

Parte I - Estado, Políticas Sociais e Saúde

2 - Reforma do estado, seguridade social e saúde no Brasil

Sonia Fleury

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FLEURY, S. Reforma do estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 49-87. ISBN: 978-85-7541-505-4.

Available from: doi: [10.7476/9788575415054](https://doi.org/10.7476/9788575415054). Also available in ePUB from:

<http://books.scielo.org/id/v4fx5/epub/matta-9788575415054.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

REFORMA DO ESTADO, SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE NO BRASIL*

Sonia Fleury

As temáticas da Reforma do Estado e da Seguridade Social estiveram ausentes da agenda e do discurso das esquerdas no Brasil até os anos 1970, quando as mudanças na teoria e na prática política introduziram no centro das discussões políticas temas como a cidadania e a institucionalidade democrática.

Essas mudanças se refletiram no forte engajamento dos movimentos sociais em luta pela democratização do país e na centralidade assumida pela Assembléia Nacional Constituinte, em 1987-88, como arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade.

Assim, as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um Estado do bem-estar social foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas. Mas, já a crise na economia mundial, inaugurada com o aumento dos preços do petróleo na década de 1980 e seguida pelo aumento dos juros nos Estados Unidos, endividamento das economias emergentes e perda do controle sobre o processo inflacionário apontavam para um cenário de reajustes estruturais, e o ideário liberal acenava com a bandeira do ‘Estado mínimo’ como solução para os impasses e a reestruturação do capitalismo globalizado.

* Apresentado no seminário Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – Vinte anos do SUS: contradições e desafios, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, setembro 2008.

A opção pelo fortalecimento do Estado e por sua democratização, neste contexto global, aparece hoje como uma falsa consciência que impediu os atores sociais e os constituintes de divisar o horizonte restritivo que já se apresentava, no qual se impunha como inevitável a saída via fortalecimento do mercado.

A verdade é que a idéia de privilegiar o mercado em relação à produção dos serviços já estava presente na política brasileira desde o conjunto de reformas realizadas pelo governo militar que, entre 1964 e 1967, estabeleceu as diretrizes das políticas econômicas e sociais, por meio do reordenamento do sistema financeiro com a reforma bancária que criou o Banco Central em 1964; da definição do modelo do federalismo fiscal graças à reforma tributária de 1967; do Decreto-Lei 200/67 por meio do qual se realiza a reforma administrativa, diferenciando a administração pública direta e indireta e a reforma previdenciária, que se inicia com a unificação das instituições e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, terminando com a eliminação da participação dos trabalhadores na gestão tripartite em 1972 e seguindo com a expansão da cobertura previdenciária entre 1971 e 1973.

A implantação de um modelo que privilegia o produtor privado na Previdência Social entre 1966-1973 e sua crise cíclica desde mais ou menos 1975 até o ápice no início dos anos 1980, foi detalhadamente estudada por Jaime A. A. Oliveira e Sonia M. Fleury (1985). Destaca-se neste estudo a correspondência de tal política com os ditames da Constituição Federal de 1967 (art. 163), reafirmado na Constituição de 1969 (art. 170), definindo a iniciativa estatal na área econômica como de caráter suplementar à iniciativa privada.

As conseqüências da política previdenciária que privilegiava o setor privado prestador dos serviços de saúde, por meio do financiamento concedido pela Caixa Econômica Federal (CEF) para criação de uma rede hospitalar privada com um mercado garantido por intermédio da compra de serviços pela Previdência, se manifestaram como crise e propiciaram a entrada do pensamento reformador e crítico na gestão da política previdenciária de saúde.

A luta pela democratização da saúde encontra neste espaço de racionalização administrativa do sistema previdenciário um lócus estratégico para avançar na direção da unificação dos dois ministérios responsáveis pela saúde – o da Saúde e o da Previdência – por meio de programas de sucessivas aproximações como o das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds). No entanto, o desafio era transcender a mera racionalização em direção à universalização, à descentralização e à participação, que seriam a expressão política da democratização da saúde.

A reforma democrática do Estado se deu sem uma construção teórica que fosse capaz de articular e respaldar os avanços que a prática política já demandava e consolidava, sem, no entanto, conseguir construir um marco teórico-conceitual que considerasse e enfrentasse a questão da institucionalidade do Estado necessária para a construção da democracia. Projetos de distintos matizes, como os comunistas, que se opõem ao Estado, e os reformadores oriundos de uma tradição marxista, que buscavam um desenho democrático e o fortalecimento dos direitos sociais, encontraram-se na prática política quando somaram esforços, mas não se compatibilizavam em termos da visão da relação Estado-sociedade.

Esta reforma democrática que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988, foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional, e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado. Neste caso, a articulação entre teoria e instrumentos reformadores, ademais do predomínio político alcançado por esta corrente, foi crucial para sua difusão global.

O fracasso das reformas liberais, em especial quando elas foram mais que tudo um discurso que legitimava a desconstrução do Estado nacional, não é suficiente para afastar da agenda a questão da reforma do Estado. É necessário fazer um balanço do impacto das reformas liberais sobre a institucionalidade desenhada pela reforma democratizante, por exemplo, em relação à Seguridade Social, e buscar avaliar de forma crítica e criativa as demandas atuais de uma reforma que possa retomar os princípios e diretrizes propugnadas na democratização, considerando o novo contexto de agudização dos problemas que colocam em risco a coesão social e a necessidade de transformar os direitos constitucionalizados em direitos em exercício. Para isto, mais além de direitos constitucionalizados é necessária a existência de direitos institucionalizados, por meio de políticas e instituições efetivas e eficazes. Isto remete, uma vez mais, à existência de um processo permanente de reforma tendo em vista alcançar uma relação de forças que assegure a mudança na distribuição do poder, o que implica a permanente construção de sujeitos políticos, ou subjetivação.

BASES TEÓRICAS PARA UMA REFORMA DEMOCRÁTICA DO ESTADO

Para pensar a reforma do Estado é necessário ter em conta a concepção de Estado com a qual estamos trabalhando, considerando o pacto de poder, as instituições e organizações.

Guillermo A. O'Donnell (1998: 125) define Estado como:

o conjunto de organizações e relações que reclamam para si o caráter do público como contraposto ao privado sobre um âmbito territorialmente delimitado, e que pretende da população deste território conformidade com o conteúdo expresso de suas disposições e ademais, respalda esta pretensão como um controle que vem a ser enormemente superior em meios de violência. (O'Donnell, 1998: 125)

Esta definição pretende englobar os diferentes níveis envolvidos no conceito de Estado, ou seja: organização do domínio político sobre um território e um povo de forma soberana; legitimidade do monopólio do uso da coerção; e um conjunto de organizações e instituições, estruturado de forma legal e hierarquizada com um corpo de funcionários que atuam em função dos interesses públicos.

Vale lembrar a crítica de Fernando Henrique Cardoso ao próprio O'Donnell, por confundir regime político e Estado (ao definir o Estado burocrático-autoritário), afirmando que:

a conceituação do Estado é um assunto complexo, mas existe certo grau de acordo de que no nível mais alto de abstração, a noção de Estado se refere à aliança básica, ao *pacto de domínio* básico, que existe entre as classes sociais ou frações das classes dominantes e as normas que garantem seu domínio sobre a classe dominada. (Cardoso, 1982: 46)

A concepção do Estado como relação de dominação, afirmada pela corrente marxista, e o Estado visto como institucionalidade, definida por Max Weber (1991) como aquele que opera a dominação legítima de caráter racional-legal como um quadro administrativo burocrático, foi, durante muitos anos, tratada de forma polarizada e excludente. A contribuição de Nicos Poulantzas, em sua última obra, intitulada *O Estado, o Poder, o Socialismo* (1991), foi definitiva para reconciliar estas duas tradições teóricas ao buscar evitar a redução do aparelho de Estado ao poder de Estado.

A concepção do marxismo contemporâneo sobre o Estado tem início com a ruptura que a obra de Antonio Gramsci introduz na concepção hegeliana, a qual diferencia Estado de sociedade civil, adotada também, embora de forma invertida, por Marx. Para Gramsci, “o Estado é todo o conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não somente sua dominação, mas também consegue o consenso ativo dos governados” (em *O Príncipe e o Estado Moderno*).

O Estado, para além de suas funções repressivas de tutela de uma sociedade de classes, exerce um papel fundamental em sua função pedagógica de construção,

consolidação e reprodução da direção cultural da classe hegemônica, sendo a função de homogeneização exercida pelo Direito, exatamente o que permite a criação de um conformismo social. O Estado ético, ou civilizatório, corresponderia à elevação das massas, por meio de políticas públicas, no nível cultural correspondente ao desenvolvimento das forças produtivas. Portanto, o Estado cumpre um papel fundamental na consolidação dos avanços do processo civilizatório.

Do ponto de vista da hegemonia (Gramsci) ou da ideologia (Althusser), os aparatos estatais não se diferenciam como públicos ou privados, constituindo-se no Estado ampliado, pois ambos cumprem a função de reprodução da dominação, seja por meio da geração de consenso, seja por meio do exercício da coerção – regra geral por meio de ambos. No entanto, a dissolução dos limites entre Estado e sociedade, público e privado, não ajuda a compreender a especificidade do aparelho estatal.

Já a contribuição de Gramsci sobre o predomínio do Estado nas sociedades orientais e o de uma sociedade civil adensada nas sociedades ocidentais, levou-o a vincular a questão do Estado com a estratégia de transição, estabelecendo que a guerra de movimento, ou enfrentamento frontal, só teria êxito em sociedades nas quais o Estado predominasse sobre a sociedade. Ao contrário, a guerra de posição ou de esgotamento seria indicada para as sociedades civis mais complexas, nas quais seria necessário conquistar a hegemonia antes da tomada de poder.

