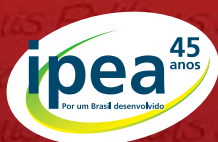


POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise

Vinte Anos da Constituição Federal



2ª Edição

17

Volume 1

Governo Federal

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República

Daniel Barcelos Vargas (interino)



Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e de programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Fernando Ferreira

Diretor de Estudos, Cooperação Técnica e Políticas Internacionais

Mário Lisboa Theodoro

Dicod

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (em implantação)

José Celso Pereira Cardoso Júnior

Diest

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

João Sicsú

Dimac

Diretora de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Liana Maria da Frota Carleial

Dirur

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, Inovação, Produção e Infraestrutura

Márcio Wohlers de Almeida

Diset

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Disoc

Chefe de Gabinete

Persio Marco Antonio Davison

Assessor-chefe de Comunicação

Daniel Castro

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

ISSN: 1518-4285

políticas sociais

acompanhamento e análise

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Conselho Editorial

Ângela Rabelo Barreto
Brancolina Ferreira
Fábio Alves
José Aparecido Ribeiro (editor)
Leonardo Alves Rangel
Luciana Jaccoud
Luciana Mendes Servo
Luseni Aquino
Maria Martha Cassiolato
Natália de Oliveira Fontoura
Roberto Gonzalez
Silvânia Carvalho (secretária executiva)

Colaboradores

Política Social	Jorge Abrahão de Castro José Aparecido Carlos Ribeiro
Seguridade Social	Guilherme Delgado Luciana Jaccoud Roberto Passos Nogueira
Previdência Social	Leonardo Rangel Maria Tereza de Marsillac Pasinato Fernando Gaiger Silveira Felix Garcia Lopez João Luis de Oliveira Mendonça
Assistência Social e Segurança Alimentar	Luciana Jaccoud Patrícia Dario El-Moor Juliana Rochet
Saúde	Sérgio Francisco Piola Elizabeth Diniz Barros Roberto Passos Nogueira Luciana Mendes Servo Edvaldo Batista de Sá Andrea Barreto Paiva
Educação	Paulo Roberto Corbucci Ângela Rabelo Barreto Jorge Abrahão de Castro José Valente Chaves Ana Luiza Codes
Cultura	Frederico Barbosa da Silva Herton Ellery Araújo Suylian Midlej
Trabalho e Renda	Roberto Gonzalez Marcelo Galiza Bruno Marcus Amorim Fábio Monteiro Vaz Luiz Eduardo Parreiras
Desenvolvimento Agrário	Brancolina Ferreira Fábio Alves José Juliano de Carvalho Filho
Direitos Humanos e Cidadania	Marco Antonio Natalino Carla Coelho de Andrade Bruno Carvalho Duarte Paulo Castro
Igualdade Racial	Luciana Jaccoud Adailton Silva Waldemir Rosa Cristiana Luiz
Igualdade de Gênero	Alinne de Lima Bonetti Natália de Oliveira Fontoura Elizabeth Marins
Justiça	André Gambier Campos Luseni Aquino
Segurança Pública	Natália de Oliveira Fontoura Patrícia Silveira Rivero Rute Imanishi Rodrigues
Núcleo de Gestão de Informações Sociais (Ninoc)	André Luis Souza Augusto de Araújo Maia Fábio Monteiro Vaz Herton Ellery Araújo Joelmir Rodrigues da Silva Jhonatan Ferreira Maira Bonna Lenzi

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
---------------------------	---

CAPÍTULO 1

SEGURIDADE SOCIAL

Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania	17
---	----

CAPÍTULO 2

PREVIDÊNCIA SOCIAL

Conquistas, Desafios e Perspectivas da Previdência Social no Brasil Vinte Anos Após a Promulgação da Constituição Federal de 1988.....	41
--	----

CAPÍTULO 3

SAÚDE

Vinte Anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?	97
--	----

CAPÍTULO 4

ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA ALIMENTAR

Assistência Social e Segurança Alimentar: entre novas trajetórias, velhas agendas e recentes desafios (1988-2008)	175
---	-----

APRESENTAÇÃO

O dia 5 de outubro de 1988 é celebrado por vários autores e vasta literatura como um marco para a cidadania brasileira. Em tal dia, em que o presidente da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), Ulysses Guimarães, promulgou a Constituição Federal (CF) brasileira de 1988, define-se uma ruptura histórica de notáveis consequências, desaguadouro de um longo processo de luta pela redemocratização do país. A nova Carta proclamava o estabelecimento de um Estado democrático reconhecedor de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Alcançava-se um novo patamar de cidadania, comparável à concepção clássica de Marshall, 1967: direitos civis, políticos e sociais.

No processo de redemocratização iniciado nos anos 1970, de um lado, posicionavam-se os líderes do regime militar, defensores da abertura *lenta, gradual e segura* – não sem enfrentar consideráveis resistências internamente ao regime –, e de outro, um partido de oposição, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que se ampliava naquele momento histórico, assimilando outras correntes e movimentos sociais em uma *frente de centro-esquerda* pelo restabelecimento da democracia. A importância dos movimentos sociais em todo este processo de redemocratização e reorganização da sociedade civil incluiu fortemente na agenda a questão da reforma das políticas sociais, cujo ponto de partida era a crítica ao caráter excludente da política social vigente sob o regime militar.

Assim, quando da convocação da ANC, a configuração de forças presente permitiu que, além da restauração do Estado democrático de direito, fosse conquistada a elaboração de um novo sistema de políticas sociais que avançava bastante em relação ao que estava em vigor – e isto em um momento em que o pensamento liberal e conservador tornara-se hegemônico em escala mundial, difundindo a busca pelo *Estado mínimo* em vários países subdesenvolvidos. Ou seja, além do fundamental restabelecimento dos direitos que dizem respeito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei e à participação nas decisões políticas, inscrevia-se na Carta também uma série de direitos sociais, com o objetivo de promover mais igualdade na participação dos cidadãos no desenvolvimento econômico do país.

Naquele 5 de outubro, grandes expectativas eram geradas a partir do que a nova Constituição permitia vislumbrar. Logo no preâmbulo do texto constitucional, os constituintes declaram que seu objetivo foi

(...) instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social (...).

E embora a Constituição promulgada tenha sido, ao final, menos avançada e progressista do que parecia ser em alguns momentos ao longo do processo, ela foi, efetivamente, a constituição possível naquelas circunstâncias, reflexo de uma vontade constituinte que legislou sob a influência de um conjunto de forças heterogêneas e ideologicamente diversas e antagônicas.

Desde então, a regulamentação e implantação das conquistas estabelecidas na Constituição de 1988 têm sido um processo árduo, ainda inconcluso, com distintos graus de sucesso, estagnação ou retrocesso, a depender da área de política social analisada. Não foram poucos os pontos que foram adulterados, ou simplesmente cancelados, até mesmo antes de serem regulamentados, ante a força das posições conservadoras. Ainda assim, parte importante das conquistas de 1988 foi mantida.

E é ao esforço de recuperar, analiticamente, a trajetória das políticas sociais nesse período de duas décadas que a Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) dedicou-se ao longo do último ano. Cada capítulo desta edição especial do periódico *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* pretende, à luz das agendas presentes à Constituinte e aos compromissos estabelecidos na Constituição promulgada, analisar os avanços conquistados, as derrotas sofridas, as lacunas que permanecem e os desafios que se renovam, no difícil enfrentamento das questões sociais nacionais pelas políticas públicas.

Inicia esta edição especial do periódico o capítulo de introdução, *As Políticas Sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios*, que objetiva recuperar as principais características das políticas sociais vigentes até 1988, bem como as críticas a estas direcionadas, para então demarcar as principais inovações trazidas pela Constituição e poder chegar à situação atual das políticas sociais no Brasil. Há uma tentativa panorâmica de apresentar o que será detidamente analisado em cada capítulo dos outros volumes desta edição.

No primeiro volume, agruparam-se as áreas sociais vinculadas à proteção social, que desde a CF/88 estão unidas sob o conceito de Seguridade Social, destinadas a reduzir e mitigar riscos e vulnerabilidades a que qualquer indivíduo está exposto em uma sociedade de mercado, tal como o da não possibilidade de prover o seu sustento e o de sua família por meio do trabalho, seja por velhice, morte, doença ou desemprego.

Abre o volume o capítulo *Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania*, em que são ressaltados a importância da Seguridade Social, enquanto princípio norteador para a proteção social no país a partir da CF/88, e a sua institucionalização incompleta, em razão, principalmente, dos constantes ataques às suas estruturas de financiamento – uma constante durante todo o período até os dias de hoje.

O capítulo seguinte, intitulado *Conquistas, Desafios e Perspectivas da Previdência Social no Brasil Vinte Anos após a Promulgação da Constituição Federal de 1988*, aponta para a expansão na inclusão e proteção previdenciárias proporcionadas pela CF/88, com destaque para os trabalhadores rurais – mas alerta para a permanência de grandes contingentes de trabalhadores excluídos da proteção previdenciária, o que mantém as políticas de inclusão previdenciária no centro da agenda.

O próximo capítulo, *Assistência Social e Segurança Alimentar: entre novas trajetórias, velhas agendas e recentes desafios (1988-2008)*, se dedica à tarefa de analisar estas duas áreas da política social. Enfoca, inicialmente, o período de importantes mudanças estruturantes para a Assistência Social iniciadas a partir da CF/88, que reconheceu a Assistência Social como política pública, garantindo o direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, abrindo uma nova fase de desenvolvimento para o setor, tanto no que refere a oferta dos serviços socioassistenciais quanto em relação aos benefícios monetários – o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o mais recente Programa Bolsa Família (PBF). Em seguida, aborda a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: em que pese o fato de o texto constitucional não ter dado destaque ao tema, o compromisso ali afirmado pelo enfrentamento da pobreza favoreceu a consolidação desta questão na agenda no período que se seguiu.

