

ARTIGO

Corporativismo, cidadania regulada e o ‘fantasma da classe ausente’: apontamentos historiográficos em torno da reforma sanitária brasileira

Corporatism, regulated citizenship and the ‘phantom of the absent class’: historiographical notes around of the Brazilian sanitary reform

José Roberto Franco Reis*

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO: O final dos anos 1970 e os anos 1980 foram um momento chave de emergência de um pujante movimento operário no Brasil, conhecido como *Novo Sindicalismo*, que se configuraria numa importante força no processo de redemocratização. Nesse mesmo período, também se observa a emergência da chamada *Reforma Sanitária*, que lançaria as bases de uma transformação vigorosa no sistema de saúde no Brasil, instituindo o reconhecimento da saúde como um direito universal, com acesso público, gratuito e igualitário, e que se consolida através da instituição do SUS na Constituição de 1988. No entanto, a literatura do campo da saúde, de um modo bastante consensual, tem apontado a incipiente e frágil base de apoio ao movimento de reforma sanitária e ao SUS entre os sindicatos de trabalhadores – que teriam, em boa medida, se mobilizado para obter planos e seguros privados de saúde. Neste artigo, buscamos refletir sobre tal questão à luz da literatura mais recente sobre os mundos do trabalho, que tem proposto releituras significativas das interpretações consagradas sobre o sindicalismo corporativista, bem como dos arranjos sociais configurados como segmentados e regulados e, por conseguinte, contrários a proposições de teor mais universalista.

PALAVRAS-CHAVE: Movimento sindical. Reforma sanitária. Direito à saúde. Corporativismo. Cidadania regulada.

ABSTRACT: The late 1970s and 1980s were a key moment of emergence of a thriving labour movement in Brazil, known as *New Syndicalism*, which would play an important role in the redemocratization process. During this same period, the so-called *Health Reform* emerged, laying the foundations for a vigorous transformation of

*Pesquisador do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz (COC-FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Doutor em História pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail: zerobertofrancoreis@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-1133-2778>.

the health system in Brazil, establishing the recognition of health as a universal right, with free and equal public access – consolidating itself by the establishment of the SUS in the 1988 Constitution. However, the literature in the health field has quite consensually pointed to the incipient and fragile basis of support for the health reform movement and the SUS among labour unions, which would have largely mobilized themselves to obtain private health plans and insurance. In this article, we seek to reflect on this issues in the light of the most recent literature on the world of work, which has proposed significant re-readings of the consecrated interpretations of corporatist unionism, as well as of social arrangements configured as segmented and regulated, and therefore contrary to propositions of a more universalist content.

KEYWORDS: Union movement. Health reform. Right to health. Corporatism. Regulated citizenship.

Introdução

O final dos anos 1970 e os anos 1980 constituem cronologicamente o momento chave de emergência de um pujante movimento operário brasileiro em torno do que veio a ser conhecido como *Novo Sindicalismo*, que surge na região do ABC paulista, mas que depois se dissemina para outras regiões do país, bem como da fundação da CUT, em 1983. Do mesmo modo, é nesse período também que se observa o processo histórico de emergência da chamada *Reforma Sanitária*, que lança as bases de uma transformação vigorosa no sistema de saúde no Brasil, nos termos do reconhecimento da saúde como um direito universal, com acesso público, gratuito e igualitário, que se consolida através da instituição do SUS na Constituição de 1988 e que envolveu uma forte atuação política dos atores que militavam na área de saúde: sanitaristas em geral; intelectuais médicos dos departamentos de medicina preventiva das Universidades; instituições da sociedade civil como CEBES e ABRASCO; a burocracia pública que ocupa espaços que se abrem com a redemocratização e a crise do setor de saúde, no final dos anos 1970; o movimento popular pela saúde; o movimento de médicos residentes e de renovação médica (SCOREL, 1998; GERSCHMAN, 2004; TEIXEIRA; PAIVA, 2018).

No entanto, a literatura do campo da saúde, de um modo bastante consensual, tem apontado a incipiente e frágil base de apoio ao movimento de reforma sanitária e ao SUS entre os sindicatos de trabalhadores – que teriam, em boa medida, se mobilizado para obter planos e seguros privados de saúde – aquilo que o sanitarista Sérgio Arouca, uma das maiores referências do processo de reforma sanitária, nomeou alegoricamente como o “*fantasma da classe ausente*”¹, em entrevista concedida a Sara Escorel (1987, p. 182), querendo com isso identificar, segundo Sara Escorel, um “ponto de tensão” no movimento sanitário que “[...] em sua conformação, falava de [e para] uma classe operária” que, no entanto, não se faria presente no processo político da reforma:

Sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário. Arouca (1987) denominou esse conflito ‘o fantasma da classe ausente’ como elemento de controle do movimento’. Em sua configuração, o movimento sanitário caracterizou-se por buscar – e ainda busca – seus sujeitos sociais. Mas é um movimento coletivo e organicamente ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições de saúde (SCOREL, 1987, p. 182).

Esse “fantasma da classe ausente”, ou seja, a suposta “[...] estreita base de sustentação política e o reduzido alcance na mobilização sócio-comunitária [...]” do movimento de reforma sanitária² (PAIM, 2008, p. 312), de acordo com muitos estudiosos do campo da saúde, de certo modo, revelaria a continuidade de uma determinada marca do que se pode chamar de *cultura de direitos do trabalho* no Brasil, atravessada pelo *pecado de origem do corporativismo*, a estrutura sindical corporativa proveniente da tradição trabalhista/varguista brasileira, de modo a reatualizar, ainda que em novas bases, o modelo de proteção social implantado desde os anos trinta, caracterizado como *cidadania regulada*, na formulação já clássica de Wanderley Guilherme dos Santos³. Uma das consequências disso seria a reintrodução de um padrão de assistência segmentado, diferenciado, cujo acesso se daria através de serviços privados de saúde – e não do sistema público – obtido nas negociações coletivas com os setores patronais, em boa medida repondo, segundo tais estudos, uma dita *cultura da diferenciação* em detrimento de uma *cultura de solidariedade* no âmbito da saúde. Como aponta a socióloga Telma Menicucci,

A expansão da assistência médica se deu a partir da segmentação entre os trabalhadores, objeto das políticas. A forma corporativa que caracterizou a criação e expansão da previdência social brasileira, e vinculada a ela a assistência à saúde de maior proporção, expressou como uma conquista ou uma concessão para grupos particulares de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Dessa forma, na sua origem a assistência médica pública não se constitui em razão de objetivos universalistas e igualitários, e ao longo do tempo foram se desenvolvendo formas variadas de segmentação, que se traduziam na inserção em instituições de saúde diferentes. Uma das consequências desta segmentação institucional foi a ausência de uma efetiva solidariedade entre trabalhadores e de uma consciência de interdependência, de forma a construir uma coletividade. Isso vai se traduzir posteriormente na ausência de uma sustentação política efetiva, embora ela se desse formalmente, dos trabalhadores organizados a um sistema de saúde público universal. (MENICUCCI, 2007, p. 59)

Por sua vez para Costa,

[A] disposição para excluir os temas de políticas gerais das suas negociações no nível da empresa ou do setor produtivo, longe de ser apenas um produto da imposição unilateral das burocracias públicas, parece estar na *gênese da cultura associativa sindical brasileira*. Esta *cultura da diferenciação* explica a grande mudança na oferta de serviços de atendimento médico desvinculada do orçamento público e orientada para o “mercado”, que 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 pessoas em 1993 (Quadro 3), dos quais 2/3 tinham acesso aos benefícios através do vínculo de emprego. (COSTA, 1996, p 349, grifos nossos).

Assim, se de fato o que se observa, para além das diretrizes teóricas de uma saúde universal e pública – como um direito de cidadania – é fundamentalmente a reposição em novas bases da velha disjuntiva histórica do sistema de saúde brasileiro, que desde sua origem não teria se constituído “em razão de objetivos universalistas e igualitários” com “segmentação institucional”, “ausência de solidariedade entre trabalhadores” e “[...] consciência de interdependência de forma a construir uma coletividade [...]” (MENICUCCI, 2007, p. 59), algumas perguntas se impõem como questões inquietantes de investigação: como foi possível romper, pelo menos momentaneamente, as estruturas de domínio e poder tão arraigadas e duradouras que parecem se reproduzir quase que

inercialmente no Brasil, de modo a consagrar a inédita ideia da saúde como um direito, estabelecido na Constituição de 1988, algo até então impronunciável no campo da saúde – uma ideia fora do lugar? – e das políticas de proteção social em geral? Diante do enunciado anterior, exatamente quais forças históricas se apresentaram como atores nesse processo? Mais uma articulação elaborada no “andar de cima”, ainda que por intelectuais da área médica sensíveis às demandas populares por saúde, ou envolveu de algum modo que seja a participação de segmentos populares e movimentos sociais e sindicais na consecução desse objetivo?

Diante disso, nosso objetivo, neste texto, é propor a reflexão sobre a *suposta* ausência – ou limitado envolvimento – do movimento de trabalhadores organizados no processo de constituição da Reforma Sanitária empreendida no Brasil, no final dos anos 1970 e ao longo dos oitenta, tal como tem sugerido a literatura do campo da saúde, buscando problematizar essa questão à luz dos estudos mais recentes sobre os mundos do trabalho, notadamente os que tratam das lutas sindicais travadas nos anos 1930 a 1964, que têm proposto releituras significativas das interpretações consagradas sobre o sindicalismo corporativista, bem como dos arranjos sociais configurados como determinadamente segmentados e regulados (cidadania regulada) e, por conseguinte, contrários a proposições de teor mais universalista, informados por algum sentido de “consciência de interdependência” e solidariedade.