O resgate do Estado como um campo estratégico de lutas vai ser enfatizado por Poulantzas (1991), ao afirmar que as lutas políticas não são exteriores ao Estado como ossatura institucional, mas, ao contrário, se inscrevem neste aparato, permitindo, assim, que ele venha a ter um papel orgânico na luta política, como unificador de dominação. Nesta concepção do Estado é possível percebê-lo, para além de um conjunto de aparelhos e instituições, como campo e processos estratégicos, nos quais se entrecruzam núcleos e redes de poder que, ao mesmo tempo, articulam-se e apresentam contradições e decalagens uns em relação aos outros. Daí que a fragmentação constitutiva do Estado capitalista não possa ser tomada como inverso da unidade política, mas como sua condição de possibilidade, o que assegura sua autonomia relativa. O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento.

O conceito de Claus Offe (1984) de seletividade estrutural do Estado explica a maneira como as demandas populares, mesmo quando adentram o aparelho

administrativo, são destituídas de seu conteúdo político nos meandros da burocracia estatal, preservando dessa forma os limites do sistema de acumulação, ainda quando seja necessário contemplar também os requisitos da legitimação do poder.

A apropriação destes conceitos teóricos para explicar a realidade brasileira gerou um conjunto de estudos sobre políticas públicas, que buscava desvendar, pela análise dos determinantes da evolução destas políticas, os mecanismos responsáveis pela construção social de uma estatalidade singular. Depois dos grandes estudos que buscaram explicar a especificidade do capitalismo no Brasil, em clássicos como Florestan Fernandes, Celso Furtado e Raymundo Faoro, entre outros, os trabalhos do final dos anos 1970 que foram tributários desta contribuição tomaram como objeto a construção do Estado nacional, com base em políticas públicas como as relativas à industrialização (Draibe, 1985) e à proteção social (Oliveira & Fleury, 1985).

Sônia Draibe (1985) procura entender, com a ajuda do instrumento teórico-analítico das vias de desenvolvimento industrial, como as lutas pela direção política e como a heterogeneidade e multiplicidade das forças políticas asseguram certa autonomia do Estado, limitada por seu sentido social e por ser expressão das relações de poder, definidas na luta política.

Oliveira e Teixeira (1985) buscam entender como as lutas entre as forças sociais em jogo em cada conjuntura da historiografia nacional se inscrevem no aparato institucional, definindo modalidades distintas de proteção social, concretizando estes valores e tecnologias sociais em termos de distintos padrões de benefícios, da amplitude da cobertura, das fontes de financiamento e modalidades de gestão das instituições previdenciárias. Em outros termos, mais que estudos tradicionais de políticas públicas, de corte funcionalista ou sistêmico, o que se buscava naquele momento era entender como as relações entre as forças sociais se materializaram em uma estrutura e em uma dinâmica institucional estatal que reproduzia a dominação, mas também o avanço das forças dominadas, em conjunturas sociais específicas. Tratava-se de entender como as forças se corporificavam em instituições públicas, mas também como estas últimas opunham uma resistência própria às novas correlações de força e aos impulsos reformadores.

Conhecer os determinantes sociais da construção do Estado e o sentido político das políticas públicas representou um enorme avanço na aproximação do pensamento das esquerdas em relação à apropriação da temática do Estado e das políticas setoriais. Permitiu compreender como as lutas populares poderiam se inscrever na ossatura do Estado, entendendo-o de forma menos monolítica, como

a condensação material de um campo de forças, ainda que dotado de sentido e direção. Ao identificar os avanços sociais em conjunturas democráticas e de maior mobilização social, foi possível avançar na discussão da importância da institucionalidade estatal, ainda que sob o primado das lutas políticas, na consolidação dos avanços das classes populares.

A introdução do conceito de cidadania como eixo teórico e estratégico para explicar o desenvolvimento das políticas sociais se faz a partir da constatação de que a expectativa de obediência do Estado pela introjeção do dever político não se funda, nem exclusiva nem prioritariamente, no monopólio que ele detém da violência, mas na sua capacidade de organização do consenso e na legitimidade alcançada na sociedade. As mediações necessárias à construção da hegemonia implicam não apenas a expansão dos interesses da classe dominante, mas também a própria ampliação do Estado, acabando por retirar o fundamento da separação entre as esferas diferenciadas da economia e da política. O capitalismo tem necessidade de criar o cidadão na medida em que ele é o correspondente jurídico e político do trabalhador livre, capaz de vender sua força de trabalho; a cidadania é a abstração necessária à Constituição, fundamento e legitimidade do poder político. O capitalismo nega inclusive a existência de atores coletivos, as classes sociais, com interesses contraditórios e antagônicos, sendo, portanto, essencial para a construção da ideologia liberal do Estado como representante da vontade coletiva. Por outro lado, a condição de cidadania tem que ser vista como um avanço na luta das classes oprimidas. É neste sentido que se pode compreender o Estado como “expressão da dominação de uma classe, mas também um momento de equilíbrio jurídico e político, um momento de mediação” (Gruppi, 1980: 31).

Algumas proposições analíticas foram levantadas para compreender a cidadania fora de seu marco original liberal (Fleury, 1994), assumindo:

- a cidadania, hipótese jurídica-política inscrita na natureza do Estado capitalista, como uma mediação necessária, mas não suficiente para explicar a gênese das políticas sociais;
- a política social como gestão estatal da reprodução da força de trabalho que encontra na dinâmica da acumulação capitalista sua condição de possibilidade e seu limite;
- que as políticas sociais participam na reprodução social e construção da hegemonia como uma rede especial de micropoderes;
- que a materialização de uma correlação de forças em um aparato político-administrativo prestador de serviços dependerá do funcionamento desta institucionalidade organizacional;

- que o desenvolvimento das políticas sociais é histórico e manifesta em seu transcurso os movimentos da contradição entre produção socializada e apropriação privada, ainda que tenha alterado de forma irreversível a separação entre as esferas da economia e da política.

Embora a temática da Reforma Administrativa do Estado não tenha feito parte de uma formulação teórica das esquerdas, a prática política orientada para a construção de uma sociedade e um Estado democrático levou, nas décadas de 1970 e 1980, à formulação de projetos reformadores setoriais, como foi o caso da Reforma Sanitária, os quais redesenharam o Estado e sua relação com a sociedade, para além dos limites setoriais. A incorporação de elementos do planejamento estratégico de Carlos Matus (1978, 1981) e Mario Testa (1985, 1986), além das análises sobre o funcionamento do complexo previdenciário de assistência médica, suas modalidades de articulação com o setor privado e as formas de repasse dos recursos, introduziram importantes elementos de gestão no debate político da reforma.

Sergio Arouca (1982) formulou a compreensão teórica da saúde como totalidade concreta, síntese de múltiplas determinações, o que encaminhava a proposta de uma reforma sanitária que atuasse em todos estes níveis que incidem no campo da saúde, compreendendo:

- um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde-enfermidade;
- a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizadas para satisfazer necessidades;
- ser um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção;
- ser um espaço de densidade ideológica;
- ser um espaço da hegemonia de classe, por meio das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- possuir uma potência tecnológica específica que permita solucionar problemas tanto no nível individual como no coletivo.

A busca da democratização da saúde passaria pela construção de um arco de alianças que permitisse alterar a correlação de forças, a difusão de uma nova consciência sanitária e a construção de uma nova institucionalidade ou sistema público de saúde que assegure a saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Entendendo a cidadania como um princípio normativo que subordina as práticas sociais aos ditames da solidariedade e integra os indivíduos por meio de laços de igualdade e de respeito aos direitos em uma comunidade política, ficava claro

que a Reforma Sanitária extrapolava os limites de uma política setorial, situando-se no âmbito de uma reforma do Estado. A busca de uma nova institucionalidade capaz de ser inclusiva e igualitária encontrou na defesa da participação social e da descentralização do poder político o desenho do aparato administrativo para o qual confluíram outras correntes políticas que somaram forças na construção da institucionalidade democrática.

A compreensão de que as modalidades de proteção social são expressão de forças sociais e valores assumidos em cada conjuntura e situação histórica, configurando distintas institucionalidades que definem correspondentes padrões de cidadania (Fleury, 1994), conduziu os esforços reformadores para a construção de uma Seguridade Social, expressão do modelo de proteção social que correspondesse ao padrão civilizatório que a sociedade brasileira alcançava com a democratização. Estas conquistas foram entronizadas pela Constituição Federal de 1988 em seu capítulo da Ordem Social, e em toda a legislação ordinária e normas operacionais que a ela se seguiram.

Só recentemente estes temas voltaram à discussão, em balanços sobre um quarto de vigência do regime eleitoral democrático na América Latina compatível com a persistência de déficits de cidadania social, em permanente ameaça à coesão social e à governabilidade.

As discussões sobre a governabilidade democrática têm tratado a questão do Estado como um dos seus aspectos centrais, seja em sua dimensão legal, como garantia dos direitos e deveres da cidadania que assegura a aplicação da lei de forma universal, seja como autoridade constituída em uma rede de instituições políticas capazes de processar e aplicar institucionalmente decisões políticas, em um contexto de legitimidade democrática.

No balanço que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) da Democracia na América Latina afirma-se que é indispensável ampliar o debate sobre o Estado na região, pois este ficou concentrado em temas como seu tamanho e gasto, deixando de lado questões fundamentais como o poder real do Estado para pôr em prática o mandato eleitoral e o poder para democratizar, definido como a capacidade para chegar, de maneira universal, a todas as classes sociais, em todo o território. Sem isto, não haverá vigência de direitos e obrigações para todos, em todos os lugares, representando, tal déficit de estatalidade, um risco para a sustentabilidade e o desenvolvimento da democracia (Pnud, 2004).

Em recente relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal, 2006), afirma-se que a titularidade dos direitos deve guiar as políticas

públicas e que só a plena institucionalidade democrática assegura o processo pelo qual se constrói um pacto e se consagra normativamente na lei a sua aplicação.

Enfatizando a necessidade de construir acordos políticos embasados em valores solidários de justiça e equidade e que se materializam em pactos fiscais capazes de viabilizar a inclusão social, a Cepal (2006) clama por organismos estatais competentes, a fim de que os direitos sejam mais exigíveis.