O capítulo *Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?* discute os avanços obtidos na área de saúde e os desafios que estão sendo enfrentados desde a promulgação da CF/88, quando a saúde foi declarada direito de todos e dever do Estado. O texto recupera os antecedentes conceituais e históricos do SUS, a difícil trajetória dos instrumentos de gestão e financiamento necessários à sua implantação, para, em seguida, focar os resultados do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus significados para a população brasileira. Ao fim, avança-se nas discussões sobre alguns desafios do setor de saúde: o financiamento insuficiente; a difícil relação entre os sistemas público e privado; e o fenômeno da *judicialização*.

Integram o segundo volume os capítulos dedicados às políticas sociais que, a partir de suas ações, pretendem garantir aos cidadãos mais equânimes oportunidades de acesso aos recursos e benefícios conquistados pela sociedade, em seu percurso histórico. Seja pela formação, qualificação e desenvolvimento do cidadão – como, por exemplo, por meio da educação e do acesso à cultura –, seja pela regulação do mercado de trabalho,¹ seja pela redistribuição direta de ativos – como no caso da Reforma Agrária.

1. Um dos pilares do Sistema Público de Emprego brasileiro é o seguro-desemprego – que é considerado parte da Seguridade Social, precisamente porque visa proteger o cidadão contra o risco de insuficiência de renda ao sofrer a perda do emprego. Entretanto, o capítulo desta edição focalizou prioritariamente a questão da regulação do mercado de trabalho – por isso, a opção por alocá-lo neste volume.

O capítulo *Vinte Anos de Constituição Federal de 1988: avanços e desafios na educação brasileira* retorna inclusive ao período anterior à Constituinte para reconstruir o marco jurídico-legal e a situação educacional da população brasileira que vigorava então, para em seguida recuperar os principais debates durante o processo constituinte. A partir daí, são analisados os desdobramentos legais pós-Constituição, sobretudo no que se referem à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e aos resultados conquistados, destacando os avanços, os limites e os desafios da educação brasileira nas últimas duas décadas.

O capítulo seguinte, *A Constituição e a Democracia Cultural*, revisita todas as Constituições brasileiras para analisar a trajetória da intervenção do Estado no âmbito cultural, percebendo diversas transformações conceituais importantes no entendimento do que define a cultura como questão de política pública. A CF/88 é descrita, então, como organizadora e definidora de um amplo rol de direitos culturais e como instrumento de vinculação do Estado à garantia de proteção e desenvolvimento da cultura. Há uma transição de um Estado que protege *direitos*, de modo neutro em relação à produção e ao acesso à cultura – a preocupação central neste âmbito é proteger o cidadão dos excessos do poder público –, para outra concepção em que o Estado é ativo na realização de objetivos políticos relacionados à cultura. Para a compreensão desta intervenção, o texto explora diversos conceitos, como democratização cultural, circuitos culturais e Estado cultural.

O ponto de partida do capítulo *Regulação das Relações de Trabalho no Brasil: o marco constitucional e a dinâmica pós-constituinte* é a controvérsia sobre as consequências e o alcance da regulação do Estado na configuração definida pela CF/88. Do ponto de vista do trabalhador, apesar dos avanços em diversos direitos trabalhistas, a Constituição permaneceu como uma promessa não cumprida de autonomia de organização e de regulação pública das relações trabalhistas. Do ponto de vista empresarial, a Constituição trouxe o aumento dos custos do trabalho assalariado e enrijeceu as normas laborais, tornando necessário um amplo processo de flexibilização das normas trabalhistas. Realiza-se, então, um balanço destes movimentos nos últimos 20 anos, analisando o expressivo processo de flexibilização do trabalho, centrado em mudanças na legislação infraconstitucional – e mesmo em entendimentos jurisprudenciais –, e agravado por um contexto do mercado de trabalho que favoreceu a proliferação de formas precárias de trabalho em detrimento do assalariamento regular. Assim, embora a Constituição pouco tenha sido alterada no tocante às normas do trabalho após a sua promulgação, observa-se, na prática, alteração no alcance de diversos dispositivos; em particular, os referentes à contratação, à remuneração e à jornada de trabalho.

Como permite deduzir o próprio título do capítulo, *Constituição Vinte Anos: caminhos e descaminhos da Reforma Agrária – embates (permanentes), avanços (poucos) e derrotas (muitas)*, o legado da CF/88 neste campo não é nada animador. Argumenta-se que os dispositivos que regulam os atuais parâmetros da questão agrária compõem um conjunto normativo menos comprometido com a Reforma Agrária do que o Estatuto da Terra, editado nos primeiros anos do regime militar, que trazia conceitos como *função social, propriedade familiar e módulo rural*. Recuperam-se, em detalhe, os embates ocorridos no âmbito da ANC, uma discussão de tal modo polarizada que só poderia ter dois desfechos: manter a nossa histórica concentração fundiária ou promover uma reforma agrária massiva. Os interesses conservadores prevaleceram, e mais uma oportunidade foi perdida. O quadro não progrediu nos 20 anos que se seguiram, com a intervenção do Estado no setor sendo flagrantemente insuficiente para promover qualquer alteração importante na questão da estrutura agrária no país, que se mantém incólume desde o período colonial até a CF/88 e, lamentavelmente, também até os tempos de hoje, posteriores à promulgação desta.

No último volume, foram unidos, por afinidade, os capítulos dedicados aos temas dos Direitos Humanos e Cidadania, do Acesso à Justiça, da Segurança Pública, da Igualdade de Gênero e da Igualdade Racial – todos temas de algum modo relacionados à promoção e à garantia de direitos.

O capítulo *Constituição e Política de Direitos Humanos: antecedentes, trajetórias e desafios* retorna ao período entre a promulgação do Ato Institucional (AI-5) e a redemocratização para reconstruir, sinteticamente, o processo histórico que culmina na atual situação dos direitos humanos no país, tendo como marco a CF/88. Ainda que sem uma descrição exaustiva do período, buscam-se as inter-relações entre a conjuntura histórica e a lógica de atuação dos principais atores sociais e políticos relacionados à temática dos direitos humanos, apresentando também os atores que viriam a se tornar preponderantes para a compreensão da Política Nacional de Direitos Humanos nos últimos 20 anos. No período pós-Constituinte, analisa-se, em particular, a elaboração e a implementação do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH): as mudanças ali instituídas marcam uma nova fase – proativa e estratégica, porém restritiva – de atuação do governo federal na questão dos direitos humanos. Fecha o capítulo seção dedicada à discussão das políticas de direitos humanos voltadas para grupos específicos – crianças e adolescentes, jovens, idosos, pessoas portadoras de deficiência e indígenas.

Tema do capítulo *Os Vinte Anos da Constituição Federal de 1988 e a Promoção do Acesso à Justiça no Brasil*, promover o acesso à justiça é um compromisso das sociedades democráticas que implica remover os obstáculos econômicos, sociais e culturais que conduzem a possibilidades diferenciadas de realização da justiça na vida

dos cidadãos. A justiça, na solução dos conflitos e das disputas em que se envolvem cidadãos e organizações, é um dos objetivos essenciais da atuação do poder público. E um requisito fundamental para o alcance deste objetivo é o de que o conjunto de instituições que conformam o sistema judicial seja acessível a todos os cidadãos.

Fortalecido pela frustração das expectativas redistributivistas geradas pelo *milagre econômico* e pela luta pela redemocratização do país, a relevância do tema fez-se refletir nos debates constituintes e em sua inclusão, com avanços expressivos, na CF/88. Este capítulo discute exatamente as potencialidades inscritas no marco constitucional para a efetivação dos direitos dos brasileiros por meio do sistema de justiça. Partindo de uma breve reconstrução histórica e conceitual, propõe-se a seguir uma leitura da múltipla inserção do tema na CF/88 como forma de efetivação de direitos. Analisa-se o crescimento verificado na procura pelo sistema de justiça ao longo dos anos 1990 e apontam-se os avanços obtidos com a recente reforma do Judiciário, iniciada com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 45/2004. Conclui o capítulo a abordagem de algumas perspectivas e desafios que se apresentam atualmente para a promoção do acesso à justiça no Brasil.

O capítulo seguinte, *Segurança Pública na Constituição Federal de 1988: continuidades e perspectivas* busca examinar a forma como a CF/88 configurou o sistema de segurança pública no país, seus desdobramentos nos últimos 20 anos e algumas perspectivas para enfrentar os problemas percebidos hoje no dia a dia das nossas cidades. É fato que o Estado democrático vem tomando diversas medidas na área de segurança pública, fundamentalmente a partir da Constituição de 1988. Porém, as leis e políticas resultam insuficientes, quando não equivocadas, na medida em que se mantêm intactas regras e práticas institucionais que respondem à lógica do período ditatorial. Os debates ocorridos na ANC resultaram em importantes aspectos de continuidade que permanecem como marcas da atuação das instituições de segurança pública ao longo dos últimos 20 anos, e cujas perspectivas de superação não são muito animadoras – apesar da existência de algumas possibilidades em prol de uma reconfiguração da atuação da polícia em busca de mais eficiência e respeito ao Estado democrático de direito.

