

# Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil\*

Nilson do Rosário Costa\*\*

Sumário: 1. Reforma sanitária e questão sindical; 2. Sindicalismo e democracia; 3. Esfera política e organização de interesses.

Palavras-chave: políticas públicas; sistemas de saúde; proteção social; cidadania e organização sindical.

Questão da organização de interesses. Processo de reforma sanitária brasileira nos anos 80. Dilema do sistema de saúde. Ideário da cidadania no Brasil.

## **Public policies, rights and interests: sanitary reform and trade unionism organization in Brazil**

This work brings into focus, in the study of public policies, the issue of the organization of interests in order to understand the dilemmas in the Brazilian process of sanitary reform in the '80s. The study underlines the importance of creating scenarios where social actors may assert privileged and exclusive forms of access to benefits or to public resources. It presents an analysis of the dilemma faced by the health system between a universalist and redistributive project, innovative as to prepositions of equity, and the roll of exclusive and fragmented demands, negotiated by sectors with a greater bargaining power.

The autor concludes that the possibility of an enlarged set of ideas on Brazilian citizenship depends on the country's capacity of defining, in the societal plan, the many problems of a fragmented organization of interests.

## 1. Reforma sanitária e questão sindical

A literatura sobre o processo de democratização tem ressaltado a baixa eficácia das políticas públicas setoriais na superação do "hiato social" brasileiro, ou seja, na atenuação das grandes desigualdades. A configuração assumida pelo sistema de saúde nos anos 80 e 90 tem sido tomada como exemplo expressivo do fracasso das pautas de proteção social.

As avaliações consensuais sobre a "falência" da rede pública de proteção social apresentam como principal característica a eleição de variáveis descritivas e impressionistas para a produção do julgamento, o que implica abandonar qualquer esforço de análise sobre a constelação de interesses que condicionam a implementação das políticas públicas, como sugerem para o caso brasileiro Mello e Castro (Mello, 1991; Castro, 1989).

A leitura impressionista tende a definir o fracasso das políticas de proteção, seja como um subproduto do regime de acumulação, que se armou de um Estado impermeável ao problema da reprodução da força de trabalho, seja como consequência de relações de poder originadas do clientelismo, do compadrio, da cultura do favor, que introduziram elementos disfuncionais ou não-rationais na implementação dos programas setoriais.

\* Artigo recebido em jul. e aceito em set. 1994. Este artigo é parte do projeto Políticas de Saúde nas Décadas de 80-90, apoiado pelo Programa Papes/Fiocruz e pelo CNPq.

\*\* Pesquisador do Grupo de Investigação em Saúde (GRIS)/ENSP/Fiocruz e professor da UFF. (Endereço: ENSP/DGS — Rua Leopoldo Bulhões, 1.480/9º andar — 20041-210 — Rio de Janeiro — RJ.)

Neste texto pretende-se relativizar essas hipóteses, problematizando o tema da organização de interesses para compreender os impasses dos projetos de inovação política formulados para o setor saúde na década de 80, e ressaltar a constituição de arenas onde atores sociais asseguram formas privilegiadas e exclusivas de acesso a benefícios sociais.

Nos anos 80, desenvolve-se no setor saúde um projeto com pretensões redistributivas, sintetizado na expressão “reforma sanitária”, que, como em outras experiências históricas, identifica as inovações propostas quanto às noções de equidade e justiça no campo médico-sanitário.

O imaginário da reforma sanitária tem servido para designar, como lembra Cohn (1989), as iniciativas de reformulação normativa e institucional que colocaram explicitamente na agenda pública o debate sobre o direito universal à saúde.

O lema “saúde — direito dos cidadãos, dever do Estado”, consagrado como princípio constitucional em 1988, resumiu uma longa trajetória de inovações políticas que visaram assegurar, para todo habitante do território brasileiro, o acesso universal à oferta de atendimento integral à saúde sob o mandato público.

Como apontam Favaret e Oliveira (1989), a proposta de “universalização” do acesso a todos os níveis de atenção à saúde, independentemente do lugar no mercado de trabalho, confrontou o desenho histórico da cidadania regulada e sua expressão na política sanitária.

A reforma sanitária colocou na agenda a proposta do Sistema Único de Saúde, para justificar a gestão unificada de todos os serviços de saúde em cada nível de governo; a criação de um fundo público solidário de financiamento no bojo de um orçamento específico da seguridade social; a institucionalização de mecanismos públicos de regulação e controle das ações e atividades que afetem as condições sanitárias coletivas e individuais, e o estímulo ao concerto de interesses através da participação nos conselhos de saúde (Cordeiro, 1991).

