

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

de Rezende, Mônica; de Faria Baptista, Tatiana Wargas; Amâncio Filho, Antenor
O LEGADO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO
PARA A INTERSETORIALIDADE

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 13, núm. 2, mayo-agosto, 2015, pp. 301-322

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756980008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O LEGADO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO PARA A INTERSETORIALIDADE

THE LEGACY OF THE CONSTRUCTION OF THE BRAZILIAN SOCIAL PROTECTION SYSTEM FOR INTERSECTORIALITY

EL LEGADO DE LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL BRASILEÑO PARA LA INTERSECTORIALIDAD

Mônica de Rezende¹

Tatiana Wargas de Faria Baptista²

Antenor Amâncio Filho (*in memoriam*)³

Resumo Este estudo buscou compreender quais os limites e possibilidades para a intersectorialidade foram gerados no processo de conformação do sistema de proteção social brasileiro. Ele se justifica pela potencialidade atribuída à intersectorialidade de superar a fragmentação dos conhecimentos e estruturas da sociedade, criando espaços de compartilhamento e diálogo necessários à solução dos problemas complexos, bem como pela possibilidade de entender os desafios que se colocam diante do dilema de operar questões intersectoriais em ambientes tradicionalmente setoriais. O texto divide-se em três partes: primeiro, trabalha-se a noção de 'intersectorialidade'; em seguida, delinea-se a construção e as características do sistema de proteção social brasileiro; finalmente, discute-se como a conformação institucional resultante de sua configuração interfere na forma de articular políticas sociais. Concluiu-se que o processo de desenvolvimento e a trajetória de construção do sistema de proteção social brasileiro foram marcados por elementos que produziram um ambiente pouco favorável à intersectorialidade. Um primeiro esboço de articulação intersectorial ocorreu no escopo da discussão sobre o 'desenvolvimento social', que aconteceu tardiamente no Brasil, e parece ter tentado reverter o estigma de baixa eficácia e efetividade das políticas sociais. Entretanto, pouco se avançou nessa direção, e a forma corrente de designar a intervenção social do Estado continua sendo no plural (políticas sociais) e setorialmente referida.

Palavras-chave intersectorialidade; proteção social; política social; seguridade social.

Abstract This study aimed to understand the limits and possibilities for intersectorality that were created in the process of structuring the Brazilian social protection system. It is justified on the account of the potential attributed to intersectorality to overcome the fragmentation of knowledge and structures of society, creating the sharing and dialog spaces needed to solve complex issues and the ability to understand the challenges faced with the dilemma of operating intersectoral issues in traditionally sectoral environments. The text is divided into three parts: First, the notion of 'intersectorality' is worked on; the authors then outline the construction and characteristics of the Brazilian social protection system; finally, they discuss how the institutional conformation resulting from its configuration interferes in the form of joint social policies. It was concluded that the development process and the history of the construction of the Brazilian social protection system were marked by elements that produced an environment that is little favorable to intersectorality. A first draft of the intersectoral coordination occurred under the scope of the discussion on 'social development,' which took place late in Brazil and seems to have tried to reverse the stigma of little efficient and effective social policies. However, little progress has been made in this direction, and the current way of designating the State's social intervention remains plural (social policies) and sectorally referenced.

Keywords intersectorality; social protection; social policy; social security.

Introdução

O objetivo deste artigo é compreender quais os limites e possibilidades para a articulação intersetorial gerados no processo histórico de conformação do atual sistema de proteção social brasileiro e que questões se apresentam em específico para a articulação entre os setores da saúde e da educação a partir da Constituição Federal de 1988.

O texto está dividido em três partes. Na primeira, busca-se compreender a noção de articulação intersetorial ou 'intersectorialidade': como surge no cenário internacional e em que momento e de que forma a intersectorialidade entra para a agenda política nacional. Em seguida, procura-se entender a construção e as características do sistema de proteção social no Brasil e, mais especificamente, das políticas de saúde e educação. Na terceira parte, discute-se como a conformação institucional resultante da configuração do sistema de proteção social interfere positiva e negativamente na forma de se articularem políticas na área da saúde e educação.

Antes de avançar no desenvolvimento das partes supracitadas, é necessário fazer algumas considerações sobre os sistemas de proteção social, também conhecidos como Estado de bem-estar social ou *welfare state*.

Esse tipo específico de proteção social, de acordo com Viana e Levcovitz (2005), é datado historicamente, emergindo na Europa no período pós-Segunda Guerra Mundial. Caracteriza-se pela intervenção do Estado na área social por intermédio de políticas sociais mais abrangentes, de efeito sinérgico, para diferentes grupos sociais, incorporando as classes médias em expansão e superando, de alguma forma, os modelos de intervenção do Estado na área social voltados somente para os grupos mais destituídos. Marca uma etapa específica de desenvolvimento capitalista, no qual é aumentada a importância do papel do Estado e sua capacidade administrativa, expandindo-se a sua atuação para diferentes campos.

Uma forma de categorização dos diversos modelos adotados de Estado de bem-estar social é a diferenciação entre seguro e seguridade social. Nela, o seguro social é considerado uma modalidade de proteção de viés corporativo, cuja lógica pauta-se na contribuição financeira como critério de acesso a serviços e benefícios, e a seguridade, uma nova perspectiva de solidariedade social, cujos fundamentos são o princípio da universalidade das políticas sociais e a ideia de 'Estado protetor'.

Estudos comparados sobre os diferentes padrões institucionais existentes de *welfare state*, nos diferentes países que de alguma forma adotaram essa perspectiva de solidariedade, permitiram identificar, segundo Draibe e Aureliano (1989), alguns importantes elementos em comum: referência à ação estatal, na organização e implantação das políticas, independente do grau de participação do Estado em cada uma delas; existência de uma deter-

minada relação Estado–mercado, na qual o Estado tende a alterar o livre movimento do mercado, bem como seus resultados adversos; substituição da renda, quando perdida temporária ou permanentemente, mas também, como na tradição anglo-saxã, manutenção ou integração da renda em relação ao patamar mínimo considerado satisfatório para atender as necessidades sociais vitais de indivíduos e famílias; e garantia do exercício de um direito de cidadania (direito social) e não a expressão de uma ação benevolente do Estado.

