

As diferentes trajetórias internas na consolidação da seguridade social pós-88.

Natália Guimarães Duarte Sátyro¹

nsatyro@gmail.com

nataliasatyro@ufmg.br

Resumo:

Este artigo avalia a construção da Seguridade Social (SS) no Brasil pós-Constituição de 1988 a partir de uma comparação das políticas de Assistência Social, de Previdência Social e de Saúde. O presente artigo analisa os determinantes institucionais e a estrutura do jogo político que ladearam os diferentes caminhos percorridos pelas três políticas dentro do processo de construção da SS. Trata-se de um campo com três políticas com vocações distintas, com histórias diferenciadas, que possuem atores com interesses e com graus de organização diversos e que carregam consigo diferentes legados que, por sua vez, tiveram impactos distintos no momento de implementação das diretrizes constitucionais. Mais do que isso, a análise mostra políticas com graus de maturidade distintos: falamos de emergência na Assistência Social, expansão na Saúde e retração na Previdência Social e que isso impactou na trajetória da SS. A análise mostra a ruptura com o modelo securitário e centralizador bem como os desdobramentos. Observam-se os diferentes constrangimentos e incentivos nas diferentes arenas e suas lógicas de ação, seus diferentes estágios de desenvolvimento e sua relação entre custos e benefícios. O artigo mostra que a SS não se configurou como uma arena política específica, mas por diferentes arenas setoriais com capacidades muito distintas de influenciar no processo decisório.

Palavras chaves: Seguridade Social; Assistência Social; Previdência Social; Saúde

Trabajo presentado en el

Quinto Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “¿Qué ciencia política para qué democracia?”

Asociación Uruguaya de Ciencia Política, 7-10 de octubre de 2014

¹ Professora do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

INTRODUÇÃO

A Seguridade Social (SS) nasceu como seguro nos Estados Unidos em 1935 e, em sua trajetória, o conceito foi confundido com seguro previdenciário, com política social, com proteção social e com Estado de Bem-Estar Social. A singularidade do termo “seguridade social” é a sua variação em cada país, uma vez que ele se circunscreve a algumas das políticas de proteção social e cada país tem a liberdade de definir quais políticas fazem parte da sua SS (Teixeira, 1985). Essa definição terá consequências estruturantes para as políticas ali incluídas e para a responsabilização do Estado em relação ao conjunto eleito. Segundo IPEA (2007), a Constituição de 1988 (CF-88) baseou-se no conceito de SS sugerido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em sua Convenção de número 102, de 1952. A partir dali se entende que a SS é *“a proteção social que a sociedade proporciona aos seus membros, mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que, de outra maneira, provocariam o desaparecimento ou forte redução dos seus rendimentos em consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, enfermidade profissional, emprego, invalidez, velhice e morte, bem como de assistência médica e de apoio à família com filhos”* (in: IPEA, 2007; Melo, 1997).

Foi a partir desse entendimento que a CF-88 proclamou as políticas de Previdência Social, de Saúde e de Assistência Social como constitutivas da SS no Brasil. Ipea, em 2009, afirma que além dessas três políticas devemos incluir também como o quarto pilar da SS o subsistema de seguro-desemprego que nasce a partir do texto constitucional como parte constitutiva da Previdência e atende a uma parte da população antes descoberta. Dessa forma, temos um conjunto de ‘políticas com vocação universal’ que mesclam distintos paradigmas: contributiva, universal e assistencial seletiva e que, em seu conjunto, são compreensivas (IPEA, 2009). Para além disso, é importante explicitar os princípios contidos no artigo 194 da CF-88 a partir dos quais a SS deveria se organizar, quais sejam: *“universalidade da cobertura e do atendimento”*, a *“uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais”*, a *“seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços”*, a *“irredutibilidade do valor dos benefícios”*, a *“equidade na forma de participação no custeio”*, a *“diversidade da base de financiamento”* e a garantia de um *“caráter democrático e descentralizado da administração”*.

Não restam dúvidas de que se iniciou a partir das definições constitucionais um novo parâmetro de proteção social no Brasil. A pergunta é como que se configurou a seguridade social após esse momento? Ela se configurou como um sistema integrado ou cada política seguiu seu curso? Quais foram os determinantes desse(s) processo(s)? O objetivo deste artigo é analisar o caminho percorrido pela

seguridade social brasileira pós-88 por meio dos processos das três políticas destacando os determinantes políticos e institucionais de cada arena política, de forma comparativa. Defendemos aqui a hipótese de que a SS não se configurou como uma arena política específica, mas por diferentes arenas setoriais que se constituem por um conjunto distinto de atores políticos e grupos de interesse com capacidade muito distintas de influenciar no processo decisório, que partem de diferentes legados históricos.

A análise da SS no Brasil está fadada a ser incompleta dada a sua complexidade. Portanto, o recorte do objeto de estudo é imprescindível. Exclui-se dos objetivos desse trabalho, a análise detalhada dos processos internos a cada política. O presente artigo analisa os determinantes institucionais e a estrutura do jogo político que ladearam os diferentes caminhos percorridos pelas três políticas dentro do processo de construção da SS. Trata-se de um campo com três políticas com vocações distintas, com histórias diferenciadas, que possuem atores com interesses e com graus de organização diversos e que carregam consigo diferentes legados que, por sua vez, tiveram impactos distintos no momento de implementação das diretrizes constitucionais. Também podemos ressaltar que o grau de maturidade de cada política é muito diferente no momento de consolidação da democracia e de um novo sistema de proteção social no país. Se a Assistência Social está em emergência uma vez que seu reconhecimento enquanto política se dá apenas na Carta de 1988 e se considerarmos que ainda estamos em um processo de institucionalização do campo, ela contrasta-se com a Saúde e com a Previdência Social que estão em outro momento de suas histórias. Isso, por sua vez, não descarta a importância de se observar a diferença entre a Saúde e a PS que, apesar de serem mais maduras, podemos afirmar que o movimento em cada um dos processos internos é diferenciado. A Saúde viveu um processo de expansão, enquanto a PS viveu um breve momento de expansão nos três primeiros anos após a Constituição, mas daí em diante seu processo de reforma se caracteriza pela proposta de retração. Dessa forma, não é difícil concluir que há diferentes níveis de institucionalidade estatal entre as três políticas.

O artigo não apresenta um argumento original no sentido de testar hipóteses antes não testadas, mas pretende realizar uma espécie de meta-análise inovando mais pelo sentido compreensivo da análise conjunta das três políticas a partir do conceito de seguridade social trazido pela Constituição. O trabalho será dividido em três partes: a primeira em que se apresenta o marco teórico que dá suporte à análise; a segunda que mostra os processos internos de cada política já contendo as comparações entre as três áreas e, por fim, a terceira que discute as dificuldades encontradas na construção de um sistema de seguridade social.

CONTEXTO INSTITUCIONAL, TRAJETÓRIAS E ARENAS ESPECÍFICAS

O presente artigo analisa os determinantes institucionais e a estrutura do jogo político que ladearam os diferentes caminhos percorridos pelas três políticas dentro do processo de construção da SS no Brasil. Em geral, enfatiza-se a centralidade do Estado, da burocracia e das instituições políticas na análise de políticas sociais, uma vez que acreditamos que as configurações institucionais e os padrões de atividades por elas incentivados criam espaços de poder que estimulam determinados grupos sociais e determinados tipos de ação coletiva em detrimento de outros. Além disso, há o reconhecimento da importância não somente das instituições políticas, mas da sua relação com a sociedade na conformação das políticas sociais (Skocpol, 1996; Evans, Rueschemeyer e Skocpol, 1994).

