos, com um novo perfil empresarial e competitivo (VIANNA, 1998), capaz de consolidar, a partir de então, o mercado de saúde no Brasil. Embora o setor privado da saúde já viesse ganhando espaço desde décadas anteriores, os anos 1960 se depa-ram com um segmento relativamente débil e com tecnologia, na maior parte, incipiente (VIANNA, 1998). O projeto de modernização autoritária interveio na dinâmica da acumulação, impulsionando-a. Em vinte anos as organizações de mercado puderam optar pelo abandono da dependência pública, no momento de crise e, após igual lapso de tempo, o mercado se tornou responsável por mais da metade dos gastos em saúde no Brasil. A partir de então o mercado assumiu a preponderância em termos da aplicação de recursos no setor. Com relação a isso, os últimos dados disponíveis, para 2009, demonstram que 56,3% dos gastos em saúde no país foram à conta do mercado, correspondentes a 4,9% do PIB, ficando o setor público com os 43,7% restantes, representando 3,4% do PIB (IBGE, 2013).

A política sindical neste regime constou de simples intervenção e silenciamento das manifestações e reivindicações. Rompeu-se a estrutura tripartite com participação de empresários, trabalhadores e representantes do Estado, existente nos antigos IAPs, passando-se a uma coordenação inteiramente burocrática e insulada em termos de acesso e possibilidades de influências nas decisões. Era característica do regime a relação com os grupos de interesse ocorrer por meio de instâncias burocráticas, caracterizando os “anéis burocráticos do poder”, na definição de Fernando Henrique Cardoso (1977). O controle sindical e de organizações populares, por um lado, e os distintos mecanismos de acesso restritos aos setores das classes dominantes às instâncias governamentais, foi o que O’Donnell (1976) caracterizou por “corporativismo bifronte” que demarcava a face privatizante do Estado e reforçava as clivagens sociais existentes, impondo, nestes termos, um modelo de relacionamento entre Estado e sociedade pautado pela segregação (VIANNA, 1998). De modo semelhante à ditadura anterior, tais mecanismos buscavam neutralizar a ação política, despolitizando as relações, no intento de travestir a ação política em decisão técnica.

O regime rechaçava *manu militari* as iniciativas de oposição ao mesmo tempo em que procurava desenvolver mecanismos de reforço de sua frágil legitimidade. Uma das alternativas utilizadas foi estender as políticas sociais em direção às camadas da população que permaneciam fora do sistema previdenciário. O Pró-rural, criado em 1971, instituiu a modalidade de benefício não contributivo, concedendo ao trabalhador agrícola uma aposentadoria de meio salário mínimo, revertida depois para a quarta parte do salário mínimo em vigor. Esse benefício, a princípio, custeado por imposto era administrado pelo FUNRURAL (DAIN, 1992; KERSTENETZKY, 2012). Na verdade, a primeira iniciativa para estender ao trabalhador rural os direitos trabalhistas e previdenciários se deu no período anterior, em 1963, com a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural (ETR), que estabe-

leceu a criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural. O ETR foi revogado em 1973, após a promulgação em 1964 do Estatuto da Terra, com vistas a regular o processo de reforma agrária, e do estabelecimento do Pró-rural. Em um regime que favoreceu imensamente a concentração da propriedade fundiária, a reforma agrária limitou-se aos projetos de expansão da fronteira agrícola levados a efeito pelos militares (KERSTE-NETZKY, 2012). Seguindo a política de expansão da cobertura, em 1972, a Previdência Social foi estendida aos empregados domésticos, em 1973 aos trabalhadores autônomos e, em 1974, foi instituída a aposentadoria para maiores de 70 anos e inválidos, que comprovassem contribuição pre-videnciária por 12 meses consecutivos ou não. No ano de 1973, também, o auxílio maternidade foi incluído dentre as obrigações da Previdência Social.

Neste movimento de expansão para “baixo”, incorporando segmentos sociais, e de retração para “cima”, com as categorias de melhor renda e *status*, direcionadas para o mercado, pode-se também identificar o caráter *bifronte* assinalado por O'Donnell (1976). Nesse sentido, a noção de “universalização excludente” (FAVERET; OLIVEIRA, 1990) consagrou-se, com o ensaio explicativo deste fenômeno, que se foi agravando ao longo do processo de crise que adentrou os anos 1980. Esse fato vem reforçar a ideia de que universalização no Brasil assume com frequência “o significado de tornar o conteúdo material da proteção extremamente rarefeito”. (DAIN, 1992, p. 87).

Um modelo de desenvolvimento dependente do fluxo de recursos financeiros externos não poderia deixar de sofrer intenso revés na crise do capitalismo após meados dos anos 1970. Fatores como o colapso econômico mundial, o rareamento da disponibilidade de capitais e a busca de alternativas por parte do capital financeiro, para a manutenção das taxas de lucro, ocasionaram uma estupenda elevação do custo do dinheiro no mercado internacional. O súbito aumento das taxas de juros alavancou o patamar de endividamento externo a níveis críticos, ao ponto de comprometer a economia do país e inviabilizar o programa de desenvolvimento em curso. Entra em crise definitiva o modelo associado-dependente, arrastando sua base de políticas sociais “*expansionista-privatizante*”.