O projeto apresentou uma agenda redistributiva com a eliminação da contribuição previdenciária como pré-condição para o direito ao atendimento, permitindo teoricamente a realização de uma significativa transferência de recursos dos segmentos que contribuem para o financiamento do sistema na direção dos não-contribuintes.

A proposição da reforma sanitária sugeria assim uma ruptura, que alguns definem como “pioneira”, no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então mantido intacto em seus traços essenciais. “Com ela surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, ao qual deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal constitutiva da oferta dos serviços que lhe são inerentes” (Favaret & Oliveira, 1989:8).

É óbvio que algumas das soluções para a incorporação das “populações marginais” ao mercado consumidor de atendimento público de saúde surgiram no regime autoritário, em meados dos anos 70. Ainda assim, é importante destacar o conflito, aguçado particularmente nos anos 80, entre um modelo de reforma setorial explicitamente inspirado no paradigma da proteção social universal e solidária e a dominância, nas organizações de interesses, de demandas por atendimento privado autonomizado do mandato público.

A literatura chegou a denominar essa tensão de “tendência estrutural” nas demandas, a qual caracterizaria dois modelos: um mais próximo do sistema de saúde norte-americano, com o crescimento — em resposta às reivindicações das organizações de interesses — da oferta do atendimento médico-hospitalar através do seguro-saúde; outro, resultante

da ação compensatória ou inercial do sistema público, aparentemente dirigida às populações não-organizadas ou de menor poder de barganha. Embora a literatura erre ao supor uma dualidade tão rígida entre os sistemas e subestime a robustez do setor público que financiou, no ano de 1987, 70% das internações hospitalares no país (Datusus, 1994), a imagem serve pelo menos para efeitos analíticos.<sup>1</sup>

É possível sustentar que um aspecto determinante dessa “tendência estrutural” foi a ativa opção pelo atendimento diferenciado das organizações intermediárias que articulam interesses, como os sindicatos e associações profissionais e funcionais.

Essas demandas contribuíram para a consolidação do mercado diferenciado de assistência médica no Brasil, que não só é autônomo ante o mandato público, mas que, principalmente, questiona as concepções fundamentais de solidariedade subjacentes ao projeto de Sistema Único de Saúde e universalização de direitos.

Essa tensão entre uma agenda publicista e a organização de interesses é a problemática central e específica dos anos 80, embora a questão da diferenciação da assistência médica para a força de trabalho ativa não constitua uma novidade. Está na própria gênese da cidadania social brasileira, que condicionou desde os anos 30, através do vínculo contributivo, o acesso a serviços de internação hospitalar e atendimento ambulatorial.

A novidade é que, no início da década de 70, em decorrência da ruptura imposta pelo regime militar no arranjo institucional do populismo, fizeram-se alterações significativas na escala e no escopo dos benefícios de políticas sociais. Essa ruptura significou a ampliação dos beneficiários, com o acesso de autônomos, empregadas domésticas e trabalhadores rurais a alguns dos serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais da previdência social até então restritos às categorias do mercado de trabalho formal urbano.

Essa mudança pulverizou em definitivo a organização por categoria funcional dos serviços de saúde da previdência social e impulsionou também a oferta de leitos privados para responder aos novos consumidores de internação hospitalar e cuidado ambulatorial. Além disso, uma especial “rediferenciação” seria feita entre os prestadores privados com o estímulo à prestação de assistência por empresas médicas especializadas para a força de trabalho de grandes empresas. De qualquer modo, nessa fase, precisamente na década de 70, a expansão da oferta de atendimento médico deu-se através do impulso público e sob patrocínio da previdência social.

O campo da medicina empresarial voltado para a força de trabalho ativa e formalizada respondeu a essas mudanças no sistema de assistência médica previdenciário com um peculiar desenvolvimento e uma legitimação social, principalmente nas décadas de 80 e 90. Se nas greves do ABC, em fins da década de 70, a “medicina de empresa” foi vista como parte do esforço de “controle sobre a força de trabalho”, nos anos subsequentes a demanda por assistência médica diferenciada da oferta da previdência social e, posteriormente, do SUS transformar-se-ia em item da agenda de negociação coletiva por força do grande anseio por serviços sociais advindos das bases sindicais.

Uma pesquisa da Central Única dos Trabalhadores (CUT) mostrou que 49,5% dos sindicalizados da Grande São Paulo, dos setores metalúrgico, químico, construção civil,

---

<sup>1</sup> Da mesma forma que a imagem do “triângulo” proposta por Vilaça (1991) para descrever as diferenças entre os três subsistemas de saúde no país merece uma análise detalhada, que faço no texto sobre a avaliação das políticas sociais na década de 80 e a agenda neoliberal.

têxtil, bancário, comerciário e transporte coletivo, tinham como principal motivo para a entrada no sindicato a possibilidade de acesso a serviços sociais (CUT, s.d.).