Skocpol (1996) desenvolve quatro dimensões importantes para o entendimento das políticas de proteção social. Ela enfatiza a necessidade de entender a natureza do Estado, as suas capacidades e as estruturas das instituições políticas, entender também que a ação do Estado se dá em relação com a sociedade da qual é parte constitutiva. Uma dimensão importante para Skocpol é a formação histórica dos Estados como categoria estruturante para entender a capacidade de contribuição de burocratas e políticos no processo decisório, uma vez que estes atores fazem parte de um sistema político. Para a autora, a *“formação do Estado impacta as organizações políticas em suas capacidades e em suas necessidades operacionais e estas, por sua vez, determinam o rol possível e a forma de contribuição de políticos e burocratas na elaboração e implementação de políticas sociais”* (41-43). Essa é uma categoria fundamental na análise das políticas sociais uma vez que na formação do Estado brasileiro a Previdência Social, a Saúde e a Assistência Social ocuparam lugares diferentes na arena política que foram determinantes para as atuais diferenças. Em segundo, Skocpol enfatiza a relação entre as instituições políticas e identidades sociais construídas dentro da arena decisória de política. Aqui há o pressuposto de que os *“processos e estruturas políticos influenciam as identidades, as metas e as capacidades dos grupos engajados politicamente”*. A terceira dimensão trata da força que as instituições governamentais têm que afetam, de um lado, a consciência política e as orientações dos vários grupos sociais e, de outro lado, provê diferentes incentivos a alguns grupos e alianças e desincentivos a outros, negando-lhes acesso e oportunidades. Ora, ao comparar as três políticas observamos que são três arenas distintas com estruturas e processos diferenciados e que isso impacta diretamente na constituição dos grupos de interesse na medida em que em cada uma delas haverá custos e benefícios distintos, incentivos e constrangimentos diferenciados. Por fim, a quarta dimensão está intimamente ligada a primeira aqui trabalhada, a importância do policy-feedback. Isto é, o efeito que as políticas que foram implementadas

anteriormente têm sobre a arena decisória atual. Segundo Skocpol, “*Política cria políticas, políticas também remoldam a Política*” num processo dialético (Skocpol, 1996: 58) E isso pode se dar tanto porque as políticas implementadas expandem as capacidades administrativas do estado quanto porque elas condicionam os grupos sociais e políticos, afetando suas identidades sociais, bem como suas metas e as capacidades dentro dos conflitos e das alianças feitas no processo decisório.

Parafrazeando Pierson, essa é a “família de argumentos” que nos interessa. Entretanto, é de se esperar que cada argumento funcione de forma diferente nas três arenas de política aqui analisadas ou mesmo que serão mobilizados diferentes conjuntos de argumentos em função das diferentes naturezas das áreas e de seus estágios de desenvolvimento. Nós concordamos com o autor quando este defende que fatores que contribuem para a expansão de políticas sociais não necessariamente têm força no momento de retração.

Isso porque, para Pierson, reformas que levam à retração nas políticas sociais e implicam perdas diretas e identificáveis a grupos específicos de eleitores são mais difíceis de serem feitas. Ou seja, para o autor é imprescindível saber, para cada política, como estarão distribuídos os custos e os benefícios uma vez que os eleitores tendem a punir a ação negativa e a premiar a ação positiva. Em discordância direta de Esping-Andersen, o autor defende que quando uma política atinge certo nível de maturidade o processo de retração dessa política não se constitui em um espelho do período de expansão (Pierson, 1994:29).

O argumento é que a construção da SS implica na convergência de políticas que estão passando por processos internos muito distintos em sua história. O fato de que as três políticas constitutivas da SS encontram-se em estágios distintos de desenvolvimento e de que não houve uma ação concertativa por parte do governo federal põe em risco a manutenção da ideia da SS que implica em um arranjo de proteção social que garanta um status básico de cidadania para esta sociedade. Dessa forma, caso uma das três falhe nisso, essa ideia está posta em risco. Para que essa ideia vingasse, precisaríamos, necessariamente, de uma ação central forte e permanente no tempo. As diretrizes constitucionais foram fortes, mas veremos como que a ação (ou inação) de cada governo (ideologias e capacidades de oposição às estruturas) determinou esse processo da união das três de forma sistêmica. Isso somado ao fato de que em cada política há diferentes metas entre os atores envolvidos e alguns fatores que são centrais em um setor tornam-se periféricos em outro.

A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA: PREVIDÊNCIA, SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Dada a complexidade da análise comparativa é preciso mapear alguns pontos. Alguns aspectos são comuns às três políticas que é o contexto político mais geral de retomada da democracia, ou seja, o pano de fundo que se trata de um momento crucial na formação histórica do Estado brasileiro é o mesmo para as três políticas, apesar de que elas serão moldadas pelo momento em que entraram nessa história. A Previdência e a Saúde entraram institucionalmente nessa história muito antes da Assistência que nunca teve expressividade institucional, nem reconhecimento como política pública, até a CF-88 e é claro que esse legado determinou o ponto de partida de cada uma.

Importante aqui considerar três grandes cenários comuns: o político, o econômico e o social. Os anos 80 são conhecidos por 'década perdida' não é à toa. Vivíamos 'A' crise econômica com altos índices inflacionários, com um cenário de desindustrialização e de retração do nível de emprego e de precarização dos postos de trabalho. A retração econômica e do mercado de trabalho atingiam estruturalmente a Previdência e a Saúde na medida em que afetavam diretamente, de um lado, a capacidade contributiva do trabalhador brasileiro. De outro lado, provocava o aumento generalizado da pobreza e, portanto, aumento dos riscos sociais para grande parte da população brasileira. Se o cenário econômico-social se caracterizou por tal desestruturação e aumento dos riscos sociais, o cenário político não ajudava tamanho era o nível de incerteza do jogo. A década de 80 é caracterizada pelo fim, negociado, de 21 anos de ditadura e por um longo período de transição lenta, culminando com o governo do presidente José Sarney, 1985-1989, primeiro governo civil - mesmo que por eleição indireta. Apesar de sua fraqueza política enquanto presidente, o seu governo significava a volta à democracia e havia uma ebulição social, uma demanda por organização e por participação em todos os setores sociais e econômicos. Era o momento em que a sociedade se organizava para eleger a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) que trabalhou entre 1986-1987 até a promulgação da CF-88.

O período analisado permite que todas as três políticas, apesar dos diferentes estágios de desenvolvimento, passassem por duas grandes fases, o primeiro recorte é exatamente o período de formulação da ideia da SS e de cada uma das três políticas, durante a ANC e a CF-88, e a partir dali entram na fase de regulamentação e implementação.

PREVIDÊNCIA SOCIAL

De acordo com Marques et al (2009) o percurso da Previdência Social no Brasil recente pode ser dividido em dois períodos que possuem naturezas distintas, um primeiro que vai de 1985 a 1991 em que se deu a expansão do sistema, como vimos acima, momento marcado pela ampliação de direitos previdenciários e pela melhora nos termos de sua concessão. E outro que vai de 1991 até o presente momento em que a pauta de reforma visava a retração do sistema e reforço do caráter contributivo. Muitas reformas estruturais e universalistas conseguiram passar na ANC mas enfrentaram resistência e ataques com intenção de desmonte quando, de volta ao Executivo, se precisaria agir coletivamente em conjunto com o Legislativo para viabilizá-las. Portanto, o entendimento da palavra reforma e substantivamente distinto nos dois períodos, no primeiro momento a ideia de reforma tem um sentido de reformar para incluir, para entender direitos e, num segundo momento, a palavra se refere a reformas restritivas de gasto, portanto, no sentido de retração do sistema para equilíbrio atuarial. Vejamos.

A crise da previdência desponta no início da década de 80. Segundo Oliveira e Teixeira, uma crise com dimensões ideológica, financeira e político-institucional (269-280). É o momento em que emerge fortemente institucionalizada uma agenda de reforma da previdência, legitimando-a perante os envolvidos uma vez que o cenário econômico, como vimos, não foi animador. Observamos a crise da PS coincidindo com a decadência do regime militar e, a partir daí, o gradual retorno à democracia exigia participação da sociedade ou pelo menos do seu respaldo e, dessa forma, no primeiro governo civil é lançado o Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (PND) que também contemplava a reforma da previdência.

No entanto, o governo Sarney não teve capacidade governativa, nem força política para bancar reformas tão estruturantes como as da Previdência. Melo (1997) ressalta a fraqueza do governo Sarney e a sua estratégia de inação, *um jogo de não-decisões* que postergou as decisões substantivas para a ANC. A não implementação da reforma previdenciária e a não promulgação da Lei Orgânica da Seguridade Social, em 1987, mesmo que objetivamente tenha sido uma derrota, no longo prazo podem ser vistas como um fortalecimento das posições reformistas num processo de amaciamento do sistema. Dada a fragilidade institucional do Executivo no momento do re-nascimento de nossa democracia, foi justamente a transferência para a arena parlamentar que permitiu a vitória dos reformistas. Num momento de reformulação das regras do jogo, a inação de Sarney significa apenas a necessidade do político de não arcar com os custos concentrados que uma reforma daquela magnitude implicava.