Contudo, a delimitação das políticas sociais que compõem um sistema de proteção social depende da definição dos setores considerados integrantes, a qual não é unívoca entre estudiosos nem *policy makers*. Assim, o significado e a operacionalização da seguridade social são variáveis nos países e não há um padrão previamente definido sobre que setores devem estar incluídos ou quais ações devem ser desenvolvidas (Draibe, 1993).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 definiu como direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (art. 6º), sendo acrescentada a moradia na emenda constitucional n. 26, de 2000, e a alimentação, na emenda constitucional n. 64, de 2010. Porém, na concepção de seguridade social, estão incluídas apenas a saúde, a previdência e a assistência social (título VIII, capítulo II). Ainda assim, pode-se considerar que a configuração do sistema de proteção social brasileiro não se resume apenas aos três setores vinculados ao sistema de seguridade social, dada a abrangência dos direitos sociais estabelecidos na carta constitucional.

Neste texto buscaremos enfatizar a trajetória de dois setores da política social – a saúde e a educação – visando estabelecer as possíveis interações previstas nas políticas definidas em cada área e o legado dessas trajetórias para uma política intersetorial no contexto pós-1988.

A noção de articulação intersetorial no campo das políticas sociais

Entender em que momento e de que forma a articulação intersetorial entra para a agenda política nacional e quais os limites e possibilidades gerados pelo processo histórico de conformação do atual sistema de proteção social brasileiro implica uma discussão inicial sobre a própria noção de articulação intersetorial ou ‘intersetorialidade’.

O ponto central dessa discussão é o que Andrade (2004) denominou ‘dilema da intersetorialidade’: o desafio de operar, ante a complexidade dos problemas sociais do mundo contemporâneo, políticas públicas interssetoriais em ambientes tradicionalmente setoriais, como os Estados nacionais.

Nesse dilema, três aspectos são chave: os Estados nacionais como responsáveis pelo desenvolvimento social; a estrutura estatal e a organização

de suas ações de forma setorializada; e a perspectiva transdisciplinar inserida no paradigma da complexidade.

A consolidação da ideia da intervenção do Estado na área social foi favorecida pelos processos de modernização e industrialização ocorridos nos países centrais a partir do século XIX (Viana e Levcovitz, 2005). No período pós-Segunda Guerra Mundial, entretanto, o foco da ação do Estado na área social modifica-se em virtude dos processos de reconstrução nacional iniciado pelos diversos países. Conceder benefícios sociais por meio de políticas públicas passou a ser compreendido como um dever do Estado para proporcionar à população um padrão mínimo de qualidade de vida e condições de contribuir para o crescimento econômico (Draibe, 2007).

Entretanto, apesar dessa compreensão sistêmica da proteção, sua operacionalização, por intermédio das políticas públicas, configurou-se como uma ação de governo, pensada e realizada com base na estrutura e organização do Estado.

Composto de vários escalões hierárquicos e departamentalizados setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização, o padrão organizacional do Estado foi desenvolvido com base na teoria clássica de administração, fundada no início do século XX (Inojosa, 1998), e se apresenta plenamente inserido no paradigma disciplinar da ciência moderna.

O modelo hegemônico do aparato estatal, durante todo o século XX, pode ser representado pelo 'modelo das casinhas paralelas', no qual cada setor é representado por uma 'casinha', que operacionaliza as suas políticas em si e para si (Andrade, 2004).

Contudo, embora fundamentadas no seu objeto e no acúmulo de práticas e saberes, a produção de cada setor não é coesa e tranquila, mas contraditória e conflituosa. O imbricamento das políticas econômicas e sociais e a disputa dos diversos grupos sociais envolvidos pela pauta e determinação dos rumos dessas políticas conferem especial significado ao conflito de interesses para o desenvolvimento de ambos os tipos de políticas e exigem que, em ambientes democráticos, elas aconteçam de modo pactuado. Tensionam, assim, as relações internas de cada setor e também as relações entre os setores administrativos, no processo de definição das demandas e de escolha e execução das soluções. Dessa forma, a articulação intersetorial depende tanto de uma nova maneira de compreender a realidade e os problemas sociais quanto da disponibilidade dos diferentes grupos envolvidos nas políticas de ampliarem as instâncias participativas de negociação.

A nova maneira de compreender a realidade e os problemas sociais vem sendo consolidada na sociedade contemporânea a partir do surgimento, em meados dos anos 1960, da teoria da complexidade. Essa teoria é resultado do desenvolvimento de um conjunto de teorias procedentes das ciências exatas que, paradoxalmente, aproximam-se das ciências naturais e das ciências humanas, e traz para o mundo acadêmico a visão complexa do mundo (Tôres, 2005).

Na perspectiva complexa, a realidade é definida, primordialmente, pelos relacionamentos e pelos processos, nos quais cada elemento relacionado afeta e é afetado pelas ações e pelas ideias de todos os demais. Assim, os componentes de uma dada realidade devem ser examinados em si, mas também em seus relacionamentos com os demais e com o global, constituído por todos eles juntos. (Tôrres, 2005). Há uma interdependência essencial entre todos os fenômenos, denominada por Fritjof Capra de ‘ecologia profunda’, na qual se destaca a existência de uma rede universal, não linear, intimamente ligada ao conceito de diálogo.

Como visão de mundo, tal teoria começa a funcionar na sociedade como uma espécie de ‘lente cultural’ que modela a percepção da realidade e, portanto, as decisões, ações e interações das pessoas (Tôrres, 2005). A abordagem sistêmica passa a se mesclar com visões preexistentes no processo de construção da vida, trazendo esses novos elementos para o desenvolvimento de soluções dos problemas sociais, mesmo que sem perder ou descartar totalmente crenças e valores anteriores. Para Almeida Filho (2000), o caráter artificial da fragmentação do real advinda do paradigma cartesiano de produção de conhecimento e ação (ciência moderna), que fundamenta a racionalidade na disjuntiva entre análise e síntese, produzindo campos disciplinares muito demarcados, começa a ser substituído por novas modalidades de práxis científica capazes de lidar com os objetos complexos, que extravasam os recortes disciplinares da ciência.

Novos e importantes desafios se apresentam, então, no campo das políticas sociais. Além de enxergar os problemas numa dimensão relacional, mais ampla e complexa, torna-se evidente que as tecnologias estruturadas dentro dos limites disciplinares são inadequadas ou incompletas para lidar com tais problemas. O compartilhamento de conhecimento, responsabilidade e poder passa a ser apontado por diversos autores como questão-chave para a obtenção de êxito no processo destas políticas.