“Teoricamente é bom, é lindo o serviço público, mas ficamos 10, 15 horas na fila”: reforma sanitária e movimento sindical entre a ‘cultura da diferenciação’ e a ‘cultura da solidariedade’

Num artigo recente da *Folha de São Paulo*, a colunista Cláudia Collucci, que escreve recorrentemente sobre saúde, no referido jornal, afirma, em dado momento, o seguinte:

Na realidade, desde a criação do SUS, há quase 30 anos, nunca houve apoio massivo da população em torno desse projeto. Mesmo o movimento trabalhista, tão importante no processo de redemocratização do país, não encampou a luta da saúde enquanto direito social. A briga dos sindicatos sempre foi por uma assistência médico-hospitalar privada, por meio de planos e seguros de saúde. O mesmo aconteceu com os servidores públicos. (COLLUCCI, 2016, s.p.).

Dito assim, sem maiores reflexões, ponderações e mediações, tal afirmação apresenta alguns problemas. Primeiro, indiretamente responsabiliza os trabalhadores e os sindicatos pelas dificuldades do SUS, ou seja, por não se envolverem e defenderem o SUS é que ele não funciona adequadamente. Depois, dá a entender que os trabalhadores organizados nunca se interessaram pelo SUS, por um sistema de saúde público e universal (e continuariam não se interessando), o que nunca foi exatamente assim, além de expressar, ao nosso ver, uma visão um tanto quanto apressada que não qualifica adequadamente o problema. Basta observar que durante a famosa 8ª Conferência de Saúde de 1986, que lançou as bases do SUS, na disputa ocorrida entre a tese da estatização imediata e estatização paulatina da saúde (“Estatização já X Estatização em processo”), a CUT posicionou-se em defesa da primeira, ou seja, pela estatização imediata, sendo derrotada naquele momento (BRAGA, 2018, p. 63-64)⁴. De qualquer modo, em que pese os riscos de simplificação presentes numa fala desse tipo, o fato concreto é que a colunista não está sozinha, essa é uma visão muito recorrente nos estudos acadêmicos sobre o tema⁵.

Em trabalho relativamente pioneiro sobre o assunto, Nilson Costa aponta que “[...] 49,5% dos sindicalizados da Grande São Paulo dos setores metalúrgico, químico, construção civil, têxtil, bancário, comerciário e transporte coletivo tinham como principal motivo para a entrada no sindicato a possibilidade de acesso a serviços sociais” (1996, p. 348). Do mesmo modo, observa que, nas convenções coletivas de quatro sindicatos de São Paulo, em fins da década de 1980, todas “[...] fazem referências explícitas aos convênios médicos, apesar de incluírem pautas de saúde do trabalhador extremamente inovadoras e complexas [...]”, o mesmo valendo para os setores eletricitários, de telecomunicações, bancários, processamento de dados, aeroviários e sindicatos metalúrgicos da Grande Belo Horizonte (COSTA, 1996, p. 348).

Outro aspecto que chama a atenção do autor é que em diversos acordos coletivos – como os da Petrobras entre 1979-1990; dos bancários-RJ, entre 1978-1990; dos bancários de São Paulo, Paraná, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, em 1988, – uma grande preocupação dos sindicalistas consistia em garantir “o direito à assistência para o trabalhador e dependentes na hipótese de perda do emprego”, como se pode ler na proposta de Contrato Coletivo de Trabalho dos Bancários de 1989: “[...] 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.” (COSTA, 1996, p. 349). Tal cláusula, segundo Costa, seria reveladora da grande preocupação dos sindicalistas com:

[...] o(s) trabalhador(es) na situação de desemprego e, portanto, dependente do atendimento público [...] sendo um registro relevante do reconhecimento pelos sindicatos das grandes dificuldades de realização, fora do circuito do trabalho, de alguns direitos essenciais de assistência à saúde e uma prova de distanciamento ativo da agenda publicista. (COSTA, 1996, p. 394).

Outra estudiosa do tema, Ana Elisabete Mota (1989; 1992 *Apud* VIANNA, 2000, p. 189-191), também observa um processo crescente de aceitação por parte do movimento sindical de inclusão no que ela chama de *programas de bem-estar* nas suas demandas trabalhistas, definidos pela autora como “novos direitos contratuais”, o que em verdade reitera a presença de um padrão seletivo e segmentado, ou seja, diferenciado, de acesso a benefícios sociais, sobretudo dos serviços de saúde. Atribui isso, referindo-se à década de 1980, a diversos fatores de ordem conjuntural, tais como: (a) à crise econômica que afeta o emprego e os salários dos trabalhadores; (b) às novas formas de negociação direta dos sindicatos com as empresas por intermédio de contratos coletivos de trabalho, ou seja, por fora da CLT; (c) à performance decrescente em termos de qualidade das políticas sociais através de serviços públicos cada vez mais sucateados, que expulsaria ou afastaria os trabalhadores do sistema público; (d) à presença mais efetiva dos sindicatos nos locais de trabalho, favorecendo um maior reconhecimento das demandas e necessidades cotidianas dos trabalhadores; (e) e mesmo à ausência de uma discussão e maior reflexão dos movimentos sindicais em torno das políticas sociais (*Apud* VIANNA, 2000, p. 191).⁶

Outro argumento frequentemente mencionado para explicar a ausência ou o limitado envolvimento do movimento de trabalhadores organizados e do movimento sindical mais combativo em defesa do sistema público de saúde é a tese da *universalização excludente* apresentada por Paulo Faveret e Pedro Oliveira, que estabelece uma “associação entre a ‘expansão por baixo’, pela inclusão de milhões de pobres e indigentes no sistema de saúde, e a ‘exclusão por cima’ pela busca de atendimento diferenciado nos planos de saúde” por parte de determinados segmentos sociais (REIS, 2013). Segundo Faveret e Oliveira,

A proposição central é de que os setores sociais médios e os empregados (e dependentes) das grandes empresas privadas e estatais estariam deixando de considerar o sistema público de saúde o seu referencial efetivo de atendimento. Desta maneira, perder-se-ia, em termos de composição política na defesa das melhorias e ampliação do setor público de saúde, a capacidade de formação de opinião pública dos setores médios e o potencial mobilizador dos grandes sindicatos de trabalhadores situados nos setores econômicos oligopolizados dos grandes centros urbanos. A gradual exclusão destes setores da esfera pública dos serviços de saúde explica parcialmente a inexistência de pressões corporativas no contexto político de aprovação do princípio da universalização durante o funcionamento da Assembleia Nacional Constituinte. Estes segmentos sociais já investem parte do seu potencial mobilizador no sentido de garantir um maior controle nas decisões das empresas de medicina de grupo (reajustes de mensalidades; cobertura dos planos etc.) ou na ampliação dos benefícios diretamente concedidos pelas empresas. (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990, p. 156-157).

Santos, por sua vez, identifica o que ele chama de “concepção contratualista” de resolução de conflitos” da CUT, como fomentadora de uma “unidade precária entre duas propostas políticas”: uma que apostaria na “transformação da sociedade” e outra concomitante que lutaria pragmaticamente por direitos a partir do chão da fábrica. Disso resultaria, como decorrência do primeiro caso, tanto a “[...] formação de uma tradição que se esforçava em democratizar o Estado Brasileiro, a qual a luta pela saúde pública assumia consistência programática, conforme se encontra documentado em todos os CONCURTs [...]” quanto, no segundo caso, uma luta classista afinada “[...] com a construção segmentada de direitos, cuja expressão mais nítida seria a conquista de planos privados de saúde por diversas categorias trabalhistas” (SANTOS, 2014, p. 41).

Num seminário intitulado *Saúde e Movimentos sociais* realizado na Faculdade de Medicina da USP em 1993, a representante da CUT, Rosiver Pavan, no debate temático “*SUS, avaliação e proposta das Centrais Sindicais*”, asseverou o seguinte:

A relação da classe operária com o SUS é conflituosa, como todas as demais. E, devido a que o sistema de saúde pública foi e está sendo tão sucateado, o setor com maior capacidade de negociação teve que colocar em sua pauta de negociação a questão da medicina de grupo, a questão dos convênios com a rede privada, dado que não tinha acesso aos hospitais públicos [...] O sistema de saúde está um caos e é obvio que o setor mais organizado do movimento sindical, infelizmente, demande a realização de convênios. O conflito ocorre porque nas deliberações das centrais sindicais sobre a questão da relação público-privado fica muito claro o princípio de defesa do serviço público de qualidade na área da educação, da saúde, na área da assistência. O princípio é este, mais na negociação prática demanda-se os serviços privados, tem-se toda uma pressão das bases organizadas que diz que ‘teoricamente, é bom, lindo o serviço público, mas ficamos 10, 15 horas na fila, porque a rede pública não está funcionando’. Sabemos que não funciona porque não há verbas, investimentos, e o objetivo é o sucateamento. Não é uma questão de política partidária ou ideológica, ao contrário, a CUT é contra a privatização da educação, da saúde, enfim do patrimônio público, que é da classe trabalhadora, que é da Nação. Porém, existe um abismo entre o Brasil legal e o Brasil real (PAVAN, 1995, p. 137-138).