Analisar o desenvolvimento dos direitos das mulheres a partir da CF/88 é o objetivo do capítulo *Sujeito de Direitos? Cidadania Feminina nos Vinte Anos da Constituição Cidadã*. Argumenta-se que, apesar das inúmeras conquistas comemoradas pelo movimento de mulheres/feminista brasileiro, a cidadania feminina que se consolidou na Carta Magna é uma cidadania *subalterna e concedida*. Tal qualificação está diretamente relacionada à cultura política brasileira mais ampla que, historicamente, investiu mais nos direitos sociais – entendidos

como dádivas – do que nos direitos civis; à forma como o feminismo – ideologia estrangeira nascida no berço de tradições democráticas liberais – dialogou e se acomodou às realidades e aos valores culturais brasileiros, aproximando-se da retórica dos direitos sociais; e, finalmente, à grande valorização de certo ideário em que a mulher, enquanto mãe, assume um papel crucial na família.

Focando a análise na questão da violência contra a mulher no país, das demandas feministas à ANC, do texto constitucional propriamente dito e dos seus desdobramentos históricos em legislações e políticas públicas, verifica-se que a cidadania feminina encontra-se atrelada ao lugar ocupado pelas mulheres na família. Ou seja, ao invés das mulheres serem investidas de direitos como sujeitos em si, elas o são na medida em que estão ligadas ao ente *família*, como procurou se demonstrar na explicitação do lugar destinado à demanda das mulheres em relação à violência no texto constitucional (Artigo 226) e a sua linha de coerência na legislação sobre violência doméstica (Lei Maria da Penha), e na constituição de um programa de segurança pública com cidadania voltado aos jovens, tendo como base de implementação as mulheres enquanto mães (Programa Mulheres da Paz, que integra o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – Pronasci). Tal concepção da cidadania feminina, contudo, não impediu o desenvolvimento das garantias dos direitos das mulheres e das políticas de enfrentamento da violência, bem como a consolidação do tema.

Completa este volume, fechando esta edição especial do periódico *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* dedicado à análise dos 20 anos da CF/88, o capítulo *Entre o Racismo e a Desigualdade: da Constituição à promoção de uma política de igualdade racial (1988-2008)*, que aborda a promoção da igualdade racial como tema organizador de políticas públicas. Um processo ocorrido nos últimos 20 anos e que se origina de dois pilares: do tratamento dado à temática racial pela CF/88, em que, de forma inédita, o texto constitucional reconhece o racismo e o preconceito racial como fenômenos presentes na sociedade brasileira, sustentando a necessidade de combatê-los; e dos esforços do movimento social negro no sentido de estimular, no debate político, a necessidade de não apenas combater o racismo, mas também de efetivamente atuar na promoção da igualdade racial. A partir daí, recupera-se a trajetória das políticas públicas nesta temática, trajetória esta que, embora recente, já possui seus marcos e apresenta resultados para discussão.

Por fim, é necessário agradecer o constante apoio de Jorge Abrahão de Castro – Diretor de Estudos e Políticas Sociais – e Helder Rogério Ferreira – Diretor-Adjunto. É preciso ressaltar que esta edição não teria sido possível sem a dedicação dos pesquisadores de todas as coordenações aqui representadas, ou sem a colaboração

do Núcleo de Informações Sociais (Ninsoc). Cabe agradecer, e destacar, o afincamento que Ângela Rabelo Barreto, Brancolina Ferreira, Fábio Alves, Leonardo Rangel, Luciana Jaccoud, Luciana Mendes Servo, Luseni Aquino, Martha Cassiolato, Natália Fontoura, Roberto Gonzalez e Silvana Carvalho dedicaram-se às nossas tarefas e debates como membros do Conselho Editorial ao longo de todo este longo caminho. Especialmente no que se refere à análise das diversas versões preliminares dos capítulos, empreendendo exaustivas e profícuas discussões que fortaleceram enormemente esta publicação. Agradecimentos são devidos igualmente aos colegas que aceitaram o convite do Conselho Editorial para também contribuir com sua leitura atenta, críticas e sugestões às versões preliminares de cada um dos capítulos: Sergio Francisco Piola, José Celso Cardoso Jr., Alinne Bonetti, André Gambier Campos, Stella Taquette, Ronaldo Coutinho Garcia, Mario Lisboa Theodoro e Roberto Passos Nogueira. É preciso registrar também o inestimável trabalho da Assessoria de Comunicação do Ipea, coordenada por Daniel Castro, e da Coordenação Editorial, conduzida por Iranilde Rego, que, por meio da equipe da Njobs Comunicação, viabilizaram a revisão final, a diagramação, a editoração dos textos e a impressão dos volumes – além de ter-nos propiciado a reformulação do projeto gráfico desta publicação.

SEGURIDADE SOCIAL: REDEFININDO O ALCANCE DA CIDADANIA*

Guilherme Delgado**
Luciana Jaccoud***
Roberto Passos Nogueira***

1 APRESENTAÇÃO

A definição da Seguridade Social como conceito organizador da proteção social brasileira foi uma das mais relevantes inovações do texto constitucional de 1988. A Constituição Federal (CF) ampliou a cobertura do sistema previdenciário e flexibilizou o acesso aos benefícios para os trabalhadores rurais, reconheceu a Assistência Social como política pública não contributiva que opera tanto serviços como benefícios monetários, e consolidou a universalização do atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, a Seguridade Social articulando as políticas de seguro social, assistência social, saúde e seguro-desemprego passa a estar fundada em um conjunto de políticas com vocação universal.

Contudo, mais que a ampliação da abrangência de cada uma das políticas abordadas no âmbito do capítulo da Seguridade Social, a relevância do tratamento constitucional neste campo deve-se ao fato de representar a instauração das bases para um amplo sistema de proteção social no país. De fato, são reconhecidas como objeto de intervenção pública e como campo do direito social, um conjunto de necessidades e provisões cujo atendimento se encontrava anteriormente restrito ao âmbito privado. É neste sentido que se afirmou a garantia do acesso à Assistência Social a todos os que dela necessitarem. Também neste contexto, a proteção social aos idosos, às pessoas com deficiência, aos trabalhadores da agricultura familiar e aos doentes sem acesso à assistência médica previdenciária passou a ser entendida como responsabilidade do Estado e como direito do cidadão. É preciso lembrar que as estratégias de solidariedade familiar e, na sua ausência ou insuficiência, as iniciativas de natureza filantrópica ou caritativa, eram as únicas opções antes existentes para inúmeras situações de vulnerabilidade social. Este era o caso de todos aqueles que, não cobertos pelo seguro social, se viam impossibilitados de continuar trabalhando devido à invalidez, à doença ou à velhice.

* Os autores agradecem a José Aparecido Ribeiro e a Sérgio Piola pelos comentários e contribuições que apresentaram ao texto em suas versões preliminares.

** Técnico de Pesquisa e Planejamento do Ipea. Professor da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

*** Técnico de Pesquisa e Planejamento do Ipea.

As garantias dadas pela Constituição à Seguridade Social, integrando as políticas citadas, identificando novas formas de gestão – com a determinação da participação social e da descentralização –, criando um orçamento próprio assim como um sistema específico de financiamento com fontes diversificadas e exclusivas, assinalam a relevância da mudança instituída. Foi com o reconhecimento da proteção social assegurada como direito que se permitiu a progressiva efetivação de garantias universais de acesso a serviços e benefícios e, em decorrência, a instituição de um esforço de integração de políticas contributivas e não contributivas, assentada em uma base ampla de financiamento.

Esse capítulo pretende analisar o impacto das determinações constitucionais na ampliação da proteção social e no processo de afirmação das políticas sociais incluídas no campo da Seguridade Social. Pretende ainda analisar os desafios que se apresentam atualmente a sua consolidação. O fato de cada uma das três políticas integradas ao sistema de Seguridade Social estar sendo objeto de capítulos específicos nesta publicação permite que se trate aqui apenas do projeto de Seguridade Social, seja como princípio organizador da proteção social e integrador de políticas setoriais, seja como instrumento de ampliação das fontes de financiamento à disposição do campo social.

O texto está dividido em seis seções, incluindo esta apresentação. A seção 2 realiza uma breve descrição sobre a emergência da Seguridade Social como princípio de proteção social dentro da CF de 1988. Na seção 3 é feito um rápido resgate sobre a origem do conceito e sua recepção no Brasil. Em seguida, na seção 4 mostram-se os esforços, nos últimos 20 anos, para implantar um sistema de Seguridade Social no Brasil e sua trajetória incompleta. A seção 5 analisa o orçamento da Seguridade Social, de acordo com suas despesas e receitas, e o impacto da aprovação eventual da proposta de reforma tributária atualmente em tramitação no Congresso Nacional – Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 233/2008. Por fim, a seção 6 traz as considerações finais.

2 A SEGURIDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA CONSTITUINTE

Muitos dos dispositivos da CF de 1988 foram inspirados e tiveram sua redação lastreada em propostas e reclamos de movimentos populares e da sociedade civil organizada. Não é este o caso da ideia de Seguridade Social, tal como se encontra plasmada nos Arts.194 e 195. O arcabouço constitucional da Seguridade Social, que talvez represente a peça de política social mais renovadora introduzida na Constituição, não contou na época com respaldo de movimentos e de lideranças da sociedade civil. Este fato é confirmado não apenas pelas análises dos anais da Constituinte, mas também por depoimentos de atores políticos cuja atuação

foi então relevante.¹ Pode-se observar, como exemplo do caráter inovador desta ideia, que o chamado movimento sanitário, que exibia então um nível destacado de organização e foi decisivo para formulação constitucional do SUS, se mostrou perplexo e dividido diante da proposição deste sistema mais abrangente de proteção social (FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2008, p. 195).