No cenário internacional, a questão da intersetorialidade é impulsionada, paradoxalmente, no momento em que começa a se consolidar o ‘campo da saúde’, a partir do início da década de 1970. A percepção da determinação social do processo saúde-doença e a consequente ampliação do próprio conceito de saúde, ambas resultantes do aprofundamento nas questões desse setor, produziram a necessidade de se pensar e elaborar estratégias interseoriais para melhorar a qualidade de vida das populações.

Alguns documentos produzidos na década, como *A new perspective on the health of Canadians* (Lalonde, 1974), a resolução “Saúde para Todos no Ano 2000” (World Health Organization, 1977) e a Declaração de Alma-Ata (World Health Organization, 1978), são considerados marcos desse processo. Esses documentos destacaram a importância da saúde como fator de desenvolvimento humano e fortaleceram o olhar crítico sobre o processo de medicalização da

sociedade. Fundaram as bases para o movimento social da promoção da saúde, que se consolidou na década de 1980, por intermédio da Carta de Ottawa (World Health Organization, 1986), fruto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá), bem como das conferências e cartas que se seguiram.

A compreensão da saúde como recurso fundamental para a vida cotidiana e da promoção da saúde não mais como o primeiro nível de prevenção da medicina preventiva, mas como uma perspectiva de “assegurar igualdade de oportunidades e proporcionar meios que permitam às pessoas realizar completamente seu potencial de saúde” (Buss et al., 2000, p. 13) evidenciaram a necessidade de reorientação dos sistemas nacionais de saúde e de criação de ambientes favoráveis à saúde, bem como de elaboração e aplicação de políticas públicas saudáveis. Consequentemente, evidenciaram a necessidade de ações coordenadas entre as diversas partes envolvidas: governos, movimentos sociais, setor saúde, demais setores da sociedade e econômicos e meios de comunicação.

Sob influência dessa conjuntura internacional, no Brasil, a agenda da intersectorialidade ganha destaque com o movimento pela Reforma Sanitária, que se inicia em meados da década de 1970, no processo de luta pela redemocratização. A resultante das forças atuantes nesse movimento se expressa na Constituição Federal de 1988, com a criação de um novo modelo de seguridade social, fundamentado na ideia de saúde, em seu conceito ampliado, como direito de todos e dever do Estado.

A trajetória da construção do sistema de proteção social no Brasil para se chegar ao padrão de seguridade estipulado na Constituição Federal de 1988 será abordada a seguir. O estudo desse processo histórico adquire particular importância porque nele se expressam os aspectos políticos, econômicos e culturais que caracterizam os aspectos institucionais do sistema ao longo de todo o seu percurso, desde o início do envolvimento do Estado na organização da sociedade e na construção da economia nacional até a conformação do padrão atual. Dessa forma, viabiliza a compreensão dos limites e possibilidades que foram gerados nesse processo de construção para a forma articulada de se pensar e produzir as políticas sociais.

A trajetória do sistema de proteção social brasileiro

O processo de construção do sistema de proteção social brasileiro significa o caminho traçado pelo país para garantir à sua população seus direitos sociais. Refere-se ao conjunto das políticas sociais que, ao longo da história do Brasil, contribuíram para a definição do atual perfil de intervenção social do Estado brasileiro (Carvalho, 2004).

No Brasil, considerado um país de capitalismo tardio, a ideia do envolvimento do Estado na organização da sociedade e na construção da economia nacional se consolida a partir de 1930. Até então, defensores do liberalismo argumentavam que o papel da autoridade do Estado deveria ser garantir a propriedade e a liberdade de iniciativa. Lutavam por uma ampla descentralização do poder por meio do federalismo e percebiam as iniciativas privadas como as mais adequadas para se fomentar a construção da nacionalidade (Reis, 1988). Nesse período, não cabia ao Estado promover a assistência social, e a Constituição republicana de 1891 proibia ao governo federal interferir na regulamentação do trabalho, o que era considerado violação da liberdade do exercício profissional (Carvalho, 2004).

A partir de 1930 há uma ruptura com essa trajetória e a configuração de um projeto das elites que então dirigiam o governo, de consolidar um Estado forte e centralizado, capaz de coordenar a ação das administrações locais. Tal projeto concretiza-se a partir do Estado Novo, em 1937, quando a constituição de uma burocracia especializada e meritocrática capacitou o Estado a controlar e administrar funções macroeconômicas e a centralizar e normatizar as principais áreas da atividade produtiva nacional (Fiori, 1995).

Diversas mudanças institucionais foram produzidas a partir de 1930 para garantir esse novo modelo de política pública, tais como o estabelecimento do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). Com essa estruturação, definem-se dois padrões de inclusão social e acesso à saúde: o de assistência médica previdenciária, oferecida aos trabalhadores urbanos inseridos no mercado formal de trabalho, e o de saúde pública, que significava o reconhecimento da obrigação do Estado na prestação dos serviços de saúde relacionados às práticas sanitárias, consolidando as bases de um sistema nacional de saúde pública (Fleury, 2008; Lima et al., 2005).

Esse modelo bifurcado de atenção à saúde (padrão assistencial previdenciário e sanitário) foi mantido após a queda de Vargas, adaptando-se às novas instituições e às conjunturas econômicas, políticas e ideológicas dos diversos períodos e governos seguintes, e configurou-se como um dos principais objetos de enfrentamento pelo movimento em prol da Reforma Sanitária brasileira nos anos 1970 e 1980.

Na educação, o período getulista é marcado por duas Constituições bastante diferentes entre si (1934 e 1937) e dois grupos de reformas: as reformas Francisco Campos (1931-1932) e as reformas Gustavo Capanema (1942-1946) (Vieira e Farias, 2007). A criação do ministério e das secretarias estaduais de Educação, em 1930, coloca em cargos importantes da administração alguns dos reformadores educacionais da década anterior, produzindo transformações significativas e dando à educação brasileira *status* de direito social e feição de um sistema articulado de acordo com normas do governo federal.

A principal característica da política educacional desse período foi uma concepção dualista de ensino, separando o ensino secundário do técnico, direcionando o ensino secundário para a formação das elites e preparação para o ensino superior e trabalho intelectual, e o ensino técnico para o treinamento dos trabalhadores manuais, que, por necessidades financeiras, precisavam ingressar diretamente no mercado de trabalho. Dessa forma, essa política reproduzia o quadro de desigualdade social por intermédio das diferentes perspectivas profissionais futuras ofertadas para as distintas classes sociais.