Esse argumento, aliás, antigo, baseado no renitente abismo entre o país legal e o país real, tem sido apontado por diversos estudiosos do tema como revelador de certa contradição no discurso em defesa da reforma sanitária por parte de lideranças organizadas do sindicalismo, particularmente daqueles que representam Centrais Sindicais como a CUT. Em geral, aponta-se a presença de um

discurso recorrente e bastante firme em defesa do SUS e de uma saúde pública universal, mas que contrasta com as demandas mais particularistas dos sindicatos por serviços supletivos de saúde, configurando o que alguns chamam de ambiguidade e outros de paradoxo ou contradição:

[...] embora a postura oficial do movimento sindical mais combativo, representado pela Central Única dos Trabalhadores, seja a de defesa do sistema público e de direitos igualitários, na prática, isso não se traduz em mobilização efetiva pela concretização dos princípios do SUS. A discussão da saúde no cotidiano dos sindicatos tem se centrado nas questões da saúde do trabalhador, vinculadas às condições de trabalho e aos benefícios previdenciários, que passaram a consumir muito das energias do movimento sindical, diante da sua vulnerabilidade e do acúmulo de perdas com o aumento do desemprego desde os anos 1990. Pela participação nos fóruns colegiados da estrutura do SUS, as lideranças do movimento sindical integram-se ao SUS, mas a questão não parece ter atingido a categoria como um todo, demonstrando contradição entre os interesses imediatos e a orientação político-ideológica de defesa das ações públicas de cunho universalista. Cada vez mais desenvolve-se o que uma liderança sindical chamou de ‘cultura de planos de saúde’, que se tornou uma demanda dos trabalhadores e que dificilmente encontra resistência das empresas. (MENICUCCI, 2006, p. 76).

Elisabete Mota considera que, apesar “[...] do movimento sindical vir estrategicamente apoiando as lutas mais gerais em defesa da oferta de políticas públicas [de saúde] [...]”, isso não altera o fato de que “[...] taticamente, ele negocia com as empresas serviços privados que contraditoriamente fortalecem as diferenciações de consumo entre trabalhadores” (*Apud* VIANNA, 2000, p. 221). De modo semelhante, Costa observa que “não raro as representações sindicais” defendam “teses publicistas, quando não estatizantes”, paradoxalmente sustentam, nas mesas de negociação, “uma agenda auto-referida e segmentadora” no que se refere à assistência à saúde (COSTA, 1996, p. 349-350).

Entretanto, de acordo com Vianna – para além do que ela observa de uma matriz crescentemente americanizada da nossa proteção social –, não se trata exatamente de um paradoxo entre uma retórica publicista como a expressa em diversos fóruns de debate sobre a reforma sanitária e o SUS – na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Constituinte, por exemplo – e uma prática sindical particularista e corporativa preconizada pelos sindicatos que a CUT representa, mas decorrência de que os milhões que não têm acesso a possibilidades de reivindicação e luta por direitos via sindicatos não poderiam ser ignorados por uma central como a CUT, porquanto constituem uma massa significativa de trabalhadores que “[...] representam o lado historicamente oprimido cuja defesa as lideranças do mundo do trabalho sempre encamparam” (VIANNA, 2000, p. 192).

Ademais, como salientam Pina, Castro e Andreazzi, a tese de que os trabalhadores organizados teriam trocado o Estado pela empresa na busca por direitos sociais, repondo um padrão de assistência segmentado, diferenciado, cujo acesso se daria através de serviços privados de saúde obtido nas negociações coletivas com os setores patronais, não quer dizer que isso configure necessariamente um “afastamento das demandas dirigidas ao Estado”, muitas vezes, podendo contribuir, diante da “[...] situação concreta e da conjuntura em que tais lutas se processam [...]” – notadamente a que se abre nos anos 1970 e 1980 –, “[...] para ampliar a pressão ao Estado no sentido de consagrar determinadas conquistas no rol de direitos sociais [...]” tal como “[...] as demandas por bem-estar às empresas, naquele momento, parecem ter contribuído” (2006, p. 840)⁷.

Em outras palavras, o que eles estão dizendo é que ter acesso a seguros e planos privados de saúde em decorrência de acordos coletivos sindicais obtidos por uma maior presença nas empresas não

necessariamente impossibilita “[...] organizar ações reivindicativas de natureza social e política mais ampla e solidária [...]”, como parecem concluir diversos autores, quase que responsabilizando “em diferentes graus e níveis, importantes segmentos de trabalhadores e suas organizações sindicais pela expansão da medicina suplementar e pela resistência ao SUS” (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006, p. 843-844). Consideram, inclusive, acompanhando outros autores, que, pelo menos até a década de 1980, a adesão crescente das empresas ao setor supletivo de saúde, apesar das demandas por assistência à saúde constarem de muitos acordos coletivos, não pode ser atribuída, como principal razão, à pressão sindical dos trabalhadores, devendo-se isso mais ao interesse das próprias empresas envolvendo certas formas de controle dos trabalhadores, tais como “redução do absenteísmo, fixação dos trabalhadores no processo de trabalho, funções político-ideológicas de identificação dos trabalhadores com as empresas” (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006, p. 841).⁸

Importante observar também o que alguns estudiosos têm apontado como uma espécie de “desencontro indesejado” (LACAZ *et al.*, 2019, p. 120) ou “elo perdido na construção do SUS” (SANTOS, 2014, p. 121). Vale dizer, a ausência de análises que considerem o tema da saúde do trabalhador, da crescente luta pela saúde nos locais de trabalho empreendida pelo movimento sindical nos processos de conformação e avanço da reforma sanitária e do SUS. Segundo tais estudiosos, desde 1978, com a criação da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), vinham ocorrendo “encontros, debates, seminários e semanas de saúde dos trabalhadores” (LACAZ, 1994, p. 49-50), tendo sido organizado em 1986, não por coincidência, mesmo ano de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (acontecimento apontado como seminal no processo de reforma sanitária), a *I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador* (CNST), evento que subsidiou, posteriormente, a instalação de importantes *Programas de Saúde do Trabalhador* (PSTs), vinculados ao SUS (SANTOS, 2018, p. 210), com algumas experiências de atenção à saúde na rede básica identificadas até como “revolucionárias”, como o caso do PST dos trabalhadores químicos, que funcionou de 1984 a 1988 nas cidades de Diadema, Mauá e Santo André (LACAZ *et al.*, 2019, p. 121). Conforme aponta a representante da CUT Rosiver Pavan no já mencionado seminário sobre *Saúde e Movimentos Sociais*, a experiência da cidade de Santo André de montar um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, de algum modo, seria revelador de como deixava de ser “[...] necessário para os sindicatos colocar(em) na pauta de negociação a questão do convênio com as empresas privadas [...]”, quando se podia contar com “tratamento público de qualidade para o trabalhador e para sua família” (PAVAN, 1995, p. 138). Sendo assim, de acordo com Santos (2018, p. 210), a “conquista de novos direitos trabalhistas”, por parte do movimento sindical, no decorrer dos anos 1980 e 1990, teria transcendido em muitos momentos “o lócus das empresas” e flertado “[...] vivamente com a possibilidade de inscrever, em definitivo, o mundo do trabalho no interior da saúde pública [...]”, num importante processo de aliança entre o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e o Movimento Sindical de Saúde do Trabalhador, já que, como salientam Lacaz e colaboradores (2019, p. 123), ambos compartilhavam, “pelo menos no discurso”, um ator em comum: “o trabalhador adoecido no processo de produção”. No entanto, tal “origem comum”, ao fim e ao cabo, vem sendo pouco considerada tanto pelos analistas como pelos militantes da reforma sanitária na crítica que fazem ao distanciamento do movimento sindical da agenda pública da saúde e do SUS. Como sugere Lacaz, existiria “[...] um divórcio entre o caminhar do Movimento e da Reforma sanitária e o Movimento dos trabalhadores pela saúde no trabalho, veio riquíssimo a ser explorado em várias vertentes e perspectivas” (LACAZ, 1994, p. 52).

Diante de tudo o que foi dito até agora, o que se observa é, no mínimo, um quadro mais complexo das relações entre trabalhadores, adesão à medicina supletiva (planos de saúde) e interesse pelo SUS (saúde pública de caráter universal). De qualquer modo, o fato é que, para grande parte da literatura do campo da saúde, a visão predominante referenda a ideia de que o que estaria ocorrendo no Brasil, com a implantação do SUS, seria a *reposição*, em novas bases – através de “demandas particularistas [...] dessa vez vinculados ao contrato de trabalho e não à categoria profissional” (MENINUCCI, 2007, p. 87) – de uma determinada marca muito salientada do modelo de proteção social no Brasil, que viria desde os anos 1930, na qual os trabalhadores teriam acesso diferenciado a certos direitos sociais diante de uma situação formal de inserção no mercado de trabalho, e não como direito de cidadania, conformando, ao longo do tempo, “[...] formas variadas de segmentação, que se traduziam na inserção em instituições de saúde diferentes” (MENICUCCI, 2007, p. 59). De acordo com Costa (1996),

[...] a 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. Esta[ria] 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. (COSTA, 1996, p. 347).