O reconhecimento de que a democracia não pode ser reduzida apenas a um regime político parece ser a indicação mais importante da constatação das dificuldades atuais de convivência de regime democrático em sociedades com persistência de culturas autoritárias, políticas excludentes e Estados patrimoniais. A persistência de uma cultura política com base na hierarquia social, o enfeudamento das agências estatais, o uso privado dos bens públicos, a incapacidade de as políticas e órgãos públicos se disseminarem de forma igualitária sobre o território nacional são constatados por todos os estudiosos. No entanto, a indicação de que a luta pela expansão dos direitos civis precederia as conquistas dos demais direitos e a assunção de que a conquista dos direitos sociais em antecipação aos direitos civis gera democracias de baixa intensidade – como defendido por alguns cientistas sociais para explicar a situação da América Latina – parece contradizer as evidências históricas e reduzir o Estado a um papel passivo no processo de ampliação da esfera pública.

A reconstrução da esfera pública a que estamos assistindo na América Latina é parte dos processos de democratização, fortalecimento do poder local, emergência de novas demandas e novos sujeitos sociais, rearticulação da inserção econômica regional em uma economia globalizada e intensificação do uso da tecnologia informacional na mediação das relações e processos sociais. A construção da igualdade pressuposta na esfera pública requer a introdução de princípios normativos relativos à inclusão, participação e redistribuição. Em sociedades nas quais a cidadania, como dimensão igualitária e cívica, não foi generalizada e na qual, portanto, convive-se com altos níveis de exclusão e desigualdades, o papel do Estado é crucial na indução de processos sociais que promovam condições de inovação e inclusão social. No entanto, a possibilidade de emancipação e diferenciação só pode ser assegurada através da complexificação do tecido social, em um duplo movimento de construção de identidades e formas orgânicas autônomas e de inserção de seus interesses na arena pública. Este fenômeno começa a se fazer presente na América Latina com base em múltiplas experiências locais inovadoras, indicando a possibilidade de construção de uma comunidade de cidadãos, valendo-se de uma nova articulação entre o nacional e o popular.

Como consequência das lutas sociais desencadeadas nas três últimas décadas, processa-se uma revolução cultural na região, com a introdução de novas demandas e novas práticas políticas, orientadas para a conquista efetiva dos direitos sociais negados, na prática, a uma parcela significativa da população. A reivindicação cidadã presente em todas as lutas sociais na região introduz a noção do sujeito como portador de direitos, quer ela comece por direitos sociais ou civis. É o 'direito de ter direito' que transforma a cultura do clientelismo na cultura da cidadania e permite colocar na agenda pública a questão da inclusão social.

Este processo social, no entanto, não é alheio ao Estado por, pelo menos, três razões. Primeiramente, porque estas demandas cidadãs destinam-se a alterar o processo político de construção da agenda pública. Em segundo lugar porque, para os setores mais marginalizados, o Estado exerce papel crucial na mobilização dos recursos necessários a uma organização. Em terceiro lugar, porque um Estado capaz de absorver as demandas por inclusão social não será mais o mesmo, quer em termos de pacto do poder, quer na sua institucionalidade, pois o Estado que conhecemos participa ativamente no processo de exclusão social.

O papel do Estado no processo de inclusão social é sublinhado por Fábio Wanderley Reis (1993), quando afirma que o nível de carência entre os setores populares é tão agudo que o Estado, em nossas sociedades, termina por ser o agente produtor da própria capacidade de reivindicação popular. Sua proposta é de que a incorporação cidadã, nessas circunstâncias, somente será possível se o Estado for capaz de institucionalizar esta relação, transformando os setores marginalizados em seus clientes reais sem recorrer a mecanismos de manipulação política. No entanto, mais que um conjunto de benefícios, o desafio da cidadania é construir um sentido de pertencimento a uma esfera pública.

Portanto, a esfera pública pode ser caracterizada por sua inclusividade, em termos da multiplicidade de atores que podem participar nos processos de integração e exercício do poder e por sua efetividade, ou seja, na capacidade de generalizar os interesses dos cidadãos organizados, de tal forma que possam influenciar e controlar o exercício e as estratégias de dispersão do poder político (Oxhorn, 1999). Para que a sociedade civil se fortaleça sem ser capturada por processos de cooptação pelo aparelho do Estado, é preciso que este último seja capaz de ser autônomo o suficiente para preservar suas identidades e, ao mesmo tempo, forte o bastante para que os diferentes atores consigam lograr a projeção política dos seus interesses na construção negociada de seus conflitos, na formação da agenda pública. A tensão entre autonomia e inserção dos interesses em uma ação política é inerente e constitutiva da sociedade civil.

Sem dúvida, a referida organização também se coloca da mesma forma em relação ao Estado, cuja autonomia e inserção parecem ser as condições imprescindíveis para gerar sinergia nas relações Estado-sociedade civil (Evans, 1996).

A reação neo-institucionalista à abordagem culturalista de Putman sobre a avaliação do desempenho institucional com base em suas relações com o contexto sociocultural, gerador dos estoques de capital social, foi expressa no trabalho de Peter Evans (1996), que demonstrou ter o Estado um papel crucial na mobilização do capital social. Para ele, as instituições públicas têm, além do monopólio da coerção, a exclusividade da mobilização dos recursos sociais. Sendo o Estado a principal arena de convergência das demandas sociais, este determina, em última instância, o sucesso das iniciativas voluntárias (Abu-el-haj, 1999).

Evans resgata, como fatores que garantem a qualidade das instituições públicas, o *esprit de corps* da burocracia meritocrática que lhe garante autonomia em relação às pressões clientelistas e, paradoxalmente, a inserção desta burocracia (*embeddedness*) em um projeto de desenvolvimento, cruzando assim a linha de divisão entre o público e o privado.

A reconstrução da esfera pública deve ser claramente identificada como parte da luta pela hegemonia e constituição de um novo bloco no poder, que atravessa o Estado e requer novos aparatos, tecnologias e processos de exercício do poder, que inscrevam as novas relações deste na ossatura organizacional do Estado.

A essas duas dimensões da esfera pública democrática deveríamos acrescentar a inovação social, entendida como a capacidade de transformação de uma sociedade, valendo-se do poder de assumir suas próprias necessidades e de modificar suas estruturas para incorporar novas soluções tecnológicas (Tobar & Pardo, 2000).

No contexto de construção de uma sociedade democrática, a dimensão da inovação social diz respeito à transformação das estruturas de gestão pública, a fim de abrir o Estado a processos de co-gestão pública, estatal e não estatal, como forma de inclusão dos interesses dominados na esfera pública, para além da forma tradicional de representação (Genro, 1997). A geração de redes associativas como formato predominante na estruturação da esfera pública democratizada vem requerer uma nova tecnologia gerencial capaz de promover processos sinérgicos entre as instituições estatais democratizadas e as organizações da sociedade que, por se fundamentarem no alcance de bens públicos por meio das relações voluntárias de cooperação, geram maior capital social (Fleury, 2002).

A discussão sobre a governabilidade democrática não foi capaz de transcender os limites do modelo de democracia representativa, apesar de sua demonstrada

incapacidade de produzir condições para a inclusão social em entornos de alta iniquidade. A existência de zonas em que a legalidade democrática inexistente, portanto, imunes ao Estado, sempre ocorreu em todas as democracias. A persistência secular do âmbito da empresa e da família como domínios privados, nos quais a autoridade Estatal estava ausente, fez parte da construção das democracias consolidadas, sendo espaços de muito recentes processos de publicização.

No entanto, a ausência da autoridade pública atinge dimensões crônicas na América Latina, seja como parte dos mecanismos de exclusão social, seja como consequência do crescimento da violência urbana em regiões/populações deserdadas pela política pública. Recentemente, o crescimento da presença de organismos financeiros internacionais e sua lógica de desenvolvimento de projetos em substituição às políticas públicas tem acentuado o fenômeno do crescimento de uma institucionalidade e burocracia em paralelo aos órgãos estatais, reduzindo a capacidade de articulação e implementação de uma lógica comum e sabotando a capacidade de institucionalizar a autoridade pública, sobretudo em países com déficits agudos de estatalidade.

A tentativa de introduzir procedimentos deliberativos tem sido vista como capaz de atenuar a enorme disparidade regional na distribuição dos recursos, que terminaria sendo reificada por meio da democracia representativa, podendo gerar espaços públicos nos quais o poder político é exercido de forma coletiva, entre pessoas consideradas iguais. A democracia representativa é vista como facilitadora do exercício democrático em escala ampliada, assim como para redução de desigualdades entre os participantes da esfera pública, mas não para tratar da iniquidade e exclusão sociais, além de ser extremamente limitada para representar a diversidade e a multiplicidade de identidades.

A proposta da introdução de mecanismos de participação em um espaço deliberativo tem sido vista como um acréscimo à democracia representativa, já que esta última é considerada imprescindível para manter a competição e o pluralismo necessários a um sistema político democrático. A introdução de uma outra gramática social e cultural de organização da sociedade e resolução de conflitos dá ênfase à inovação social, articulada com a inovação institucional da democracia.

A democracia deliberativa é um arranjo institucional que facilita a livre argumentação entre cidadãos iguais pelo provimento, por exemplo, de condições favoráveis de expressão, associação e participação, assegurando que estes cidadãos serão tratados como livres e iguais na discussão, e vincula a autorização ao exercício do poder público a esta argumentação pública, estabelecendo um marco que

assegura a responsabilidade e *accountability* do poder público a ela, por meio de eleições competitivas regulares, condições de publicidade, supervisão legislativa etc. (Cohen, 1998).