O Estado comprometido com uma imensa dívida apresentou dificuldades para custear, entre outras coisas, a Previdência e a Saúde. Tem início o intenso processo de fragilização, chegando-se ao estágio de quase sucateamento da saúde. Ao tempo em que a crise se aprofundava, o enfraquecimento do regime favoreceu o revigoramento das instâncias de oposição. O contexto contribuiu para que o segmento comprometido com a saúde pública representasse um expressivo núcleo de resistência, formulação de alternativas e mudanças efetivas. Nos anos 1980, a aglutinação e o reordenamento de forças deste setor contribuíram não só para as relevantes transformações que advieram nas políticas de saúde, como serviram de

importante elemento de base de sustentação para as transformações democráticas transcorridas no país a partir de então.

A crise, bem como as demais fragilidades políticas a que o regime foi exposto, repercutiu também no movimento sindical, que escapando da institucionalização subordinada, viabilizou alternativas autônomas à revelia do controle estatal. Em 1978 eclodiu a greve na Scania-Vabis, em Diadema / São Paulo, demarcando o reaparecimento deste novo ator – o trabalhador organizado em sindicatos que lutavam por manter a independência – no cenário político. A partir desse momento, a década de 1980 irá testemunhar o acirramento dos conflitos, manifesto em inúmeras greves. Esse foi um importante fator de fortalecimento da sociedade civil frente ao Estado autoritário. Contudo, os modelos segmentares haviam deitado raízes e rapidamente as contradições, divergências políticas, ideológicas e de interesses serviram de estímulo ao dissenso e à fragmentação, dificultando a possibilidade de concertação dos interesses em jogo, no sentido do fortalecimento da ação sindical em outras bases. A clivagem entre “autênticos” e “tradicionais” desdobrou-se em múltiplas facetas e, desse modo, chegou-se a finais dos anos 1980 com a realização de três conferências nacionais da classe trabalhadora (CONCLAT), que redundaram na formação das centrais sindicais – Central Única dos Trabalhadores (CUT) e Central Geral dos Trabalhadores (CGT). Em 1989, a CGT se subdividiu, com a criação da Confederação Geral dos Trabalhadores (RODRIGUES, 1992).

A fragmentação do movimento manifestou-se também no posicionamento sindical frente às questões da saúde, em que a pauta de negociação incluía demandas por serviços privados de assistência médica. É certo que, por um lado, inúmeras empresas já vinham oferecendo esses serviços a seus funcionários por iniciativa própria há tempos, e, por outro, as representações sindicais defendiam, também, teses publicistas (PINA et al, 2006). Ocorre, contudo, que a pauta da medicina empresarial marcou a agenda sindical ao longo do tempo. Entretanto, é preciso cautela em atribuir estas contradições a uma mera inconsistência das lideranças ou da organização dos trabalhadores em si, mas deve-se ter clareza de que a prática sindical foi constituída no Brasil em uma trajetória histórica de segmentação, insulamento e tutela (COSTA, 1993; VIANNA, 1998), condições estruturais cuja ruptura independe do simples exercício de intenções.

Premido pela crise, o Estado se propõe a uma reconfiguração das políticas no campo da saúde. Já em finais de 1979, iniciou-se a restrição aos convênios junto a empresas prestadoras. Mas, como ressalta Vianna (1998), nessa altura a parceria não era mais necessária, pois diversas empresas e grupos médicos já haviam se capitalizado o suficiente para dispensar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O financiamento, antes público, agora passava a ser suprido pelo próprio mercado através dos seguros e planos de saúde que se expandiram a partir de então. Esse financiamento era garantido, de modo contínuo e crescente,

pelos contingentes de classe média e de trabalhadores qualificados oriundos do processo de modernização autoritária, e transpostos ao mercado privado pelas políticas do regime. Ao conjunto da população, que permanecia dependente da ação pública, restava uma estrutura em crise, altamente deficitária e incapaz de prestar serviços com o mínimo da qualidade necessária. Em 1982, com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), expandiu-se a cobertura pública dos serviços, que passou a incorporar a população não incluída no sistema previdenciário – acirrando ainda mais as características da referida “universalização excludente”. As Ações Integradas de Saúde (AIS) compunham o elenco de medidas para enfrentamento ao processo de crise e foi formulado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1981, com a participação de diversos ministérios, entre eles os da Previdência Social e da Saúde, além de outros representantes de entidades civis. As AIS propunham-se a ampliar a cobertura de forma descentralizada, repassando recursos da Previdência Social às estruturas públicas de assistência médica de estados e municípios (CORDEIRO, 1981). A crise, contudo, foi-se aprofundando e a mobilização se ampliou com a participação do Movimento Popular pela Saúde (MOP) e do Movimento da Reforma Sanitária, constituído pelos profissionais atuantes na saúde. Com o fim da ditadura militar e o advento da nova república, foi convocada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde que demarca a mudança da trajetória da Política de Saúde no Brasil, cujas teses, em geral, passaram a constar da Carta Constitucional de 1988.