Assim, embora seja correto dizer que a expansão do acesso à saúde venha ocorrendo desde os anos 1930 e que tenha se ampliado nos anos da experiência democrática pós-1945 e mesmo durante o regime militar, quando se efetiva a incorporação de “[...] autônomos, empregadas domésticas e trabalhadores rurais em alguns dos serviços de saúde hospitalar e ambulatorial da previdência social até então restritos às categorias do mercado de trabalho formal” (COSTA, 1996, p. 347-348) – aparentemente na contramão das restrições da dita cidadania regulada – essa expansão, ao invés de gerar um ambiente positivo de maior igualdade e solidariedade entre os trabalhadores, teria favorecido – através de convênios, contratos e incentivos fiscais que se intensificam nos governos militares – um processo de rediferenciação, “[...] com a constituição de uma ‘cultura’ de assistência médico-hospitalar de cunho privado e empresarial para os trabalhadores em detrimento de uma cultura publicista” (MENICUCCI, 2007, p. 122):

Como marca da política de assistência a saúde desde suas origens, essa opção pública [de incentivo financeiro via convênios e contratação de grupos médicos] mostra suas contradições. Ao mesmo tempo que amplia a cobertura previdenciária e a prestação da assistência médica, favorece a seletividade ao subsidiar práticas empresariais restritas às grandes empresas – além de reforçar a vinculação da política de assistência à saúde com a relação contratual de trabalho, favorecendo os trabalhadores em situação privilegiada, na contramão da uniformização pretendidas com a unificação dos IAPs e em direção contrária à universalização. (MENICUCCI, 2007, p. 86-87).

Mas, quais seriam precisamente os elementos históricos que, “por herança de políticas anteriores” (MENICUCCI, 2006, p. 76), favoreceriam a reatualização, em outras bases, de uma dita *cultura da diferenciação* na área da saúde? Acompanhando as indicações de um estudo do sociólogo Paulo Henrique Rodrigues⁹, que se vale de algumas pistas sugeridas ou inferidas da literatura mais geral que trata da reforma sanitária oriunda, segundo ele, tanto “da saúde coletiva,

quanto das áreas da história e da ciência política”, as explicações seriam as seguintes: (a) diante da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que teria gerado uma perda de representação dos trabalhadores na sua direção, ao contrário do que ocorria nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que antecederam o INPS, os trabalhadores passaram a ter que disputar com novos grupos sociais crescentemente incorporados ao novo sistema de previdência (autônomos, trabalhadores do serviço doméstico, do mundo rural) as demandas por proteção social – assistência médica inclusive – antes restritas a “categorias profissionais de trabalhadores” pertencentes a institutos exclusivos, o que teria gerado um gradual desinteresse dos trabalhadores pela saúde pública, atraídos pela oferta crescente do “ascendente mercado privado de seguros de saúde”, que vinha sendo impulsionado pelo regime militar; (b) o formato corporativo da proteção social que antecedeu o INPS teria favorecido uma “ideologia segmentada”, não de solidariedade de classe, na medida em que separava os “[...] trabalhadores em diferentes categorias profissionais [...]”, sendo pouco propícia à defesa de um “sistema universal de saúde”; (c) a própria forma de organização da assistência médica dos antigos IAPs que, desde seu início, se vale da compra de serviços privados, prática que, com a unificação dos institutos no regime militar intensifica-se significativamente, e, em razão disso, teria fortalecido os vínculos dos trabalhadores com a prestação privada de serviços de saúde; (d) diferentemente do antigo envolvimento dos movimentos sociais e correntes de esquerda pré-64 (ligadas ao PTB e ao PCB) com os serviços públicos de saúde, as novas forças emergentes nos anos 1970, com bases sociais e ideológicas muito diversas das que o antecederam – embora formalmente favoráveis ao SUS e com importante e intensa participação na sua construção e inovação institucional –, estariam menos dispostos a se engajar nas lutas pela saúde pública, empenhados, notadamente os setores sindicais, em ter acesso “aos planos e seguros privados de saúde, via negociações coletivas com o patronato”; (e) por fim, o crescimento exponencial do setor privado de saúde, em função das políticas desenvolvidas pelo regime militar, só teria acirrado esse processo de cooptação dos trabalhadores à lógica privada dos seguros de saúde em detrimento da saúde pública (RODRIGUES, 2014, p. 45-47).

Se observarmos atentamente as principais razões enumeradas, veremos que existe um importante ponto de convergência entre elas: a ênfase em uma certa marca do que podemos chamar de *cultura de direitos do trabalho* no Brasil, atravessada pelo *pecado de origem* do “corporativismo”, a estrutura sindical corporativa, proveniente da tradição trabalhista/varguista brasileira, supostamente contrária ou desestimuladora de qualquer perspectiva mais expressiva de solidariedade de classe.

Tradição corporativa que de certa maneira teria sido reinventada – ou simplesmente permanecería como uma espécie de estrutura que se imporia como um texto predeterminado – justamente por aqueles que pretendiam sepultá-la, vale dizer, o *novo sindicalismo*, que deu origem à CUT, através da paulatina, mas crescente, incorporação, nas suas negociações coletivas diretas, com o patronato, de demandas particularistas por assistência médico-hospitalar através de planos e seguros privados de saúde. O cerne da questão, então, parece que se encontra no mal de origem do *corporativismo varguista*, que teria instituído uma dinâmica de direitos assentada na referida *cidadania regulada*. Espécie de *moléstia nacional* que se imporia como modelo de relação entre Estado e sociedade, capaz de corromper qualquer processo mais democratizante das formas de sociabilidade no Brasil, impedindo ou pelo menos criando fortes embaraços para o avanço da proposta de acesso universal e público do direito à saúde, tal como o propugnado pelo SUS e pelos atores da Reforma Sanitária.

Aqui nos parece necessário uma breve digressão sobre o chamado Novo sindicalismo, que surge no contexto da chamada transição democrática dos anos 1970 e 1980, mesmo período em que, como dissemos, a reforma sanitária começa a ganhar força. Com efeito, nesses anos, ocorre um intenso revigoramento do sindicalismo brasileiro, que, desde o final da década de setenta, organiza greves expressivas por locais de produção em paralisações de curta duração que tinham como principal ponto de pauta reivindicações salariais, mas que rapidamente extrapolam seus aspectos econômicos e põem em questão a “política salarial e trabalhista da ditadura” (HABERT, 2003, p. 60-61). Tendo sua base inicial na região industrial do chamado ABC paulista, organiza greves históricas desde 1978, o que torna o então presidente do sindicato dos metalúrgicos de São Bernardo do Campo, Luís Inácio Lula da Silva, uma figura nacionalmente conhecida. Os anos que se seguem na década de oitenta veem a continuidade desse processo, com a profusão de movimentos grevistas que atingem categorias profissionais muito diferentes de todo o país: além de metalúrgicos, professores, médicos, enfermeiros, lixeiros, cobradores e motoristas de ônibus, bancários, mineiros, trabalhadores da construção civil etc., num total de mais de três milhões de trabalhadores e 430 greves (HABERT, 2003, p. 62; MATTOS, 2009, p. 117-121). Com a proposta política de romper com a velha estrutura sindical corporativa implantada ainda no primeiro Governo Vargas – notadamente a unicidade sindical, o monopólio da representação, o imposto sindical e o poder normativo da justiça do trabalho – os sindicalistas ligados a essa perspectiva, identificados como *autênticos*, apresentam-se como formuladores e gestores de um “novo sindicalismo” no Brasil (MATTOS, 2009). E é nesse contexto efervescente de lutas econômicas e políticas que é fundada a Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983, reunindo os chamados sindicalistas autênticos e as antigas “oposições sindicais”, com graus distintos de recusa à antiga estrutura sindical¹⁰. Desde lá, a CUT vem sofrendo importantes transformações, sobretudo dos anos 1990 em diante, com o avanço de uma concepção sindical menos combativa e classista e mais “contratualista” (voltada para a negociação e contratação coletiva) e adaptada à nova realidade decorrente da chamada reestruturação produtiva e de avanço das políticas neoliberais. Como salienta Oliveira (2007), tal processo inicia-se desde o período Collor, mas ganha densidade no Governo FHC, quando a CUT, diante do desmanche neoliberal e da nova conformação do mundo do trabalho – sobretudo em torno da questão do desemprego estrutural – adota uma postura defensiva e incorpora de modo crescente na sua ação sindical certas noções como “cidadania, público não estatal e democratização do Estado” (OLIVEIRA, 2007, p. 63), conformando aquilo que alguns estudiosos, de maneira mais crítica ou menos crítica, tem caracterizado como “sindicato cidadão” (FRANÇA, 2013; OLIVEIRA, 2007).¹¹

Do ponto de vista dos nossos objetivos, a questão que importa refletir aqui remete à perspectiva que considera a emergência do chamado *novo* sindicalismo como uma prática sindical que rompe cabalmente com as velhas estruturas do sindicalismo corporativista varguista/populista do pré-1964. Como indica Santana (1998), o novo sindicalismo

[...] seria uma ruptura com as práticas estabelecidas no passado. Não um passado genérico, tomado como um todo, mas principalmente aquele demarcado pelo período compreendido entre 1945/1964. As práticas propostas pelo ‘Novo Sindicalismo’ deveriam ser entendidas como uma negação do que se havia feito no período anterior ao golpe militar de 1964. Ao *velho sindicalismo*, dito *populista*, deixava-se o fardo de ser caracterizado por um distanciamento das bases e pouco empenho reivindicativo no que diz respeito aos interesses imediatos

da classe trabalhadora em detrimento da participação nos arranjos políticos mais amplos. Ele seria responsável pelo atrelamento do movimento dos trabalhadores aos estreitos liames da estrutura sindical corporativa, tomando-o mero apêndice do jogo de dominação das elites (SANTANA, 1998, p. 19, grifos do autor).