Como arranjo institucional, a democracia deliberativa requer a criação de espaços públicos de representação, negociação e concertação e toda uma tecnologia social de arbitragem a ser desenvolvida pelo Estado. O redesenho do Estado para permitir esta forma capilar de interação com a sociedade civil, o desenvolvimento de novas tecnologias sociais de definição de prioridades tomando por base as demandas expressas pela população, negociadas perante os demais participantes segundo regras previamente acordadas, representa o colossal desenvolvimento de uma tecnologia social de gestão e planejamento públicos, cuja expressão mais desenvolvida é encontrada no Orçamento Participativo de Porto Alegre (RS). A partir desta experiência, Luciano Fedozzi (2000) elabora um conjunto de proposições analíticas, tais como:

- A importância do capital social acumulado. A prática do enfrentamento dos movimentos sociais foi fundamental para a construção de suas identidades valendo-se de uma cultura cívica com base nos direitos, mas foi insuficiente para enfrentar a realidade de co-gestão. Esta requer novas práticas propositivas e de negociação com os demais atores e poderes.
- A importância das tecnologias de gestão como fator decisivo para o sucesso da participação popular e da inversão de prioridades. Faz-se necessário aumentar a capacidade administrativa e operacional do poder público para realizar o processamento técnico-administrativo das demandas sociais e transformá-las em ações governamentais eficazes.
- Dois movimentos dialeticamente relacionados estão na práxis de sua construção: de dentro para fora do Estado e de fora para dentro. Um fator decisivo foi quebrar as barreiras burocráticas e permitir o controle social, assumindo a noção de democratização radical do Estado e da necessidade de publicizá-lo mediante instrumentos de controle social. Esta noção de democracia radical – cujo conceito de cidadania ativa tornou-se central para o projeto estratégico – foi viabilizada por um conjunto de políticas institucionais capazes de efetivar a esfera pública de co-gestão dos recursos públicos.
- A reformulação do princípio do monopólio da representação comunitária nas mãos do governo eleito gerou numerosas tensões: entre a democracia representativa e a nova sistemática de organização do poder local; disputas

regionais/locais das comunidades e a necessidade de o governo planejar e atuar em toda a cidade; conflitos entre aspectos técnicos, inerentes à administração e aspectos políticos de participação.

- A adesão ao projeto de democratização radical do Estado requer um vínculo entre participação e resultados materiais, sob pena de corrosão da base objetiva que sustenta a credibilidade popular no processo de participação social.
- A participação foi capaz de alterar a lógica da espoliação urbana e permitiu a inversão das prioridades governamentais, mas não foi suficiente para alterar a lógica perversa da produção destas carências.

Para concluir, retomo os princípios fundamentais da democracia deliberativa que são: o reconhecimento, a participação e a redistribuição.

A democracia como governo dos cidadãos envolve um processo psicossocial de reconhecimento do outro, em diferentes formas, que incluem as relações primárias de amor e amizade, as relações jurídicas de direitos da cidadania, e a comunidade de valores que possibilitam tanto a estima social hierarquizada, ou *status*, quanto a estima social simétrica, ou solidariedade (Honneth, 2003). As lutas pelo reconhecimento por parte dos setores cujas identidades e demandas são excluídas da agenda pública têm sido o motor da busca de novas formas de construção da institucionalidade democrática, atuando também como fator de promoção da redistribuição. Desse modo, a justiça social não se encontra restrita à redistribuição, ou à luta de classes, incluindo cada vez mais outros aspectos de subordinação, como gênero, raça, etnia, sexualidade, religião, nacionalidade.

O elemento da participação em espaços públicos deliberativos é um requisito para a expansão da cidadania, já que, segundo Vera da Silva Telles (1994: 45) “é impossível fazer dos direitos referências que estruturam identidades cidadãs numa sociedade que destitui, por todos os lados, cada um e todos, de um lugar de reconhecimento”. Portanto, a democratização da esfera pública “depende de espaços públicos de representação e negociação, nos quais os direitos possam se firmar como medida no gerenciamento dos conflitos e como parâmetro no reordenamento da vida econômica e social”.

A experiência recente tem demonstrado que o reconhecimento e a participação, em situações nas quais não ocorre a redistribuição tem sido um elemento capaz de gerar insatisfação e desconfiança em relação às instituições democráticas. Isto nos leva à necessidade permanente de refundação do pacto de poder, não apenas das regras do seu exercício e sua institucionalidade.

A SEGURIDADE SOCIAL INCONCLUSA

BREVE HISTÓRICO DA PROTEÇÃO SOCIAL

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se a partir do início do século passado, e por um período de cerca de 80 anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988. O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de 1930 e 1940, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930. Datam desta época a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Ministério da Educação e Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

As diferenças entre o modelo de seguro social aplicado à Previdência Social e o modelo assistencial são conhecidos (Fleury, 1997). No 'modelo assistencial' as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizam-se com base na associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos. Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que terminam por ser estigmatizantes. Por isso, denomino esta relação como de 'cidadania invertida' na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social (Fleury, 1997).

No 'modelo de seguro social', a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Wanderley Guilherme dos Santos (1979) denominou a relação como de 'cidadania regulada' pela condição de trabalho.

No período da democracia populista (1946-1963) a expansão do sistema de seguro social vai fazer parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha. Fenômeno este que ficou conhecido como ‘massificação de privilégios’ e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário.

A inflexão que vão sofrer os sistemas e mecanismos de proteção social a partir da instauração do regime burocrático-autoritário em 1964 obedeceu a quatro linhas mestras: a centralização e a concentração do poder em mãos da tecnocracia, com a retirada dos trabalhadores do jogo político e da administração das políticas sociais; o aumento de cobertura, incorporando, precariamente, grupos antes excluídos, as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os autônomos; a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais (FGTS, PIS-Pasep, Finsocial, FAS, Salários-Educação); a privatização dos serviços sociais (em especial a educação universitária e secundária e a atenção hospitalar).

Nos meados da década de 1970, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974; em segundo lugar, no interior dos órgãos centrais, responsáveis pelas políticas sociais, buscando aproveitar a crise financeira e do modelo das políticas sociais para introduzir elementos de transformação; em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática.

O resgate da dívida social passa a ser um tema central da agenda da democracia, convergindo para ele movimentos de natureza diversa. Este processo intensifica-se na década de 1980 com o surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária de oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário.

Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em boa medida, a

construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania.

O PADRÃO CONSTITUCIONAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão brasileiro de proteção social, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e a integrar as estruturas governamentais.

A Constituição de 1988 avançou em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no Capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de Seguridade Social, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de ‘direitos sociais universais como parte da condição de cidadania’, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência.

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela ‘universalidade’ na cobertura, o reconhecimento dos ‘direitos sociais’, a afirmação do ‘dever do Estado’, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da ‘relevância pública das ações e serviços’ nestas áreas, uma perspectiva ‘publicista’ de gestão governo-sociedade, um arranjo organizacional ‘descentralizado’.

Este novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da Seguridade Social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos

benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento e gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. Além disso, introduziu a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar.

Enquanto o modelo de seguridade social originalmente proposto por Beveridge¹ previa um benefício único universal, correspondente a um mínimo vital, a ser assegurado pelo sistema público, nossa proposta de seguridade articulou três sistemas previamente existentes, regidos por lógicas diversas: a saúde pela necessidade, a previdência pela condição de trabalho e a assistência pela incapacidade. O entendimento de que a Previdência é um sistema contributivo (art. 201) e que requer uma base de cálculo atuarial para garantir sua sustentabilidade não a separa do modelo solidário e distributivo da Seguridade Social, pois o espírito da Constituição de 1988 é assumir que a contribuição requerida não é, necessariamente, feita sobre o salário do trabalhador.

Assim, os princípios orientadores da Seguridade Social não se aplicam igualmente a todos os setores, sendo a universalidade da cobertura e do atendimento o eixo do novo sistema de saúde, a uniformidade e equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade a base da reforma da previdência social e a seletividade e distributividade o princípio orientador da política de assistência social. No entanto, apesar de haver maior adaptabilidade de princípios às áreas, a sua integração sob o mesmo conceito de seguridade social supunha uma contaminação positiva entre os três componentes.

O padrão constitucional da proteção social inovou, mesmo em relação ao modelo original da seguridade social, na organização dos setores componentes deste modelo, subordinando-os a dois princípios básicos: a participação da sociedade e a descentralização político-administrativa. Ou seja, o novo formato das políticas sociais deveria aprofundar o duplo movimento de democratização, qual seja, a partir do nível central em direção ao nível local e do Estado em direção à sociedade. A ênfase na participação da sociedade é um aspecto muito salientado no texto constitucional, refletindo uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais em toda a década de 1980, bem como às formulações dos grupos reformistas na área da saúde, ao longo dos anos de ditadura.

¹ Trata-se de sir William Beveridge que, em 1942, propõe um plano de reestruturação da Previdência Social na Inglaterra.

A originalidade da Seguridade Social brasileira está dada em seu forte componente de reforma do Estado, ao redesenhar as relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controle sociais, como mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo. A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental.

O modelo constitucional ficou caracterizado pelo desenho dos sistemas de políticas sociais de saúde e de assistência de forma descentralizada e participativa. No caso da Previdência este modelo não se aplicava por completo, dada a resistência à descentralização, embora tenha sido criado também um conselho no qual beneficiários e contribuintes têm assento, em resposta à grande mobilização dos aposentados e dos sindicatos.

Em termos organizacionais, o Ministério da Saúde finalmente absorveu a rede de serviços de atenção à saúde da Previdência (Inamps) e passou a ser o único responsável por todos os serviços de saúde, com exceção do benefício de auxílio-doença. O Ministério da Previdência e Assistência Social² ficou responsável pelas duas áreas, mas foram transferidos para a de Assistência Social todos os benefícios assistenciais da Previdência (renda mensal vitalícia (RMV),³ auxílio-natalidade e auxílio-funeral), além do novo benefício de prestação continuada, e o papel de atribuir o caráter de filantropia às instituições, o que lhes garante isenção das contribuições previdenciárias.

Os constituintes preocuparam-se em reduzir a vulnerabilidade do sistema de seguridade social, cuja base de contribuição sobre a folha de salários havia se demonstrado pró-cíclica, inviabilizando as finanças previdenciárias nos momentos de crise econômica, quando a população mais demandas apresenta.