De fato, no âmbito dos trabalhos constituintes, a proposta de instituição de uma seção do texto constitucional voltada à Seguridade Social emergiu na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente,² sob influência dos trabalhos realizados dois anos antes pelo Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).³ Nesta primeira versão, tratava-se da criação de um sistema público reunindo políticas de Previdência Social e de Assistência Social, a partir dos princípios da universalidade da cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, equidade no custeio e diversidade das fontes de financiamento. O anteprojeto da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente mantinha a política de saúde como área específica e autônoma. Esta era tratada em uma seção própria onde se acolhia o princípio da saúde como dever do Estado e sua organização em um Sistema Único de Saúde – ao lado de uma seção intitulada *da Seguridade Social*. Neste campo, o anteprojeto repercutia as determinações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e que apontava para necessidade de instituição de um sistema público de saúde, de acesso universal e sob gestão descentralizada e participativa.

Foi na Comissão da Ordem Social que se consolidou o título *da Seguridade Social* nas bases em que foi definitivamente acolhido pelo texto constitucional. Ampliando-se a perspectiva oferecida pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, a Comissão da Ordem Social incluiu a saúde como parte do sistema público de Seguridade Social, ao lado da previdência e da assistência. Esta última diferenciou-se da previdência e ganhou destaque como política específica e componente da Seguridade. Consolidaram-se, ainda, nesta comissão, os princípios que deveriam sustentar a organização da Seguridade Social.

1. Ver, por exemplo, Teixeira (2008).

2. Os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte (ANC) tiveram início nas 24 subcomissões temáticas que elaboraram anteprojotos. Os anteprojotos eram enviados às oito comissões, que os reorganizavam segundo os capítulos da Constituição. Estes eram encaminhados à Comissão de Sistematização, responsável por organizá-los em títulos, que foram submetidos ao plenário da ANC, em que foram votados e aprovados em 1988.

3. Este grupo, composto por especialistas, técnicos do governo e representantes sindicais, havia sido instituído pelo governo Sarney e funcionado durante o ano de 1986. Seu relatório final propunha a integração das políticas de previdência e assistência em um sistema de seguridade social, onde o regime contributivo se articulava a um sistema de acesso universal a certas provisões públicas.

Esse novo formato dado ao título da Seguridade Social causou surpresa. Se a integração das políticas de previdência e de assistência já vinha sendo esboçada, o mesmo não ocorria na área de saúde.⁴ Sua inserção no sistema amplo da Seguridade, ao lado da Previdência e da Assistência social, era uma ideia surpreendentemente nova para os militantes do movimento sanitário; tal conformação institucional das políticas de bem-estar jamais havia sido cogitada ao longo das discussões que levaram à formulação do marco doutrinário que foi compilado por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde. Ao contrário, no âmbito deste movimento, buscava-se ampliação da autonomia da política pública de saúde, incluindo a reserva de um orçamento específico, vinculado percentualmente ao orçamento da União.

Com a proposta de instituição de um sistema amplo de Seguridade Social, dois tipos de temores preocuparam os sanitaristas: que a saúde perdesse a garantia de fontes de financiamento, devido às necessidades dos demais segmentos do sistema; e que a proposta evoluísse para criação de um todo-poderoso ministério da Seguridade Social, minando a autonomia do Ministério da Saúde (MS) e sua capacidade de estimular a base político-institucional descentralizada do SUS – trazendo riscos para o próprio reconhecimento da saúde como tema estratégico das políticas sociais. Por isso, entendiam que era urgente realizar um movimento inverso, que consistia no fortalecimento do MS para fornecer as bases técnicas e administrativas do SUS, como de fato veio a acontecer.

Em face da proposta do relator da Comissão de Ordem Social de que o sistema de saúde conformasse um dos componentes da Seguridade Social, ao lado da previdência e da assistência, as lideranças do movimento sanitário trataram de fazer incluir o inciso do Art. 195, que preconiza implicitamente a manutenção da identidade institucional e orçamentária para as três instâncias:

A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos (BRASIL, 1988).

É que se antevia uma dificuldade que veio a ocorrer na década seguinte: a subtração de recursos da saúde em nome da prestação dos benefícios previdenciários, que têm um caráter claramente compulsório.

4. Cabe lembrar que em 1974 havia sido criado o MPAS, reunindo as duas políticas em uma mesma pasta. Este formato continuava em vigor em 1988, durante os trabalhos da ANC. No campo da saúde, a identidade institucional e política vinha sendo fortalecida desde a criação de um ministério específico, em 1953. Em que pese o MS ter sua atribuição limitada às campanhas de saúde pública, estando a prestação de serviços de assistência médica e farmacêutica sob responsabilidade do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), instituído em 1977, desde a década de 1970 se fortaleciam as teses de que a prestação de serviços médicos deveria ser garantida para além do campo previdenciário, para o que deveriam ser expandidas as atribuições do MS.

Os contornos definitivos do sistema de Seguridade Social foram adotados no momento do relatório final do capítulo da Ordem Social, a cargo do senador Almir Gabriel.⁵ Os princípios-chave que orientam a política de Seguridade Social estão explicitados no Art. 194 da Constituição:

- a) universalidade da cobertura e atendimento;
- b) uniformidade e equivalência dos benefícios rurais e urbanos;
- c) seletividade e distributividade na prestação de serviços;
- d) irredutibilidade no valor dos benefícios;
- e) diversidade da base de financiamento estruturada em orçamento da Seguridade Social (autônomo);
- f) equidade na forma de participação no custeio; e
- g) caráter democrático dos seus subsistemas (previdência, saúde e assistência).

O fato da Seguridade Social ter emergido na nossa história recente como uma ideia mais de cunho técnico, com escassa sustentação política e institucional no Estado e nos partidos políticos, em que pese não constituir uma exceção na experiência internacional, pode ajudar a explicar muitas das vicissitudes e da debilidade institucional que tem experimentado nestas duas décadas de existência. De fato, a conjuntura que se seguiu desvelou a dificuldade de fazer consolidar um campo de política social em contexto no qual os movimentos sociais se mostram largamente indiferentes a ela e muitos dos governos hostis.

3 O CONCEITO DE SEGURIDADE SOCIAL E SUA CONFORMAÇÃO NO BRASIL

O termo *Seguridade Social* é um conceito estruturante das políticas sociais cuja principal característica é de expressar o esforço de garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado. Neste sentido, sua base de financiamento é bem mais ampla que a do *seguro social*, conceito que orientou a política previdenciária brasileira desde os anos de 1920, organizada sob inspiração do modelo alemão, criado por Bismark na segunda metade do século XIX. É sabido que a expressão Seguridade Social tem origem anglo-saxônica, tendo por referência certas políticas do início do século XX. Mas ele aparece pela primeira vez no documento de lançamento do *Social security act*, que instituiu a Previdência Social americana, em 1935.

5. A instituição do capítulo da seguridade social contou com apoio do então ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 73).

Com a publicação do Relatório Beveridge, em 1942, *Social security* passou a apresentar um significado mais próximo do atual. Tratava-se, de acordo com o relatório, encomendado pelo governo inglês ao renomado economista Sir. William Beveridge, de desenhar uma política de libertação das pessoas da condição pobreza. Este movimento, que desembocou nas reformas sociais inglesas de 1945-1948, também resultou na inscrição da Seguridade Social como um dos direitos fundamentais na Carta dos Direitos Humanos de 1948, por ocasião da fundação das Nações Unidas.

Em 1952, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) colocou em vigor a Convenção nº 102, que define o termo Seguridade Social e estabelece padrões mínimos a serem cumpridos pelos países ratificantes. Cabe salientar que o termo possui interpretações divergentes de país para país, conforme as necessidades e os consensos sociopolíticos locais. Mas, em geral, não confrontam a definição bastante flexível dada pela OIT:

(...) proteção que a sociedade proporciona a seus membros, mediante uma série de medidas públicas, contra as privações econômicas e sociais que, de outra maneira, derivariam do desaparecimento ou da forte redução de seus rendimentos em consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, enfermidade profissional, desemprego, invalidez, velhice e morte, bem como da proteção em forma de assistência médica e de apoio a famílias com filhos.⁶

Com tal definição, estimulava-se a criação de uma rede de proteção social ampla, integrada por diversas políticas sociais que combatem situações de carência devido à incidência dos riscos sociais anteriormente mencionados. Essa rede conta tradicionalmente com o concurso de três pilares: *i*) as políticas universais, financiadas com recursos tributários; *ii*) as políticas de seguro social, portanto, contributivas; e *iii*) as políticas de Assistência Social, não contributivas, residuais nos países desenvolvidos, sendo ali suplementares ao seguro. A Seguridade Social é essencialmente inclusiva, no sentido de reconhecer o direito dos cidadãos à proteção social com base em outros critérios universalizáveis que não apenas o da capacidade de contribuição individual daqueles que estão formalmente vinculados ao mercado de trabalho.

Barr, tendo em conta, sobretudo, a experiência britânica, distingue dois componentes principais de um Estado de bem-estar:

1. O seguro social é proporcionado sem avaliação de renda ou riqueza, geralmente na base de (a) contribuições prévias e (b) a ocorrência de especial contingência, tal como tornar-se desempregado ou alcançar uma idade especificada;

6. O Decreto Legislativo nº 269/2008 ratificou os 87 artigos da Convenção nº 102 – publicado na edição do Diário Oficial da União (DOU) de 19 de setembro de 2008.