É inegável a vitória daqueles que almejavam o aumento da cobertura e a inserção de solidariedade no sistema na medida em que a Constituição eliminou de fato as diferenças nos valores dos benefícios entre trabalhadores urbanos e rurais, assegurou o direito à previdência aos trabalhadores rurais mesmo sem contribuição prévia, atrelou constitucionalmente o piso dos benefícios ao salário mínimo, abriu a possibilidade de que qualquer interessado se filiasse ao RGPS, rompendo efetivamente com o legado da cidadania regulada pelas profissões. Nesse momento, rompe-se completamente com o modelo anterior na medida em que se insere solidariedade com o reconhecimento do direito à previdência rural para os trabalhadores rurais, num sistema antes somente de natureza contributiva (Ipea, 2007 e 2009; Marques et al, 2009). A maior derrota amargada pelos reformistas foi sem dúvida a manutenção de dois regimes separados para servidores públicos e outro para trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. De resto, cabe enfatizar o valor reestruturante dessas diretrizes constitucionais que agirão como constrangimentos institucionais reais e qualificados no momento seguinte de reação conservadora, dada a coloração ideológica do Executivo naquele momento.

De volta ao Executivo, é possível assistir à reação conservadora e reacionária a partir do governo Collor (1990-1991) eleito um ano depois da CF-88. E se a PS viveu nos anos 89 a 91 seu momento de reforma para a expansão com o cumprimento das determinações constitucionais de fácil implementação, inicia-se ao mesmo tempo um contra-movimento que se configura numa reforma para a retração. Aqui podemos afirmar que serão os constrangimentos institucionais dados pela CF-88, ou seja, o legado, e os tipos de custos e benefícios que balizarão as tentativas de contra-reforma originadas pelo governo e pela elite burocrática da PS que serão os maiores entraves para a ação do Executivo. Segundo Marques et al (2009) foram apenas dois meses entre a sanção que Collor de Melo deu aos projetos de lei que regulamentavam as determinações constitucionais (e que já vinham sendo confeccionados antes de sua entrada) a respeito do Custeio e da Organização da Seguridade Social bem como sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social (Leis 8.212 e 8.213, respectivamente), para que ele mesmo encaminhasse projetos de leis que iam contra o que havia sido regulamentado.

A proposta de Collor de Melo visava à existência de dois planos sendo um geral e compulsório e outro complementar e facultativo. Ou seja, depois da vitória progressista na arena parlamentar encontramos aqui a consubstanciação de uma postura bem mais conservadora. Em boa medida acompanhamos aqui a proposta de privatização do sistema na medida em que o Estado diminuiria sensivelmente sua participação no sistema. Nesse primeiro momento em que a proposta era a de adoção de um modelo neoliberal baseado em regime privado e de capitalização podemos observar a força do

legado no momento de retração ressaltada por Pierson. Podemos afirmar que houve naquele momento um efeito de legado do tipo “lock-in” quando as escolhas anteriores trancam as possibilidades futuras de escolhas. Segundo Marques et al (2009) foi a maturidade e o tamanho do sistema previdenciário brasileiro vis-à-vis a outros sistemas latino-americanos e não a presença organizada e combativa de uma oposição que se constituiu em fator impossibilitador para a adoção do modelo privado e de capitalização. Para os autores, a razão da não adoção foi estrutural:

“ao contrário do que aconteceu no resto da América Latina, os trabalhadores do setor privado da economia contavam com um único regime, o Regime Geral da Previdência, criado pela ditadura militar, que paga mensalmente milhões de benefícios aos trabalhadores urbanos do mercado formal e aos rurais. Considerando que os aposentados precisariam continuar a ser pagos e que as propostas supunham a extinção da contribuição dos empregadores, o Estado precisaria assumir os custos da manutenção do “velho” regime, por tanto tempo quanto vivessem seus beneficiários. E isso o Estado brasileiro não podia fazer.” (2009: 216)

Cai Collor, assume Itamar e a preocupação do governo é com a estabilização da moeda e esta é atingida pelo Plano Real no final do segundo tempo do governo Itamar quando Fernando Henrique Cardoso (FHC) era Ministro da Fazenda. FHC foi eleito presidente e entre 1994 e 1997 foi feito um conjunto de alterações nos benefícios concedidos pelo RGPS que não exigiam mudança constitucional; em sua maior parte já tramitavam há muito tempo e expressavam consenso entre os especialistas da área (Marques et al, 2009).

No governo de FHC o movimento por reforma restritiva foi intenso e, novamente, com contornos de retração. O governo contava com amplo apoio dentro do parlamento, da elite burocrática e da sociedade na medida em que se divulgava sistematicamente o suposto déficit da PS sem o esclarecimento da desvinculação da receita da SS, como será analisado adiante. A grande empreitada de FHC começa já em 1995, seu primeiro ano, quando ele começa a agir estrategicamente com o objetivo de modificar os dispositivos constitucionais que impediam reformar a PS. Naquele momento foi enviada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) de número 33, reapresentada em 1997 como Emenda Constitucional (EC) de número 20 e, depois de três anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada em 1998.

Figueiredo e Limongi (1998) fazem um exercício interessante e com resultados importantes que corroboram nossos argumentos. Os autores diferenciam as medidas pelo tipo de perda que elas

empreendiam. Segundo os autores a reforma previdenciária proposta por FHC classificava-se como inviável politicamente uma vez que, por um lado, impunha perdas muito claras a grupos específicos e organizados acrescido do fato de que os responsáveis eram identificáveis no processo decisório e, por outro lado, os autores ressaltam as dificuldades inerentes ao requerimento de alterações constitucionais o que as tornam mais difíceis de serem aprovadas no conjunto de decisões legislativas (1998:67).

Nas reformas previdenciárias tratamos de grupos organizados e com clareza de seus interesses e assim falamos de casos em que a troca é de perda de benefícios concentrados por ganhos incertos no futuro. Isso agrega um dilema ao governante que pretende fazer tal reforma uma vez que os eleitores podem identificar os responsáveis pelas políticas adotadas, ou seja, há uma concentração da responsabilidade e nessas circunstâncias, ressalta Pierson, a melhor estratégia seria evitar a culpa (Figueiredo e Limongi, 1998:65; Pierson, 1994). Esse cenário é distinto do da Saúde uma vez que nesta não se impõe perda a beneficiários, mas, ao contrário, é uma agenda política de universalização, de aumento da cobertura.

Figueiredo e Limongi fizeram a análise da reforma de 1998 com base numa classificação dos custos e benefícios, no papel dos partidos e no apoio parlamentar obtido pelo governo proponente e os seus resultados corroboram as hipóteses desse trabalho. Mesmo com o amplo apoio recebido no decorrer do processo o governo aprovou no Congresso “as medidas que afetavam apenas interesses potenciais de futuros beneficiários do sistema.” (88). Não caberia fazer aqui um apanhado das modificações que foram realizadas pois estas podem ser encontradas em muitos artigos sob diversos ângulos e de muita qualidade (Melo, 2004; Boschetti, 2003; Figueiredo e Limongi, 1998; Marques et al, 2009; Nakhodo e Savoia, 2008; IPEA, 2007 e 2009; Marques et ali, 2009; para citar somente alguns.). Trazemos aqui, então, apenas um resumo das medidas aprovadas em 1998:

“substituição do critério de tempo de serviço pelo critério de tempo de contribuição; extinção da aposentadoria por tempo de serviço proporcional para ambos os regimes (RGPS e RJU) e estabelecimento de limite de idade para aposentadoria por tempo de serviço integral para os servidores públicos; eliminação da aposentadoria especial dos professores universitários; desconstitucionalização da fórmula de cálculo dos benefícios; unificação das regras previdenciárias para União, estados e municípios; e previsão de criação de regimes complementares para os servidores públicos voltados para a reposição dos proventos superiores ao teto de benefícios vigente para o RGPS.”
(Ipea, 2009:51)

Ou seja, o cerne do conjunto de propostas é formado pela desconstitucionalização da fórmula de cálculo e pelo estreitamento dos “vínculos contributivos e pela criação de mecanismos capazes de restringir a concessão de aposentadorias precoces – com idades muito inferiores ao limite estabelecido para a aposentadoria por idade”.