Além disso, a adoção de um modelo solidário e redistributivo implicou o imediato aumento das despesas, como, por exemplo, ao duplicar o valor dos benefícios rurais com sua equivalência ao salário mínimo urbano. A mesma linha de raciocínio pode ser aplicada à população urbana, já que se fez necessária a adoção de um

² Lei n. 8.689, de 1993.

³ A RMV foi instituída pela Lei n. 6.179/74 e extinta em 1991, pela Lei n. 8.213, que estipulou dezembro de 1995 como limite para a solicitação de benefícios.

perfil de financiamento mais estável num quadro marcado pela precariedade das relações de trabalho.

Para tanto, foram diversificadas as fontes de financiamento, e a Constituição estabeleceu que:

a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais:

I – dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II – dos trabalhadores;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos. (art. 195)

Desta forma, buscou-se integrar contribuições sobre salários realizadas por empregados, empregadores e autônomos; contribuições sobre o lucro líquido das empresas financeiras (CSLL); e contribuições sobre o faturamento das empresas (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins). Tal sistemática de financiamento não foi criada por acaso, pois buscava mecanismos de solidariedade e de estabilização do sistema, buscando romper com a arraigada noção do seguro social, de que existe uma relação inexorável entre contribuição e benefício.

A concretização deste modelo de Seguridade Social se realizaria com a criação do Orçamento da Seguridade Social, modalidade de integração nunca implementada, de todos os recursos oriundos das distintas fontes, a serem distribuídos entre os três componentes: Saúde, Previdência e Assistência. No entanto, a Constituição Federal de 1988 não estabeleceu o modo de operação deste mecanismo, o que permitiu que, quase imediatamente, houvesse uma especialização das fontes de financiamento em relação ao destino, ao arrepio da lei. Como a Previdência era a arrecadadora das contribuições, reservou para si a folha de salários, e foram atribuídos à Saúde os recursos das contribuições sobre o lucro (Finsocial, Fundo de Investimento Social e, depois, CSLL) – questionadas juridicamente como bitributação pelos empresários até 1993 – e à Assistência foram destinados os recursos sobre o faturamento (Cofins).

A arena política onde se travavam as lutas e negociações entre os diferentes atores foi o Congresso Nacional, na forma de Assembléia Nacional Constituinte. Partidos políticos e congressistas foram atores privilegiados, canalizando para seu espaço as pressões dos diferentes grupos de interesse, incluindo a burocracia previdenciária, os movimentos sociais, as centrais sindicais, as representações empresariais, as associações profissionais como a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip) e as que representavam os beneficiários.

O arcabouço legal da Seguridade Social seria completado com a promulgação das leis orgânicas, em cada setor, que finalmente definiriam as condições concretas pelas quais estes princípios constitucionais e diretivas organizacionais iriam se materializar. No entanto, havia mudado a correlação de forças que favorecera a promulgação deste modelo constitucional.

Em toda a América Latina e, em particular, no Brasil, vivia-se, neste momento, uma grave crise econômica que exigia uma série de reformas, algumas profundas. Como diagnóstico da crise, apresentava-se o elevado endividamento público, decorrente da incapacidade estrutural do Estado de gerar a poupança interna necessária ao desenvolvimento sustentável do país. Uma política reformista, que incluiu a privatização do patrimônio do Estado, a reforma administrativa introduzindo práticas gerenciais oriundas dos negócios privados e a retirada do Estado da provisão de serviços foi fortemente indicada pelas agências internacionais como a solução capaz de devolver ao país os níveis de crescimento social e econômico alcançados no passado. É na esteira do discurso reformista, de cunho marcadamente neoliberal, ditado pela orientação ortodoxa na economia dos últimos anos, que se desenvolveram os debates acerca da necessidade de reorganização do modelo de seguridade.

A regulamentação dos novos dispositivos constitucionais relativos à seguridade social foi bastante conflituosa. As leis orgânicas da área foram promulgadas após um processo intenso de conflitos e barganhas, e em um contexto político em que o Executivo era abertamente hostil ao seu conteúdo reformista original.

Todas as leis orgânicas⁴ – da Saúde, Previdência e Assistência – tiveram que ser negociadas nesta nova conjuntura desfavorável, e sua maior ou menor correspondência com os preceitos constitucionais foi fruto da capacidade política de resistência às tendências de privatização, recentralização, capitalização e focalização que ameaçaram a implantação da seguridade social. A maior fragilidade se fez

⁴ Na área da Saúde foram finalmente promulgadas as Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990, que regulam as ações, a organização e o funcionamento dos serviços e dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a alocação dos recursos financeiros e sobre a estrutura dos conselhos e das conferências de saúde. Na área da Previdência, as inovações constitucionais foram regulamentadas pela Lei n. 8.212/91, intitulada Lei Orgânica da Seguridade Social, mas que apenas estabelece o Plano de Custeio da Previdência Social, e pela Lei n. 8.213/91, que estabelece o Plano de Benefícios da Previdência Social. A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) demorou cinco anos para ser promulgada (Lei n. 8.742/93), instituindo o Conselho Nacional de Assistência Social, responsável pela política nacional e pela gestão do Fundo Nacional de Assistência Social.

sentir na área de assistência social, devido à baixa capacidade de reivindicação dos usuários destes benefícios, apesar do forte movimento dos profissionais da área, resultando na aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), apenas em 1993. Os critérios para obtenção do benefício de prestação continuada (BPC/Loas, no valor de um salário mínimo) foram definidos de forma tão restritiva que o benefício se tornou excessivamente focalizado, com atendimento exclusivo às populações de ‘alto risco social’.⁵

Para seus críticos, a introdução da Seguridade Social como preceito constitucional inviabiliza a Previdência Social do ponto de vista financeiro, pois foram aumentados os valores dos benefícios e flexibilizadas as condições de acesso aos mesmos, não houve vinculação de benefícios com contribuições e não houve separação entre as contas da Previdência e Assistência (Velloso, 1999).

Para alguns dos defensores do conceito de Seguridade Social, esta já não tem mais existência formal nem administrativa, desde que a legislação ordinária separou as três áreas componentes, nem financeira, já que houve uma progressiva especialização das fontes, que se acentuará no período seguinte (Vianna, 2003).

Ao nosso ver, a seguridade social, como princípio reitor da proteção social, consagrado na Constituição Federal de 1988, não foi concluída organizacional, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e à cobertura. No entanto, segue como norteador dos movimentos e lutas sociais atravessando a burocracia pública, na defesa dos direitos sociais universais, tendo demonstrado sua capacidade de resistência às conjunturas mais adversas.

A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA ADMINISTRATIVA DO SUS

O movimento que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira colocou para si como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público.

As diretrizes que orientaram este processo foram:

- um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;

⁵ Em relação à renda (renda mensal familiar *per capita* abaixo de um quarto do salário mínimo), ou idade (acima de 67 anos), ou incapacidade para a vida independente e para o trabalho (incapaz de escovar os dentes, além de não se aplicar a pessoa em cuja família exista algum beneficiário de outro programa da Previdência Social ou do seguro-desemprego).

- um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença;
- um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

No entanto, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS.

Foram retomadas as orientações liberais que propugnaram forte redução da presença do Estado, seja na economia, seja nas políticas sociais. Para tanto, utilizaram-se instrumentos como a privatização das empresas estatais e mesmo de serviços sociais, a redução da pauta e/ou valor dos benefícios sociais juntamente no aumento das dificuldades para alcançá-los, a introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais, a redução do papel de provedor do Estado com a transferência desta competência a organizações civis lucrativas ou não.

Ainda com relação ao aparato estatal houve uma desmontagem das carreiras profissionais e dos núcleos produtores de conhecimento e estratégias ligados ao projeto de desenvolvimento nacional, vistos como comprometidos com a lógica, seja populista, seja intervencionista, do modelo econômico anterior, visto como responsável pela crise fiscal do Estado.

O predomínio da lógica de acumulação do capital financeiro teve como consequência para as economias endividadas dos países menos desenvolvidos sua inserção como exportadores líquidos de capital por meio do pagamento dos juros sobre a dívida pública. A política pública passa a ter como objetivo central a estabilização monetária, mesmo quando isto implicou o abandono do crescimento econômico como consequência de uma política de juros que promoveu uma absurda transferência de recursos da área produtiva para o Estado, por meio do aumento da carga tributária, e do Estado para o capital financeiro, por meio do pagamento dos juros sobre a dívida e títulos públicos.

Cultural e socialmente, houve uma transformação que acentuou valores como o individualismo e o consumismo, com as elites e setores das altas camadas

médias orientadas cada vez mais para um padrão norte-americano de sociedade de consumo, em detrimento de valores como a solidariedade, a igualdade e a participação cívica. O divórcio entre uma classe média alienada da realidade nacional e a população marginalizada da globalização reflete-se na saúde na existência de um sistema de seguros privados e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações.

O esgarçamento de um tecido social que começara a aflorar em décadas anteriores, com a forte presença dos movimentos sociais e a negação das expectativas solidificadas com a transição à democracia, vai ter como conseqüências a ausência de mecanismos de integração social, seja por meio de um mercado de trabalho cada vez mais informal, seja por meio de políticas de proteção social que não alcançam combater a exclusão e a desigualdade, que marginalizam setores populacionais em situação de periculosidade e vulnerabilidades crescentes nas grandes cidades. O aumento e a banalização da violência passam a ser o cotidiano dos centros urbanos, revelando, paradoxalmente, a incapacidade da democracia eleitoral de gerar mecanismos de coesão social.

Na área de políticas sociais há uma substituição do modelo corporativo, de acesso limitado e fragmentado por setores ocupacionais, por um novo modelo que se baseia na individualização do risco. Para aqueles que podem pagar por seus riscos sociais há uma explosão de oferta de seguros sociais em áreas como a saúde e as aposentadorias. Esta expansão do mercado ocorre seja com a anuência e promoção do Estado por meio de subsídios e renúncias fiscais, seja pela ausência de uma regulamentação efetiva que possa conter os abusos e desrespeitos aos direitos dos consumidores. Só depois de fortalecido este mercado, seria promovida sua regulamentação, ainda recente e precária, permitindo que os portadores de seguros sejam também usuários do SUS, que termina funcionando como um tipo de resseguro para alguns tratamentos.