Entretanto, o que muitos estudiosos atualmente têm apontado é que tal ruptura deve ser no mínimo problematizada, observando bem mais continuidade do que o sugerido em algumas análises e pelos próprios militantes do novo sindicalismo. Ou seja, muito mais presença do velho no novo, no sentido de uma “[...] atualização de práticas já experimentadas em variados períodos na história do sindicalismo por setores que, ao seu tempo, se identificaram com posições progressistas no avanço da luta dos trabalhadores” (SANTANA, 1998, p. 31). Apontam, pois, bem mais *diálogo* com a tradição de lutas do sindicalismo corporativista originário dos anos 1945-1964, que afinal nunca se resumiu à ação de “pelegos e/ou reformistas” comprometidos com a “colaboração de classes” (SANTANA, 1998, p. 19). Ao inverso, como indicam Negro e Silva (2003), o que se observa muitas vezes são valiosos momentos de embates e mobilização envolvendo luta por direitos por parte de “[...] uma classe trabalhadora [...] que nunca renunciou à ação direta, à greve, ao voto em candidaturas de esquerda e à sua auto-organização” (NEGRO; SILVA, 2003, p. 91). Como aponta Santana (1998),

[...] o corte entre o *novo* e o *velho* sindicalismo, da forma como se estabeleceu, acabou por obscurecer as continuidades e pontos de contato existentes na prática organizativa dos trabalhadores, bem como os limites a ela impostos. Mais ainda, baseando-se em pesquisas recentes, pode-se observar um reducionismo nas visões sobre o passado que serviram para a ideia de ruptura total entre o *novo* e o *velho*. (1998, p. 20, grifos do autor).

Com efeito, a vastíssima literatura mais recente sobre os mundos do trabalho alicerçada em sólidas bases empíricas, notadamente a que trata das lutas sindicais travadas nos anos 1930 a 1964, tem revirado do avesso boa parte das interpretações consagradas sobre o dito sindicalismo corporativista em suas interfaces com os temas contíguos do populismo, da heteronomia, da passividade, do cupulismo, do atrelamento ao Estado, da colaboração de classes e outras caracterizações de igual teor (FORTES *et al.*, 1999; CHALHOUB; SILVA, 2009; NEGRO; SILVA, 2003).

No caso do corporativismo brasileiro, por exemplo, trabalhos recentes de historiadores têm questionado certas interpretações que o observa de modo “monolítico e estereotipado”, como ressalta Larissa Correa, procurando apontar “para o [seu] caráter flexível” e para os “[...] possíveis e diferentes significados e reapropriações feitas pelos trabalhadores” (CORREA, 2016a, p. 226-227). Vale dizer, a depender dos diferentes contextos históricos, períodos mais autoritários ou mais democráticos, a “[...] experiência dos trabalhadores com o corporativismo foi bastante diversa [...]”, asseverando a “[...] necessidade de analisar os sistemas de regulamentação trabalhista a partir da combinação de outros fatores, como as possibilidades de organização da classe trabalhadora e do regime político em que esses sistemas atuam ou se desenvolveram historicamente” (CORREA, 2016a, p. 227).

“Corporativismo à brasileira”, ou “corporativismo inclusivo” que, de maneira geral – em que pese sua “elevada capacidade de sobrevivência e adaptação” ao longo do tempo e de ter sido imposto de “cima para baixo” através de “procedimentos autoritários por parte do Estado” com o objetivo inegável de controle social (LOBO, 2016, p. 544-546), não teria impedido que os trabalhadores,

nas diversas conjunturas em que ele se atualizou, rearticulassem e reinventassem suas formas de luta, constituindo uma identidade e uma consciência de classe marcadas pela dura experiência vivenciadas nos mundos do trabalho à brasileira, do modo a constituir uma *cultura de direitos* que, muitas vezes, ultrapassou “os limites do espaço da fábrica e das relações empregado-empregador” (CORREA, 2016b, p. 522).

Sendo assim, o que os historiadores têm procurado mostrar é que, para além da lógica da “deferência ante o ‘pai dos pobres’” e da expectativa de um “operário cidadão restrito e regulado”, o que sempre se colocou como possibilidade na história concreta dos anos 1930 em diante foi a reinvenção do trabalhismo varguista e a recorrente ameaça de ruptura, isto é, de avançar além da “outorga getulista” e do “propósito da tutela”, tendo em vista que “[...] os trabalhadores estavam atentos ao que se passava, tinham memória de suas lutas, não eram passivos e, por fim, viviam a experiência de ser uma classe social” (NEGRO, 2003, p. 10).

Nos anos da experiência democrática de 1945-1964, reelaborada, ressignificada ou reinventada pelos trabalhadores, a cultura política trabalhista ganha contornos distintos do seu momento de gestação, incorporando demandas de cidadania bem mais amplas e expressivas em termos de justiça, participação política, reconhecimento e luta por direitos. Como adverte Lobo, em que pese os objetivos de controle e conciliação de classe por parte dos formuladores da legislação trabalhista ou da estrutura sindical corporativa, o que os estudos recentes têm apontado é que:

[...] aquilo que foi prescrito não teve expressão real, tendo em vista, entre outros fatores, que a componente de controle estatal sobre as organizações sindicais foi mitigada entre 1945 e 1964, num ambiente de crescente efervescência social, a despeito da permanência da estrutura sindical erigida no Estado Novo (LOBO, 2019, p. 117).

Do mesmo modo acontece em relação à cidadania regulada. Sem entrar na discussão de que toda cidadania, em qualquer lugar do mundo, nunca deixou de sofrer algum tipo de regulação, e que modelos liberais de cidadania vigentes em muitos países, como os EUA, por exemplo, sempre exigiram algum tipo de contrapartida em termos de inserção no mercado, exceto no caso de mínimos sociais para aqueles comprovadamente indigentes ou em situação de grande vulnerabilidade¹², certos autores, nos seus estudos, têm salientado o quanto esse modo de operar direitos no Brasil deve ser visto sob uma ótica mais complexa, uma forma particular de estruturação de uma *cultura de direitos* no Brasil.

De acordo com Adalberto Cardoso, por exemplo, a *cidadania regulada* foi a forma possível da consciência de classe no Brasil, a “consciência do direito a seus direitos” (CARDOSO, 2010, p. 239), uma espécie de promessa integradora, cheia de limites, é verdade, mas que pautou o próprio horizonte da luta de classes no Brasil. Uma luta, segundo ele, por parte daqueles que estavam incluídos quanto dos não incluídos, em três direções: (a) pela implantação efetiva dos direitos estabelecidos (que, de modo algum, por constarem na lei, estavam garantidos); (b) pela constante ampliação desses direitos; (c) *pela extensão dos que podiam ser incluídos nessa nova formulação de direitos, ou seja, pela introdução de novas categoria de trabalhadores no universo da cidadania regulada*, portanto, no universo dos direitos (CARDOSO, 2010, p. 223), o que não combina muito bem com a ideia de um sentido monolítico e necessariamente limitador da luta por direitos, vale dizer, de um quadro estável de uma “cidadania regulada” atravessada por um sentido determinadamente corporativo, segmentado, particularista e marcado pela “ausência de solidariedade”

e de “consciência de interdependência” entre os trabalhadores, notadamente entre excluídos e incluídos. Nas palavras de Cardoso, isso quer dizer que,

[...] se os direitos sociais e do trabalho (e os serviços de saúde e educação) precisavam ganhar facticidade por meio da luta regulada da luta de classes, então a cidadania regulada precisou ser conquistada pelos candidatos a ela, e isso tanto individual quanto coletivamente. Tendo ou não sido outorgada por Vargas [...] o fato é que, no processo de tornar-se real no mundo, a legislação social [e previdenciária] foi apropriada pelos trabalhadores (CARDOSO, 2010, p. 223).

Vejam, então, algumas evidências que servem para mostrar que as coisas não estavam assim tão definidas e estabelecidas, envolviam disputas e apresentavam contradições desde os seus momentos iniciais e que, portanto, a cidadania regulada, a segmentação e seletividade de acesso aos serviços sociais e de saúde, bem como aos direitos em geral, não eram uma causa sem fissuras do projeto de poder e controle social da cultura política trabalhista e corporativista brasileira.

Primeiro, a discussão ocorrida sobre a criação do Instituto dos Serviços Sociais do Brasil (ISSB), no âmbito da previdência, levada a efeito no último ano do primeiro governo Vargas (1945), por iniciativa do próprio presidente. Em consonância com certo clima internacional favorável a reformas estabelecidas a partir do conceito de “solidariedade social”, o objetivo era universalizar a cobertura, padronizar os serviços e benefícios, inclusive com extensão dos serviços médicos, e promover a unificação administrativa e financeira da previdência, segundo o princípio “de cada um de acordo com seus meios, e para cada um de acordo com sua necessidade”. Como salienta Malloy (1986, p. 91-92), o plano do ISSB envolvia um “radical e grandioso esquema de reformas”:

A nova organização – o ISSB – seria organizada com três dimensões funcionais que dariam uma cobertura do ‘berço ao túmulo’ [...] É impossível determinar o grau de compromisso de Vargas com o plano [do] ISSB [...] O [fato] é que o ditador realmente decretou o ISSB a 7 de maio de 1945 (Decreto-lei nº 7.526). O regulamento que poria o plano em ação foi, contudo posterior. Com a queda de Vargas, o esquema desmantelou. (MALLOY, 1986, p. 92).