Com o retorno da democracia e do Estado federativo em 1945, inicia-se um período de expansão do sistema de proteção social nos moldes e parâmetros definidos pelas inovações do período anterior: seletiva (no plano dos beneficiários), heterogênea (no plano dos benefícios) e fragmentada (no plano institucional e financeiro).

Embora a Constituição de 1946 tenha incorporado à legislação do trabalho e da previdência social os direitos trabalhistas estabelecidos durante o período getulista e as assistências sanitária, hospitalar e médica (Escorel e Teixeira, 2008), a permanência da exclusão dos trabalhadores rurais e dos pobres e marginalizados reafirmou um sistema dual de proteção social, no qual o critério básico de acesso a determinados direitos sociais continuava sendo o vínculo empregatício e a capacidade contributiva do trabalhador (Cohn, 1995).

A ‘fragmentação institucional’, segundo Draibe e Aureliano (1989), ocorreu em virtude da centralização da ação social no Executivo federal e significou a substituição da administração direta por múltiplos organismos públicos da administração, como institutos, fundações e, principalmente, empresas públicas, produzindo uma expansão ‘descentralizada’ do aparelho social do Estado e, conseqüentemente, a burocratização excessiva, a autonomização crescente desses organismos em relação ao comando central de governo, o bloqueio à formulação e à implantação de planos gerais para cada setor, a abertura de espaço para o livre movimento dos interesses privados no aparelho do Estado por causa da ausência de mecanismos públicos de controle e a desintegração institucional, promovendo superposição de programas e clientelas.

Esse desenho ‘segmentado, dividido ou fragmentado’ do aparelho do Estado é apontado por Evans (1993) como consequência da indicação política na ocupação dos cargos no governo e da criação dos ‘bolsões de eficiência’ no interior da burocracia estatal a fim de garantir o funcionamento de algumas áreas específicas. Para o autor, a transformação do Estado brasileiro num massivo ‘cabide de emprego’, produzido pelo preenchimento do aparelho estatal mais na base do ‘apadrinhamento’ e contatos pessoais do que pautado na competência, estimulou a criação de novos órgãos ou empresas estatais, muitas vezes redundantes em suas responsabilidades e missões,

ocasionando uma expansão descoordenada. A incapacidade de transformar a burocracia como um todo, nos períodos desenvolvimentistas que se seguem, acabou levando os governantes a modernizarem o aparelho do Estado por acréscimo, criando instituições mais eficazes, mas que se tornaram dependentes do apoio direto desses governantes tanto para definir a sua missão quanto para manter a sua integridade institucional.

A acomodação das demandas privadas, partidárias e/ou pessoais no interior das instituições públicas estabeleceu um sistema de 'troca generalizada', como aquele no qual o processo de troca e aquisição de bens depende da existência de relações anteriores entre as partes envolvidas e inclui expectativas de relações pessoais futuras (Nunes, 1997).

Constituiu-se, assim, como um poderoso mecanismo de dominação das elites no interior do aparelho estatal, que garantia a elas o controle e o encaminhamento das decisões políticas em prol de benefícios próprios, viabilizando a crescente incorporação das massas populares no processo político sob controle e direção do Estado, característica do populismo nacionalista que predomina nessa primeira experiência democrática da história do país (1945-1964).

Uma profunda reforma no arcabouço institucional da política econômica, do sistema financeiro e da própria estrutura administrativa do setor público, no início do regime autoritário (1964-1967), possibilitou, a partir de 1968, a retomada do crescimento e da industrialização, bem como a ampla expansão do setor público na economia. O Brasil viveu, então, um novo ciclo desenvolvimentista, no bojo do qual um sistema de proteção social de tipo conservador – pautado por uma concepção de intervenção social do Estado meramente sancionadora da distribuição primária da renda e da riqueza – se expandiu, diversificou e atingiu a maturidade (Almeida, 2007).

A mudança de rumos que vão sofrer os sistemas e mecanismos de proteção social a partir da instauração desse regime obedeceu às seguintes diretrizes: centralização e concentração de poder nas mãos da tecnocracia, com exclusão da participação dos trabalhadores na administração das políticas sociais; aumento da cobertura previdenciária, incorporando grupos antes excluídos, como as empregadas domésticas, os autônomos e os trabalhadores rurais; criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Plano de Integração Social e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS-Pasep), Fundo de Investimento Social (Finsocial), Salário-educação, Banco Nacional da Habitação (BNH), entre outros; e a privatização dos serviços sociais, em especial a educação secundária e universitária e a atenção médica (Fleury, 2008).

O período de ditadura militar, que se estendeu de 1964 a 1984, representou também um quadro de radical transformação do sistema de proteção

social, no qual ocorreu, segundo Draibe e Aureliano (1989): a organização dos sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma fragmentada e socialmente seletiva anterior; a abertura da intervenção do Estado em novos setores, como a habitação; a introdução de mecanismos no campo de formação do patrimônio dos trabalhadores, com participação nos lucros das empresas (FGTS e PIS/Pasep); a inclusão dos trabalhadores rurais e a diferenciação dos planos de benefícios para trabalhadores urbanos, apesar de ainda manter 'fortes características de exclusão'; a armação do aparelho do Estado de modo centralizado, supostamente capaz de suportar tal intervenção; e a identificação de fundos e recursos para apoiar financeiramente o sistema.

O processo de expansão massiva verificada no sistema de proteção social se inicia com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, a partir da fusão de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, ampliando-se tanto o número de categorias cobertas quanto o elenco de benefícios. No entanto, a modernização conservadora que os governos militares buscaram imprimir significou, na prática, a ampliação das políticas sociais em estreita articulação com o setor privado de produção de serviços sociais (Cohn, 1995).

Na área da saúde, o sistema estatal manteve o modelo bifurcado de atenção instituído na Era Vargas (1930-1945) – padrão assistencial previdenciário e sanitário. A preponderância da lógica e do modelo assistencial previdenciário estabeleceu um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade e favorecedor dos interesses privados.