As convenções coletivas de quatro sindicatos de São Paulo, em fins da década de 80, fazem referências explícitas aos convênios médicos, apesar de incluírem pautas de saúde do trabalhador extremamente inovadoras e complexas (quadro 1). A mesma característica apresenta a agenda de eletricitários, bancários, aeroviários, sindicatos metalúrgicos da Grande Belo Horizonte e trabalhadores das áreas de telecomunicações e processamento de dados, a qual revela um igual leque de reivindicações quanto ao controle dos riscos sanitários e à regulação do processo de trabalho, não havendo, no entanto, quaisquer referências a pautas de política de saúde que considerassem as necessidades da população estruturalmente fora do processo produtivo (quadro 2).

**Quadro 1**  
**Temas das cláusulas de saúde nas convenções coletivas de quatro sindicatos**  
**São Paulo**  
**1989**

---

Auxílio funeral

Indenização por morte ou invalidez

Complementação do auxílio previdenciário

Estabilidade do acidentado ou doente profissional

Medidas de proteção contra riscos

Acesso do sindicato a informações sobre acidentes de trabalho

Comissões técnicas paritárias para estudos na área

Fornecimento gratuito de uniforme e EPI

Fornecimento de água potável

Plantão ambulatorial noturno nas empresas

Abregrafias pagas pelas empresas

Profissionais do Sesmt: funções exclusivamente preventivas

Fornecimento gratuito de medicamentos aos acidentados

Treinamento e informação aos trabalhadores sobre riscos ambientais

Direito de recusa ao trabalho por risco grave ou iminente

Convênios médicos

Acesso do trabalhador aos resultados dos exames médicos

Indenização por assalto, morte e doença

Pausa e rodízio em função do ritmo de trabalho aumentado por novas tecnologias

Garantia de remanejamento na empresa para trabalhadores com tenossinovite

Cipas:

- comunicação ao sindicato do calendário de eleição dos membros da comissão e dos eleitos;
  - acompanhamento do processo eleitoral;
  - prazo para realização do curso para cipeiros.
- 

Em fins da década de 80, a demanda por serviços supletivos de saúde tornou-se componente implícito das negociações entre capital e trabalho. Examinando os acordos coletivos da Petrobrás (1979-90), dos bancários do Rio de Janeiro (1978-90), dos bancários de São Paulo, Paraná, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (1988), entre outros, percebe-se que a preocupação de ampliar o universo dos beneficiários prendeu-se apenas à garantia do direito à assistência para o trabalhador e seus dependentes na hipótese de perda do emprego.

Quadro 2  
Grande Belo Horizonte  
Cláusulas referentes à saúde no trabalho nas pautas para  
negociação coletiva de oito sindicatos  
1989/90

---

1. Aspectos já definidos na legislação previdenciária (Lei nº 6.367/76) ou na legislação trabalhista (CLT e Portaria 3.214/78):

- emissão da CAT pela empresa;
  - privilegiamento das medidas de proteção coletiva em relação às de proteção individual (item 6.2 da NR-6);
  - fornecimento gratuito de uniformes (item 6.2 da NR-6);
  - fornecimento ao trabalhador de cópia dos exames médicos e laboratoriais realizados na empresa (item 1.7 da NR-1);
  - realização gratuita de exames médicos admissionais, periódicos e demissionais (item 7.1 da NR-1);
  - informação aos trabalhadores sobre o risco a que estão expostos em sua função (item 1.7 da NR-1);
  - pagamento de adicionais de insalubridade e periculosidade (item 15.2 da NR-15 e NR-16).
- 

2. Aspectos que refletem novas necessidades, identificadas nas ações em defesa da saúde:

- complementação, pelas empresas, do valor do auxílio acidentário;
  - estabilidade no emprego para acidentados do trabalho ou doentes profissionais;
  - garantia de remanejamento dos reabilitados para função condizente com seu estado de saúde;
  - acesso do assessor de saúde do sindicato às empresas;
  - participação do sindicato em perícias dos ambientes de trabalho e em comissões técnicas de saúde;
  - acesso a informações sobre saúde: acidentes de trabalho e doenças profissionais na empresa, resultados de avaliações ambientais, plano de trabalho do Sesmt;
  - Cipas:
    - presidente eleito pelos trabalhadores;
    - eleição direta de todos os membros;
    - comunicação ao sindicato do desencadeamento do processo eleitoral;
    - direito do sindicato de promover o curso de treinamento de cipeiros;
    - liberação de carga horária semanal dos cipeiros para atividades preventivas;
    - autonomia administrativo-financeira da Cipa;
    - estabilidade dos cipeiros por dois anos.
- 

3. Aspectos relacionados com os impactos das novas tecnologias sobre a saúde:

- divulgação prévia da implantação de novas tecnologias;
  - realização de estudos sobre suas repercussões na saúde;
  - redução da jornada de trabalho em funções críticas;
  - estabelecimento de pausas durante a jornada;
  - pagamento do adicional de penosidade.
- 

Fonte: Diesat. In: Fórum Nacional sobre Segurança e Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho, Brasília, 1993.