Com a derrocada do regime militar chegava ao fim a era das políticas sociais e previdenciárias levadas a efeito pelo Estado corporativo, mediador de conflitos e interesses e promotor do desenvolvimento. Essa ultrapassagem coloca o país frente a um elenco de novas possibilidades, em muitos casos, desconformes entre si.

O confronto de agendas

A Constituição de 1988 inaugura um novo contrato em que a nação pretende fundar as condições de uma sociedade democrática, pautada nos laços de solidariedade. Nela se inscreve o conceito de Seguridade Social, superando a ideia restrita de seguro social prevalecente nos períodos anteriores. A Seguridade Social, nascida na aurora do Estado de Bem-Estar, incorpora a ideia de segurança, ao invés da mera reparação contida na noção de seguro social. Surge como estratégia forjada na Europa, como capaz de compatibilizar democracia com economia de mercado (VIANNA, 1998), capitalismo com ganhos sociais obtidos fora e acima dos mercados. É produto político das coalizões definidoras do consenso de que os trabalhadores submetem-se a lógica do lucro capitalista em troca da garantia de padrões

mínimos de vida, instaurando valores básicos de crescimento econômico e segurança social como fundamentos da economia política.

Com base no princípio da Seguridade Social a Constituição estabelece a saúde como direito de cidadania e, por isso, “dever do Estado”, como fundamento do Sistema Único de Saúde, baseado nos princípios da universalidade, acesso igualitário e integralidade da atenção (CF, art. 196). (BRASIL, 1988).

O pacto constitucional brasileiro foi fruto das lutas e esperança da população do país, no momento de superação da ditadura e da formulação de uma nova institucionalidade, pautada em regras democráticas e motivadoras da cidadania. Contudo, há que considerar que essa construção não se deu sem os antagonismos e conflitos inerentes a processos de transformação dessa monta, como será visto adiante. A garantia de direitos sociais almejada era a contrapartida da desigualdade, pobreza e abandono reiterados durante décadas pela acumulação capitalista no país. De fato, a conjuntura política era ao momento predominantemente favorável a essa construção. Porém, a crise nacional e internacional em desenvolvimento, associada aos interesses arraigados às estruturas de poder dominantes, iriam, em manifestações de intensidade diferente, servir de obstáculos à efetivação de, pelo menos, boa parte dos ditames pactuados.

Do ponto de vista internacional, com o paradigma denominado como “pós-fordista” advindo da crise, instaura-se nova forma de regulação do capitalismo – a “regulação flexível” (HARVEY, 1992) – em que prevalecem a queda nos ganhos de produtividade, os constrangimentos para a desterritorialização do capital, a reestruturação dos processos produtivos, a flexibilização e precarização do trabalho, o recuo da ação sindical e a “organização geral do capitalismo e das formas de acumulação pelo lucro financeiro” (FALEIROS, 2010, p. 99). Reaviva-se a tese conservadora do excesso de demandas democráticas do Estado de Bem-Estar, que teriam tornado o Estado pesado e oneroso, sendo ele próprio, portanto, responsável por sua crise. Restava, a partir de então, proceder à sua inevitável “reforma”.

Partindo da crítica ao arranjo político que resultou da trajetória fordista e keynesiana, na construção das políticas socialdemocratas, as ideias conservadoras foram vitoriosas, e ganharam o mundo (FIORE, 1997). O advento do *Tatcherismo* e do *Reaganomics* irradiou o ideário neoliberal, tornando hegemônico seu receituário de Estado mínimo. O consenso social democrático dava lugar ao Consenso de Washington. No entanto, a alteração das estruturas institucionais, de serviços e de financiamento foi-se implantando de maneira lenta e gradativa. A estratégia de desmonte constou do escalonamento das iniciativas em dois grandes blocos: as chamadas reformas de *primeira geração*, que contemplavam a privatização das atividades produtivas e dos serviços públicos essenciais, de início; e, na sequência, as *reformas de segunda geração*, voltadas aos sistemas de proteção social.

Embora assumindo matizes diferenciados nos diferentes casos concretos, as principais mudanças efetivadas nos sistemas de proteção apresentam semelhanças, que permitem indicar um elenco comum de iniciativas, como a diminuição do ritmo de crescimento dos gastos, a redução da ação estatal na produção de bens e serviços – mantendo-se o seu papel regulador e financiador, a focalização dos programas sociais e a restrição do acesso, mediante aumento da rigidez dos critérios de titularidade (FIORE, 1997; VIANNA, 1998). Porém, de fato, o eixo central das discussões e dissensos está no chamado núcleo duro da seguridade, a saber, aposentadorias, pensões e benefícios, cuja participação nas despesas públicas assume proporções cada vez mais significativas. Por esse motivo, o sistema previdenciário vem sendo objeto de sucessivas “reformas” em vários países, sob distintas condições, desde finais dos anos 1970.