Mas, o importante aqui não é só analisar o que foi aprovado, mas o exercício feito por Figueiredo e Limongi (1998) também contemplou o que não foi aprovado. E, de acordo com os autores, em relação às

medidas rejeitadas, (elas) afetavam de forma imediata os atuais beneficiários e/ou os grupos prestes a se beneficiar do sistema vigente. Dentre elas, incluíam-se medidas que afetavam interesses dos próprios parlamentares, como a manutenção do IPC, e de grupos específicos, geralmente organizados e mobilizados, do funcionalismo público.”
(88) *“Merece destaque ainda o fato de que as tentativas de introduzir medidas de natureza distributiva, com custos difusos e benefícios concentrados, classificadas por Arnold como “politically attractive policies”, foram poucas e não lograram apoio.”* (89)

Essa mesma lógica analítica se aplica à reforma previdenciária realizada no governo Lula em 2003. Se a reforma de FHC atingiu marcadamente os beneficiários do RGPS, Lula focou sua proposta na reestruturação do setor público promovendo mudanças significativas para os futuros beneficiários mas sem alterar a situação atual dos servidores públicos. Segundo Marques et al a proposta de Lula introduz dois pontos principais, o primeiro refere-se ao teto para o valor da aposentadoria do servidor público e o segundo refere-se à contribuição de aposentados, a partir de certo valor de aposentadoria com uma alíquota de 11%, tal qual os segurados do RGPS. É importante ressaltar que esta proposta foi colocada e derrotada em três oportunidades distintas durante o governo FHC e que em todas as ocasiões teve o PT como oposição.

Ora, Lula tinha um legado muito distinto daquele encontrado por FHC. Em primeiro lugar, já haviam sido desconstitucionalizadas as principais barreiras que constrangeram a ação de FHC. Em segundo, Lula tinha maioria no Congresso além do comprometimento do PSDB de apoiar o governo na reforma e, por fim, o próprio ambiente macroeconômico era muito mais favorável e calmo após as eleições². Ou seja, Lula teve um ambiente institucional mais propício para implementação das reformas (Nakahodo e Savoia, 2008; Marques et al, 2009). E apesar disso ter viabilizado uma aprovação em tempo recorde, não foi suficiente para ele impor perdas aos atuais e organizados beneficiários. A reestruturação

² Mesmo considerando que o primeiro ano de governo tenha sido economicamente crítico.

proposta atingia futuros beneficiários e não alterou a situação dos servidores públicos atuais. Mesmo em um ambiente institucional mais favorável, Lula, assim como FHC, não se dispôs a implementar reformas que impõem perdas imediatas, nas palavras de Pierson, ele preferiu “to avoid the blame”.

SAÚDE

Se por um lado, não há como negar que a Constituição de 1988 significou uma ruptura com o modelo anterior tanto para a PS, principalmente pela instituição do direito à previdência rural e ao seguro-desemprego, como vimos, como também pela institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS e a declaração da saúde como direito universal. Assim, a partir de então a Saúde passa a ser proteção não contributiva e direito de todos, portanto, dever do Estado. Por outro lado, essas mudanças não foram suficientes para eliminar do desenho da política nacional de saúde a presença dos prestadores privados de assistência médica, ou seja, os atores privados ainda hoje tem um papel preponderante na política, se não no processo de tomada de decisão, ocupam uma parcela substantiva de uma prestação que se supõe igualitária. Vejamos.

A vitória do SUS na CF-88 foi resultado de uma batalha longa onde se dava a construção da ideia de descentralização, de universalização e de re-balizamento entre o papel do privado e o papel do Estado na assistência médica. Assim como a PS, a Saúde apresentou uma trajetória que se constituiu num processo de aprendizagem para os atores envolvidos, nos termos de Pierson (1994). As mudanças paradigmáticas da CF-88 não foram feitas num passe de mágica, mas foram função de um processo que veio desde a década de 70.

De acordo com Oliveira e Teixeira, a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde, em 1980, já enfatizava a necessidade de extensão da cobertura (269-301). Entretanto, o PREV-SAÚDE se restringiu a um pacote de medidas visando conter a expansão do gasto previdenciário com saúde, que explodiu por uma série de motivos como os incentivos para produzir procedimentos hospitalares desnecessários, dados pelo próprio sistema de remuneração; as fraudes e precariedade dos controles sobre o setor privado prestador de serviços; incorporação tecnológica intensificada sob o modelo que privilegiava o atendimento hospitalar, entre outros. Além disso, foi considerado como um movimento de cúpula que, se fracassa na implantação do conjunto das medidas ao ser “bloqueado” por alguns interesses, tem uma de suas estratégias implementada a ponto de se tornar programa muito importante para entender as origens do SUS. Esse movimento ganhou fôlego a partir de 1985 e, em

especial, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)³. Isso porque foi a partir das resolutivas deste conagraçamento que se deu o nascimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 que, apesar do nome, teve um impacto pequeno no processo (Stralen, 1996)⁴ uma vez que já nasceu no meio do andamento da ANC.

Sem desconsiderar a importância desse legado, Arretche (2008) afirma a importância da mudança para a arena parlamentar (ANC) para o alcance dessa reforma. Ou seja, para entender o nível de mudança e ruptura com um modelo contributivo encontrados na CF-88 é preciso considerar o legado entendido como o fortalecimento e o aprendizado dos atores interessados na reforma na última década e também as possibilidades abertas na arena parlamentar. Para se ter noção da ruptura em relação ao modelo anterior é preciso entender que a constituição do SUS implicou na eliminação da segmentação do atendimento por clientela por meio da instituição do direito universal e integral à saúde. Isso implicou uma reorganização político-administrativa, dada a partir de diretrizes constitucionais, de regionalização, de hierarquização, de descentralização e de participação (Ugá e Marques, 2008; Ipea, 2009). Todavia, na re-definição da participação dos prestadores de serviços privados como complementar, apesar de haver mudança quando passa a ser uma obrigação do Estado a garantia da cobertura não foi possível mudar para um modelo 100% público, o que temos hoje e um modelo dual.

Após a promulgação da CF-88 veio o período de regulamentação para implementação. E se o legado determinou o que se pôde alcançar no momento da ANC não resta dúvidas que houve uma ruptura forte: rompe-se com o modelo centralizado e securitário da Saúde, introduzindo-se solidariedade num modelo estritamente securitário como a previdência e se reconhecendo como política uma área de atuação

³ Da história mais recente destaca-se o feito do Movimento Sanitário de organizar a 8ª CNS, em 1986, que reuniu cerca de 4.000 pessoas e que, mesmo com o nível de conflito e heterogeneidade que comportou, teve capacidade de negociação e pactuação entre as partes conseguindo uma inflexão entre o passado de medicina curativa para um novo paradigma de preventiva, além do alargamento da visão de que a saúde é direito universal e dever do Estado. Mas também destacam-se as conferências nacionais anteriores e suas contribuições para a estruturação da política. Se as primeiras três ou quatro conferências demoraram em torno de uma década para acontecer, a distância de dois anos da 5ª (1975) para a 6ª (1977) e apenas mais outros três anos para a 7ª conferência (1980) é reflexo da dinâmica interna na arena de saúde e do nível de organização conseguido pelos sanitaristas a partir da década de 70. Entretanto, a 8ª Conferência teve um papel primordial para moldar as propostas que foram levadas à ANC.