A proposta de Contrato Coletivo de Trabalho dos Bancários, feita pelo Departamento Nacional dos Bancários da Central Única dos Trabalhadores, expressou bem esse projeto: "as empresas obrigam-se a custear, integralmente, as despesas decorrentes da manutenção de convênio médico, odontológico e hospitalar que beneficie o empregado dispensado e seus dependentes legais até 365 dias após a data do desligamento do empregado" (CUT, 1989). Essa preocupação com o trabalhador desempregado e, portanto, dependente do atendimento público apareceu em vários outros acordos, atestando não só o reconhecimento pelos sindicatos das grandes dificuldades de realização, fora do circuito

do trabalho, de alguns direitos essenciais de assistência à saúde, mas também o distanciamento ativo da agenda publicista.

Essa disposição para excluir das negociações no nível da empresa ou do setor produtivo os temas de políticas gerais, longe de ser apenas um produto da imposição unilateral das burocracias públicas, parece estar na gênese da cultura associativa sindical brasileira. Essa cultura da diferenciação explica a grande mudança na oferta de serviços de atendimento médico desvinculada do orçamento público e orientada para o “mercado”, a qual, além da medicina de grupo, ganhou o reforço de outras modalidades como cooperativa médica, autogestão, seguro-saúde, plano de administração, que já atendiam a 37,5 milhões de pessoas em 1993, dos quais 2/3 tinham acesso aos benefícios através do vínculo de emprego.

Quadro 3  
Faturamento e cobertura da assistência privada autônoma (1993)

Tipo	Faturamento	Associados
Empresas de medicina de grupo	US\$2,1 bilhões	16 milhões
Seguro-saúde	US\$778 milhões	5 milhões
Cooperativas de médicos (Unimed)	US\$1,75 bilhão	8,5 milhões
Autogestão	US\$2 bilhões	8 milhões
Total	US\$6.628 bilhões	37,5 milhões

Fonte: Ministério da Fazenda e entidades do setor citadas por *O Globo*, 21-6-1994, p. 18.

O mais sério dos paradoxos é que esse processo transcorreu em um contexto de razoável institucionalização da representação sindical nos fóruns de gestão e formulação das políticas públicas de saúde, principalmente a partir das mudanças legais sugeridas pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Não raro, as representações sindicais pugnaram por teses publicistas, quando não estatizantes, apesar de sustentarem uma agenda auto-referida e segmentadora nas mesas de negociação. Esse paradoxo indica uma razoável inconsistência na relação entre a representação institucional e o curso dos interesses das categorias representadas nos fóruns de participação.

Os novos e ambíguos compromissos que as organizações de interesse estabeleceram com o Estado brasileiro nos anos 80 estão implicitamente presentes nesse debate setorial, desde o momento em que foram instituídas as representações funcionais para dar suporte às proposições de inovação da política de saúde. Invocou-se a mediação das organizações sindicais e profissionais, de usuários e empresários, para concertar a implementação da política no setor.

Havia nesse movimento o reconhecimento implícito de que a ação do sistema partidário, do Poder Legislativo, dos executivos e das burocracias, e as reivindicações dos movimentos sociais no sentido estrito não asseguravam condições de governabilidade para o desenvolvimento da idéia de um Sistema Único de Saúde redistributivo e público.

Na proposta dos mecanismos colegiados de participação esperava-se criar consenso e solucionar os conflitos por benefícios e privilégios, dando forma aos dispositivos constitucionais e legais de coordenação entre os vários órgãos do aparelho estatal e de articulação entre organizações de interesses.

É sempre útil recordar a sugestão de Offe (1989) quanto aos três níveis de problemas referentes à estratégia de institucionalização do conflito ou de atribuição de *status* público a grupos de interesse para a implementação, formulação ou regulação da política pública:

- a) o nível da consciência e do sentido de identidade coletiva e os valores dos membros que constituem os grupos de interesse;
- b) as diferenças de oportunidades sócio-econômicas que estratificam conjuntural ou estruturalmente os beneficiários de políticas setoriais;
- c) as formas e as práticas institucionais que são proporcionadas ao grupo de interesse pelo sistema político e a estrutura burocrática e que atribuem um *status* especial na formulação e no desenvolvimento das políticas.