As retrações das políticas sociais e as “reformas”, entretanto, enfrentam a notória resistência nos países onde se realizam. Por isso a diversidade, em termos de escopo, abrangência e resultados dessas iniciativas espelham as diferentes configurações constituídas pelo histórico da institucionalidade de cada regime de bem-estar. Além delas, são decisivos, também, os arranjos políticos resultantes dos conflitos e alianças entre as distintas classes sociais envolvidas nas mudanças. Nesse sentido, deve-se ter em conta que em uma conjuntura de crise, com a decorrente vulnerabilidade das classes subalternas, atuam vetores orientados ao Estado e seu aparato político-jurídico constringendo-os à promoção de políticas garantidoras de um mínimo de proteção social, apanágio das democracias contemporâneas instituídas no âmbito central do capitalismo. Nessa perspectiva, variações, impasses e paradoxos integraram a “lenta desativação que acompanhou os processos de ajuste macroeconômico e reestruturação industrial dos países centrais e os processos de estabilização e desindustrialização dos países periféricos”. (FIORE, 1997, p. 142).

Por seu lado, a instauração da nova institucionalidade democrática no Brasil ocorreu no desenvolvimento da conjuntura de crise, com a herança de uma imensa dívida pública, estagnação econômica e inflação estratosférica. Esse panorama, propício ao avanço liberal, marcou a formulação e o posterior desencadeamento das propostas materializadas na Constituição. Desde a concepção do novo pacto, na Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, as diferentes teses em disputa, em áreas sensíveis como a Seguridade Social, resultaram por vezes em propostas de caráter “abrangente e ambíguo” (MENDONÇA, 2009). A inexatidão e ambiguidade das propostas expressavam os limites do consenso possível e a urgência do momento. Dispositivos importantes para a definição de políticas deixaram para a etapa posterior, de regulamentação, as possibilidades de depuração das contradições existentes. Estas inconsistências muniram o conservadorismo dos argumentos dirigidos ao desarme dos dispositivos contrários aos seus interesses. Quase imediatamente após a laureada aprovação da

Carta Constitucional tiveram início os movimentos para sua reformulação. No princípio, eles se expressaram nos embates para a regulamentação de algumas importantes prescrições constitucionais, como o caso das leis para o ordenamento do sistema de saúde, na “era Collor”. Além disso, naquela etapa já se desenhavam as propostas para as “reformas” de primeira e segunda geração. As críticas feitas à Previdência Social pretendiam seu reenquadramento ao campo restrito do seguro social, como alternativa não só ao volume de gastos dispendido, mas, também, como medida necessária à contenção dos privilégios historicamente distribuídos aos donatários do poder no Brasil (ABRANCHES, 1992). Com o nivelamento por baixo, achapando a maioria dos trabalhadores, ter-se-ia justiça distributiva. O presente, no entanto, demonstra a distância entre essa ideia e a realidade.

Levado pelo andamento da acumulação capitalista periférica, após os “quatro choques fatais” – recessão da economia mundial, forte elevação das taxas de juros internacionais, interrupção do financiamento externo e deterioração dos termos de trocas (FIORE, 2005) –, o país restou inteiramente submetido aos ditames financeiros internacionais. Após algumas tentativas de curto alcance, nos governos Sarney e Collor, inicia-se a estabilização econômica com o Plano Real, que legitimou no poder a centro-direita, imbuída do pensamento neoconservador. Fernando Henrique Cardoso assume liderando o projeto de sólido alinhamento aos EUA e à globalização liberal, “aceitando a internacionalização dos centros de decisão brasileiros e a fragilização do Estado”. (FIORE, 2005, p. 53). Em troca haveria uma espécie de confortável inserção do Brasil no circuito globalizado, projeto que este autor define como “rigorosamente utópico” (FIORE, 2005). Assim, a estabilização econômica transcorreu sob o estrito monitoramento dos núcleos decisórios internacionais, com destaque para o FMI e o Banco Mundial, como de conhecimento geral.

Incorporado o projeto neoliberal, têm início os arranjos para as pretendidas “reformas” do Estado e da Previdência Social e com isto os confrontos com as forças de oposição. As privatizações começam, em 1995, com base no Programa Nacional de Desestatização (PND). Neste ponto, ocorreu o episódio emblemático das atitudes frente aos conflitos de classe e do trabalho no período: a greve dos petroleiros, ou a “greve do fim do mundo”, no registro de um de seus analistas (ROMÃO, 2006). Deflagrada por conta de acordos não cumpridos anteriormente pelas empresas, o movimento aderiu às manifestações contrárias a quebra dos monopólios do petróleo e das comunicações, em conjunto com outras categorias (eletricitários, telefônicos, trabalhadores dos correios etc.), expressando seu caráter político. A obstinação do governo em não acatar o cumprimento dos acordos contribuiu para acirrar os ânimos e fortalecer o movimento. Estabeleceu-se o confronto jurídico, a greve foi declarada ilegal, sendo as refinarias ocupadas pelos trabalhadores. A mão do Estado desceu célere e pesada, o exército foi enviado para desocupar as usinas, as organizações sindicais

receberam pesadas multas, tendo suas contas bloqueadas, o pagamento dos funcionários foi suspenso e as lideranças exemplarmente punidas, com demissões e suspensões. Em seguida a greve foi suspensa (FUP, 2010). O incidente sinalizou para a disposição do governo e até aonde ele iria, no cumprimento de sua missão. Noutra oportunidade próxima, porém em outras condições, iria se dar uma nova aproximação entre governo e sindicatos na tentativa de negociar as “reformas”, como descrito em seguida.