⁴ Importante discussão sobre o SUDS ter ficado aquém das expectativas é feita por Stralen (1996). O SUDS teve um vigência muito curta e não parece ter tido relevância. Não era nem mesmo consenso dentro do movimento da reforma sanitária, que o viu em grande parte como um “golpe” de alguns de seus membros que ocupavam posição de comando nos Ministérios da PS e da Saúde. A estratégia da 8ª Conferência, um ano antes do SUDS ser anunciado pelo Governo Sarney, era o aprofundamento das Ações Integradas de Saúde como forma de se chegar a um sistema unificado nacional de saúde. O SUDS, a pretexto de destruir rapidamente o INAMPS, fortaleceu os governos estaduais em detrimento dos demais pólos, como os municípios. O resultado foi desastroso em muitos estados como Minas Gerais, onde o Governo Newton Cardoso se tornou símbolo da usurpação dos poderes que lhe foram dados pelo SUDS, agora sem os freios institucionais que antes existiam sob as AIS.

até então marginal e caritativa como a Assistência. Todavia, apesar das tantas vitórias dos progressistas, é na volta para a arena executiva que vemos a importância das determinações constitucionais para refrear os arroubos conservadores do governo. Como bem salientou Arretche, uma vez que os reformadores foram capazes de constitucionalizar seus principais objetivos o retorno ao status anterior tornou-se mais difícil dados os constrangimentos institucionais – “o sucesso de constitucionalização aumentou os custos políticos de reversão”.

É importante ressaltar aqui uma diferença marcante entre as políticas analisadas é que os atores envolvidos são muito distintos em seu nível de organização e em seus interesses. No caso da Saúde os atores organizados⁵ no sentido de reformar a política não se constituíam em usuários do sistema, a lógica era de defesa do interesse público o que facilitava a luta contra os interesses privados organizados do setor hospitalar. Aqui os custos e os benefícios eram difusos e se havia algum custo concentrado com toda a reforma promovida era do setor hospitalar privado que estava sendo exposto, no início da década de 90, à opinião pública pelas incessantes denúncias da mídia dos níveis de corrupção dentro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), deslegitimando-o, o que fortalecia o Movimento Sanitário. Já no caso da PS, uma vez alcançadas as reformas na CF-88, foram os governos os atores mais interessados em reverter o processo. No entanto, os custos aqui eram concentrados em atores muito organizados e os benefícios difusos no tempo o que tornava mais difíceis os objetivos da reforma.

Ao analisar a reforma da política de saúde a partir de 90 com vistas à constituição da SS não podemos ignorar que um dos objetivos dos atores da área da Saúde era a luta para se separar e ganhar autonomia em relação à PS. Operacionalmente, as demandas centrais da área implicavam na necessidade do fortalecimento institucional do Ministério da Saúde que, até a década de 90, atuava periféricamente. Para entender esse ponto é importante ressaltar que tratamos aqui de dois legados aqui é central, ou seja, precisamos entender a importância da força dos atores privados nessa arena. Portanto, a necessidade de fortalecimento do MS passa por duas dimensões distintas. Primeiro, as bandeiras internas. Já na década de 80 haviam muitas bandeiras e se resumíssemos elas seriam representadas pela descentralização, pela universalização e pela redefinição do padrão de relacionamento entre agências governamentais e o setor privado, por meio da unificação administrativa das políticas de saúde. Todas tocavam em algum grau na

⁵ Este era um misto de profissionais da gestão nas burocracias estaduais, municipais e federal, professores dos departamentos de medicina social espalhados pelo país, e uma rede de movimentos sociais influenciados por partidos de esquerda, mas que foi se enfraquecendo nos primeiros meses de trabalho constituinte ao ponto de colher um número pífio de assinaturas para a reforma da saúde na nova Constituição. A ameaça de perda de espaço para o “centrão” leva o movimento a buscar um novo aliado, que marcou todos os movimentos seguintes de institucionalização do SUS: os movimentos dos prefeitos e as associações de municípios.

necessidade de redefinição institucional. O conflito pela descentralização significava perda de poder do Inamps, baluarte de empresários do setor hospitalar fortalecidos desde a política militar de expansão pelo financiamento do setor. O objetivo central na luta pela descentralização era aquela que representava a necessidade dos sanitaristas de enfraquecerem a influência dos provedores privados no processo decisório. O que permite inferir que a resistência à institucionalização do SUS se deu também pela burocracia incrustada no Inamps que representava o setor privado e que seria fortemente afetada por tais mudanças. A primeira grande vitória se deu na Constituição quando já se prevê a extinção do Instituto. E a força dos atores ali representados não podia ser subestimada: um passo concreto foi dado pelo Decreto 99.060 de 1990 que tratava da incorporação do Inamps ao MS com vistas ao seu fim. Entretanto, só se consegue sua extinção de fato em 1993 pela Lei 8.689, significando uma redução dos mecanismos de alavancagem dos grupos econômicos lucrativos na política de saúde e a elevação do MS como o principal ator da política incumbido de dar as diretrizes nacionais, segundo Arretche⁶. Entretanto, a força desse atores é substantiva até hoje uma vez que mesmo que não estejam mais nas instâncias de tomada de decisão, o sistema brasileiro de saúde permanece dual.

E segundo, a consciência das diferentes naturezas das áreas levava também a uma necessidade de distanciamento da Previdência. Essa resistência da Saúde é função de sua natureza e tem sentido histórico na medida em que ela sempre ficou no rescaldo das necessidades da PS. Dada a natureza contratual da Previdência, ou seja, o fluxo de recursos nesse setor é substantivamente inelástico no curto prazo (Melo) uma vez que os benefícios previdenciários têm de ser mantidos independentemente das crises econômicas. Ao contrario, os demais setores são considerados comprimíveis. Daí a luta dos atores progressistas não era só uma luta interna na arena da saúde pelo modelo publico, universal e descentralizado, essa já estava vitoriosa e contra a presença de atores privados. A luta era com fatores externos como a crise econômica e com a arena da PS que por suas características tem a sua verba assegurada deixando a margem de manobra orçamentária nas costas da Saúde. Ugá e Marques mostram como a PS foi crescentemente absorvendo os crescentes recursos da SS (2008: 214).

Se pensarmos sob a ótica da SS o que observamos tem sido uma briga interna entre as áreas, mais fortemente entre Saúde e PS, uma vez que, a essa altura, a Assistência era um problema mais ideológico do que orçamentário. Durante todo o percurso desde a CF-88 encontramos vários episódios importantes do ponto de vista simbólico e substantivo que exemplificam esse aspecto. Primeiro, logo no início o ataque conservador do governo Collor já se fez sentir, tendo como alvo o próprio SUS “que teve sua

⁶ Cabe ressaltar que esse embate entre o Estado e os entes privados ainda hoje é estruturante da política nacional de saúde.

estrutura de financiamento atingida seriamente com o veto presidencial a 25 itens da Lei Orgânica de Saúde, a maior parte concentrada nos dispositivos de financiamento” (Arretche, 2008: 293; ver também Fagnani, 1997 e IPEA, 2007:31). Ou seja, suas manobras eram contra a unicidade do SUS e colocava em “risco a universalidade e a integralidade, visto que a assistência à saúde poderia vir a ser diferenciada entre os trabalhadores do mercado formal e informal.” (Marques et al: pp. 203) Entretanto, a força dos atores organizados, respaldados pelas diretrizes constitucionais, fez cair o poder do veto presidencial neste caso. Segundo, mesmo quando o recurso tinha sido criado para resolver os problemas da Saúde, seu destino não se fez tão simples. É o caso da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), de 1997, criada para custeio da saúde pública. Apesar dessa finalidade específica para a qual foi criada, desde a sua criação houve um desvio para outras políticas da SS como Previdência, depois para combate à fome⁷. Desvinculando-se de seu propósito e desvirtuando seu uso. Terceiro, exemplo importante dessa luta interna é ressaltado por Arretche, como o da simples recusa de repasse de verbas. Segundo a autora,

“a partir de meados de 1993, o ministro da Previdência Social, Antônio Britto, simplesmente suspendeu a transferência de recursos das contribuições sociais para o Ministério da Saúde, com vistas a resolver os problemas de seu próprio ministério em relação à manutenção dos pagamentos previdenciários. Na medida em que a política de saúde não estava mais no âmbito de seu ministério, o ministro não tinha mais incentivos políticos para cumprir o compromisso de transferir 30% das receitas da seguridade social para outro ministro.” (Arretche, 2008)

No percurso do embate de conspiração contra e de defesa dos recursos da Saúde destaca-se a Emenda Constitucional nº29 (EC29) de outubro de 2000 que se constituiu em um passo importante na medida em que define a participação da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS além de garantir um mínimo de recursos⁸. Como se fez em todo o processo, o conflito não tardou. Segundo Ugá e Marques (2008) a sua aprovação originou um conflito entre o Ministério da Fazenda e o da Saúde e desencadeou uma reação dos estados por vezes descumprindo ou simplesmente deixando de

⁷ Cabe ressaltar o papel da CPMF, que foi elaborada como verba específica para a Saúde, que permitiu consolidar durante um bom tempo uma fonte de recursos relativamente estável para o setor, até que em 2007 o Governo Lula foi derrotado na sua tentativa de prorrogá-la.