O Ministério da Saúde (MS), com atuação restrita às campanhas sanitárias, foi acusado de ser 'disfuncional à modernização' e tornou-se uma máquina ineficiente, cujos recursos não chegavam a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) (Escorel, 2008). Na educação, a adesão do Brasil ao modelo econômico associado-dependente⁴ e ao bloco ocidental democrático, durante o período da Guerra Fria, significou uma clara inflexão na política existente, configurando uma nova orientação fundamentada na teoria do capital humano, traduzida como 'pedagogia tecnicista'. De acordo com Saviani (2008), ao estreitar os laços com os Estados Unidos e permitir a entrada de suas empresas, o país importava também o modelo organizacional que as presidia, cujas ideias relacionavam-se com a organização racional do trabalho (taylorismo, fordismo), o enfoque sistêmico e o controle do comportamento (behaviorismo).

O início de um movimento de ruptura com o autoritarismo inicia-se em 1974, durante o governo Geisel, que propôs o processo de abertura política no país, a ser concretizada de forma 'lenta, gradual e segura', sob total controle do Estado e sem a destituição da ordem imposta pelos militares.

Com o objetivo de completar o processo de substituição das importações e efetivar o salto definitivo para a industrialização pesada, o governo Geisel criou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), visando consolidar uma economia moderna e integrada internamente e com a economia mundial, ajustando o país às novas realidades da economia; atrelados à ideia de desenvolvimento econômico estavam postos o desenvolvimento político e social, atribuindo-se caráter especial à política social.

O fato inédito desse plano estava acima de tudo na integração e interdependência das políticas a serem implantadas pelos diversos setores estatais, sob o comando do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), diretamente ligado à Presidência da República. Isso permitiria que o desenvolvimento social do país fosse obtido, por um lado, mediante a conjugação de uma política de empregos com uma política de salários, resultando na criação progressiva de uma base para o mercado de consumo de massas; e, por outro lado, com a qualificação de mão de obra a partir da educação, treinamento profissional, programas de saúde, saneamento e nutrição.

As principais políticas sociais desenvolvidas a partir do II PND foram o Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974, que consistiu numa medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde a partir desse período; o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais; o Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, que consistiu no primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, compondo ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país; e o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Nesse período, a delimitação de uma política social e a abertura – mesmo que lenta e gradual – do regime militar estabeleceram, no âmbito da sociedade, um espaço para maior articulação dos movimentos sociais contra-hegemônicos ao poder estabelecido, que até então se encontravam sob ampla repressão. Fortaleceram-se as posições voltadas para a definição de um Estado democrático, as quais, juntamente com os impasses da crise geral do Estado no final da década de 1970, permitiram o encaminhamento de diversas propostas de reforma, que possuíam, no tocante às políticas de proteção social, um desenho de moldes cada vez mais universalistas (Baptista, 1996-1997).

Inicia-se então na década de 1980, junto com a luta pela reestruturação e redemocratização do país, um movimento de inflexão gradual do padrão de proteção social que se fundamentava, até então, no princípio do mérito,

entendido basicamente como a posição ocupacional e de renda adquirida no nível da estrutura produtiva. Um padrão no qual a relação renda–contribuição–benefício mostrava-se dominante, fazendo que as políticas sociais reproduzissem o sistema de desigualdades predominante na sociedade.

Tal movimento de inflexão passa a ser verificado por intermédio de estudos sobre as tendências e características das reformas dos programas sociais a partir dos anos 1980, sobretudo no plano das instituições das políticas e programas, mediante a introdução ou o reforço de pelo menos três características: novas concepções de direito e justiça social; novos parâmetros e critérios para a alocação de recursos sociais públicos; e ênfase no poder regulatório do Estado no âmbito da proteção social (Draibe, 2002).

É curiosa a incoerência que pode ser notada, no período, entre a ‘falência do setor público’, apontada por Fiori (1995), e a inflexão gradual que se inicia no padrão de proteção social, buscando a passagem do modelo meritocrático para um novo modelo com características redistributivas, marcado pela forte atuação do Estado. Isso parece se justificar pela intensa luta que ocorria em prol da redemocratização do país, que fortalecia a mobilização da sociedade a favor da retomada do desenvolvimento social, colocando para o Estado o desafio de se recuperar a fim de garantir cidadania aos brasileiros.

Na área da educação, um movimento contra-hegemônico da concepção tecnicista surge ainda na década de 1970 a partir da visão crítico-reprodutivista, que explica a problemática educacional remetendo-a à estrutura socioeconômica e que trabalha com a ideia de que “a função básica da educação é reproduzir as condições sociais vigentes” (Saviani, 2008, p. 393). A organização dos educadores na década de 1980 é caracterizada, por esse autor, por dois vetores distintos: aquele marcado pela preocupação com o significado social e político da educação, “do qual decorre a busca de uma escola pública de qualidade, aberta a toda a população e voltada precipuamente para as necessidades da maioria, isto é, a classe trabalhadora” (Saviani, 2008, p. 404); e um outro marcado pela preocupação com o aspecto econômico corporativo, de caráter reivindicatório, protagonizado pelas entidades sindicais dos diferentes estados brasileiros.

As questões do primeiro vetor, representado pelas entidades de cunho acadêmico científico – tais como Associação Nacional de Educação (Ande), Centro de Estudos Educação & Sociedade (Cedes) e Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação (Anped), entre outras – constituíram-se como as temáticas das seis conferências brasileiras de educação, realizadas em 1980, 1982, 1984, 1986, 1988 e 1991. Tais conferências inauguraram uma nova fase da educação no país, que abriu espaço para a emergência de novas concepções contra-hegemônicas no intuito de buscar propostas alternativas à concepção tecnicista, consonantes com o processo de democratização em curso.

A crise do sistema previdenciário, evidente já no início dos anos 1980, foi entendida como: ‘ideológica’, por causa da restrição e do condicionamento da assistência médica, como benefício previdenciário, à contribuição trabalhista, não se caracterizando como um direito inerente a todo cidadão; ‘financeira’, pelo estado de falência no qual se encontrava o setor, em virtude do montante de recursos gastos; e ‘político-institucional’, pelas falhas apresentadas na prestação da assistência, no controle dos recursos e na organização do setor. Exigia respostas imediatas de reestruturação do modelo de atenção previdenciário e evidenciava a disputa e o confronto entre os reformistas, que buscavam a universalização e a integração do sistema de saúde, e os conservadores, que visavam à racionalização dos gastos e à eficiência objetiva do sistema já configurado: saúde previdenciária (Inamps) e saúde coletiva (MS) (Oliveira e Fleury, 1986).