A resistência, nesse caso, veio de vários lados, das companhias privadas de seguros muito fortemente, mas também dos setores sindicais, que recebiam perder o controle sobre as instituições de previdência (MALLOY, 1986, p. 93-94), o que de certo modo reforça o argumento corporativista e antissolidarista por parte dos trabalhadores organizados. No entanto, revela também que o corporativismo varguista – independentemente do interesse político de Getúlio em reformar a previdência ao apagar das luzes do seu governo – não era monolítico, apresentava fissuras e certa flexibilidade, com espaço inclusive para absorver formulações que apontavam para perspectivas bem menos segmentadas e bem mais universalistas em termos de direitos sociais.

Outro exemplo que pode ser citado é a direção que a previdência toma com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) de 1960, que uniformizava os serviços e benefícios e estabelecia uma direção efetivamente colegiada nos institutos (talvez a principal bandeira dos sindicatos em relação à previdência), que, nos termos de Kerstenetzky, refletiria “uma opção de mudança incremental – na direção da universalização da seguridade”, ainda que “não tão radical quanto o ISSB” (2012, p. 197). Ademais, com a criação do Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS), no âmbito da implantação da LOPS, assume a gestão o sindicalista Dante Pellacani, que tem sua atuação marcada pela preocupação com os serviços de assistência. Como salienta Cordeiro:

Uma leitura rápida dos fatos que povoam este período permite caracterizá-lo pela tentativa de encaminhar os problemas dos institutos e, em particular, a assistência médica, para uma solução conciliatória dos vários modelos existentes, mas que *salvaguardasse essa prestação da privatização generalizada e privilegiasse o quanto possível os serviços próprios*. (CORDEIRO, 1984, p. 43, grifos nossos).

Entretanto, em geral, o que se diz é que os trabalhadores organizados, os sindicalistas e sindicatos do período buscavam prioritariamente estabelecer vínculos cada vez mais fortes com a prestação privada de serviços de saúde, postura que de fato ganha enorme impulso com unificação dos institutos no INPS, em 1966, durante o regime militar.

Em 1963, pode se apontar a iniciativa governamental (ainda que, com pouca efetividade prática, tendo em vista o golpe civil-militar que depõe o governo Goulart em 1964) de promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural, que, por intermédio do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural a ser formado com o recolhimento de 1% da produção agropecuária, tinha o objetivo de “[...] estender direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores rurais fora da lógica contributiva” (KERSTENETZKY, 2012, p. 198).

Vale registrar, também, como mais uma evidência, o crescimento no número de carteiras de trabalho emitidas desde 1940 pelo Ministério do Trabalho. Se em 1940 atingia a cifra de um milhão de carteiras, diante de contribuintes da previdência em torno de dois milhões e de uma População Economicamente Ativa (PEA) de aproximadamente cinco milhões, entre 1940 e 1950, o Ministério do Trabalho emite 2,7 milhões de carteiras frente a um PEA que cresce 1,8 milhões e de contribuintes da previdência que aumentam em 1,2 milhões de trabalhadores. Ou seja, 150% mais carteiras emitidas do que o crescimento do PEA e 230% mais do que os que se inscrevem na previdência. Dinâmica que só se acelera nas décadas seguintes (supera em 213% o crescimento do PEA urbano entre 1960-1970, por exemplo), resultando, ao longo dos anos 1940-1976, em 2,78 vezes mais brasileiros titulados com carteira do que os acolhidos pela previdência e 1,92 vezes mais do que os que compunham o PEA (CARDOSO, 2010, p. 228-229). Se considerarmos o significado da carteira profissional no Brasil, desde sua implantação vista como atestado de “nascimento cívico”, “instrumento jurídico comprovante do contrato entre Estado e a cidadania regulada”, nos termos de Santos (1979, p. 75-76), ou seja, instrumento potencial de acesso ao universo dos direitos – lembrando, ademais, que obtê-la não era exatamente algo simples, envolvia dificuldades e esforços consideráveis, como salienta (FISCHER, 2008, p. 127-segs. *Apud* CARDOSO, 2010, p. 220-221) – tal expansão do número de carteiras emitidas talvez seja revelador de como a “crença na possibilidade de inclusão na cidadania regulada *parece ter sido universal*” (CARDOSO, 2010, p. 229, grifos nossos).

Por fim, é interessante observar os motivos da forte resistência à reformulação do sistema previdenciário (o que afetaria o campo da saúde), por parte de certos segmentos de trabalhadores – que viam qualquer proposta de mudança “como uma verdadeira ameaça” – observados por Tatiana Baptista em sua análise dos debates desenvolvidos na Comissão de Reestruturação da Previdência Social (CRPS) de 1986, comissão formada com o objetivo de “[...] realizar estudos e propor medidas para reestruturação das bases de financiamento da previdência social e para reformulação dos planos e benefícios previdenciários”. Nesse estudo, Wargas elenca quatro grupos de interesse em torno do tema, dentre eles, o que a autora identifica como “trabalhadores e aposentados”:

[...] o grupo temia que com a formação da seguridade social houvessem perdas reais, tanto financeiras, quanto em benefícios para o grupo. *Tinha medo da universalização, porque receava ser o principal pagador do projeto, e da não manutenção da qualidade dos serviços assistenciais prestados à população previdenciária. Na realidade, esta avaliação negativa e resistente ao projeto da seguridade vinha responder a uma situação real já vivida por este grupo. Com a expansão da cobertura previdenciária e assistencial, desde meados dos anos 70, este grupo vinha sentindo a diferença qualitativa nos serviços, que não correspondiam mais às expectativas do mesmo.* A partir de então, tornou-se uma constante a crítica à universalização e, portanto, à seguridade social, quando esta foi apresentada na Comissão de Reestruturação da Previdência Social em 1986. (BAPTISTA, 1998, p. 102, grifos nossos).

Como dito por um representante dos aposentados na Comissão: “[...] muito bem, muito bonito, avançamos no sentido de dar maior cobertura à população, mas isso está sendo financiado com recursos do assalariado e deve ficar com o previdenciário, e ponto final” (WARGAS, 1998, p. 103). Ora, se é possível identificar na oposição que o referido grupo fazia à formação da seguridade social um inegável acento corporativista e antissolidário, é possível indicar também outras motivações, se não propriamente contrárias a um tal sentido corporativo, bastante razoáveis em termos pragmáticos, porquanto se viam – trabalhadores e aposentados – diante de um projeto de universalização um tanto quanto abstrato, “muito bonito” e generoso em termos de expectativas de ampliação da cobertura, mas distante e sem garantia alguma no presente, praticamente um salto no escuro, que no plano concreto dos seus interesses imediatos podia resultar, e era isso que a experiência anterior indicava, em maior dificuldade e perda de qualidade no acesso aos serviços assistenciais.

Considerações finais

Os exemplos apresentados anteriormente, se não são suficientes para romper com certos enquadramentos analíticos, com certeza, colaboram para problematizá-los e servem como inspiração para se refazer algumas perguntas que muitas vezes apenas reproduzem acriticamente a ideia de uma tradição de construção cidadã tão arraigada e corrompida que, quando muda apenas “repagina”, em novos termos, a cidadania regulada. Particularmente no campo da saúde, é quase um consenso que tal modelo de cidadania estabeleceu certo tipo de enquadramento que se não chega a inviabilizar estabelece sérios obstáculos a qualquer perspectiva de direito à saúde investida de um sentido de acesso universal. Com efeito, como vimos, parte expressiva dos estudiosos desse campo incorporam a perspectiva que considera a cultura de direitos segmentada e corporativa originada nos anos 1930 como a grande responsável pela ausência de uma consciência de solidariedade e de identidade de classe entre os trabalhadores, sobretudo entre incluídos e excluídos na cidadania regulada. Nesse caso, o que se teria estabelecido por intermédio da cultura política trabalhista brasileira, submetida, pois, a uma inexpugnável e unidimensional “razão corporativa”, não seria propriamente uma cultura de direitos, solidária, classista, universalista, e, sim, uma sempre reposta e renitente *cultura da diferenciação*, vale dizer, uma cultura de direitos muito peculiar que *transmudaria a ideia de direito em privilégio*, privilégio daqueles que possuíam carteira de trabalho assinada e que, portanto, estariam inseridos no mercado formal de trabalho e por extensão ao mundo dos direitos sociais, assistência à saúde inclusive.

Nos anos pós-reforma sanitária e SUS, tal característica teria permanecido com a particularidade de que agora o acesso a serviços de saúde diferenciados estaria vinculado “[...] ao contrato de trabalho e não [mais] à categoria profissional como ocorria antes da unificação dos IAPS” (MENINUCCI, 2007, p. 87). Como salienta Ronaldo Santos,

[...] a longa duração do comportamento corporativo para a história da saúde pública no Brasil deve ser compreendida a partir da transição de um corporativismo público estatal para um corporativismo privado mercantil. Cobrindo todo o século XX, dos anos 1930 aos dias atuais, seria possível destacar que, guardadas as devidas particularidades históricas, a persistência da práxis corporativa manteve-se entre os desafios centrais à consolidação do princípio universal da saúde. Como princípios políticos que apontam utopias civilizatórias distintas, o fortalecimento da razão corporativa implica a agonia e a desarticulação do projeto sanitário de universalização da saúde (SANTOS, 2018, p. 215).¹³

Sendo assim, a reforma sanitária brasileira que deu origem ao SUS, no final dos anos 1970 e anos 1980, com a proposta de instituir a saúde como um direito de todos e dever do Estado, tal como definido na Constituição de 1988, dada a presença de uma sempiterna “práxis corporativa” e suas correlatas e deformadas políticas sociais, colocar-se-ia na contramão de algo que viria de longe e que contrariaria a longa tradição segmentada, restrita e corrompida de direitos no Brasil. Ou seja, pôr-se-ia na contramão de algo até então impronunciável no Brasil, uma espécie de *ideia fora do lugar*. No entanto, como procuramos mostrar, se considerarmos o que a historiografia e a sociologia do trabalho mais recente têm apontado, tanto sobre o arranjo corporativista quanto sobre a cidadania regulada, é possível sugerir que talvez as coisas não tenham se passado exatamente assim. Como sugere Luigi Negro, a cultura política trabalhista,

[...] não cavou um fosso entre excluídos e incluídos. Ao contrário, vai ao encontro de expectativas e iniciativas por justiça social e renova-se, ao figurar no caminho de movimentos e iniciativas que requisitam sua contemplação pelas leis do trabalho, ou que usam precedentes para melhorar sua posição de barganha, *inclusive da parte dos trabalhadores rurais*. (NEGRO, 2004, p. 22, grifos nossos).