Para a população mais pobre, o princípio da individualização dos riscos vai se concretizar em programas de proteção focalizados, cujos benefícios em serviços ou transferências de renda implicam requerimentos de provas de necessidade e cumprimento de certas condicionalidades impostas aos beneficiários. Desta forma, a política social passa a funcionar como mecanismos simultâneos de promoção e controle social, desvinculadas da condição de exercício de um direito social.

Há um retrocesso importante na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público – a saúde passa a ser vista como um bem de consumo, e, mais do que isto, como um modelo de consumo caracterizado pela ausência da dor

e do sofrimento, a busca inesgotável do prazer e da construção no próprio corpo de um padrão estético de beleza a ser atingido por meio de sucessivas intervenções (das tatuagens às cirurgias plásticas, passando pelas vitaminas e anabolizantes).

De novo, trata-se de um modelo social que prescinde de laços sociais, em que o outro se torna objeto e não um sujeito que deve ser mais que tolerado, reconhecido como igual (ainda que diverso) em um processo de comunicação na esfera pública.

Este contexto no qual o movimento da Reforma Sanitária constrói sua institucionalidade é, pois, altamente desfavorável e cheio de dilemas e contradições a serem enfrentados.

A construção e materialização do projeto da reforma se dá por meio de três processos que, embora simultâneos, têm compassos distintos, e tais descompassos geram novas tensões e algumas complementaridades. São eles os processos de ‘subjetivação’, de ‘constitucionalização’ e de ‘institucionalização’.

A subjetivação diz respeito à construção de sujeitos políticos, a constitucionalização trata da garantia de direitos sociais, e a institucionalização trata do aparato institucional – incluindo os saberes e práticas – que implementam a política de saúde.

Alain Touraine (1988) designa

por sujeito a construção do indivíduo (ou grupo) como ator, através da associação de sua liberdade afirmada com sua experiência de vida assumida e reinterpretada. O sujeito é o esforço de transformação de uma situação vivida em ação livre; introduz a liberdade no que aparece, em primeiro lugar, como determinantes sociais e herança cultural. (Touraine, 1988: 23)

Ainda afirma que:

Um indivíduo é um sujeito se, em suas condutas, consegue associar o desejo de *liberdade* com a filiação a uma cultura e o apelo à *razão*; portanto, um princípio de individualidade, um princípio de particularismo e um princípio universalista. (Touraine, 1996: 28)

Desse modo, a primeira etapa de luta pela democracia foi também aquela em que predominou a construção de sujeitos políticos capazes de formular e conduzir o processo da Reforma Sanitária. Se nesta fase os atores políticos assumem um caráter de movimento social – o movimento sanitário em suas várias expressões – à medida que a institucionalização e a constitucionalização ocorrem, novos sujeitos emergem na cena política e passam mesmo a ter nela o predomínio.

Em outras palavras, o êxito da reforma como fruto das lutas deste ator político, o movimento sanitário, vai gerar, contraditoriamente a superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado, em direção a atores políticos que são parte da institucionalidade estatal, tais como os secretários municipais e estaduais de saúde, os promotores públicos, a burocracia reformadora.

Se a hipertrofia da subjetivação pode representar uma tendência seja, à individualização anômica, seja ao 'basismo', a hipertrofia da constitucionalização tem como conseqüência a judicialização da política e a hipertrofia da institucionalização implica a burocratização dos processos sociais.

Na fase intermediária da reforma houve uma crescente normalização do processo de descentralização, com um emaranhado de normas operacionais e mecanismos de repasses de recursos financeiros que terminaram por assegurar à burocracia central a preservação de poder, mesmo que isto tenha levado ao arrefecimento da política.

No entanto, o fortalecimento de atores políticos institucionais como os secretários de saúde, gerou tensões crescentes no exercício do poder compartilhado, acarretando conflitos que foram trabalhados a partir das esferas de pactuação que haviam sido institucionalizadas, tendo gerado, no momento atual, o Pacto da Saúde, que inclui os importantes Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (Ministério da Saúde, 2006).

No entanto, a desigual distribuição de recursos e poder entre os atores tende a favorecer sempre aos grupos de gestores e aos grupos corporativos, impedindo que os ideais da reforma se concretizem e garantam a centralidade do usuário cidadão.

Este é o maior desafio da fase atual da reforma, que envolve não apenas a garantia do acesso dos usuários, mas a reorientação das lógicas burocrática e profissional, que atualmente organizam o sistema, em direção a outra lógica que, por ter o usuário como central ao sistema de saúde, garante seus direitos desde a humanização do acolhimento até a eficácia e resolutibilidade do cuidado.

Por fim, caracteriza também a fase atual de implantação do SUS a presença marcante dos atores jurídicos e até mesmo o desenvolvimento de um ramo do Direito que ficou conhecido como Direito Sanitário. Esta é uma conseqüência da constitucionalização do direito à saúde. No entanto, como a Justiça tende a entender o direito à saúde como um direito individual e não como direito coletivo, ela age em função daqueles pacientes que, por possuírem maior informação e maiores recursos, são capazes de acioná-la quando têm seus direitos negados. Ao atender a estas demandas individuais a Justiça impede o planejamento das ações de saúde e

muitas vezes canaliza os escassos recursos para procedimentos individuais em detrimento de ações coletivas.

Sendo assim, é preciso retomar a perspectiva de difusão da consciência sanitária, como consciência política do direito à saúde, já que está provado que não se cria a igualdade por decreto, mas somente por meio da lei.

Com relação à institucionalidade, o SUS operou uma reforma democrática do Estado que, mesmo tendo enfrentado todas as pressões dos governos que adotaram um modelo de reforma distinto e que pressupunha o esvaziamento da função estatal de provedor, conseguiu não apenas se manter, como servir de modelo para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como a assistência social e a segurança pública).

O modelo de reforma do Estado embutido na institucionalização do SUS foi sustentável tanto por ter conseguido manter uma coalizão reformadora orgânica e atuante, como por fazer o processo avançar com base na legislação existente, ou seja, no que ficou conhecido como “o desafio de fazer cumprir a lei”. Neste sentido, subjetivação, institucionalização e constitucionalização funcionaram de maneira sinérgica e complementar.

O SUS pode ser visto como um modelo de republicanismo cívico por sua capacidade, juntamente a outros esforços, de permitir o revigoramento das instituições republicanas, seja no fortalecimento do Legislativo com a atuação cada vez mais qualificada da Comissão da Seguridade Social e da Família e com ação suprapartidária da Frente Parlamentar da Saúde; seja na Justiça, ao desenvolver o Direito Sanitário e a ação e organização dos procuradores públicos que atuam na saúde (por intermédio da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – Ampasa), seja no Executivo, ao introduzir um modelo de co-gestão e de redes de políticas.

O SUS reorganizou o Executivo lançando mão dos seguintes instrumentos e processos:

- Mecanismos de participação e controle social representados pelos Conselhos de Saúde, existentes em cada uma das esferas governamentais, com representação paritária de 50% de membros do Estado e 50% de membros da sociedade civil. Os Conselhos, além de instrumentos de controle social, externos ao aparelho do Estado, devem ser entendidos como “componentes do aparelho estatal, quando funcionam como engrenagens institucionais com vigência e efeitos sobre os sistemas de filtros, capazes de operar alterações nos padrões de seletividade das demandas” (Carvalho, 1999).

- Mecanismos de formação da vontade política, as Conferências de Saúde, realizadas periodicamente em todos os níveis do sistema. Colocam em uma interação comunicativa e deliberativa, todos os atores sociais em interação em uma esfera pública e comunicacional. Além de mecanismos de aprendizagem e reconhecimento social, esta instância fortalece a sociedade organizada que participa do processo de construção dos lineamentos políticos mais amplos do sistema, embora sem caráter vinculativo.
- Mecanismo de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde. A suposição de interesses distintos e de câmaras institucionais de negociação destas diferenças e de geração de pactos de gestão é um das grandes inovações deste modelo federativo inovador que assume a diferenciação como realidade e a igualdade como princípio político e meta-institucional.

Trata-se de um federalismo diferenciado pelas desigualdades sociais e regionais existentes na sociedade brasileira, mas que iguala ao criar mecanismos de descentralização, pactuação e participação geradores de novas capacidades e poderes locais.

A revisão periódica do SUS de forma a enfrentar as diferenças internas e as ameaças constantes representadas pela ausência de recursos financeiros necessários e pela crescente presença do mercado de seguros, tem sido um desafio constante. Ainda que se possa dizer que com isto se alcançou o objetivo de construir um valor público, de tal forma que a política de saúde seja hoje mais uma questão de Estado do que de governo, o certo é que ainda é um desafio para a democratização da saúde a incapacidade de transformar as práticas cotidianas que desqualificam o usuário e o destituem dos direitos humanos ao acolhimento digno e à atenção eficaz.

A incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade de melhorar a gestão do sistema de forma que gere melhorias correspondentes na gestão das unidades, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais, são desafios presentes no momento atual da Reforma Sanitária.

No entanto, a ênfase atual nos aspectos legais e institucionais termina por deixar de lado a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção

dos sujeitos políticos da reforma. A formação de identidades, a difusão da consciência sanitária, a organização em coalizões sociais em defesa de uma reforma radical são a única maneira de superar os entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde. A subversão continua sendo poder pensar que a democratização da saúde é uma utopia que temos, hoje mais do que nunca, condições de construir e assim transformar o Estado e a sociedade brasileira.

SEGURIDADE SOCIAL NO CONTEXTO LIBERAL

A implantação da Seguridade Social, assim como descrito no caso do SUS, se deu em um contexto altamente desfavorável, em que o predomínio do pensamento liberal colocou inúmeros obstáculos à efetivação dos preceitos constitucionais. A correlação de forças sociais que havia sido responsável pela aprovação da seguridade na Constituição deu lugar a um novo pacto de poder, para o qual o Estado passa a ser visto como um obstáculo ao desenvolvimento capitalista, devendo transferir parte de suas atribuições econômicas e sociais às empresas e organizações comunitárias.