Antes de apresentada ao Congresso, a reforma previdenciária passou por um processo de negociação de bastidores, buscando alcançar níveis de aceitabilidade favoráveis ao seu trâmite, tanto no legislativo quanto na própria sociedade. Ao final, as proposições encaminhadas à aprovação foram bem mais modestas do que as pretensões iniciais de seus proponentes. De um modo geral, na órbita do capitalismo, o grande objetivo era a privatização da Previdência Social com a introdução da chamada “previdência complementar”. Nesse sentido, as propostas embrionárias constavam do estabelecimento de um teto remuneratório de um a três salários mínimos, não necessariamente contributivo, a partir do qual caberia aos interessados o pagamento de um seguro às empresas seguradoras, para a obtenção de um prêmio futuro na forma de retiradas mensais. (DAIN, 1992). A ideia geral era, em síntese, trocar o atual sistema previdenciário de *repartição simples*, calcado na solidariedade intergeracional, onde todos contribuem para um fundo comum que reverte aos beneficiários, pelo sistema de *capitalização*, administrado por meio de contas individuais com base na contribuição de cada usuário. O Plano Diretor da Reforma do Estado, publicado em 1995, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), afirma que a aposentadoria do servidor público permaneceria sob a responsabilidade estatal, com “pequena correção” do tempo de serviço. No entanto, para o setor privado a expectativa seria a da garantia de um “certo número de salários mínimos”, a partir do qual caberia a adoção de um sistema complementar contratado com fundos privados (BRASIL, 1995). Curioso é o fato de que ao final, passados alguns anos, na “reforma” de 2003, coube ao servidor público ingressar na previdência complementar, através do Fundo de Previdência Complementar, criado com essa finalidade – resultado contrário à proposta inicial. Esse é um exemplo de que as reformas liberais avançam por meios complexos e flexíveis, porém de forma inelutável.

As negociações para a reforma da previdência no período FHC duraram de 1995 a 1998. O prazo revela as dificuldades encontradas para sua aprovação. Em 1996, diante dos obstáculos encontrados no encaminhamento da Proposta de Emenda à Constituição – PEC/33/95, inclusive com a ocupação do plenário, realizada, mais de uma vez, pelas centrais sindicais, seus representantes foram chamados à mesa de negociação. A atávica fragmentação e o dissenso ideológico entre os grupos dificultaram o estabelecimento de acordos indutores da contenção dos pontos da pauta, que representassem maiores ameaças ao conjunto dos trabalhadores. No

primeiro escrutínio, a derrota do governo no plenário da Câmara levou ao cancelamento das negociações, diante do que a Central Única dos Trabalhadores (CUT) propôs uma greve geral para forçar a reabertura das mesmas. Não houve acordo quanto aos reais objetivos da greve, sendo que uma das centrais, a Força Sindical, embora não manifestasse discordância quanto à paralização, não se opunha às “reformas”, entendendo ser esta uma alternativa para conter o desemprego, na visão de seu presidente. Diante das fragilidades existentes a deflagração da greve não alcançou a expressão pretendida por seus defensores. O governo interpretou o fato como revelador das limitações do movimento sindical em fazer frente ao desfecho que pretendia. Logo em seguida, vetando a participação sindical, em um movimento de rearranjo das bases aliadas, fez aprovar seu projeto de reforma previdenciária, expresso na Emenda Constitucional nº 20 (SILVA; CORTEZ, 2007). A reforma, aprovada em 1998, constou, principalmente, de alterações nas regras de aposentadoria dos trabalhadores do setor privado, regidos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS), como aumento da idade mínima e inclusão do critério de tempo de contribuição, entre outras medidas. Em 1999, Lei Ordinária aprovou o Fator Previdenciário (FPR), fórmula para cálculo da aposentadoria com base na média aritmética dos maiores salários. A privatização, com a aprovação da previdência complementar ficou de fora do debate e, por outro lado, a proposta de quebra do sigilo bancário das empresas sonegadas, presente na PEC, foi vetada pelo Congresso.

Em 2002 foi eleito um governo de oposição. O fato de um operário, identificado com as esquerdas, assumir a presidência do país suscitou temores e desconfianças capazes de significar uma “ameaça catastrófica” aos poderes tradicionais instituídos (REIS, 2010). No intuito de garantir a governabilidade, desde o início houve forte sinalização da continuidade da política macroeconômica efetivada no governo anterior. O exercício de 2003 foi de intenso ajuste fiscal, com elevação da meta do superávit primário e outras medidas restritivas. Nesse mesmo ano a nova reforma da previdência empreendida, com focos de resistência mais amenos que na anterior, voltou-se ao funcionalismo público, vinculado ao Regime Próprio de Previdência Social (RPPS). Foram alteradas regras de aposentadoria, tais como o fim da aposentadoria integral para os servidores, cujo teto passou a ser calculado com base na média salarial, a cobrança de contribuição previdenciária dos inativos e pensionistas, e a instituição do regime de previdência complementar, além de outras prescrições. O dado mais expressivo e distintivo foi a fixação de teto para os benefícios e a criação da previdência complementar. A alternativa para a complementação voluntária das aposentadorias do setor público foi definida em 2012 pela criação, por lei, das Fundações de Previdência Complementar dos Servidores Públicos, compartilhadas entre os poderes, e, no plano subnacional, pelos estados e municípios. Por ora, as seguradoras privadas, pelo menos ao que parece, estão fora do jogo.