E, mais à frente, afirma:

[...] defendendo seus espaços da infiltração ou assédio dos ‘outros’, pobres e trabalhadores [ou seja, incluídos e excluídos na cidadania regulada] disputavam seu dia-a-dia, muitas vezes se dividindo entre marmiteiros (que os bichos soltos chamavam de otários porque trabalhavam), e bichos soltos (que os marmiteiros chamavam de vagabundos porque não trabalhavam). *Mas também podiam se valer de tais espaços para sua união*, ou para protestos e motins. (NEGRO, 2004, p. 28, grifos nossos).

Assim, se é verdade que a cidadania regulada estabeleceu clivagens (e disputas) entre cidadãos e pré-cidadãos, entre excluídos e incluídos, forçoso é admitir que tal clivagem nunca foi absoluta ou monolítica, tendo em vista que expressou, ao mesmo tempo, uma *promessa de integração social* relativamente compartilhada decorrente da “atratividade dos direitos” e do “[...] sonho de autopromoção pessoal pela via do trabalho protegido pelo Estado [...]” que passa “[...] a fazer parte inarredável do horizonte de expectativas das populações” (CARDOSO, 2010, p. 237). Promessa de integração,

portanto, que afetava tanto os trabalhadores do campo que migravam para as cidades como os “[...] segmentos do mercado assalariado informal, no âmbito de acordos tácitos entre empregadores informais e assalariados sem carteira, que tomavam esses direitos [salário mínimo, direito a férias, descanso semanal regulado] como justos” (CARDOSO, 2010, p. 231). Nos termos de Barrington Moore Jr., expectativa de vir a receber um “tratamento humano decente”, ou seja, de ser tratado com “[...] um mínimo de respeito e preocupação merecido por todos os membros da comunidade nacional” (MOORE Jr., 1987, p. 312-313), o que, no caso brasileiro do pós-1930, acompanhando Ferreira, *podia* significar (como crença ou esperança) “[...] segurança na velhice, garantia contra as arbitrariedades patronais, justiça nas relações trabalhistas, regulamentação de salários e jornadas de trabalho e, particularmente, o reconhecimento e a valorização social e política” (FERREIRA, 2002, p. 78). Como sugere Cardoso, “[...] mesmo que nunca tenha se universalizado, o mercado formal estruturou um conjunto de relações sociais e econômicas que ocorriam ao seu largo [...]” tornando-se “[...] um ponto de referência normativo para a estruturação das expectativas individuais e coletivas quanto aos padrões do que se poderia denominar ‘mínimos civilizatórios’, aquém dos quais o mercado de trabalho não poderia operar *de forma legítima*” (CARDOSO, 2010, p. 231, grifos do autor).

O que nos leva a concluir, pela relevância de se pensar, como problematização histórica, para além de uma certa tradição muito enraizada de pensamento social que condena de antemão nossa cultura de direitos – saúde incluída – *vis a vis* outras experiências sociais e de cidadania. Nesse caso, é importante apontar que o direito à saúde, propriamente dito, como um “direito amplo” voltado “[...] a garantias de acesso a bens e serviços básicos que sejam instrumentais à saúde” – aquilo que os sanitaristas identificam como *determinantes sociais da saúde* (acesso à habitação, emprego, saneamento, educação, assistência social etc.) – só ganha efetividade, em termos constitucionais, no pós 2ª Guerra Mundial, e, mesmo assim, em alguns poucos países, bem como aparece no artigo 21 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (ROCHA, 2019, p. 178-179). Desde então, como salienta Rocha, verifica-se um permanente processo de “expansão da concepção de direito à saúde”, com a maioria dos países ratificando “ao menos uma convenção internacional” com “algum tipo de direito à saúde”, embora sem reconhecer, diferentemente do caso brasileiro, tal direito em “suas Constituições ou em outro estatuto nacional” (2019, p. 180)¹⁴. Sendo assim, em que pese nossa história pregressa de corporativismo e cidadania regulada – arranjos sociais *per se* não necessariamente constrangedores de uma *cultura de solidariedade*, como procuramos mostrar – a inscrição da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição cidadã brasileira de 1988 talvez não tenha sido uma ideia, por um lado, tão em desacordo em termos históricos com certos padrões mundiais e, por outro, tão inédita e fora do lugar, como os estudiosos do campo da saúde têm salientado.

Referências

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Seguridade Social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 49, n. 3, p. 99-119, 1998.

BRAGA, Ialê Falheiros. *Empresariado e Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

CARDOSO, Adalberto Moreira. *A Construção da sociedade do trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2014.

- CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CHALHOUN, Sidney; SILVA, Fernando Teixeira. Sujeitos no imaginário acadêmico. Escravos e trabalhadores na historiografia brasileira desde os anos 1980. *Cadernos AEL*. v. 14, n. 26, p. 13-46, 2009.
- COLLUCCI, Cláudia. Em saúde não é possível dar tudo para todos. *Folha de São Paulo*, 18/05/2016, Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/20916/05/1772691-em-saude-nao-e-possivel-dar-tudo-para-todos.shtml>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- CORDEIRO, Hésio. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORREA, Larissa. Corporativismo e regulamentação do trabalho no Brasil: um debate entre especialistas brasileiros e norte-americanos na década de 1960. *Sociologia Antropologia*, v. 6, n. 1, p. 209-234, 2016a.
- CORREA, Larissa. O corporativismo dos trabalhadores: leis e direitos na Justiça do Trabalho entre os regimes democrático e ditatorial militar no Brasil (1953-1978). *Estudos Ibero-americanos*, v. 42, n. 2, p. 550-526, 2016b.
- COSTA, Nilson do Rosário. Políticas Públicas, Direitos e interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. In: BENSCHULTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 345-362, 1996.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas/Ipea*, p. 139-161, 1990.
- FERREIRA, Jorge. Queremismo, trabalhadores e cultura política: soberania popular e aprendizado democrático. In: *Varia História*, n. 28, p. 69-84, 2002.
- FORTES, Alexandre et al. *Na luta por direitos – estudos recentes em História Social do Trabalho*. Campinas: Editora da Unicamp, 1999.
- FRANÇA, Teones. *Novo sindicalismo no Brasil: histórico de uma desconstrução*. São Paulo: Cortez, 2013.
- GERSCHMAN, Sílvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.
- HABERT, Nadine. *A década de 70: apogeu e crise da ditadura militar brasileira*. São Paulo: Ática, 2003.
- KERSTENETZKY, Célia. *O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; LOURENÇO, Edivânia Angela de Souza; GOULART, Patrícia Martins; TRAPÉ, Carla Andrea. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde em Debate*, v. 43, número especial 8, Rio de Janeiro, p. 120-132, 2019.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994.
- LOBO, Valéria Marques. Corporativismo à Brasileira: entre o autoritarismo e a democracia, *Estudos Ibero-americanos*, v. 42, n. 2, p. 527-552, 2016.
- MALLOY, James. *Política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.
- MATTOS, Marcelo Badaró. *Trabalhadores e Sindicatos no Brasil*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Privado na Política de Assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006.
- MONNERAT, Giselle Lavinas; SENNA, Mônica de Castro M. A seguridade social Brasileira: dilemas e desafios. In: *Sociedade, Estado e direito à saúde*. MOROSIN, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; REIS, José Roberto Franco. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, p. 103-154, 2007.
- MOORE Jr., Barrington. *Injustiça. As bases sociais da obediência e da revolta*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- MOTA, Ana Elisabete. O Pacto da Assistência: articulações entre empresas e estado. In: *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, ano X, n. 30, abril de 1985.

MOTA, Ana Elisabete. *As Demandas Sindicais por Seguridade Social: um campo de consentimento, resistências e disputas*. Campinas: IFVB: Unicamp, 1992 [mimeo].

NEGRO, Antonio Luigi. Paternalismo, Populismo e História Social. *Cadernos AEL*, v.11, n. 20-21, p.11-38, 2004.

NEGRO, Antonio Luigi. Ignorantes, Sujos e Grosseiros: uma Reinvenção da História do Trabalho. *Trajeto*, v. 2, n. 4, p. 9-33, 2003a.

NEGRO, Antonio Luigi; SILVA, Fernando Teixeira da. Trabalhadores, Sindicato e Política (1945-1964). In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. *O Brasil Republicano. O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe civil militar de 1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 47-96, 2003b.

OLIVEIRA, Roberto Vêras de. O sindicalismo e a questão democrática na história recente do Brasil: o que se pode esperar. In: OLIVEIRA, Francisco; RIZEK, Cibele Sahibe. *A Era da Indeterminação*. São Paulo: Boitempo, p. 49-69, 2007.