Analisando o caso da saúde em fins da década de 80, percebe-se o rápido crescimento das instâncias formais de participação colegiada, abrigadas num esforço institucional e legal extremamente denso, que mesmo assim não provocou grandes alterações na forma fragmentada e competitiva de mediação de interesses no setor. Essas instâncias tiveram como perspectiva a possibilidade de impor certa dose de autocontrole, disciplina e responsabilidade aos grupos de interesse e de tornar mais previsível e solidária a interação entre os interesses organizados, o Legislativo e as esferas de governo.

As proposições reformistas não se inibiram em sugerir formalmente a participação desses grupos de interesse — eufemisticamente conhecidos como usuários, prestadores de serviços, sociedade civil, trabalhadores da saúde — como parceiros para efeito de controle, regulação, formulação, deliberação e mesmo implementação de algumas políticas localizadas.

A estratégia de institucionalização do conflito foi formalizada nos conselhos de saúde propostos para todos os níveis de governo. Os conselhos buscaram (e buscam) a articulação das estruturas de representação (sindicatos, associações, representações profissionais etc.) diferenciadas do ponto de vista dos interesses e do acesso a benefícios sócio-econômicos.

O fato de as dificuldades dessas estruturas de representação formal expressarem as demandas cooperativas e solidárias parece ser óbvio, visto que, na última década, a agenda de reivindicações dos grupos fortaleceu-as com maior poder de barganha. No caso da saúde, esse processo está fortemente associado, no que diz respeito à assistência médica, à descontinuidade entre as deliberações dessas estruturas de representação nas instâncias formais colegiadas e o conteúdo das negociações dos liderados em outras arenas decisórias particulares, que afetaram duramente o modelo assistencial publicizado e universal proposto pelo projeto de seguridade social. Fortalecem-se, no plano da ação dos atores sociais substantivos, as formas de seguro e os serviços próprios das empresas.

## **2. Sindicalismo e democracia**

Para melhor compreender esse veto implícito à agenda universalizante, é necessário primeiramente desenvolver certa relativização das interpretações sobre a relação capital/

trabalho no país, que permaneceram durante longo tempo calcadas exclusivamente na lógica do corporativismo estatal, ou seja, a tese da provisão antecipada pelo Estado das reivindicações do mundo do trabalho (Buchanan, 1989).

Nessa perspectiva, a formulação das políticas públicas que envolvem sindicatos, empregados e burocracia estatal seria hegemônica pela iniciativa das elites governamentais, não ocorrendo parceria social pela definição tutelar das regras do jogo.

Em segundo lugar, é obrigatório rever as interpretações triunfais sobre o papel das organizações sindicais na construção da democracia no contexto da transição, principalmente em relação à agenda de política social.

No caso, seria aprofundar a sugestão de Leite Lopes (1991) de refletir e reinterpretar as práticas geradas pelas leis sociais na história social do sindicalismo e dos trabalhadores brasileiros para relativizar os estudos gerais e nacionais que criaram um senso comum sobre esse tema.

Em relação à conjuntura dos anos 70-80, a literatura tendeu a concentrar a atenção apenas no ativismo das demandas sindicais que tiveram um apelo democrático radical quando se confrontaram com o modelo ditatorial de gestão do aparelho sindical do regime militar (Boito Jr. et alii, 1991).

No entanto, pouca ou nenhuma atenção foi dada ao conteúdo substantivo dessas demandas que, no campo dos direitos sociais, não se opunham, na essência, ao figurino da cidadania fragmentada criado nos anos 30. Isso pode ratificar o argumento sobre a existência de um hiato entre a força do movimento trabalhador no plano das demandas imediatas e sua insignificância como força propulsora de políticas redistributivas (Almeida, 1988).

É necessário comentar que o processo de democratização brasileiro no bojo da crise de legitimação do regime militar não interpelou a sociedade do ponto de vista da organização dos interesses, apesar de todos os apelos para as saídas pactuadas nas repetidas situações de crise.

Por estar centrada no sistema político tradicional e impregnada pela crença tecnocrática na possibilidade de reforma do regime de acumulação “pelo alto”, a transição brasileira não problematizou na cultura política as alternativas de concerto e pacto entre atores substantivos para a produção de uma agenda redistributiva, a exemplo das situações clássicas analisadas por Regini (1984, 1987).

Uma referência clara da centralização da mudança no Estado foi o Plano Cruzado, em meados da década passada, através do qual as elites democratizantes tentavam viabilizar um modelo de política redistributiva.

É cabível relacionar esse modelo de construção das reformas pelo “alto” à compreensão do processo de democratização no país dos anos 80, que assumiu acriticamente a idéia de que é possível produzir mudanças ou arranjos redistributivos sem que atores fundamentais sejam convocados a dramatizar sobre a agenda de ganhos e perdas, como a experiência histórica sugere (Lowi, 1964). O encaminhamento da reforma sanitária no Brasil pode ter sido também obstaculizado por essa compreensão restrita das alianças no campo político.