⁸ Importante notar que ela só conseguiu ser regulamentada em 2012 pela lei 141. Apesar disso, seu impacto no perfil do financiamento público já foi sentido há algum tempo, especialmente pela elevação da participação dos municípios e pelo decréscimo da participação da União nas receitas públicas para o SUS.

aplicar os devidos percentuais, e, por vezes incluindo outras despesas como se fossem de saúde criando artifícios para atingir as metas.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Assistência Social é a retardatária das três políticas analisadas e foi marcada por fortes descontinuidades em sua trajetória institucional desde a Carta. Mesmo tendo ganhado o status de política pública na CF-88 precisou de mais de uma década para realmente iniciar a sua institucionalização e ganhar corpo. A Saúde saiu na frente na regulamentação das diretrizes constitucionais com duas Leis Orgânicas - Lei 8.080 de setembro e Lei 8.142 de dezembro do ano de 1990, no ano seguinte foi a vez da Previdência - Leis 8.212 e 8.213 de junho-1991 e só em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei 8.742. Assim como a Saúde, também sofreu os reveses do conservadorismo do governo Collor (PRN) que vetou a LOAS integralmente em 1990. Mas, na Saúde os atores envolvidos já eram mais organizados e institucionalmente fortes em função de mais de três décadas de organização, fortalecimento e aprendizagem, em comparação com os da Assistência que só conseguiram se legitimar recentemente. Também no governo de Itamar Franco (PMDB) o governo federal se mostrou contrário ao percurso da AS e ao projeto da LOAS que vinha sendo debatido. Naquela ocasião foi apresentada proposta que ia contra as expectativas dos principais envolvidos no processo. Entretanto, ressaltam os estudiosos da área, naquele momento, o Executivo recuou e acabou acatando o projeto com alterações pouco significativas (Sátyro e Cunha, 2014). Ali a Assistência não representava um risco real ao orçamento fiscal e as determinações constitucionais minimizaram a margem de manobra e a capacidade dos conservadores de impedir as inovações previstas na Carta. Mesmo assim, como vimos, foram necessários cinco anos para que a regulamentação da política que era (e ainda é, socialmente falando) menos legítima do que as demais políticas e que contava com uma coalizão de atores ainda fracos em relação aos atores envolvidos nos processos da PS e da Saúde.

Depois da aprovação da LOAS, que significou um avanço importante, foi no governo FHC que ocorreu outro marco na AS quando foi regulamentada e implantada uma transferência de renda assistencial e não contributiva, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), em 1996. Esse benefício foi previsto na Constituição como direito de idosos e deficientes pobres, mesmo assim, levou mais de sete anos para ser regulamentado e implementado. Além disso, neste mesmo ano, implementou-se o Programa

de Erradicação de Trabalho Infantil (PETI) em um enfrentamento coordenado, primeiramente, às piores formas.

Para além de cumprir a CF, coisa que seus antecessores não o fizeram, o governo FHC se caracterizou por indefinições do papel do Estado em relação à política de assistência social. Os instrumentos normativos foram tímidos em suas proposições, nem as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1996 e de 1998, nem a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2001 se constituíram em instrumentos capazes de alavancar a política (Sátyro e Cunha, 2014). Sátyro e Cunha argumentam que a agenda da AS não correspondia às prioridades na arena decisória. Por isso todo o esforço de regulação relacionado à existência de profissionais que eram da extinta Legião Brasileira de Assistência (LBA), atores relevantes para a formulação da LOAS e que agora integravam a equipe técnica do Ministério, não foi frutífero. As autoras fazem coro com a literatura da área ao ressaltar que no segundo governo de FHC ficou ainda mais clara a opção por um ajuste estrutural que afetou diretamente o orçamento da assistência social, configurando-se uma estagnação do processo, reflexo do debate político-ideológico.

Entretanto, no pós-Constituição foi sendo construído incrementalmente, apesar de não ser orquestradamente, um consenso em relação às necessidades de provimento de políticas socioassistenciais no nível local com o aparecimento de diversos programas municipais e estaduais a partir de 1995, principalmente na área de transferência de renda⁹. Isso faz com que FHC em 2001, ao final do seu segundo mandato, implemente três programas de transferência de renda: o Bolsa Escola, o Bolsa Alimentação e o Auxílio Gás. Mesmo assim, a tônica de seu governo foi o Programa Comunidade Solidária (CS) que partia de uma premissa e uma necessidade de participação da sociedade civil a partir de um papel relativamente central de trabalho das ONGs. O CS rompe com a LOAS na medida em que propõe tanto uma ação por meio de ações focalizadas para as populações mais pobres quanto se estrutura não para institucionalizar uma política na qual o Estado seria o protagonista mas depende, e pressupõe, fortemente da maturidade e capacidade de organização da sociedade civil. Isso reforça nossa visão de que havia aqui um projeto minimalista de intervenção onde o Estado não tinha intenção de ser o centro da oferta. Peres cita Ruth Cardoso, coordenadora do programa mostrando que “embora o Programa estivesse institucionalizado no espaço governamental, Ruth Cardoso jamais admitiu a qualificação de governo ou Estado, definindo-o como um “espaço intermediário entre o governo e a sociedade, muito mais para

⁹ Sobre isso ver Silva, Yasbec e Giovanni (2004)

sociedade do que para governo”¹⁰ (Peres, 2008:114). Apesar de uma agenda restritiva e residual de AS em FHC, tinha um processo em curso de crescimento da área principalmente no nível local que é onde os riscos sociais se apresentam mais fortemente.

Esse processo desemboca então no governo Lula que, além da uma postura ideológica distinta em relação à AS, já encontra os atores e o sistema bem mais preparados para a consolidação da política. No governo Lula encontramos um ambiente político e institucional mais propício à implementação do que havia sido formulado na CF-88 e na LOAS. Pode se afirmar que havia um entendimento distinto nesse governo tanto do que deveria ser o papel do Estado na Assistência Social quanto no escopo dessa política.

O início do governo mostra a intenção diferente do presidente em relação ao anterior na medida em que já de imediato cria um espaço institucional específico para a Assistência, retirando-a do âmbito da Previdência e criando dois ministérios específicos da área: o Ministério de Assistência Social e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar que já em 2004 foram fundidos no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Só isso já mostra a diferença de espaço na arena política o tema tinha nos governos. Em geral, o que a literatura e a mídia tratam como aspectos centrais é o Programa Bolsa Família criado partir da junção dos três recentes programas herdados do governo FHC e do Programa Cartão Alimentação criado em 2003. Sem dúvida esse programa acabou sendo o carro chefe do governo muito mais do que o fracassado Fome Zero que havia sido criado para isso mas que teve um voo raso demais. Mas, mais do que os programas que foram criados naquele momento, o que se pretende ressaltar aqui é a importância do aporte institucional dado pela criação do MDS governado agora por atores que compartilham uma ideia distinta do governo anterior do que deve ser feito. Essa entrada de novos atores na arena política e a criação de um espaço institucional é acompanhada por um significado distinto da legislação que surge dali e que de fato inicia a institucionalização da política. Havia um significado distinto da PNAS de 2004 em relação à PNAS de 2001 e da NOB-SUAS (2005 e 2012) em relação às NOBs anteriores na medida em que estas determinam a criação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos moldes de gestão do SUS¹¹.

De acordo com Sátyro e Cunha,

¹⁰ Ruth Cardoso, “Voluntariado e Políticas Públicas”. Palestra proferida no Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, FFLCH-USP, em 9/10/2003.

¹¹ Para além dessas cabe citar a existência de outros instrumentos como a NOB-Recursos Humanos RH de 2006, o Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS de 2009 e a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais de 2009 também centrais nesse processo.