Isto inclui a substituição de modelos corporativos ou universais de proteção social por modelos de seguro privado, que, diferentemente do antigo Seguro Social, não têm caráter coletivo e, portanto, não permitem a redistribuição e a solidariedade. Por outro lado, o Estado deveria focalizar suas ações nos pobres e indigentes, mobilizando recursos voluntários de indivíduos, organizações e empresas em ações assistenciais, em programas de ativação da cidadania, ou seja, o Estado deveria estabelecer as condições de pobreza e de promoção para o recebimento dos benefícios.

Trata-se de um modelo de individualização dos riscos, sejam eles os dos que podem obter a cobertura do mercado ou os pobres, cuja condição passa a ser pensada com base em riscos individuais. A política social abdica, assim, de qualquer projeto de construção da coesão social por meio de mecanismos inclusivos e distributivos.

No Brasil, o boicote à concretização da Seguridade Social se deu em vários níveis:

- Pela especialização das fontes de financiamento, o que impediu a real efetivação do orçamento da Seguridade Social, a qual restou apenas como figura contábil, a princípio de maneira informal e ilegal; depois, com a aprovação da Emenda Constitucional EC-20 ficou legalizada a separação das contribuições de empregados e empregadores exclusivamente para a área da Previdência.

- Pelas dificuldades na aprovação da legislação ordinária, como as Leis Orgânicas da Saúde e, posteriormente, da Assistência Social (Loas).
- Pela ausência de recursos financeiros regulares destinados às políticas de Seguridade e, mesmo, pela apropriação dos recursos destinados a estas áreas pela Constituição ou por legislação ordinária. Por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU) o governo central pode retirar a cada ano 20% dos recursos que a Constituição destinou para estas áreas, a título de flexibilização, para honrar compromissos como o pagamento dos juros da dívida. A aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) com o intuito de resolver a insolvência do setor Saúde não impediu que tais recursos fossem redirecionados para outras finalidades. Por fim, todos os governos recentes usaram o mecanismo de contingenciamento dos recursos aprovados no orçamento, deixando de repassá-los às áreas sociais com o objetivo de aumentar o superávit primário, também para atender aos critérios definidos por investidores, instituições financeiras, agências internacionais, e pela burocracia econômica.
- Pela utilização dos recursos destinados à área da saúde, a partir da aprovação da EC-29, do ano 2000, para outras finalidades de políticas sociais, já que até hoje esta emenda constitucional não foi regulamentada, o que permite que o governo coloque no orçamento da saúde várias de suas prioridades sociais.
- Pela definição de critérios tão restritivos para o acesso aos benefícios assistenciais – Benefício de Prestação Continuada (BPC) – os quais impedem que a maioria dos necessitados obtenham o benefício. A idade para requerer este benefício é de no mínimo 65 – antes era de 70 anos, depois de 67, e em 2003 foi reduzida para 65 – e a renda *per capita* não pode ultrapassar um quarto do salário mínimo, quando todos os demais programas de transferência de rendas do governo exigem renda de meio salário mínimo. A definição de incapacidade para trabalhar, no caso dos deficientes, também é extremamente restritiva.
- Pelas constantes ameaças de retirada dos benefícios de aposentadorias e pensões dos trabalhadores rurais do âmbito da Previdência, atribuindo à sua condição deficitária os problemas financeiros existentes. Somente em 2007 o governo alterou a contabilidade da Seguridade Social, tornando-a mais transparente, ao reconhecer que não existe déficit e sim um conjunto de subsídios, na forma de renúncia fiscal, concedidos a vários setores, como exportadores, empregados domésticos, clubes e entidades filantrópicas, que

devem ser custeados com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e não do Orçamento da Seguridade Social.

- Pelas constantes ameaças de desvinculação dos benefícios previdenciários do salário mínimo, conforme estabelecido pela Constituição, sob alegação de que gera déficit previdenciário, um fardo insuportável para os governos municipais e que o salário mínimo vem subindo acima da inflação (o crescimento real do salário mínimo foi de 94% entre 1995 e 2006, tendo um crescimento real de quase 10% só em 2005). Considerando-se que o piso previdenciário de um salário mínimo representa um total de 67% dos benefícios pagos pela Previdência e que os benefícios BPC+RMV (Renda Mensal Vitalícia) foram concedidos em 2005 a 2.775.740 beneficiários, podemos imaginar o impacto negativo desta proposta. Segundo o Boletim de Política Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2005, para cada dez idosos, quase oito estariam recebendo benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sejam eles previdenciários ou assistenciais.
- Pela criação de uma dupla institucionalidade na área assistencial, tendo por um lado os programas e o sistema descentralizado proposto na Loas – responsável pelos BPC – e, por outro lado, os programas focalizados de transferência de renda para combate à pobreza por meio de concessão de bolsas (bolsa-escola e outras dessas agrupadas no Bolsa Família). Além da irracionalidade, superposição e desperdício em área com tão poucos recursos e tantas necessidades – que chegou a ter dois Ministérios – essa dicotomia evidencia duas lógicas distintas de enfrentamento do problema da pobreza, uma delas com origem na visão universalista da Constituição, Loas, e outra, fruto da orientação que privilegia a focalização (como o Programa Comunidade Solidária e Fome Zero). Somente em 2004 houve a unificação destes programas no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A partir de então, tem início um processo consistente de fortalecimento institucional da área assistencial, com a criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas), que segue um modelo de articulação com os municípios e participação da sociedade, buscando inserir concretamente a assistência como direito de cidadania.

Para além das diferenças de estratégias, os beneficiários dos programas assistenciais do BPC e do Bolsa Família são diferenciados em relação à sua condição de

cidadania. Enquanto os beneficiários do BPC usufruem um direito decorrente da sua condição de necessidade e de cidadania, os beneficiários dos programas focalizados recebem os benefícios como prioridades de programas de governos, por conseguinte, estão muito mais vulneráveis às mudanças políticas.

Como vimos, com todas as dificuldades, houve avanços e limitações na construção da Seguridade Social, ainda inconclusa em termos da sua institucionalidade e abrangência.

O aumento da cobertura dos programas previdenciários e assistenciais de transferência de renda tem tido um impacto significativo sobre a redução da pobreza e das desigualdades. O Brasil tem hoje 55,9 milhões de pessoas situadas abaixo da linha de pobreza. No entanto, sem os benefícios previdenciários e assistenciais, pagos a 21 milhões de pessoas, o total de pobres, segundo dados do Ministério da Previdência Social, subiria para 76,9 milhões de pessoas. Em relação aos programas de transferência de renda, estudos do Ipea (2007) concluem que o BPC tem maior impacto na redução da pobreza do que o benefício do Programa Bolsa Família, que atinge 11,1 milhões de famílias.

No entanto, ainda temos hoje 32,1 milhões de trabalhadores sem proteção da Previdência Social, sendo 28,8 milhões na faixa etária de 16 a 59 anos, ou seja, na fase produtiva da vida. Isto indica que a exclusão previdenciária está associada à inserção do trabalhador no mercado informal de trabalho. Já quando se considera a população de mais de 60 anos, 82% das pessoas estão protegidas, restando 3,3 milhões de idosos desprotegidos. Isto nos coloca em uma posição excepcional em relação à cobertura de idosos, já que a média regional é de 30% a 40% de cobertura, sendo que na Argentina e Chile ela fica em torno de 60%. Esta é a razão de o Brasil ser hoje um país em que não encontramos idosos mendigando nas ruas, ao contrário, eles têm-se tornado provedores de suas famílias e são mais respeitados na sociedade.

A desigualdade, medida pelo índice de Gini, também foi reduzida, tendo variado entre 0,583 em 1992, atingido 0,602 em 1996, e reduzindo-se pouco a pouco para 0,572 em 2004, voltando a subir levemente para 0,568 em 2005.

Na atenção à saúde o SUS mostra números expressivos de cobertura, sendo realizados a cada ano 12 milhões de internações, 1,709 milhão de consultas médicas, dois milhões de partos, 15 mil transplantes de órgãos. Além disso, são reconhecidos os esforços governamentais no desenvolvimento de programas de imunizações, de DST/Aids, controle do tabagismo, reforma psiquiátrica, saúde da família.

No entanto, embora o gasto público em saúde venha aumentando desde a aprovação de um mecanismo regular de financiamento em 2000, situando-se em

torno de 3,6% do PIB, grande parte deste volume de recursos vem sendo aportada pelos governos municipais e estaduais, cuja participação vem crescendo no conjunto do financiamento da saúde.

O perfil de morbi-mortalidade mostra que o país apresenta resultados muito aquém da sua capacidade, quando comparado com outros países com crescimento econômico similar ou mais baixo, revelando a convivência de problemas decorrentes da falta de acesso ou baixa qualidade da atenção, como em relação às elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, problemas típicos de sociedades mais desenvolvidas – como a crescente elevação da taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis – junto à elevada taxa de mortalidade por acidentes e violência. Além disso, persistem enormes diferenças por regiões, por renda, por raça e gênero. Tais diferenças, embora venham sendo reduzidas, se expressam não apenas nos indicadores de saúde, mas também nos demais indicadores sociais, como educação e cobertura previdenciária.

PARA UMA SEGURIDADE SOCIAL INCLUSIVA E DIFERENCIADA

Para concretizar o processo de democratização e universalização da proteção social no Brasil serão necessários dois movimentos simultâneos: o primeiro em direção à universalização da proteção social e o segundo em relação à sua diferenciação.

Aparentemente, este seria um movimento paradoxal, já que a universalização pressupõe a igualdade e a diferenciação a singularidade. No entanto, vemos que a dicotomia entre políticas e sistemas sociais universais ou focalizados, que atravessou a década de 1990, já foi superada pela complexidade da realidade social. As experiências de privatização dos sistemas de proteção social demonstraram o aumento da segmentação social onde foram implantados.