Ainda que excluindo o mercado financeiro, a reforma anterior, de 1998, deixou uma brecha legal com relação ao seguro acidentário, dispondo que o risco de acidente do trabalho seja atendido concorrentemente pelo regime geral de previdência e pelo setor privado. A ausência de regulamentação do dispositivo tem inviabilizado sua implantação, sendo que o setor rentista tem exercido intensa pressão para sua efetivação. Até o momento o governo tem vetado a medida, expressando o temor de que a repartição venha a ser desigual com as indenizações mais altas a cargo do Estado.

Na Saúde, apesar da forte turbulência inicial, do período Collor, após crises e escândalos, foi designado um grupo comprometido com os ideários da Reforma Sanitária para o Ministério da Saúde. Com isso, a estratégia de descentralização com o repasse direto de recursos a estados e municípios, vetada na administração anterior, passou à efetividade. Os arranjos institucionais constituídos com a participação de diversos atores, desde gestores, passando por conselhos populares e entidades profissionais, até as organizações da sociedade civil puderam garantir avanços expressivos na organização e prestação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, o sistema de saúde não passou incólume à influência do ideário liberal. As políticas de saúde dos países hegemônicos eram submetidas a reformas de cunho contencionista e privatizante. As reformas dos sistemas de saúde transitaram por diversos países e ainda persistem. Propondo-se a fundamentá-las e incentivá-las, as agências internacionais, como Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), por exemplo, formularam o receituário básico a ser aplicado pelos países (BANCO MUNDIAL, 1987, 1993). Em uma primeira fase, as principais propostas do cardápio, grosso modo, podem ser agrupadas em três grandes eixos. Em primeiro lugar, a definição de um pacote básico de procedimentos, a ser oferecido a população, de uma de forma generalizada, abrangendo principalmente serviços de atenção primária ou básico, sendo que procedimentos não incluídos seriam de provisão preferencialmente privada. Nesse caso, à população pobre, excluída do mercado, caberia a cobertura por programas seletivos e focalizados. Um segundo ponto seria a flexibilização das estruturas de prestação de serviços, admitindo maior participação do mercado e criando alternativas mistas, público-privadas, com incentivo à concorrência entre unidades prestadoras com vistas a maior eficiência e eficácia. Por fim, o compartilhamento de gastos e responsabilidades com os níveis subnacionais – no caso brasileiro, estados e municípios.

Após a consolidação da reforma da previdência, foi divulgada a proposta de reforma da saúde, em 1998, com a publicação do documento intitulado Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) (BRASIL, 1998). A proposta prefigurava uma radicalização das diretrizes da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que instituíra maior organicidade para a atenção básica no país, fixara mecanismos financeiros garantidores de suas ações de modo

descentralizado e incentivava estratégias locais, como o programa Saúde da Família. As principais diretrizes da “reforma” pretendida constavam da maior responsabilização dos entes subnacionais na gestão e na assistência e a subdivisão do Sistema Único de Saúde (SUS) em dois grandes blocos: o “*subsistema de entrada e controle*”, responsável pelos níveis de atenção básica, incluindo estratégias da criação de distritos de saúde e fortalecimento do programa de Saúde da Família; e o “*subsistema de referência ambulatorial e hospitalar*”, dotado de autonomia com relação ao anterior, seria formado por ambulatorios e hospitais públicos, filantrópicos e privados, sendo que os públicos deveriam ser transformados em Organizações Sociais, entidades públicas de direito privado. Pretendia-se, com a ideia da diversificação de prestadores, introduzir os mecanismos de competição administrada (*managed competition*), semelhante à reforma liberal inglesa. O veto implícito dos diversos setores do campo da saúde – gestores, profissionais, parlamentares, acadêmicos etc. – bloqueou as possibilidades de desenvolvimento da proposta, tal qual fora concebida.

Passados alguns anos das primeiras formulações, as agências internacionais revisam seus pressupostos iniciais devido à conjuntura de concentração de renda, aumento da pobreza e da “exclusão” promovida pelas reformas do liberalismo em âmbito planetário. Nesse contexto, a participação do Estado volta a assumir importância na regulação e “em ações específicas, para fortalecer a governabilidade, a governança e a coesão social” (LAURELL, 2010). Essa segunda reforma busca reafirmar o conceito de “*gerência do risco social*” ao invés de proteção social e substituir a noção de pobreza pela de “*vulnerabilidade*”. Seu principal objetivo é fortalecer as bases de legitimidade da “nova ordem social”, fundada pelo neoliberalismo, pois a prioridade anterior atribuída à acumulação do capital deixou de fora a questão fundamental da legitimidade, reconhecidamente, atributo do Estado – pelo menos até o presente. A nova linguagem enfatiza elementos da coesão social e a diferenciação dos chamados atores, dissimuladora da condição de classe e suas relações nas sociedades concretas (LAURELL, 2010).