“Esse novo marco regulatório da AS altera significativamente a AS e aponta para um necessário reordenamento institucional, em todos os níveis de governo, não só nas estruturas organizacionais, mas também na prestação de serviços, na articulação e coordenação de ações (públicas e privadas), na forma de financiamento, na formação e recrutamento de recursos humanos, dentre muitos outros aspectos.”

A partir destes marcos o sistema se estrutura tanto para transferência de renda focalizada nos pobres e extremamente pobres, mas visando a universalidade da cobertura de seu público-alvo, quanto para a construção de um sistema de oferta de serviços socioassistenciais que assegurassem as proteções afiançadas e as seguranças garantidas.

Sátyro e Cunha concluem que sozinhas as regras constitutivas não alcançam seu real potencial. No período analisado, a política de AS encontrou-se em um estágio de desenvolvimento muito diferenciado das demais e assistimos aqui a sua emergência lenta e gradual. Todavia, foi somente com o aporte do governo federal é que a AS se institucionalizou. Assim, podemos concluir, pela análise do percurso das três políticas aqui analisadas, que as determinações constitucionais criam um aparato constrangedor quando o movimento é de retração como no caso da PS, mas o seu poder de indução dependerá da ação de atores que defendem a implementação das diretrizes, como nos casos da Saúde e da Assistência.

Aqui, podemos ainda concluir que houve uma diferença do entendimento do que deveria ser a política de assistência social nos governos aqui analisados. De 2003 para cá, mesmo que se conte com a oferta de serviços pela sociedade civil o pressuposto é que a responsabilidade é do Estado e, em função disso, observa-se uma diferença de aporte político e institucional à política. É possível também inferir a partir dessas observações que neste momento, diferente das políticas de Previdência e de Saúde, o que foi determinante não foi a luta dos diferentes grupos de interesse dentro dos governos, mas a própria mudança ideológica do governo. A implantação de um novo paradigma de assistência social foi determinada mais pela mudança de governo do que pela força de um dos grupos de interesse da comunidade de política.

REVISÃO DA SEGURIDADE NO PÓS-88: AS POLÍTICAS EM PERSPECTIVA COMPARADA

Observamos aqui que no período pós-Constituição, o governo federal configurou-se como o ator institucional proponente mais importante dentro da arena previdenciária, entretanto, na Saúde ele foi o que mais jogou contra e, por fim, na Assistência, em que as coalizões de defesa eram muito mais frágeis,

precisou da entrada de um governo federal com uma agenda voltada para isso para que as definições constitucionais tomassem corpo de fato. Ou seja, as definições sozinhas, sem um ambiente institucional e político que as acolha, têm seu potencial diminuído sensivelmente, funcionando muito mais como um constrangedor em momentos de retração do que como impulsionador da ação. Mas, quando pensamos nas três políticas formando um sistema, com objetivos comuns, ainda é necessário levantar alguns aspectos que não foram ressaltados.

Primeiramente, é importante ressaltar, que desde o processo constituinte havia um questionamento relativo ao conceito de seguridade introduzido pela Constituição, em torno do que seria a seguridade social e quais políticas deveriam compô-la. A ala conservadora defendia que havia uma inconsistência entre o princípio de seguridade social e o de seguro. Enquanto a ala progressista defendia que o desconforto era função da introdução de solidariedade no sistema e que a inconsistência não existia na medida em que, concomitantemente a Carta definiu as formas para financiamento desses princípios. O que vimos dentro dessas trajetórias foi a disputa dessas duas visões.

Dessa forma, uma dimensão central, é o financiamento, uma vez que houve a institucionalização do uso de parte dos recursos da Seguridade para outros fins. Dentro dessa perspectiva, podemos citar 1) a tentativa inicial de alocar os recursos do Finsocial e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para encargos previdenciários em 1989, com recuo um ano depois dada a impopularidade da medida. 2) A não transferência da parte relativa à Saúde pelo governo, em 1993. 3) Até a criação do Fundo Social de Emergência em 1994, no governo Itamar que, apesar do nome implicava em uma desvinculação do orçamento da seguridade social para fins de estabilização fiscal. Tendo vigorado por dois anos foi rebatizado por Fundo de Estabilização Fiscal até que a partir de 2000 passou a chamar Desvinculação de Receitas da União. Ou seja, desde então se institucionalizou uma forma de dar maior liberdade de ação à política fiscal e financeira por meio da desvinculação de receitas criadas para fins sociais. Apesar de comprida, vale trazer para o texto uma citação de Boschetti que nos dá a magnitude das tentativas de rever o financiamento da SS

“No que se refere ao financiamento da Previdência Social – cujas fontes estão definidas no artigo 195 da Constituição – foram apresentadas 218 propostas revisionais que estão relacionadas direta ou indiretamente à matéria. Desse total, 72 propostas mantêm o conceito de seguridade social, mas explicitam uma nova estrutura de financiamento, a qual pode pressupor ou não especialização de fontes de custeio. Dessas propostas revisionais, 21 propõem explicitamente a separação das áreas da seguridade

da assistência social, ou ainda destinação exclusiva da contribuição dos empregados e empregadores sobre a folha de salários à Previdência Social. Conforme a proposta revisional, as áreas de saúde e assistência social seriam custeadas por orçamento fiscal da união, estados e municípios, e/ou contribuições sobre o faturamento (ou valor adicionado) e lucro. Um total de 12 propostas defendem fonte única de financiamento para a seguridade social com base na contribuição de trabalhadores. Por outro lado, 31 propostas remetem à lei (complementar ou ordinária) a definição das fontes de financiamento, seis das quais sugerem explicitamente a privatização do seguro social e da saúde. (...)" (79)

Esse cenário dá a dimensão da centralidade da discussão de quem paga a conta. Relembrando o que foi dito na introdução deste trabalho sobre dois princípios constitucionais para a SS que são a equidade na forma de participação no custeio e a diversidade das bases de financiamento pode-se entender que as informações contidas na citação acima permitem inferir que sempre houve atores políticos com propostas que contrariavam estes princípios. E não garantir equidade nem diversidade significa colocar o peso do financiamento nas costas de apenas uma minoria o que, por experiência sabemos que não é sustentável. Além disso, é importante agregar a informação de que diante da crise vivida na década de 90 e da necessidade real de ajuste fiscal, para além das questões ideológicas que ali se assistiu, a característica que diferencia a PS da Saúde é que a primeira é inelástica e a segunda não. Dessa forma, a crise econômica afetava de forma diferente as diferentes áreas. No primeiro momento a Assistência ainda não se apresentava uma ameaça dado o orçamento pequeno de uma área em ascensão, a maior prejudicada era a Saúde.

Pelos percursos aqui analisados de cada política pode-se concluir que a ideia original de implementação da SS ainda está em construção, principalmente, no que tange o primeiro princípio que é o da universalidade da cobertura e do atendimento do sistema que pressupõe que todos os cidadãos devem ser protegidos. Ao longo do tempo as medidas tomadas tanto pelos atores políticos quanto pelos grupos de interesses nas duas arenas de política da Previdência e da Saúde sozinhas não atingiriam esse princípio. Isso só é possível de fato quando se inicia um processo que institui uma política de Assistência Social com espaço institucional, verba e suporte do presidente. A maior resistência à AS foi mostrada muito mais no plano ideológico do que pelos resultados de um jogo de soma zero¹². Portanto, era o

¹² Há uma diferença crucial entre as arenas da Saúde e da PS, sendo que a primeira é caracterizada por ser uma política tanto distributiva quanto regulatória, enquanto a política previdenciária caracteriza-se por conflitos de natureza redistributiva (Melo,

conservadorismo que se constituía em obstáculo. O que ficou em jogo com a demora da institucionalização da AS tem haver com aquele debate conceitual inicial de inserção de solidariedade. É na construção de políticas de AS é que se constitui o veio mais forte de solidariedade em um sistema nacional.

Boschetti (2003), em publicação de 2003, defendia que não houve a efetivação da SS primeiro porque houve a permanência de ministérios setorizados e sem articulação entre eles na definição de uma política de seguridade social. Ou seja, nem se criou um Ministério da Seguridade Social com o intuito de construir a vinculação entre as políticas para que passem a ser pensadas de forma sistêmica, nem se realizou tais ações independentemente da criação de um ministério específico. Assim, o que se assistiu foi a manutenção da independência de cada política. O que se viu foi o fortalecimento e construção, quando necessário, de burocracias específicas de cada uma das três políticas fruto da separação institucional das mesmas (Boschetti, 2003).