2. Benefícios não-contributivos são de dois tipos. Benefícios ‘universais’ são distribuídos na base de uma contingência específica, independentemente da contribuição prévia e da avaliação de renda. (...). A assistência social é distribuída com base numa avaliação de renda. Em geral constitui um benefício de última instância, concebido para ajudar os indivíduos e famílias que se encontram em situação de pobreza, quer como resultado de uma emergência excepcional, quer porque não estão cobertos pelo seguro social, ou, ainda, como suplemento ao seguro social (1998, p. 7).

No Brasil, o processo de regulamentação da CF de 1988 adotou definições que combinam os paradigmas: universalista (saúde e previdência rural); contributivo (previdência urbana); e seletivo (Assistência Social); dentro dos limites de cada um destes tipos clássicos de proteção social do pós-guerra. Ressalte-se que a política de combate ao desemprego, sob a forma de seguro (seguro-desemprego), também foi inscrita no texto constitucional como parte da política previdenciária, sendo executada institucionalmente pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) – por meio do Conselho do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Assim, graças ao arcabouço legal dado pela Constituição, o princípio contributivo passava a dividir espaço com o princípio de universalidade não contributiva, que hoje preside muitas das ações da Seguridade Social. A ênfase em tais princípios de equidade, amplitude de cobertura e participação democrática estava em consonância com as demandas então apresentadas por diversos movimentos que se organizavam em torno da noção de cidadania, englobando tanto a dimensão de direitos políticos quanto a dimensão dos direitos sociais.

Tais demandas alimentavam-se nos diagnósticos então realizados sobre as políticas sociais brasileiras e que destacavam, entre outras características, sua centralização, fragmentação, baixa cobertura, iniquidade e falta de uniformidade nos benefícios. As novas demandas se inspiravam também, na constatação, generalizada no início dos anos de 1980, de que a sociedade brasileira mantinha uma efetiva dívida social. Dissipava-se a ilusão de que o crescimento econômico seria instrumento efetivo de incorporação das camadas mais pobres às condições aceitáveis de vida e aos mecanismos públicos contributivos de proteção social. De fato, a crise do milagre econômico havia exposto os limites do modelo de desenvolvimento nacional no que tange à dinâmica de inclusão dos setores mais desfavorecidos. Em um contexto de ampliação das demandas e de retração das atividades econômicas, a proteção social não mais se conciliava com o princípio estrito do seguro social, majoritariamente financiada por contribuições sociais. O reconhecimento dos limites da política previdenciária associou-se à recusa da filantropia como resposta aos fenômenos da pobreza e da desproteção, que então ganhavam espaço central no debate político sobre a democratização, a recuperação da cidadania e a instituição do Estado de direito.

Nesse contexto, as demandas apresentadas ao Congresso Nacional tinham em vista objetivos concretos de proteção social a serem alcançados, entre eles:

- Assegurar cobertura para segmentos populacionais desprotegidos.
- Estabelecer mecanismos claros e permanentes de financiamento.
- Eliminar ou diminuir as diferenças entre trabalhadores rurais e urbanos, no que tange aos tipos e aos valores dos benefícios.
- Descentralizar a gestão da saúde e da assistência.
- Criar mecanismos de participação da sociedade civil (controle social) na formulação e no acompanhamento das políticas.

Essas demandas tiveram decisiva influência na Carta Constitucional no que se refere à Seguridade Social e, efetivamente, influenciaram a nova formatação do regime público de proteção social no Brasil. O reconhecimento do direito universal à proteção social ficou efetivamente expresso no campo da saúde. Cabe referir aqui a contribuição dada pelo chamado movimento sanitarista, que, na Conferência Nacional de 1986, já havia proposto a unificação do sistema de saúde e a universalização dos seus serviços, estabelecendo as premissas organizacionais do SUS. No Art. 196 da nova Constituição, o que se ressalta no direito à saúde são os deveres do Estado, porque se entendia que o exercício deste dever é o que poderia garantir o resgate de uma da dívida social com a cidadania e o princípio de acesso universal e igualitário. Estes formaram a base do sistema unificado proposto, como uma via institucional indispensável a fim de superar uma dicotomia histórica entre as chamadas ações de saúde pública e o atendimento clínico individual.

Para a Previdência Social, a adoção do conceito de Seguridade Social implicou em um mandato de universalização da cobertura e busca de redistributividade do seu plano de benefícios, bem como de sua estrutura de financiamento. Deve-se destacar o reconhecimento, de forma inovadora no país, de novas regras para os benefícios rurais, ultrapassado os limites da concepção estrita de seguro social até então em vigor. A Constituição determinou a inclusão do trabalhador rural em regime de economia familiar por meio de princípios diferenciados, desvinculando o acesso ao benefício da comprovação de contribuição individual e o associando à comprovação da inserção naquele regime de produção. Contudo, as camadas urbanas não detentoras de capacidade contributiva não receberam acolhida diferenciada, mantendo-se assim, ainda hoje, largamente excluídas da proteção previdenciária.

Cabe aqui lembrar a longa trajetória da Previdência Social, política social mais que centenária, desde que os primeiros regimes obrigatórios de seguro social foram criados na Europa, nas duas últimas décadas do século XIX. Trata-se de uma respeitável

trajetória histórica, na qual se observam inúmeros exemplos da capacidade de adaptação e de resistência evolutiva de sistemas previdenciários diante de choques externos ou das transformações da estrutura social que lhe dá base. Na América Latina, seu formato tem sido tradicionalmente contributivo, visto que a vertente Beveridgeana, estabelecendo um benefício básico universal, financiado por meios tributários, não teve até agora repercussão sobre o formato geral dos sistemas, ao contrário do que aconteceu nos países escandinavos e em alguns países anglo-saxões. Como aponta a experiência internacional, a universalização da Previdência Social depende da instituição de regimes subsidiados de modo a garantir o acesso geral aos benefícios mínimos. Desta forma, em que pese o significativo movimento de inclusão determinado pelo texto constitucional, e que teve por beneficiário principal o trabalhador rural em regime de economia familiar, mantêm-se ainda hoje, nesta política, expressivos patamares de desproteção.⁷

A política de Assistência Social, após a promulgação da Carta Constitucional de 1988, elevou-se da antiga condição de ação subsidiária do Estado, de caráter discricionário e compensatório, à condição de política com mesmo grau de importância que as demais políticas de Seguridade, assumindo a condição de direito de todo cidadão. Seu reconhecimento como política pública foi, por si, um avanço expressivo em uma área marcada pela tradição das iniciativas privadas e autônomas com cunho caritativo e filantrópico. Também representou um marco histórico a sua dissociação da Previdência Social e sua afirmação como campo específico da política social. A Constituição incumbe prioritariamente ao Estado, nos três níveis de governo, combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos (Art. 23, inciso X). Formalmente a Assistência Social circunscreve-se ao enunciado nos Arts. 203 e 204 do texto constitucional, estando garantida *a quem dela necessitar*. Ao mesmo tempo, reafirmaram-se os objetivos de atendimento aos grupos identificados por vulnerabilidades tradicionais, como é o caso das crianças, idosos ou portadores de deficiência. Por fim, a Constituição instituiu um benefício monetário de natureza assistencial, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que assegura uma renda mensal de cidadania a todos os idosos e pessoas com deficiência em situação de pobreza.⁸

7. Podem-se citar iniciativas mais recentes no sentido da ampliação da cobertura previdenciária no ambiente urbano: Lei nº 10.666, de 2003; Emenda Constitucional nº 47, de 2005; Lei Complementar nº 123, de 2006, e Lei nº 11.324, de 2006. Em que pese seu impacto positivo, elas estão longe de poder garantir a universalização do acesso determinada na Carta Constitucional.

8. Como chama a atenção Lavinás (2008), cabe ainda destacar, entre as determinações constitucionais, o estabelecimento de piso comum entre os benefícios previdenciários e assistenciais, entre os beneficiários contribuintes e não contribuintes, entre homens e mulheres, entre rurais e urbanos. A Constituição adota não somente um piso comum, reafirmando a integralidade da Seguridade Social, como o associa ao piso de um salário mínimo, reafirmando os valores de solidariedade e coesão social. Os impactos destas determinações foram expressivos, tanto em termos de ampliação da cobertura como em termos redistributivos, como tem sido destacado em edições anteriores deste periódico.

Os princípios da Seguridade Social foram determinantes para o processo de consolidação da política pública de Assistência Social. Eles foram defendidos pelos múltiplos atores da área de Assistência Social que se mobilizaram, em meados da década de 1990 em torno da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), e no início da década de 2000, em torno da normatização do Sistema Único de Assistência Social (Suas). É a partir desta referência que se começa atualmente a efetivar a regulamentação dos benefícios monetários não contributivos assim como dos serviços sob responsabilidades desta política, buscando assegurar a ampliação da sua oferta e uma clara definição das proteções públicas a serem garantidas e dos critérios de acesso, de prestação e de padrões de qualidade.

Concluindo esse rápido quadro, em que pese as limitações ainda observadas, não há dúvidas de que, nas últimas duas décadas, as determinações constitucionais orientaram a expansão das políticas incluídas no sistema de Seguridade Social – como mostram os capítulos dedicados à saúde, assistência social e previdência social desta publicação – e o próprio formato da proteção social do país. Entretanto, pouco se avançou no caminho da institucionalização da Seguridade Social enquanto conceito organizador da proteção social e instrumento de integração daquelas políticas setoriais. Este será o objeto das próximas seções.