Tal crise, juntamente com a luta pelo fim do regime autoritário, impulsionou o movimento pela Reforma Sanitária brasileira, que aconteceu nos anos 1970 e 1980. Esse movimento visava à “construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implicava uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público” (Fleury, 2009), e estava orientado em quatro princípios: ético normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; científico, que compreende a determinação social do processo saúde-doença; político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e sanitário, que entende a proteção à saúde de forma integral – desde a sua promoção, que envolve ações capazes de interferir na qualidade de vida das pessoas e comunidades, prevenindo as doenças, passando pela ação curativa até a reabilitação.

Ao final dos anos 1970, as discussões reformistas no setor saúde passaram a ocupar espaços no âmbito parlamentar, no qual as discussões para a reforma do Estado ganhavam expressão e os parlamentares eleitos em 1974 – grande número deles pertencentes ao partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB) – pressionavam para um debate mais comprometido com a abertura democrática. A realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, ampliou as bases de apoio ao movimento sanitário, subsidiando inclusive as discussões da VII Conferência Nacional de Saúde, convocada nesse mesmo ano pelo Ministério da Saúde para discutir a implantação de um sistema mais abrangente e universal de saúde e apresentar o Prev-Saúde como proposta. Nesse simpósio ficou explicitada a necessidade de um acordo no nível federal de governo para a definição de uma política nacional e única de saúde, dando institucionalidade à discussão ideológica de reforma do setor saúde (Baptista, 1996-1997).

Diversas ideias reformistas foram defendidas por distintos grupos de interesse na área da saúde durante todo o movimento pela Reforma Sanitária.

As divergências nos interesses institucionais, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e as pressões oriundas do campo da medicina liberal faziam-se presentes no processo de definição da política de saúde e colaboraram diretamente tanto para o percurso traçado até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, quanto para a própria configuração desse sistema.

A Constituição Federal de 1988 caracteriza-se como um marco na trajetória da proteção social no Brasil, por causa da consolidação dos mais importantes princípios de reestruturação do sistema brasileiro de proteção social, cujas diretrizes igualitárias e universalistas são apontadas como condições para a democratização do país (Draibe, 2002). Destacaram-se como mudanças introduzidas por essa Carta Magna: a concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção; a ampliação e a extensão dos direitos sociais e trabalhistas; a redução do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema; a universalização do acesso e a expansão da cobertura; a recuperação e a redefinição de patamares mínimos dos valores dos benefícios sociais; e o maior comprometimento do Estado com o sistema, projetando maior grau de provisão estatal pública de bens e serviços sociais.

O modelo de seguridade social definido pela Constituição Federal de 1988 rompia, então, com o padrão político anterior, fundamentado no mérito. Passa a garantir a toda a população brasileira “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194), sistema que será financiado por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, e de contribuições sociais (Brasil, 1988). Significa um grande avanço na consagração dos direitos sociais, beneficiando a luta contra as iniquidades e a exclusão social e institucionalizando mecanismos de participação da sociedade e de maior responsabilização do Estado pelas condições de vida no país.

Contudo, apesar dos avanços significativos alcançados na Constituição Federal de 1988, ela estabelece uma configuração de seguridade social restrita à saúde, à previdência e à assistência social, deixando fora desse arranjo outras áreas, como a educação, que teve um capítulo específico na Constituição e que, portanto, também compõe nosso sistema de proteção social.

Noutra perspectiva, o conceito de saúde definido nessa carta traz à tona um conjunto de questões que deveriam ser trabalhadas para além dos limites de cada setor, mas que, na prática, ficaram vinculadas à regulamentação por legislação complementar intrínseca a cada setor (as leis orgânicas).

Soma-se a essa questão a própria sustentação financeira do sistema de proteção social, que surge num período de crise, tanto econômica – num cenário de alta inflação e estagnação – quanto do próprio modelo de intervenção

do Estado desenvolvimentista, ameaçado nos anos 1980, conforme ressalta Almeida (2008), pela hegemonia política neoliberal e sua agenda reformista, que buscava mudar o paradigma da atuação estatal no campo social, com base na afirmação da inerente ineficiência do Estado na prestação de serviços.

Um último ponto importante a ser ressaltado, antes de aprofundar a reflexão sobre o legado que a construção da proteção social deixa para a intersetorialidade, é a disputa de poder que se conforma no processo de institucionalização da proteção social brasileira: a mobilização de diferentes grupos de sujeitos políticos, com seus distintos e muitas vezes antagônicos interesses e estratégias de ação; e o estabelecimento de relações e a definição de regras e modos de operar, configurando uma lógica específica de cada setor. Embora aparentemente esse seja um aspecto dificultador do diálogo entre setores, tal disputa, na realidade, é apenas uma das marcantes características de qualquer processo político, que precisa ser enfrentada de acordo com os preceitos democráticos. Isso sim parece ser um grande desafio para o Brasil, que em sua trajetória como país republicano demora a construir a cidadania de seu povo, permitindo que as instâncias decisórias, na maior parte do tempo, concentrem-se nas mãos de uma elite autoritária.

O desafio da intersetorialidade

O caráter ditatorial do processo de construção do sistema de proteção social brasileiro, cujas duas fases de acelerada produção legislativa são efetivadas sob regimes autoritários (1930-1943 e 1966-1971) (Draibe e Aureliano, 1989), é, sem dúvida, um dos aspectos mais importantes do legado desse processo para a intersetorialidade. Tal caráter, segundo essas autoras, por um lado, se contrapõe à ideia, comum aos clássicos que estudaram a realidade europeia, de que o início efetivo do moderno Estado de bem-estar social ocorre exatamente com a superação dos absolutismos e a emergência das democracias de massa; por outro lado, parece corroborar as teses das ações preventivas das elites para garantir o poder e da busca por formas de legitimação dos governos.

De fato, a dominação política e econômica, a concentração de poder nas mãos de uma elite representada por grupos de interesses específicos no interior de cada setor e os poucos espaços de participação (instâncias participativas) da sociedade como um todo colaboraram decisivamente para a ausência, destacada por Draibe e Aureliano, no plano simbólico, “das noções mais integradas e mobilizadoras da política social” (Draibe e Aureliano, 1989, p. 87). Essa ausência, de acordo com as autoras, compromete a sustentação ideológica das lutas pela extensão dos direitos sociais, por maior justiça e equidade ou por aspectos mais redistributivos da ação social,

que “faz-se predominantemente de forma parcelizada e categorizada das demandas, tanto quanto dos demandantes” (Draibe e Aureliano, 1989, p. 87).