No entanto, a construção de um ministério unificado poderia significar (pelo menos para os atores da saúde) perda de autonomia da Saúde e de sua capacidade de estimular a base político-institucional descentralizada do SUS em função das necessidades principalmente da Previdência. Na visão dos sanitaristas, essa unificação institucional levantava o risco de que a Saúde voltasse a ficar subsumida à Previdência Social assim como o seu reconhecimento como tema estratégico dentro da proteção social como um todo e de seu direito universal, portanto não contributivo. A necessidade era, portanto de fortalecimento do MS bem como de dar as bases técnicas e administrativas do SUS (Boschetti, 2003, Ipea 2009). O que vemos portanto, é que no processo de construção da SS no Brasil, houve a necessidade de fortalecimento de cada uma das políticas, separadamente, por meio do fortalecimento de suas respectivas burocracias, para que se vingasse a ideia da SS.

Podemos inferir que: apesar de ter havido um processo setorializado de regulamentação infraconstitucional onde não houve preocupação com a organicidade da seguridade mas apenas de cada área específica uma vez que não houve a preocupação com a criação de elementos vinculantes. Apesar de que esta regulamentação ter criado um independência administrativa e financeira entre as políticas reforçando a ideia de três arenas e não de uma arena. O fato é que, ao final do período analisado, a política implementada setorialmente tem sido fortemente pautada pelos princípios constitucionais e os

1993). As políticas assistenciais sociais também são redistributivas e, portanto, conflitivas. No entanto, o percurso seguido por elas no período analisado fez com que os benefícios fossem relativamente concentrados, mas os custos difusos e, portanto, não se produziu grupos de perdedores claros, só de ganhadores.

arreveses conservadores na maior parte das vezes têm tido sucesso nas tentativas de desconstitucionalização das regras.

O que assistimos tem sido a disputa entre dois paradigmas distintos: de um lado, um grupo conservador defendendo revisões constitucionais que retirassem os princípios de solidariedade do sistema na medida em que eles supunham que estes ameaçavam o equilíbrio fiscal do sistema e, de outro lado, os defensores do novo paradigma de sistema de proteção social que incluía a cobertura daqueles que não podem contribuir. Na medida em que as políticas conseguem se consolidar, mesmo que separadamente, na medida em que a Saúde hoje se encontra universalizada, mesmo que isso comporte um sistema dual, e considerando também o nível de cobertura de proteção via AS, a ideia por trás da SS vai sendo consolidada em um processo dinâmico bastante ideologizado.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de A. (SD) “Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.” Mimeo.

ARAÚJO, Elizeu S. (2009) “As reformas da previdência de FHC e Lula e o sistema brasileiro de proteção social. Ver. Políticas Públicas. São Luís, v. 13, n.1, p.31-41, jan./jun.

ARRETCHE, Marta. (2008) “A política da política de saúde no Brasil” in: LIMA, N.T e outros (org) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

AURELIANO, Liana. e DRAIBE, Sônia. (1989) A especificidade do welfare state brasileiro. 1989. Mimeo.

BAHIA, Ligia. (2008) “O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.” In: LIMA, N.T e outros (org) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

BOSCHETTI, Ivanete. (2003) “Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira.” Psicologia e Sociedade: 15 (1): 57-96. Jan./jun.

BOSCHETTI, Ivanete. (2006) Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres e Editora UNB.

DRAIBE, Sonia. (2003) “A política social no período FHC e o sistema de proteção social.” Tempo social – USP, p. 64-101, v.15, n. 2, novembro.

SCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene R e EDLER, Flávio C. (2008) “As origens da reforma sanitária e do SUS” In: LIMA, N.T e outros (org) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

FALEIROS, Vicente de P. . (2000) “As reformas da seguridade social o contexto mundial e o caso canadense.” Estudos e Documentos II, Lisboa, v. 2, n. 4/5, p. 25-50.

FIGUEIREDO, Argelina e LIMONGI, Fernando. (1999), Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional. Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas Editora.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2007) Políticas sociais: acompanhamento e análise. Nº13. Brasília.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2009) Políticas sociais: acompanhamento e análise. Nº17. Brasília.

FIGUEIREDO, Argelina C. e LIMONGI, Fernando. (1998), "Reforma da Previdência e instituições políticas". *Novos Estudos*, 51: 63-90. Julho.

LOWI, Theodor. (1964) "American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory", *World Politics*, 16: 677-715. 1964 ou In: McCool, D. *Public Policy Theories, models and concepts*. 1995.

LOWI, Theodor. (1972) "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". *Public Administration Review*, 32: 298-310. 1972. Ou In: McCool, D. *Public Policy Theories, models and concepts*. 1995.

MARQUES, Rosa M, e MENDES, Áquilas. (2004) O governo Lula e a contrarreforma previdenciária. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 3-15, jul./set. 2004.

MARQUES, Rosa M; e MENDES, Áquilas; GUINO, C.K. e ANDRADE, P.R. (2009) A previdência social: da Constituição à Reforma de Lula. *Revista Textos e Contextos*. Porto Alegre V.8 n.2 p.195-218. Jul./dez. 2009

MELO, Marcus André. (1993), "Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República". *Dados — Revista de Ciências Sociais*, 36,1: 119-63.

MELO, Marcus André. (1997), “As Reformas Constitucionais e a Previdência Social (1993-1996)”, in E. Diniz e S. de Azevedo (eds.), *Reforma do Estado e Democracia no Brasil*. Brasília, Editora da UnB.

MELO, Marcus André. (2004) “Escolha institucional e a difusão dos paradigmas de política: o Brasil e a segunda onda de reformas previdenciárias”. *Dados*, Rio de Janeiro, Vo. 47, n 1, pp.169-206.

MESA-LAGO, Carmelo. (1996) “Las reformas de las pensiones em América Latina y la posición de los organismos internacionales”. *In Revista de la CEPAL*, nº 60. Santiago de Chile.

NAKAHODO, Sidney N. e SAVOIA, José R. (2008) “A reforma da previdência no Brasil: estudo comparativo dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula”. *RBCS*. Vol.23. nº66 fev.

PERES, Thais. (2005). *Comunidade Solidária A proposta de um outro modelo para as políticas sociais*. Civitas Porto Alegre v. 5 n. 1 jan.-jun. 2005 p. 109-126.

PIERSON, Paul. (1994), *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge, England, Cambridge University Press.

POLIGNANO, Marcus V. (SD) “História das políticas de saúde no Brasil uma pequena revisão”. mimeo

SÁTYRO, Natália e CUNHA, Eleonora S.M. (2011) “A entrada da Política de Assistência Social na agenda decisória brasileira: o papel das leis e o papel do presidente” 35º encontro anual da ANPOCS – GT29 Políticas Públicas.

SILVA, Sidney J. (2007) “Reforma da Previdência em Perspectiva comparada executivo, legislativo e sindicatos na Argentina e no Brasil” XIII Congresso Brasileiro de Sociologia. GT21 – Sindicato, Trabalho e Ações Coletivas. 29 de maio a 01 de junho.

SILVA, Maria O. da S., YAZBEK, Maria C. e di GIOVANNI, Geraldo. (2004) *A política social brasileira no século XXI – a prevalência dos programas de transferência de renda*. 3ª Edição. Editora Cortez.

SKOCPOL, Theda. (1996) *Protecting Soldiers and Mothers*.

STRALEN, Cornelis J. van (1996) *The struggle over a national health care system: the movimento sanitário and health policy-making in Brail: 1960-1990*. Utrecht: University Utrecht.

EVANS, Peters; RUESCHEMEYER, Dietrich e SKOCPOL, Theda. (1994) *Bringing the State Back in*. Cambridge University Press.

TEIXEIRA, Sonia M. F. (1994). *A montagem do padrão de seguridade social na América Latina: cooptação e regulação*. In: *Estado Sem Cidadãos*.

TEIXEIRA, Sonia F. (1985) *Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social*. *Caderno de Saúde Pública*. RJ 1(14):400-417, out dez.

UGÁ, Maria A. e MARQUES, Rosa, M. (2008) “O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos” In: LIMA, N.T e outros (org) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.