4 A TRAJETÓRIA INCOMPLETA

A responsabilidade pública, acompanhada pela instituição de garantias para efetivação do novo formato da proteção social, começou a ser regulada no início da década de 1990, embora em meio a uma conjuntura econômica desfavorável. Nesse sentido, os 20 anos que se seguiram à promulgação da CF assistiram a dois movimentos distintos. De um lado, em que pesem as expressivas dificuldades enfrentadas, observou-se a consolidação das três políticas – previdência social, assistência social e saúde – que formam o pilar central do sistema de Seguridade Social brasileiro, assim como do programa seguro-desemprego. O SUS e o Suas são hoje uma realidade. Quanto ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS), em 2007, 45 milhões de trabalhadores urbanos figuravam como segurados, ao lado de 8 milhões de trabalhadores rurais, incluídos como segurados especiais. Por outro lado, observando-se o grupo de beneficiários, ou seja, aquele conjunto que está recebendo algum benefício monetário do sistema previdenciário, no mesmo ano o RGPS atendeu cerca de 21 milhões de pessoas nos meios urbano e rural. O BPC beneficia cerca de 3 milhões de idosos e de pessoas com deficiência. Por sua vez, o seguro-desemprego beneficia milhões de trabalhadores anualmente – foram 6,1 milhões em 2007.⁹ Entretanto, de outro lado, pode-se afirmar que a Seguridade não tem conseguido se consolidar como princípio organizador da proteção social no país.

9. Dados para o ano de 2007. Fontes: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); Ministério da Previdência Social (MPS); MTE.

Um dos fatores para as dificuldades encontradas no processo de consolidação do princípio da Seguridade Social é o fato de a legislação infraconstitucional ter regulado separadamente as várias políticas setoriais. Suas leis orgânicas,¹⁰ definindo diretrizes específicas, não explicitam elementos que permitissem criar vínculos operacionais entre os componentes da Seguridade. De fato, as políticas setoriais, tais como o SUS, foram implantadas sem que seus gestores se sentissem participantes e beneficiários de um sistema maior. Neste processo, as políticas setoriais se consolidaram institucionalmente, com a criação e o fortalecimento de ministérios específicos,¹¹ e com a criação de conselhos próprios de controle social.

Um segundo motivo de dificuldades diz respeito ao financiamento. Pode-se mesmo afirmar que foi em torno do tema que a dificuldade de consolidação da Seguridade Social como princípio organizador do novo modelo de proteção social se revelou em toda sua complexidade. Como já destacado, a instituição da Seguridade Social exigia significativa expansão da responsabilidade pública na proteção social e, com ela, do gasto social. Contudo, a trajetória política posterior à promulgação da Carta Constitucional teve um impacto desorganizador na estrutura de financiamento proposta para a Seguridade Social, seja devido à disputa entre as três políticas, à implantação de medidas de desvinculação de recursos exclusivos da Seguridade Social, seja à ausência da plena regulamentação do princípio das fontes diversificadas de financiamento.

De fato, ocorreu uma progressiva vinculação de receitas às diversas áreas e uma desestruturação do conceito original de financiamento solidário entre as políticas componentes, com o surgimento gradativo de uma competição interburocrática por recursos. Efetivamente, mudanças drásticas na destinação das fontes de financiamento da Seguridade Social fizeram com que o SUS deixasse de receber qualquer quinhão da receita de contribuição previdenciária em nome do caráter claramente compulsório destes benefícios. Tal dificuldade, como se sabe, levou o MS a buscar fontes adicionais de financiamento do setor, o que acabou por se traduzir na criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).¹² Esta falta de coesão nas bases de financiamento terminou por minar igualmente a operacionalidade política do sistema e não favoreceu jamais uma ação interinstitucional coerente no campo da Seguridade Social.

10. Leis Orgânicas da Saúde (Leis nºs 8.080, de setembro de 1990, e 8.142, de dezembro de 1990); Leis de Custeio e Benefícios de Previdência Social (Leis nºs 8.212 e 8.213, de junho de 1991); Lei do Seguro-Desemprego (Lei nº 7.998, de janeiro de 1990), e Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742, de dezembro de 1993).

11. A exceção é dada pela Assistência Social que, apenas durante o ano de 2003 foi dirigida por um ministério específico, tendo em seguida, voltado a ser dirigida por uma secretaria nacional, vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

12. A criação da CPMF ocorreu em 1997, tendo sido, desde então e até sua extinção, em 2008, uma das principais fontes de financiamento do MS. Ver a respeito os capítulos referentes à saúde nas edições anteriores deste periódico.

Mas, provavelmente, foi a instituição da desvinculação das receitas da Seguridade Social que mais afetou as possibilidades de consolidação do projeto constitucional. Criada em 1994, sob o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), o instrumento da desvinculação passou por sucessivos “aperfeiçoamentos” até o atual estágio da Desvinculação de Recursos da União (DRU). Seu mecanismo permite a realocação de cerca de 20% das receitas próprias da Seguridade, que são então, em sua maior parte, redirecionadas para o alcance de metas fiscais.¹³ A introdução da transferência compulsória de receitas da Seguridade Social tem alimentado o debate sobre o suposto caráter deficitário deste campo de políticas sociais.¹⁴ Ampliou ainda o processo de disputa orçamentária entre as áreas da Seguridade e a busca de garantias específicas de financiamento, como foi o caso da CPMF.

Por fim, cabe lembrar um terceiro fator que dificultou a afirmação do princípio de Seguridade como conceito organizador de uma proteção social unificada, que seja atuante e eficaz por suas sinergias internas, como verdadeiro sistema. Trata-se da disputa política instalada logo após a promulgação da Constituição e que se estende até os dias atuais, opondo dois paradigmas antagônicos, como os definiu Fagnani (2008). De um lado, estão aqueles que insistem na defesa da Seguridade como base de um projeto de Estado Social; de outro lado, estão os que consideram as determinações constitucionais um empecilho ao equilíbrio das contas públicas. Tal disputa comparece continuamente nos debates em torno das questões do financiamento e do tão propalado déficit da Previdência Social, de tal modo que este debate tende a obscurecer o significado do novo sistema de proteção social. Muitos economistas e a própria imprensa continuam a tratar o orçamento da Seguridade Social como pertinente apenas à garantia dos benefícios previdenciários, ou seja, como se estivesse referido à lógica de um seguro, com suas típicas regras atuariais. Desconsidera-se não apenas que, após a CF/88, a previdência, enquanto política da Seguridade Social, passou a ter boa parte dos seus gastos realizada a partir de receitas orçamentárias. Também ignora-se elementos operacionais fundamentais, tais como a diferença entre a contribuição para a previdência rural – necessariamente subsidiada por recursos fiscais – e a contribuição para a previdência urbana – de caráter contributivo mais rigoroso.

Nesse mesmo campo de disputa encontra-se o Programa Bolsa Família (PBF).¹⁵ Inovando e complementando o sistema de proteção social brasileiro,

13. A desvinculação das receitas próprias da seguridade foi instituída em 1994 com criação do FSE, que visava dotar o orçamento federal de maior flexibilidade, reduzindo o grau de vinculações de fontes à seguridade social. Em 1999, este fundo foi substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, em 2000, pela DRU. Ver a respeito o BPS nº 13.

14. Cabe lembrar que outras medidas, como as que asseguram o pagamento de inativos e pensionistas da União com receitas da Seguridade Social – medida sancionada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), de 2000 –, vem restringindo ainda mais este orçamento.

15. Sobre a evolução do PBF e sua diferença com relação ao BPC, ver capítulo referente à Assistência Social nesta publicação.

o PBF é defendido por muitos não como uma ação isolada de Assistência Social, mas como uma política legítima da Seguridade Social.¹⁶ Para outros, contudo, este programa deveria ser encarado como uma alternativa ao amplo projeto de proteção social acolhido pela Constituição. Perde-se de vista, nesta segunda perspectiva, o fato de que a composição e a lógica de operação dos três segmentos – previdência, saúde e assistência – vêm se diversificando internamente visando atender ao espírito da Seguridade Social, que é o da universalização de direitos sociais sem necessariamente depender da contribuição individual. Neste sentido, o PBF vem se afirmando como uma iniciativa que amplia o sistema de garantia de renda da proteção social brasileira, atendendo a um público até então excluído e cumprindo um papel específico e complementar na Seguridade Social.

Resumindo, a ideia de Seguridade Social foi combatida desde seu nascedouro. Paralelamente, carente de uma regulamentação integradora das políticas setoriais, ela foi ainda gravemente ferida pela crise fiscal dos anos 1990, cuja consequente guerra por recursos orçamentários conspirou contra toda e qualquer proposição de uma atuação interinstitucional coerente com o conceito de Seguridade Social. Finalmente, cabe lembrar que a eliminação, em 1998, do artigo da lei orgânica que preconizava constituição do conselho da Seguridade Social, fez com que sua institucionalidade ficasse praticamente reduzida ao planejamento orçamentário anual. Enfrentar tais desafios ainda se coloca como uma tarefa relevante no sentido da consolidação deste novo regime na ampliação da solidariedade e da inclusão social.

5 ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL: CONCEITUAÇÃO E INSTITUCIONALIDADE EM VISTA DO PROJETO DE REFORMA TRIBUTÁRIA

A instituição normativa do orçamento da Seguridade Social é estabelecida pela CF por meio do Art. 165, § 5º, inciso III, que o diferencia orçamento fiscal, previsto neste mesmo § 5º, no inciso I. Mas é no título que trata da Ordem Social, onde o sistema de Seguridade Social ocupa todo um capítulo (Arts. 194 a 204), que estão definidos os conteúdos tácitos e explícitos deste. Tais conteúdos estão basicamente relacionados aos direitos sociais reconhecidos na Carta, relativamente à proteção social e aos deveres fiscais correspondentes. O orçamento da Seguridade reflete o balanço de direitos sociais e deveres fiscais, mas em uma estrutura pouco transparente de fontes e usos, até hoje carente de clara explicitação e de *accountability*.