O compartilhamento de poder e a disponibilidade para o diálogo caracterizam-se como elementos-chave da articulação intersetorial, que abrange processos sociais, organizacionais/operacionais e políticos, envolvendo acima de tudo colaboração e troca de recursos dos mais variados tipos.

Na arena decisória da política pública, a definição dos problemas e das demandas, a escolha das soluções e a decisão sobre as estratégias a serem utilizadas têm sido historicamente consideradas como processos políticos internos ao setor e da competência de pequenos grupos de beneficiados que excluem a sociedade do debate. São, na realidade, processos políticos pela disputa de poder. Contudo, tornar esses processos políticos processos também sociais, o que se viabilizaria pela existência de um ambiente democrático, é um grande desafio para a população, que no dia a dia é capaz de perceber com bastante clareza a inter-relação dos seus problemas de saúde, educação, emprego, segurança, alimentação, saneamento, lazer, entre outros, e que, portanto, pode contribuir imensamente para a consolidação da forma articulada de se pensar e produzir as políticas sociais.

Em relação aos processos organizacionais/operacionais da articulação intersetorial, pode-se considerar que algumas características que o sistema de proteção social adquiriu, desde os seus primórdios – como a extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do governo e a fragmentação institucional – não se configuram como elementos facilitadores. Ao contrário, a armação institucional e financeira da política social, com multiplicidade de contribuições e fundos sociais, e permanente disputa na divisão orçamentária, bem como a pouca transparência do gasto social, possibilitando a apropriação indevida de bens por parte de segmentos interessados que conseguem se infiltrar no aparelho estatal, apresentam-se como forte obstáculo à produção articulada entre setores.

A distribuição desigual do poder e dos recursos, definindo relações de poder assimétricas entre as diversas instituições e entre os diversos setores, conferem acesso desproporcional ao poder de decisão, agravando um quadro ativamente marcado por autoritarismo, exclusão social, corporativismo e clientelismo.

De outra parte, o processo de redemocratização do país que se inicia no governo Geisel (1974-1979), de modo ‘lento, gradual e seguro’, a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento, traz consigo um primeiro esboço de intersectorialidade ao buscar, no escopo do ‘desenvolvimento social’, a integração e interdependência das políticas a serem implementadas pelos diversos setores estatais (Baptista, 1996-1997). A discussão da relação desenvolvimento econômico–desenvolvimento social, que acontece tardiamente no Brasil, parece tentar reverter o estigma de baixa eficácia e efetividade

das políticas sociais e inaugurar um campo amplo de debates sobre a articulação entre setores na produção das políticas públicas.

Entretanto, quase quarenta anos depois, pouco se avançou na direção dessa articulação e a forma corrente de designar a intervenção social do Estado continua sendo feita como indicada por Draibe, em 1993, no plural (políticas sociais) e setorialmente referida (política de saúde, política de educação, política de previdência etc.).

A saúde, desde a institucionalização do SUS como decorrência do movimento pela Reforma Sanitária, posicionou-se como lócus privilegiado da intersetorialidade, por seu conceito ampliado, relacionado com a qualidade de vida. Chegou mesmo a se posicionar, durante o movimento pela Reforma Sanitária que ocorre em paralelo à redemocratização do país, num papel central perante o ‘processo civilizatório’ da sociedade brasileira, por causa da sua necessária interação com os demais setores e sua função de recurso para a vida.

Inicia-se, então, a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080/1990), a elaboração de um conjunto de estratégias procurando viabilizar espaços de diálogo e construção coletiva em prol de um novo modelo de atenção à saúde, fundado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Dentre as articulações intersetoriais necessárias encontra-se a articulação saúde-educação, no processo de formação e atualização dos profissionais da saúde para esse novo modelo, ainda em disputa.

Na área da saúde, algumas determinações legais são traçadas no intuito de abrir caminho para a concretização dessa articulação. São elas: a própria Constituição Federal de 1988, que, em seu art. 200, traz para o SUS a atribuição de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1988); e a lei n. 8.080/1990, que, para viabilizar o objetivo da política de recursos humanos na área da saúde – organização de um sistema de formação dos profissionais de saúde em todos os níveis de ensino, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, utilizando serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem e pesquisa –, determina a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, que têm a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS (cap. III, art. 12).

Entretanto, apesar da atribuição à saúde do papel de ordenadora da formação dos seus profissionais, compete ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) a responsabilidade pelas diretrizes da formação dos brasileiros e, como pode ser verificado ao longo do percurso da construção do

sistema de proteção social, esses dois setores, que já estiveram unidos em um mesmo ministério de 1930 a 1953, possuem interesses, lógicas e escopos bastante diferenciados e são pautados cada qual por seus próprios grupos, conflitos e disputas internas.

Está representado aqui o dilema da intersectorialidade, no qual o desafio da produção compartilhada de políticas públicas capazes de viabilizar a mudança na formação dos profissionais da saúde exige que essas duas áreas operem conjuntamente, apesar de suas diferenças.

Isso coloca em pauta a necessidade de estudos que permitam compreender a relação que vem se estabelecendo entre as áreas da sociedade e setores governamentais desde a mudança de rumos da proteção social brasileira, a partir da Constituição Federal de 1988. Tais estudos têm o desafio de identificar os problemas que entram na agenda decisória dos governos, e também os que não entram, e como e por que isso acontece; conhecer os grupos e interesses em disputa, bem como os espaços políticos envolvidos nesse processo; e qual têm sido o investimento e as estratégias de articulação utilizadas pelas instituições envolvidas. Assim, possuem o potencial de fornecer elementos importantes para a compreensão das especificidades do modo de produção das políticas sociais no Brasil, relacionando-as com a trajetória política, social e cultural do país.