PAIM, Jair Nilson Silva. *Reforma sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, Potyara. A. P. *Política Social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

PINA, José Augusto; CASTRO, Hermano A.; ANDREAZZI, Maria de Fátima A. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 837-846, 2006.

REIS, Carlos Ocké. Entrevista por Bruno Piero, 23/11/2012. Disponível em: <https://jornalgggn.com.br/noticia/presenca-do-setor-privado-foi-naturalizada-na-saude-diz-pesquisador-do-ipea/>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ROCHA, Rudi. A saúde na Constituição de 1988: trinta anos de SUS e os desafios pela frente. In: MENESES FILHO, Naercio; SOUZA, André Portela (orgs.). *A Carta: para entender a Constituição Brasileira*. São Paulo: Todavia, p. 173-199, 2019.

RODRIGUES, Paulo Henrique. Desafios Políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 37-59, 2014.

SANTANA, Marco Aurélio. O “Novo” e o “Velho” sindicalismo: análise de um debate. *Revista de Sociologia Política*. v. 10-11, p. 10-35, 1988.

SANTOS, Ronaldo Teodoro dos. *O fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS*. Tese (Doutorado em Ciência Política). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SANTOS, Ronaldo Teodoro. A teoria sanitária e o Momento corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: FLEURY, Sonia. *Teoria da Reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 183-219, 2018.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos Santos. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Saúde reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; HOCHMAN, Gilberto; PIMENTA, Tânia Salgado. *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p. 430-463, 2018.

VIANNA, Maria Lúcia T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégia de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan: Ucam: Luperj, 1998.

Notas

¹ O sanitarista Sérgio Arouca teria usado a expressão numa entrevista concedida a Sara Escorel (ESCOREL, 1987, p. 182).

² Para muitos estudiosos e militantes do campo da saúde, tal distanciamento tem sido inclusive apontado como um dos fatores responsáveis pelo fato do SUS perder cada vez mais apoio, constituindo-se num sistema de saúde teoricamente universal, mas caracterizado na prática por uma dualidade, com a coexistência de dois sistemas autônomos, um público e outro privado. Ou seja, de um lado, o SUS, atendendo a população mais pobre do país, e, de outro, o mercado privado, atendendo o restante da população, vale dizer, os trabalhadores organizados que, através de sua inserção formal no trabalho, sobretudo os de grandes empresas (mas atualmente não só), obteriam acesso a seguros de saúde particulares decorrentes de acordos coletivos (por demanda dos próprios trabalhadores organizados, mas também por interesse das próprias empresas), bem como aqueles setores sociais que, por conta própria, teriam condições de arcar com os custos desses serviços.

³Santos, na sua análise já clássica sobre o processo de constituição de uma “cidadania regulada” ao longo dos anos 1930, indica os seus limites e insuficiências em termos de princípios universais, ressaltando que no Brasil a cidadania se caracterizaria pela inserção dos indivíduos em alguma ocupação reconhecida e definida em lei, não se referindo, pois, a um código de valores políticos em que ser membro da comunidade seria suficiente, o que tornava a carteira de trabalho, mais do que uma evidência trabalhista, um atestado de pertencimento cívico: “A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece [...] seria pré-cidadãos todos os trabalhadores da área rural [...] assim como seriam pré-cidadãos os trabalhadores urbanos [...] cujas ocupações não tenham sido reguladas por lei [...] a regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato público definem, assim, os três parâmetros no interior dos quais passa a se definir a cidadania”. (SANTOS, 1979, p. 75).

⁴Com cinquenta delegados na 8ª Conferência, a CUT propôs “[...] um sistema de saúde estatizado, unificado, regionalizado e que garant[isse] atendimento integral, igualitário e de boa qualidade a toda a população brasileira” (PAIM, 2008, p. 11).

⁵A ponto do estudioso Ronaldo Santos se valer, como título do primeiro capítulo da sua relativamente recente tese de doutorado, da sintomática interrogação: *Por que os trabalhadores não vão ao SUS? Pragmatismo sindical e a expansão da assistência privada da saúde?* (2014, p. 18).

⁶Interessante observar como os argumentos apresentados por Mota acerca dos fatores que estariam na raiz do padrão seletivo e segmentado de acesso a programas sociais por parte do movimento sindical, como (a) *as novas formas de negociação direta dos sindicatos com as empresas por intermédio de contratos coletivos de trabalho, ou seja, por acordos fora dos cânones da CLT* e (b) *a presença mais efetiva dos sindicatos nos locais de trabalho, favorecendo um maior reconhecimento das demandas e necessidades cotidianas dos trabalhadores, ou seja, uma postura mais pragmática dos sindicatos*, em boa medida podem ser atribuídos às novas formas de atuação sindical do chamado *novo sindicalismo*, que deu origem à CUT, propugnadores de negociação direta dos sindicatos com as empresas sem a interferência do Estado, na perspectiva de um sindicalismo autônomo e da defesa da liberdade sindical, portanto, com certo rompimento em relação às estruturas conformadoras do corporativismo sindical dos anos varguistas.

⁷Acompanhando esses mesmos autores, ainda é preciso lembrar que “[...] em sua maioria, os trabalhadores com cobertura extra-SUS continuam, como todos nós, a depender do setor público para resolver problemas de alta e média complexidade [transplantes, hemodiálise, tratamento da AIDS] que não são total ou parcialmente cobertos pela atenção médica supletiva” (PINA; CASTRO; ANDREAZZA, 2006, p. 838). Sem falar na vacinação em postos públicos, vigilância sanitária de alimentos e medicamentos, acesso a medicamentos pela farmácia popular (PINA; CASTRO; ANDREAZZA, 2006, p. 838).

⁸Ronaldo Santos considera necessário “[...] problematizar as perspectivas que apontam a aquisição de ‘planos coletivos de saúde’ como ‘exclusiva benesse patronal’, ou imposição unilateral das burocracias públicas [...]”, porquanto entende que se é verdade que a “preocupação com o absenteísmo dos trabalhadores” fazia “[...] parte do cálculo patronal em ofertar planos de saúde, não menos verdadeiras seriam as evidências do interesse sindical na questão” (2014, p. 39).

⁹Importante salientar que o autor reconhece que tais indicações ainda carecem de estudos mais detalhados.

¹⁰Como salienta Mattos, “Entre as várias siglas que surgiram desde 1983, foi a CUT aquela que conseguiu estabelecer-se como representativa pela adesão progressiva dos sindicatos à sua proposta. Participaram do congresso de 1983, que fundou a Central, 912 entidades. Em 1991, 1.300 entidades encontravam-se filiadas [...] Em 2000, a CUT possuía 3.088 entidades filiadas. A representatividade da CUT pode ser medida não apenas pelo número de filiações, mas também pelo papel representado por ela no debate político nacional e por sua capacidade de levar, ao longo dos anos de 1980, milhões de trabalhadores a jornadas de lutas e mobilizações, com destaque para as greves gerais” (MATTOS, 2009, p. 125).

¹¹De acordo com Oliveira, o dito “sindicato cidadão” remeteria a situações muito diversas, tais como: “[...] a atitude de priorizar a defesa do emprego, dos direitos sociais e da própria democracia, sob ataques sistemáticos da onda neoliberal; a diversificação da agenda sindical, de tal maneira que os trabalhadores em sentido amplo passaram a ser vistos como ‘cidadãos; o crescimento e a diversificação da participação sindical em espaços, em geral remetidos ao debate, fiscalização, proposição e até execução de políticas públicas, sobretudo no campo social; um envolvimento cada vez maior com iniciativas do campo do cooperativismo, da autogestão, dos projetos de geração de emprego e renda (na linha da economia solidária).” (2007, p. 63).

¹²Na própria Europa Ocidental, sistemas de proteção social mais universais, ou seja, não contributivos baseados na ideia de seguridade social, só ganham efetiva vigência no pós 2ª Guerra. Nesse caso, também aí não se teria acesso aos bens sociais apenas por ser membro da comunidade, o que mostra que o nosso caso de cidadania regulada não foi exatamente uma aberração ou excrescência histórica (MONNERAT; SENNA, 2007; PEREIRA, 2008; KERSTENETZKY, 2012).

¹³Interessante observar que, se esse autor, em alguns momentos, reforça o argumento de que “o princípio corporativo de construção de direitos”, responde, em parte, pelo avanço da assistência privada entre os setores organizados do trabalho, ou seja, pela agenda antipublicista, segmentada e antissolidária da saúde (e da proteção social em geral) junto ao movimento sindical, em outros, inspirado pelas análises de Angela de Castro Gomes e Fábio Wanderlei Reis, que ele

parece acompanhar, apontam as “ambiguidades do corporativismo” que, nesse caso, “[...] deixa de ser compreendido como expressão de um genuíno retrocesso ao desenvolvimento da democracia social no Brasil” (2014, p. 134-139).

¹⁴ Com base em alguns estudos, Rocha aponta que “[...] no início dos anos 2010, apenas 69 Constituições nacionais (ou 36% do total) estabeleciam garantias universais de direitos à saúde (tanto em termos de acesso a serviços de saúde como na forma ampla de direito à saúde), 24 (13%) explicitam aspirações mais gerais a este direito e oito (4%) os garantiam mais de modo restrito a determinados grupos populacionais” (2019, p. 180).

Submetido em: 03/12/2019

Aprovado em: 08/06/2020