O discurso da “nova economia” fala em “universalismo” representado pela inclusão, mais uma vez, segmentada dos indivíduos nos programas sociais e de saúde, o que afasta em muito essa noção da ideia de “universalidade”. O universalismo é securitário, a universalidade só alcança sentido na seguridade. O conceito liberal estabelece um *trade-off* entre universalismo e integralidade, asseverando que o primeiro é público e a segunda só seria alcançável com a participação do mercado (MÉDICI, 2011).

Assim como nos momentos anteriores, apesar dos indiscutíveis avanços na saúde após o advento do SUS, os setores de mercado marcam sua presença nas definições e indefinições das políticas públicas. Como anteriormente visto, estas forças foram gestadas com a contribuição do Estado e assumiram poder e importância crescentes. O SUS nasceu híbrido. E, em que pesem as iniciativas de regulação, como a Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS), o setor privado vem ganhando força considerável, marcando presença inarredável no cenário da Saúde brasileira. Esse mercado, que atualmente tende ao oligopólio, abarca praticamente a quarta parte da população e cresceu mais de 40% entre 2000 e 2010. Sua receita aumentou em 210%, em valores nominais, no período 2001 – 2009, passando de aproximados R\$ 22 bilhões para R\$ 65 bilhões no mesmo espaço de tempo. As famílias brasileiras vêm ampliando a participação dos gastos em planos e seguros de saúde, nos últimos anos (MÉDICI, 2011). E, conforme visto, as despesas privadas superam as públicas no cômputo total dos gastos em Saúde no Brasil. A distribuição é desigual, já que um quarto da população, na maior parte pertencente às classes favorecidas, se apropria de mais da metade dos recursos invertidos em saúde, sobrando a menor parcela para a massa restante, de três quartos do total.

O histórico da conformação das políticas de saúde estabeleceu impasses estruturais, ainda não contornados ou superados. Chegou-se ao momento atual com melhores índices de saúde, sem dúvida, porém, ainda enfrentando enormes barreiras, entre as quais se poderia listar como das mais importantes: insuficiência do financiamento público; imensas dificuldades para a estruturação de uma rede de atenção que garanta a necessária cobertura dos cidadãos; baixa qualidade na prestação dos serviços; deficiências na gestão de sistemas e serviços; e escassez de profissionais capacitados e adequados aos serviços oferecidos.

A superação dessas barreiras se dá em meio ao confronto de agendas, diante das estratégias liberais na captura de maiores fatias do mercado. Não é objetivo deste artigo identificar possíveis estratégias liberais que por ora perpassem o setor saúde e, de uma ou outra maneira, contribuam para a neutralização de possíveis avanços rumo aos princípios inscritos no pacto solidário que a sociedade brasileira instituiu em sua Carta Constitucional. Bem como pensar sua contrapartida em termos das alternativas que permitam avanços. A princípio, os objetivos são pretensiosos, porém como tudo o mais, requer a humildade do esforço coletivo. Fica aqui a convocação para essa difícil, porém necessária tarefa.

Conclusão

A configuração das políticas sociais no Brasil teve nos dois primeiros momentos a decisiva participação do Estado em sua formulação e direcionamento. Esse direcionamento era ajustado a cada um dos projetos de nação levados a efeito, a cada etapa. Os dois – nacional-desenvolvimentista e de desenvolvimento associado-dependente – se caracterizaram pela marca da segmentação e da “exclusão”. Seja para “baixo”, no primeiro caso, ou para “cima” no segundo.

As classes trabalhadoras tuteladas ou reprimidas puderam ocupar limitado papel nos dois casos. Salvo o espasmo democrático do pós-guerra que possibilitou maiores níveis de organização e de expressão sindicais, apenas nos estertores da ditadura militar pôde irromper o chamado novo sindicalismo, junto aos demais movimentos de resistência e oposição, capaz de irradiar novas perspectivas à combalida sociedade brasileira.

Porém, após a quase materialização de sonhos e esperanças, com a conquista da Seguridade Social e do SUS, o país se deparou com o pesadelo neoliberal oriundo da profunda crise atravessada pela acumulação capitalista. Amargou-se desemprego, pobreza e desengano, pelo correr dos anos, após reformas e contrarreformas, que vêm demarcando os avanços liberais.

A mudança de governo em 2002 acendeu novas esperanças. E, por outro lado, a crise financeira de 2008 pôs à nu a carga ideológica dissimulada pela tecnocracia liberal. Porém, vive-se no momento um confronto de agendas, desequilibrado, tendendo ao neoconservadorismo, pela trajetória de êxitos até aqui. Cabe lembrar o que foi dito antes: os avanços do liberalismo se fazem por caminhos complexos e maleáveis.