Resumen Este estudio tuvo como objetivo comprender qué límites y posibilidades para la intersectorialidad se generaron en el proceso de conformación del sistema de protección social brasileño. Se justifica por el potencial atribuido a la intersectorialidad para superar la fragmentación de los conocimientos y de las estructuras de la sociedad, creando espacios de intercambio y diálogo necesarios para la solución de los problemas complejos, así como por la posibilidad de entender los desafíos que se enfrentan al dilema de operar cuestiones intersectoriales en ambientes tradicionalmente sectoriales. El texto está dividido en tres partes: primero, se trabaja la noción de 'intersectorialidad'; luego se esboza la construcción y las características del sistema de protección social brasileño; finalmente, se discute cómo la conformación institucional resultante de la configuración interfiere en la forma de articular políticas sociales. Se concluyó que el proceso de desarrollo y la trayectoria de la construcción del sistema de protección social brasileño fueron marcados por elementos que produjeron un ambiente poco favorable a la intersectorialidad. Un primer esbozo de articulación intersectorial se produjo en el marco de la discusión sobre el 'desarrollo social', que ocurrió tardíamente en Brasil, y parece que ha tratado de revertir el estigma de baja eficacia y eficiencia de las políticas sociales. Sin embargo, se han hecho pocos progresos en esta dirección, y la forma corriente de designar la intervención social del Estado continúa siendo en plural (políticas sociales) y referida sectorialmente.

Palabras clave intersectorialidad; protección social; política social; seguridad social.

Notas

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Coordenação de Educação a Distância – Criação e Desenvolvimento de Processos Educativos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

<monica.rezende@ead.fiocruz.br>

Correspondência: Av. Leopoldo Bulhões, n. 1.480, Edifício Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo, 3º andar, sala 318, Manguinhos, CEP 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

<twargas@ensp.fiocruz.br>

³ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Antenor Amâncio Filho faleceu em 26/08/2012, pouco tempo depois de concluirmos este artigo. Essa publicação nos faz, alegremente, relembrar do privilégio que tivemos em desfrutar de sua parceria e de sua valiosa contribuição para essa produção. Nossos sinceros agradecimentos.

⁴ O modelo econômico associado-dependente fundamentava-se na doutrina da interdependência, cuja premissa era a de que “quanto mais forte o líder, mais forte o bloco como um todo. Isso significa que o líder depende de cada membro do bloco e vice-versa. E o que é bom para o líder é bom para cada um dos membros do bloco” (Saviani, 2008, p. 360).

Referências

- ALMEIDA, Célia. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 871-922.
- ALMEIDA, Maria H. T. de. O Estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história. In: MELO, Carlos R.; SÁEZ, Manuel A. (Org.). *A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 17-37.
- ALMEIDA FILHO, Naomar D. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.
- ANDRADE, Luiz O. M. de. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- BAPTISTA, Tatiana W. de F. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da Reforma Sanitária*. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 1996-1997.
- BAPTISTA, Tatiana W. de F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Org.). *Dicionário de política*. Tradução de João Ferreira. 11. ed. Brasília: Editora UnB, 1998.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz C. Dividir ou multiplicar: a distribuição de renda e a recuperação da economia brasileira. *Visão*, São Paulo, 21 nov. 1970. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/papers/1970/979.Dividir_Multiplicar.70.pdf>. Acesso em: 14 out. 2014.
- BUSS, Paulo M. et al. *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2000. (Mimeografado).
- CARVALHO, José M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- COHN, Amélia. A reforma da previdência social: virando a página da história? *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 54-59, 1995.
- DRAIBE, Sônia. M. O “welfare state” no Brasil: características e perspectivas. *Cadernos de Pesquisas*, São Paulo, n. 8, 1993.
- DRAIBE, Sônia M. Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis. PNUD – Taller Inter-Regional “Protección Social en una Era Insegura: un Intercambio SUR-SUR sobre Políticas Sociales Alternativas en Respuesta a la Globalización”. Santiago do Chile: 2002. Disponível em: <www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fProtecao_e_Inseguranca_social_em_tempos_dificeis.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2015.
- DRAIBE, Sônia M. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, Gilberto et al. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 27-64.
- DRAIBE, Sônia M.; AURELIANO, Liana. A especificidade do “welfare state” brasileiro. In: MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (Org.). *Economia e desenvolvimento*. Brasília: Comissão Econômica para a América Latina e Caribe, 1989. v. 3, p. 86-177.

- ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434.
- ESCOREL, Sarah et al. As origens da Reforma Sanitária do SUS. In: LIMA, Nísia T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 333-384.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *welfare state*. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, p. 85-116, 1991.
- EVANS, Peter. O Estado como problema e solução. *Lua Nova*, São Paulo, n. 28-29, p. 107-156, 1993.
- FIORI, José Luís. Para uma economia política do Estado brasileiro. In: FIORI, José Luís (Org.). *Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: INsight Editorial, 1995. p. 121-161.
- FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Júlio C. F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 49-87.
- FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, 1998.
- LALONDE, Marc. A new perspective on health of Canadians. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare, 1974.
- LIMA, Nísia T. et al. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.
- NUNES, Edson. Tipos de capitalismo, instituições e ação social. In: NUNES, Edson (Org.). *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 21-46.
- OLIVEIRA, Jaime A.; FLEURY, Sonia M. T. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- PARSONS, Wayne. *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar, 1995.
- PILETTI, Claudino; PILETTI, Nelson. *Filosofia e história da educação*. 15. ed. São Paulo: Ática, 2008.
- REIS, Elisa M. P. O Estado nacional como ideologia: o caso brasileiro. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 187-203, 1988.
- RISI JUNIOR, João B.; NOGUEIRA, Roberto P. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 117-234.
- SAVIANI, Dermeval. *História das ideias pedagógicas no Brasil*. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2008.
- TÔRRES, José J. M. *Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia*. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA COMPLEXIDADE, 1. *Anais...* Curitiba:

Pontifícia Universidade Católica, 11 a 13 de julho de 2005. p. 1-10. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/consagro/files/2010/09/TORRES-Teoria-Da-Complexidade-e-Estrategia.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

VIANA, Ana L. D.; LEVCOVITZ, Eduardo. *Proteção social: introduzindo o debate*. In: VIANA, Ana Luiza D. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

VIEIRA, Sofia L.; FARIAS, Isabel M. S. de. *Política educacional no Brasil: introdução histórica*. Brasília: Liber Livro, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Assembleia Mundial da Saúde, 30. Resolução WHA30.43. "Saúde para todos no ano 2000", 1977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO, 1986.

Recebido em 29/06/2012

Aprovado em 06/02/2014