Essa tese é reconhecida por Fiori quando afirma que “os reformistas assumiram a responsabilidade pelas mudanças e acreditaram na possibilidade de reverter um quadro de profunda crise através do simples manejo administrativo, ainda que inovador [do] Estado” (Fiori, 1991:4).

As observações de Teixeira sobre a conjuntura dos anos 80, no auge do Plano Cruzado, exemplificam a crença na possibilidade da mudança a partir da produção de uma agenda administrativa para o setor saúde. Comentando a desarticulação institucional e a precariedade da saúde da população brasileira em meados daquela década, disse a autora: “No que tange ao governo da Nova República, não se pode esperar dele a transformação desse quadro, já que os espaços ocupados pelas antigas oposições no aparelho estatal de condução da política de saúde foram, até o momento, incapazes de capitanear a mudança necessária. Se no campo econômico o projeto governamental parece claro, bem como são visíveis a vontade política de mudança e os instrumentos necessários à sua implementação, o mesmo não se passa na área social. Há uma recorrência no discurso político à prioridade dada ao social, que não se faz acompanhar por medidas que explicitem qual o caminho a seguir” (Teixeira, 1986:82).

Souza Campos qualificou esse movimento de transformação setorial como “uma tentativa de impor reformas ‘por cima’, por intermédio do aparelho estatal, o que requer a participação do governo, seja lá qual for a composição de forças que ele represente” (Souza Campos, 1988:181). Esse autor situou setorialmente as contradições substantivas no processo de transição democrática nas representações, que provocam o pensamento reformador na saúde da relação entre inovação política e sociedade.

A seu ver “foram os técnicos envolvidos no estudo, na administração e no planejamento da atenção médico-sanitária os principais artífices e divulgadores dessa política, a maioria deles pertencente à burocracia governamental ou às universidades, os que elegeram como principais interlocutores os ocupantes de cargos no Poder Executivo ou nos esquemas político-partidários dominantes. Ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui o principal agente das transformações teria sido o ‘partido sanitário’, encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas” (Souza Campos, 1988:182).

Essas observações de Souza Campos atenuam a representação mais simplificada de que teria havido uma reforma sanitária no Brasil apoiada em um movimento social clássico. O autor defende que a base social de formulação e sustentação desse movimento de inovação política estava entre sanitaristas, intelectuais progressistas e burocracia pública. Ou seja: a proposição da agenda setorial teve um ponto de partida predominantemente estatal, o que de modo algum a torna uma formulação de menor importância.

A principal restrição à análise do autor é o falso pressuposto de que as organizações do mundo do trabalho, especialmente os sindicatos, já apresentassem nesse momento do debate da reforma sanitária uma agenda alternativa para a ampliação do direito à saúde.

Nossa investigação sobre a formação da agenda social do sindicalismo nos anos 80 sugere que se abandone essa interpretação das relações entre o projeto de reforma, as burocracias governamentais e as organizações de interesses. Implica reconsiderar em que extensão as modalidades de organização de interesses do mundo do trabalho, restauradas no período 1970-80, teriam efetivamente soterrado por completo a velha ordem corporativa, viabilizando um “novo sindicalismo”. Sobretudo, indagar sobre o papel desempenhado por essas organizações de interesse na consolidação de tendências nas políticas sociais setoriais, especialmente a de saúde, que reforçaram pautas excludentes para a organização da assistência.

É fundamental, para compreender a relação do movimento sindical com essa formação do setor saúde, levar em conta que as novas modalidades de organização de interesses e de negociação, surgidas na década de 80 e início da de 90, modificaram de fato o papel do Estado na definição da agenda de direitos sociais e da política salarial, colocando num plano central a discussão direta entre sindicato e empresário (Rodrigues, 1992).

O sistema de representação sindical na sociedade brasileira apresentou grandes mudanças ao longo da década de 80, o que reforça em parte a tese da crise da estrutura corporativa. Sem dúvida, a crise do regime militar provocou um progressivo afrouxamento do controle governamental sobre a vida interna dos sindicatos, ascendendo ao comando administrativo correntes sindicais reivindicativas e de orientação antigovernamental. Parte dos sindicatos passou a ser utilizada para organizar e dirigir em negociação direta com o empresariado.

A maior expressão desse processo foram as greves de massa do ABC dos anos 1978-80. Outro marco foi a criação, em 1983, da Central Única dos Trabalhadores (CUT), da Central Geral dos Trabalhadores (CGT), em 1986, e de várias outras subdivisões ao longo da década de 80 e início da de 90 (Força Sindical).