Os impasses podem caminhar para a re-mercantilização da saúde e da própria Previdência Social, com sua consequente segmentação, perpetuadora das desigualdades e da estigmatização dos que não podem chegar ao mercado, no caso, a grande maioria da população brasileira.

Referências

- ABRANCHES, S. Questão social, previdência e cidadania no Brasil. In: GOMES, A.C. (Org.): *Trabalho e previdência: sessenta anos em debate*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1992.
- BANCO MUNDIAL. *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma*. Washington D.C., 1987.
- _____. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.
- BOSÍSIO, C.E. Justiça do trabalho e política do trabalho no Brasil. In: GOMES, A.C. (Org.): *Trabalho e previdência: sessenta anos em debate*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1992.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO E REFORMA DO ESTADO. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília, 1995.
- _____. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. *Cadernos MARE da reforma do Estado*. n. 13. Brasília: MARE, 1998.
- BRAGA, J.C.; PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de políticas sociais*. São Paulo: CEBES – Hucitec, 1981.
- BRUM, A. *O desenvolvimento econômico brasileiro*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- CARDOSO, F.H. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
- _____. *O modelo político brasileiro e outros ensaios*. São Paulo: Difel, 1977.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.
- COSTA, N.R. *Política pública, direitos e interesses: Reforma Sanitária e a organização sindical brasileira*. FIOCRUZ, mimeo, 1993.
- COUTINHO, C.N. *A democracia como valor universal: notas sobre a questão democrática no Brasil*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1980.
- DAIN, S. Financiamento da previdência: quem paga o quê? GOMES, A.C. (Org.): *Trabalho e previdência: sessenta anos em debate*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1992.
- DINIZ, E. Neoliberalismo e corporativismo: as duas faces do capitalismo industrial no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.20, ano 7, out. 1992.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. *The three worlds of welfare capitalism*. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

FALEIROS, V.P. A questão da reforma da Previdência Social no Brasil. *SER Social*, Brasília, n. 7, mar. 2010. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/299>. Acesso em: 28 set. 2013.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, 2: 257-283: 1990.

IORE, J.L. Estado de bem-estar social: padrões e crises. *Physis: Rev. de Saúde Pública*, 7 (2): 129-147, 1997.

_____. O Brasil na mudança mundial: espaços em disputa. In: *Brasil em desenvolvimento: Ciclos de seminários IE-UFRJ/CEPAL*. Rio de Janeiro, 2003.

FEDERAÇÃO ÚNICA DOS PETROLEIROS (FUP). *Manter acesa a chama da resistência*. Publicação da Secretaria Política e Sindical. Rio de Janeiro, 2010.

GONÇALVES, R. Governo Lula e o nacional-desenvolvimentismo às avessas. *Revista Soc. Bras. Economia Política*, 31, p. 5-30, fev., São Paulo, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

KERSTENETZKY, C.L. *O estado de bem estar social na idade da razão: a reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LAURELL, A.C. Revisando las políticas y discursos en salud em América Latina. *Medicina Social (ALAMES)*, 5 (1): 79-88, 2010.

LIMA, H.F. *História do pensamento econômico no Brasil*. São Paulo: Editora Nacional, 1976.

LUZ, N.V. *A luta pela industrialização no Brasil: 1808-1930*. São Paulo: Ed. Alfa-Omega, 1975.

MARTINS, J.S. *O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MATTA, J.; CORDEIRO, M.; OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. Legislação previdenciária e seus significados: reparação irreparável da saúde perdida. In: VASCONCELLOS, L.C.F.; OLIVEIRA, M.H.B. (Org.): *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

MENDONÇA, M.H. Seguridade social e direito à saúde. In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L.C.F.: *Direito e saúde: um campo em construção*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

O'DONNELL, G. Sobre o corporativismo e a questão do Estado. *Cadernos do Departamento de Ciência Política*. Belo Horizonte, n. 3: UFMG, 1976.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S.F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

PINA, J. A.; CASTRO, H.A., ANDREAZZI, M.F. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):837-846, 2006.

PREBISCH, R. I. Dinâmica do desenvolvimento latino-americano. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1964.

REIS, F. W. Identidade política, desigualdade e partidos brasileiros. *Novos Estudos CEBRAP*, 3: 60-75, 2010.

RODRIGUES, L. M. O declínio do sindicalismo corporativo. In: GOMES, A. C. (Org.): *Trabalho e previdência: sessenta anos em debate*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1992.

ROMÃO, F. L. *A greve do fim do mundo: petroleiros 1995 - Expressão fenomênica da crise fordista no Brasil*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, 2006.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*. São Paulo: Campus, 1979.

SCHWARTZMAN, S. Representação e cooptação política no Brasil. *Dados*, n. 7, 1970, p. 9-41.

SILVA, S. J.; CORTEZ, R. Interação sindicalismo-governo na reforma previdenciária brasileira. In: HOCHMAN, G. (Org.): *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

VIANNA, M.L. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: REVAN / IUPERJ / UCAM, 1998.