16. No início dos anos 1990, pouco tempo após a promulgação da Constituição e ainda muitos anos antes das primeiras experiências federais com esta modalidade de política pública, já era percebido por estudiosos do tema que "(...) no que se refere a renda mínima, o (novo) padrão de proteção social abre a possibilidade para a futura introdução de uma espécie de 'salário de cidadania'(...)" (DRAIBE; CASTRO; AZEREDO, 1991, p. 97).

O Art. 194 da CF define aquilo que o constituinte estabeleceu como sistema de Seguridade Social e seus princípios norteadores, já analisados nas seções precedentes. Por sua vez, o Art. 195 define as fontes de financiamento e os critérios implícitos e explícitos deste financiamento, coerentes com os princípios do Art. 194. Aí transparecem duas condições orientadoras: a diversidade das bases fiscais do financiamento – folha de salário, faturamento, lucro líquido etc. – e o princípio da exclusividade das fontes, ao se eleger explicitamente as contribuições sociais e não os impostos como objeto de vinculação à Seguridade.

Observe-se que o Art. 195 não estabelece limite físico-financeiro às fontes do orçamento da Seguridade, pelo que se lê explicitamente no seu *caput*; mas tão somente o princípio da exclusividade das fontes baseadas em contribuições. Isto significa que, caso ocorra insuficiência de recursos oriundos destas contribuições para atendimento aos direitos sociais explicitamente estabelecidos, cumpriria à União o dever fiscal de realizar transferência de recursos – do orçamento fiscal para o orçamento da Seguridade.

5.1 Direitos sociais associados a deveres fiscais

Observe-se que cada área da Seguridade Social teve regulamentado autonomamente os direitos e responsabilidades correspondentes por meio de distintas legislações infraconstitucionais. Tais legislações regulam as determinações da nova Constituição em cada uma das políticas – saúde, previdência e assistência social –, que agora ganham nova configuração. Este processo corresponde à criação efetiva do direito social positivo, susceptível de ser exercitado por iniciativa do cidadão. Por esta via, introduz-se na política social um fluxo permanente de demandas dos cidadãos, visando garantir o acesso a benefícios monetários de natureza contributiva ou não contributiva e a serviços públicos gratuitos.

A partir dessas regulamentações, o orçamento da Seguridade passa a contar, no seu campo de dispêndios, com fluxos contínuos e crescentes. No campo dos benefícios previdenciários e dos assistenciais – BPC –,¹⁷ a elevação dos gastos está essencialmente ligada à dinâmica de crescimento da população e dos riscos – bem como ao desempenho dos reajustes concedidos ao salário mínimo –, enquanto nos serviços, quer no âmbito da saúde, quer na Assistência Social, está associada, além da dinâmica demográfica, à configuração das situações sociais de vulnerabilidades e mesmo da tecnologia – neste último caso, especialmente no campo da política pública da saúde. Os serviços de saúde em conjunto com os benefícios monetários da Seguridade Social – previdência, assistência e seguro-desemprego – representam mais de 90% deste orçamento. Estas demandas, que

17. Apesar de integrar o conjunto de benefícios não contributivos sob responsabilidade da Assistência Social, o PBF não integra o orçamento da Seguridade Social.

o orçamento acolhe como despesas, têm incidências distintas em se tratando da oferta de serviços ou do pagamento de benefícios, com diferença no tratamento do financiamento público ao direito social. As demandas por saúde são essencialmente exercidas como requerimentos de provisão de serviços públicos prestados à população. Manifestam-se como gastos correntes, mas somente são plenamente atendidas quando se amplia a capacidade pública de atendimento, por meio de novos investimentos. A falta de recursos para investir ou a falta de decisão de investimentos dos entes estatais componentes do sistema SUS, pode frustrar o exercício pleno do direito. As mesmas observações podem ser estendidas no caso do atendimento de demandas no campo dos serviços assistenciais por meio do Suas.

Por sua vez, as demandas por benefícios monetários garantidos constitucionalmente, sejam ele de natureza contributiva – previdência e seguro-desemprego – ou não contributiva (BPC) se expressam de maneira distinta. Não é apenas a demanda anual que comparece compulsoriamente ao orçamento, mas o *estoque de benefícios em manutenção* – benefícios de anos anteriores, acrescido do fluxo de novos direitos adquiridos no ano e subtraídos dos benefícios cessados por motivos regulamentares. Ademais, os estoques de benefícios em manutenção refletem direitos sociais acumulados no tempo, protegidos pelo princípio do direito adquirido (Art. 5º da Constituição). Financeiramente, estes direitos sociais, exercitados por iniciativa individual, são, ao menos em tese, insusceptíveis a cortes e/ou qualquer forma de inadimplência orçamentária. São assim, cercados de garantias diferenciadas face as que se referem à prestação de serviços nos campos da saúde ou de Assistência Social. Estes últimos, dependentes da demanda populacional diante da capacidade de atendimento, estão relativamente menos protegido no ordenamento orçamentário constitucional, pelas razões já expostas.

5.2 A dimensão econômica do orçamento da Seguridade

Neste texto, focado na análise do quadro conceitual-institucional, não cabe um detalhamento da composição do orçamento da Seguridade Social.¹⁸ Convém apenas apresentar um breve resumo qualitativo em função do objetivo que lhe é peculiar.

As despesas da Seguridade mantêm-se atualmente no patamar de 13% do produto interno bruto (PIB), refletindo os fatores populacionais – demográficos, sociais e epidemiológicos no lado físico da demanda – e institucionais, com base nos princípios de direito regulamentado e na manutenção dos incrementos do salário mínimo, incidentes sobre os benefícios mínimos do Seguro Social e da Assistência Social. Em 1989 – ou seja, após a promulgação da Constituição mas ainda antes das regulamentações e leis orgânicas existirem – as despesas federais

18. Consultar, para efeito de comparação com os dados aqui mencionados, o *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, nº 13, que traz dados detalhados para o decênio 1995-2005.

com as áreas da Seguridade Social não superavam 8,2% do PIB.¹⁹ Para fazer frente a estas despesas crescentes, graças a um sistema de proteção social em expansão, as fontes de financiamento da Seguridade teriam que se mostrar pujantes – e, de fato, o crescimento da arrecadação por meio das contribuições sociais foi um dos principais vetores a explicar o crescimento da carga tributária do país nos últimos anos. Infelizmente, como já citado anteriormente, estes recursos não foram destinados integralmente ao financiamento de ações sociais, sendo compartilhados com outras prioridades fiscais por meio do instrumento da desvinculação.²⁰

Em 2008, segundo a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), a arrecadação total das fontes da Seguridade correspondeu a 13,4% do PIB – de acordo com a fórmula: contribuições sociais (+) recursos próprios (+) aportes fiscais. O desempenho da arrecadação neste ano fiscal ainda é muito favorável, em razão das características da evolução das bases fiscais da Previdência – folha de salários – e das demais contribuições principais – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Programa de Integração Social (PIS)/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Apesar da perda de arrecadação causada pela não renovação da CPMF, os movimentos de crescimento econômico e formalização no mercado de trabalho, que estavam em curso até o penúltimo trimestre de 2008, permitiram uma resposta elástica da arrecadação, que continuou em expansão. O desembarque da crise econômica internacional no país, ocorrido nos últimos meses de 2008, interrompeu este processo.

Para 2009, dado o contexto de crise da economia, espera-se uma redução da arrecadação tributária, em geral e das contribuições sociais, em particular. Portanto, espera-se uma redução da *capacidade excedente* do orçamento da Seguridade Social, o que exacerbará ainda mais o conflito entre as necessidades das políticas públicas da Seguridade e o redirecionamento de parcela importante de seus recursos para outras finalidades, por meio da DRU. Isto porque os fatores que vem atuando no incremento da despesa – demográficos, epidemiológicos e institucionais – continuam vigentes. Ademais, outro fator institucional conjuntural, a política do salário mínimo em vigor nos últimos anos, continuará influenciando a trajetória do gasto – o incremento real do salário mínimo de 2009 é dado pela média do crescimento do PIB de 2007 e 2008 e para 2010 aplicar-se-á idêntico critério dos dois anos anteriores.

19. Assistência e Previdência: 5,4%; Saúde: 2,5%; Trabalho – cuja maior parcela diz respeito ao seguro-desemprego: 0,3%. Dados de Piola, Vianna e Camargo (1992).

20. Para mais detalhes a respeito da trajetória da arrecadação das contribuições sociais, e do seu papel no bojo da política fiscal na última década e meia, ver Santos e Gentil (2009); ANFIP (2009); Rezende, Oliveira e Araújo (2007); e Castro *et al.* (2008).

Somados os fatores de caráter demográfico aos fatores de caráter institucional, pode-se prever para 2009 um crescimento real da despesa um pouco abaixo da média do período 1995-2005, que foi de 5,6%, mas nunca inferior a 3,5%, que é o patamar mínimo histórico de crescimento físico dos estoques dos benefícios do seguro social, maior fonte de gastos da Seguridade Social.

Por sua vez, a dinâmica das fontes de arrecadação, ligadas às diversas bases fiscais do orçamento não será provavelmente incremental. Isto é o que nos leva a concluir sobre a necessidade de aportes compensatórios equivalentes aos recursos extraídos da Seguridade Social por meio da DRU. Esta seria uma providência de caráter imediato, de natureza anticíclica e de sentido quase compulsório no orçamento da Seguridade cuja porção associada a direitos sociais – da saúde, dos seguros sociais e dos benefícios assistenciais constitucionalmente incluídos nas despesas do sistema –, correspondeu, em 2005, a 94 % da despesa total.