Cabe registrar que em 1985 o Ministério do Trabalho suspendeu o controle direto das Delegacias Regionais do Trabalho sobre as eleições sindicais e abandonou a prática de depor as diretorias sindicais que se opusessem à política econômica. Por fim, a Constituição de 1988 aprofundou o processo de liberação ao impor limites legais à ingerência direta do Estado na gestão dos sindicatos.

Esse novo sindicalismo, especialmente aquele vinculado à CUT, está predominantemente associado à defesa da liberdade de formação e atuação sindical, ao fim da contribuição compulsória e ao sindicalismo estruturado pela base, com ênfase nas comissões de fábrica.

A literatura atesta que a reorganização do sindicalismo brasileiro foi operada com grande rapidez e dinamismo. A formação das várias centrais sindicais e também o espaço político conquistado pelo sindicalismo na vida política e econômica seriam a comprovação desse novo lugar ocupado na sociedade brasileira.

Contudo, algumas interrogações podem ser dirigidas a estes novos tempos: primeiro, como esse trabalho organizatório perderia parte de sua eficiência política global ante as profundas rivalidades existentes no meio sindical: discrepâncias existentes nas classes assalariadas, agravadas pela entrada na luta trabalhista dos segmentos sociais tradicionalmente de classe média (médicos, engenheiros, professores, funcionários públicos etc.); segundo, as diferenças de compreensão que atores e partidos políticos explicitam no plano prático sobre o papel das organizações sindicais na sociedade brasileira (Rodrigues, 1991).

Apesar das novas formas de negociação direta, a competição entre as centrais sindicais e as orientações ideológicas de liderados e lideranças estabeleceram também limites à capacidade do movimento sindical para transcender a lógica da ação coletiva instrumental e fragmentada. No entanto, essas diferenças não alteraram a situação privilegiada que esses grupos de interesse asseguraram na estrutura de oportunidades sócio-econômicas do país, traduzida no acesso conjuntural diferenciado a benefícios sociais e salariais, em relação à população do mercado informal de trabalho ou já afastada do processo produtivo.

A base social desse novo sindicalismo estava, principalmente nas décadas de 70 e 80, nos sindicatos mais fortes que se concentravam nos setores oligopolizados, tanto por

razões econômicas quanto político-institucionais (Amadeo & Camargo, s.d.). Para esses autores, foi nessas grandes empresas industriais que se concentrou a grande maioria dos trabalhadores mais qualificados; nelas a estrutura do processo produtivo facilitou a organização e os sindicatos conseguiram os melhores ganhos salariais e benefícios indiretos, como os planos de saúde ou a recriação de serviços próprios nas empresas. Foram os ramos que desenvolveram negociações coletivas setoriais favoráveis às demandas dos trabalhadores, mas que tenderam a produzir, no plano macroeconômico, um impacto socialmente danoso na formação dos preços inflacionários desses bens (Amadeo & Camargo, s.d.:72-81).

### **3. Esfera política e organização de interesses**

As relações entre essas estruturas mediadoras da ação coletiva por interesses e o contexto da transição dos anos 80 foram rotuladas corretamente por Werneck Vianna como “revolução dos interesses”, emancipada da repressão e da institucionalidade corporativa, mas, no entanto, “alheia, quando não hostil, à esfera da política e da opinião”, tendendo, “na melhor das hipóteses, a um neofabianismo de luta por direitos e omitindo-se da proposição de uma alternativa de reordenação democrática para toda a sociedade. As lutas por interesses e sua subsequente radicalização à margem das lutas democráticas gerais importam o efeito inesperado da configuração do padrão privatístico da sociabilidade legado pelo regime autoritário” (Vianna, 1990:9).

A dificuldade da ação coletiva para superar o padrão restrito de organização de interesses contrapôs, na imagem de Werneck Vianna, “um Estado forte a uma sociedade de indivíduos atomizados, sob a mediação de unidades sociais insuladas na agregação e na luta por interesses” (Vianna, 1990:9).

A análise de Werneck Vianna sobre a fragilidade dos atores sociais incorporada à problemática da construção da democracia (os interesses da comunidade nacional) é diretamente ratificada na leitura que faz Leôncio Martins Rodrigues, quando realça aspectos “ideológicos” de conduta política por parte do novo sindicalismo. “A percepção da realidade como dividida em campos inimigos, entre os quais não pode haver compromisso, dificulta ao sindicalismo ocupar um espaço no interior do sistema decisório e apresentar propostas que sejam, ao mesmo tempo, exequíveis num dado contexto de relação de forças e que avancem além do campo das meras reivindicações defensivas” (Rodrigues, 1990:5).