Em uma sociedade como a brasileira, com um dos maiores índices de desigualdade, as políticas sociais têm necessariamente que tomar um caráter universalista e constituir-se em instrumento de redistribuição e busca da equidade. No entanto, exatamente por ser um país que preserva, secularmente, desigualdades marcantes, mesmo no interior das políticas e sistemas universais, é preciso combinar o princípio de igualdade embutido no conceito de cidadania e nos sistemas universais com um princípio de justiça que permita a construção de uma cidadania diferenciada, isto é, uma igualdade complexa, que tenha em conta as singularidades e as profundas diferenças existentes.

Para tanto, nossa agenda deve buscar aprofundar a concretização de uma Seguridade Social inclusiva e diferenciada. Isto requer:

- Cobrar dos governos os compromissos assumidos por eles nas Conferências das Nações Unidas, em especial em relação às Metas de Desenvolvimento do Milênio, o cumprimento do artigo 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que afirma: “Todos os membros de uma sociedade têm direito à seguridade social”, e a obediência à Constituição Federal de 1988, no seu capítulo dedicado à Ordem Social.
- Exigir que a Seguridade Social se torne uma realidade concreta em seus princípios, instrumentos e mecanismos. Para tanto, é necessário criar canais de discussão e participação, convocando uma Conferência Nacional de Seguridade Social, para a recriação do Conselho Nacional da Seguridade Social, que transforme o Orçamento da Seguridade Social em instrumento do planejamento integrado.
- Estabelecer, de forma indelével, o princípio da desvinculação entre benefício e contribuição, assegurado na Constituição e reafirmado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), quando do julgamento da cobrança de contribuições dos servidores aposentados, justificada em termos de uma ação solidária visando ao bem comum.
- Buscar fontes alternativas de financiamento entre os setores que mais têm se beneficiado do modelo econômico atual, em especial o setor financeiro, para viabilizar a inclusão previdenciária. Eliminar subsídios concedidos a setores econômicos altamente lucrativos, como o exportador, por meio de renúncias das contribuições previdenciárias.
- Exigir que a Reforma Previdenciária deixe de ser uma reforma orientada unicamente por uma perspectiva de equilíbrio financeiro – como foram as reformas anteriores do regime geral (RGPS, EC-20/98) e do regime próprio dos servidores (EC-41/03), mais tarde revista pela EC-47/2005. Estas reformas tiveram o intuito de unificar as regras de contribuição, estabelecer tetos para pensões e aposentadorias, aumentar o limite de idade para aposentadoria, abrir campo para a previdência complementar. Uma nova reforma está em discussão e não se pode aceitar que, mais uma vez, se deixe de propor medidas para a inclusão previdenciária.
- A reforma necessária deve acabar com todos os privilégios mantidos a título de direitos adquiridos, mas preservar aqueles direitos que se constituem em efetivas medidas de redistribuição de renda. Não se pode aceitar o mesmo tratamento, como direitos adquiridos, para benefícios baseados em salários milionários e benefícios com paridade com o salário mínimo.

Portanto, é imprescindível a manutenção do piso de benefícios vinculado ao salário mínimo, que tem se mostrado poderoso instrumento de redistribuição de renda.

- Gerar condições efetivas de inclusão dos trabalhadores informais, seja pela redução de sua contribuição, que deve ser subsidiada, seja pela criação de formas mais adequadas de contribuição, como a familiar, quando o trabalho autônomo se desenvolver em unidades familiares produtivas.
- A seletividade da política social deve estar atenta às diferenças de gênero em relação ao mercado e ao trabalho. Antes de pensar em eliminar diferenças nos benefícios, relativas à idade e à concessão de pensões, é necessário discutir uma política previdenciária que tenha a problemática de gênero como central. Mulheres não apenas se aposentam mais cedo como trabalham e contribuem para a sociedade de forma diferenciada. Estudos mais recentes mostram que a mulher trabalha muito mais que o homem, em casa e no mercado, sendo, em regra geral, pior remunerada. Esta não é uma diferença que possa ser desconsiderada na reforma previdenciária. É preciso tê-la em conta para não alegar uma suposta igualdade política de condições sociais tão desiguais. Senão, a igualdade proposta se transforma na entronização das desigualdades existentes.
- Incluir o cuidado como benefício previdenciário, já que alguém tem que cuidar dos idosos, das crianças, dos enfermos, da família. Se não houver alguém que cuide, a pessoa que necessita cuidado terminará em uma instituição pública onde o cuidado é mais caro, menos personalizado e eficiente. Várias sociedades já incluem o cuidado como um benefício previdenciário.
- Exigir que as políticas públicas relacionadas ao trabalho e à previdência contemplem, em seus espaços de negociação, representantes do mercado informal de trabalho. Atualmente, temos, na realidade, um Ministério do Trabalho formal e uma Previdência Social dos Trabalhadores do mercado formal.
- Com relação aos benefícios assistenciais, equiparar as exigências de transferência de renda do BPC às das demais políticas, ou seja, meio salário mínimo, e rever as condicionalidades e critérios de avaliação de deficiências.
- Fortalecer o SUS por meio de exigência de uma porta única de entrada no sistema, impedindo assim que os beneficiários de planos e seguros acessem apenas os serviços mais caros e que não estão cobertos em seus planos, e o ressarcimento das prestações públicas a beneficiários de serviços e planos privados.

- Eliminar a drenagem de recursos públicos da saúde para o setor privado por meio de renúncia fiscal no imposto de renda, não-ressarcimento de serviços prestados a beneficiários de planos e seguros, cobrança de serviços e remédios no SUS, dupla jornada de trabalho de profissionais, e outras formas de promiscuidade entre o público e o privado.
- Fortalecer as carreiras e o investimento no setor público, ao mesmo tempo que aumentar a capacidade de controle social sobre o uso de recursos públicos, para eliminar a corrupção que os desvia das áreas sociais.
- Manter fontes regulares de financiamento, regulamentando a EC-29, reduzindo progressivamente a DRU, para eliminá-la em um prazo de quatro anos, além de tornar o Orçamento da Seguridade Social mais transparente e acessível ao controle social.
- Por fim, é preciso retomar a discussão teórica sobre a Reforma do Estado, avançando nas estratégias de transformação das relações de poder assim como nas formas de gestão mais democráticas e dialógicas de tomada de decisões, como a gestão de redes de políticas. No entanto, urge concretizar os avanços de poder em termos de um aumento da qualidade, responsabilidade e efetividade da prestação de serviços públicos universais, sem o que os direitos não podem ser exercitados e a cidadania se torna um conceito vazio, em vez de ser o centro e motor da democratização da política.

REFERÊNCIAS

- ABU-EL-HAJ, J. O debate em torno do capital social: uma revisão crítica. *BIB – Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais*, 47: 65-79, 1999.
- AROUCA, A. S. S. Salud en la transición. In: SEMINARIO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 2, 1982, Managua. *Anais...* Managua, 1982.
- CARDOSO, F. H. Os regimes autoritários na América Latina. In: COLLIER, D. (Org.) *O Novo Autoritarismo na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.
- COHEN, J. Democracy and liberty. In: ELSTER, Jon (Ed.) *Deliberative Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago: Cepal, 2006.

- DRAIBE, S. *Rumos e Metamorfoses: Estado e industrialização no Brasil, 1930-1960*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- EVANS, P. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. *World Development*, 24(6): 1.119-1.132, 1996.
- FEDOZZI, L. *O Poder da Aldeia*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.
- FLEURY, S. El desafío de la gestión de las redes de política. *Instituciones y Desarrollo*, 12-13: 221-247, 2002.
- GENRO, T. Combinar democracia direta e democracia representativa. In: PALOCCI, A. *et al. Desafios do Governo Local: o modo petista de governar*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1997. (Coleção Pensamento Petista)
- GRAMSCI, A. *La Política y el Estado Moderno*. Barcelona: Ediciones Península, 1973.
- GRUPPI, L. *Tudo Começou com Maquiavel*. Porto Alegre: L&PM, 1980.
- HONNETH, A. *Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo. Editora 34, 2003.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, n. 13, ed. esp., 2007.
- MATUS, C. *Estrategia y Plan*. 2. ed. México: Siglo XXI, 1978.
- MATUS, C. *Planificación, Libertad y Conflicto*. Caracas: Iveplan, 1981.
- O'DONNELL, G. Sobre el corporativismo y la cuestión del Estado. In: LANZARO, J. (Org.) *El Fin del Siglo del Corporalismo*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad, 1998. (Publicado originalmente em português nos *Cadernos do DCP*, UFMG.)
- OFFE, K. *Problemas Estructurais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- OLIVEIRA, J. & FLEURY, S. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- OXHORN, P. When democracy isn't all that democratic: social exclusion and the limits of the public sphere in Latin America. In: AMERICAN POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION CONFERENCE, 1999, Georgia. *Anais...* Geórgia, 1999.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *A Democracia na América Latina: rumo a uma democracia de cidadãs e cidadãos*. São Paulo: LM&X, 2004.
- POULANTZAS, N. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

- REIS, F. W. Estado liberal, projeto nacional, questão social. *Planejamento e Políticas Públicas*, 9: 145-168, 1993.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- VELLOSO, J. P. R. (Coord.) *A Crise Mundial e a Nova Agenda de Crescimento*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.
- VIANNA, M. Reforma da Previdência: missão ou oportunidade perdida? In: MORTHY, L. (Org.) *Reforma da Previdência em Questão*. Brasília: Editora UnB, 2003.
- TELLES, V. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLAS-BOAS, R. (Org.) *Participação Popular nos Governos Locais*. São Paulo: Polis, 1994.
- TESTA, M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1985.
- TESTA, M. *Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, y Programación*. Buenos Aires: Organizacion Panamericana de la Salud, 1986.
- TOBAR, F. & PARDO, C. F. *Organizaciones Solidarias: gestión e innovación en el tercer sector*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
- TOURAINÉ, A. *Return of the Actor: social theory in postindustrial society*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1988.
- TOURAINÉ, A. *O que é Democracia*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- WEBER, M. *Economia e Sociedade*. Brasília: Editora UnB, 1991. v. 1.