As observações dos autores podem indicar que, a despeito dos compromissos formais e práticos no plano econômico com a democratização das relações capital/trabalho, nas políticas setoriais o movimento sindical pode ter produzido uma agenda de demandas extremamente instrumental e defensiva, que potencializou o desenvolvimento de uma oferta diferenciada e estratificada de serviços para segmentos da população trabalhadora de maior poder de barganha. No caso do setor saúde, essa hipótese é comprovada pela completa ausência de pautas mais genéricas que envolvam a redefinição da política.

A organização difusa de demandas, ainda que eficiente na recuperação do poder de negociação, provoca o distanciamento, pelo menos simbólico, diante dessa relação da organização sindical com o território das políticas sociais.

Essa investigação sobre as políticas sociais nos anos 80 é um ponto crítico, porque as experiências históricas revelaram que a mediação das organizações de interesses do

mundo do trabalho foram importantes na ampliação das noções de justiça e equidade aceitáveis ou tornadas viáveis pelas políticas governamentais de proteção social (Salisbury, 1970; e Wilson, 1979).

## Referências bibliográficas

- Almeida, M. H. Tavares de. Dificil caminho: sindicato e política na construção da democracia. In: Reis & O'Donnel (orgs.). *A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo, Vértice, 1988.
- Amadeo, E. & Camargo, J. M. Relações entre capital e trabalho no Brasil. Perspectivas e atuação dos atores sociais. PUC, s.d. mimeog.
- Boito Jr., Armando et alii. *O sindicalismo brasileiro nos anos 80*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- Buchanan, P. G. Plus ça change? A administração nacional do trabalho e a democracia no Brasil (1985-1987). *Dados*, Rio de Janeiro, IUPERJ, 32 (1), 1989.
- Castro, Maria Helena Guimarães de. Interesses, organizações e políticas sociais. Nepp/Unicamp, ago. 1989. mimeog.
- Castro Gomes, Angela de. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro, IUPERJ/Vértice, 1988.
- Central Única dos Trabalhadores (CUT). *I Seminário de Saúde*. São Paulo, Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo, s.d.
- . *Contrato coletivo dos bancários*. São Paulo, 1989.
- Cohn, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. In: *Lua Nova*, São Paulo, Cedec/Marco Zero (19), nov. 1989.
- Cordeiro, Hésio. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Ayuri/Abrasco, 1991.
- Datasus. Síntese, 1994.
- Draibe, S. M. *As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas. Para a década de 90*. Brasília, Ipea, 1990.
- Faveret, P. & Oliveira, P. J. de. *A universalização excludente — reflexão sobre a tendência do sistema de saúde*. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI, 1989.
- Fiori, J. J. Democracia e reformas: equívocos. Obstáculos e disjuntivas. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI, 1991. (Textos para Discussão.)
- Leite Lopes, José Sérgio. Lectures savantes d'un syndicalisme paradoxal. La formation de la classe ouvrière brésilienne et le syndicat officiel. *Genesis*, Paris (3), mars 1991.
- Lowi, T. American business, public policy, case studies and the political theory. *World Politics*, 16, 1964.
- Mello, Marcus André B. C. Interesses, atores e ação estratégica na formação de políticas sociais: a não-política da casa popular (1946-1947). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Anpocs (15), fev. 1991.
- Mendes, Eugênio V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília, Opas, 1991. mimeog.
- Offe, Claus. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo, Brasiliense, 1989.

Regini, M. The conditions for political exchange: how concertation emerged and collapsed in Italy and Great Britain. In: Goldthorpe, J. H. (ed.). *Order and conflict in contemporary capitalism: studies in political economy of Western Europe nations*. Oxford, Clarendon Press, 1984.

———. Social pacts in Italy. In: Scholten, Ilya (ed.). *Political stability and neo-corporatism*. London, Sage, 1987.

Rodrigues, Leôncio M. A CUT e seus dois destinos. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 7-10-1990.

———. As tendências políticas na formação das centrais sindicais. In: Boito Jr. (org.). Op. cit., 1991.

———. Na década dos trabalhadores. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 27-6-1992.

Salisbury, R. H. The analysis of public policy: a search for theories and roles. In: Ranney, Austin (ed.). *Political science and public policy*. Chicago, Markham, 1970.

Souza Campos, G. A reforma sanitária necessária. In: *Reforma sanitária — Itália e Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1988.

Teixeira, Sonia M. Fleury. Reforma sanitária: utopia inadiável. *Presença* (81), set. 1986.

Vianna, Luis Werneck. Despotismo e *apartheid* social. *Jornal do Brasil*, 19-8-1990.

Wilson, G. K. Why is there no corporatism in the United States? In: Lembruch & Schmitter (eds.). *Trends toward corporatist intermediation*. London, Sage, 1979.