5.3 O projeto de reforma tributária no Congresso e sua implicação para a Seguridade Social

Em 2008, o governo federal apresentou uma proposta de emenda a Constituição que, se aprovada, trará efetivos impactos negativos sobre o financiamento da Seguridade Social. Enviada em fevereiro de 2008 ao Congresso Nacional, a PEC nº 233 pretende alterar o Sistema Tributário Nacional, trazendo, entre as suas principais proposições, alterações que atingem as vértebras do financiamento da Seguridade Social. Primeiro, ao extinguir Cofins e CSLL, que seriam incorporadas, respectivamente, ao novo Imposto sobre Valor Agregado Federal (IVA-F) e ao Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ). Em substituição a estas duas contribuições, o orçamento da Seguridade Social passaria a receber um percentual – definido e congelado em lei –, de 39,7% do produto da arrecadação dos impostos federais (Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), IR, e o novo IVA-F). Adicionalmente, é proposta também a desoneração da folha de salários, com a redução das contribuições obrigatórias que incidem sobre a folha de pagamentos das empresas. Em que pese esta ser a principal fonte de financiamento da Previdência Social, a PEC nº 233/2008 não define como seria efetivada a compensação da perda de recursos imposta por esta medida, se aprovada, às políticas sociais.²¹

Em reação a tal proposta, entidades da sociedade civil organizaram mobilização social “em defesa dos direitos sociais, sob ameaça da reforma tributária”.²² A este respeito, houve um entendimento em torno dos princípios básicos

21. Uma análise da PEC nº 233/2008 pode ser encontrada no capítulo da Previdência Social do *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, nº 16.

22. Manifesto neste sentido, assinado por mais 70 entidades de representação nacional – eclesiais, sindicais e civis com ampla representação nas áreas da saúde, previdência e assistência social – foi encaminhado a Presidência do Conselho Federal e a todas as lideranças partidárias, explicitando os riscos de desestruturação do Sistema. Idêntica manifestação foi também dirigida ao Ministro das Relações Institucionais e ao Ministério Público Federal (MPF).

da Seguridade que devem ser preservados na sua relação com o sistema fiscal. Na visão deste movimento, é imprescindível atender determinados princípios da Seguridade no projeto da reforma tributária – sem o que esta conquista da cidadania se inviabilizaria. Estes princípios podem ser assim enunciados:

1. Manutenção da exclusividade de fontes para o orçamento do sistema, base financeira que assegura sua autonomia em relação ao orçamento fiscal.
2. Assegurar o atendimento necessário e suficiente às demandas por direitos sociais já regulamentados.
3. Incompatibilidade da imposição do critério de tetos orçamentários para a Seguridade – previsto no projeto – com os princípios do direito social positivo.
4. Necessidade de melhoria substancial na progressividade da tributação – não prevista na reforma.
5. Instituição do Fundo Nacional de Seguridade Social – não prevista na reforma –, tendo em vista ancorar demandas futuras em bases de financiamento que sejam autônomas em relação aos critérios fiscais correntes.

A consolidação desse entendimento decorre do fato de que a PEC nº 233/2008 contraria o cerne do sistema da Seguridade – a base de financiamento autônoma, prevista no Art. 195 da Constituição Federal. Todo este sistema ficaria, de acordo com o projeto,²³ remetido a uma espécie de apêndice do orçamento fiscal, mediante a substituição das contribuições sociais Cofins e CSLL por um percentual de 39,7% da arrecadação de IR, IPI e IVA-F. Este percentual seria a nova origem de recursos da Seguridade Social a ser acolhida no texto constitucional. Tal limite de financiamento substituiria, de fato, todo o ordenamento conceitual e institucional estabelecido em 1988, calcado no orçamento autônomo (Art. 165), na sua base de financiamento exclusiva (Art. 195) e no detalhamento dos direitos sociais explicitados em dez artigos (Arts. 194 a 204), objeto de várias regulamentações ao longo dos últimos 20 anos.

Ainda que os defensores da proposta de reforma tributária argumentem que o patamar proposto garantiria o nível de recursos da Seguridade – uma vez que foi calculado a partir da alocação de recursos efetivamente realizados no exercício de 2005 –, e também que este constituiria um piso – pois nada impediria que as áreas da Seguridade recebessem aportes fiscais adicionais –, a preocupação de todos os atores sociais com a referida PEC é mais do que justificável. Os recursos atualmente aplicados pela Seguridade Social não são suficientes para o enfrentamento das questões sociais do país – e, neste sentido, uma proposta

23. O projeto passou por diferentes versões – Projeto do Executivo, Relatório do Relator e texto aprovado pela Comissão de Reforma Tributária da Câmara Federal, em dezembro de 2008 – e, no início de 2009 estava pronto para votação pelo Congresso.

que garante apenas a *manutenção* de um valor ocorrido em dado momento do tempo apresenta-se como insuficiente. Paralelamente, não há garantias de que recursos fiscais adicionais serão aportados à Seguridade, em complementação aos insuficientes 39,7%. A história dos últimos 15 anos demonstrou, à exaustão, justamente o inverso: por meio do FSE e da DRU, foram os recursos da Seguridade que foram desviados ao atendimento de outras prioridades da política fiscal.

Por apontar para um quadro de insuficiência ainda maior de recursos, a proposta de reforma tributária em tramitação no Congresso Nacional tampouco é condizente com o princípio do atendimento a demanda por direitos sociais já positivados, sendo por esta razão incompatível com o Art. 5º da CF considerada cláusula irreformável. Desta forma, o critério de teto orçamentário às despesas, previsto no texto da reforma, pode ser considerado uma ameaça aos direitos de atendimento à população. Finalmente, os itens quatro e cinco do conjunto supracitado de princípios continuam apontando para a necessidade de mudanças futuras no sistema da Seguridade, dotadas de caráter redistributivo e a provisionador. Tais mudanças deveriam ser realizadas, quase todas elas, por medidas de caráter infraconstitucional, mas iriam, com certeza, em direção oposta àquilo que ora se intenta alcançar com a PEC nº 233/2008.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde 1988, as políticas associadas à Seguridade Social vêm se afirmando e expandindo consideravelmente. No campo da saúde, universalizou-se o acesso aos serviços, independente da capacidade de pagamento dos indivíduos, assim como afirmou-se a integralidade como princípio organizador do sistema de saúde, pautando a integração das redes de atendimento por meio da consolidação do SUS. Atualmente, cerca de 75% da população brasileira é atendida, de forma quase exclusiva, pelo SUS. A Previdência Social afirmou-se em seu objetivo de reposição da renda dos indivíduos que perdem, de forma temporária ou definitiva, sua capacidade de trabalho, ampliando seu universo de segurados e flexibilizando as regras de acesso. Instituiu-se, assim, a universalidade de cobertura no subsistema da previdência rural, por meio da criação da figura do segurado especial que atende o trabalhador rural em economia familiar. Nos últimos anos, reformas progressivas buscam ampliar a cobertura urbana, como é o caso das legislações recentes sobre o chamado super simples e sobre o incentivo à declaração de trabalhadores domésticos. Neste contexto, mesmo enfrentando um período majoritariamente marcado por uma conjuntura econômica desfavorável, marcada pelo crescimento do desemprego e das ocupações informais, a cobertura previdenciária manteve-se em torno de 55% da População Economicamente Ativa (PEA).²⁴ A política de Assistência Social se consolidou definindo as

24. Como já destacado em edições anteriores deste boletim, entre 1995 e 2005 a quantidade de contribuintes à Previdência Social cresceu em ritmo superior ao do crescimento da PEA ou ao ritmo de crescimento da população ocupada. Ver a respeito o capítulo dedicado à Previdência Social no *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, nº 13.

seguranças sociais sob sua responsabilidade. Passou a atuar operando benefícios monetários de caráter não contributivo visando o combate à pobreza, ao mesmo tempo em que se afirmou sua responsabilidade na oferta de serviços para enfrentamento de vulnerabilidades associadas a fracos laços de convivência, à exclusão social e ao risco ou violação de direitos pessoais associados, entre outros, violência, exploração sexual, trabalho infantil, situação de rua.

Entretanto, se o progresso conquistado nos últimos 20 anos é inquestionável,²⁵ não há dúvidas sobre as dificuldades que envolveram e ainda envolvem este processo de afirmação da proteção social pública e universal. Tal afirmação vem enfrentando uma constante resistência política, expressa nas críticas direcionadas ao crescimento do gasto social e à ampliação das responsabilidades do Estado. Paralelamente, como visto, dificuldades tem se apresentado no âmbito da estabilização das fontes de financiamento desta política e da garantia de oferta de serviços de qualidade. A integração das políticas de Seguridade também vem se revelando como um problema, reforçado pela inexistência de uma base institucional que garanta a consolidação da Seguridade Social como campo próprio de ação pública.

Mesmo assim, a Seguridade Social foi uma das mais importantes conquistas da Constituição de 1988. Seus impactos positivos não se restringem à redução da pobreza, à redução da vulnerabilidade no enfrentamento dos riscos sociais e à ampliação da melhoria de acesso a serviços sociais, já amplamente apontados pela literatura especializada. Eles se estendem também à consolidação da cidadania, com afirmação de um sistema público e abrangente de proteção social, ancorado em um reconhecimento de direitos sociais que supera um modelo ancorado na discricionariedade da oferta e do acesso, nos princípios morais de ajuda ou na condição de assalariamento formalizado.

De fato, respondendo aos princípios constitucionais associados à Seguridade Social, as políticas de saúde, previdência social e assistência social devem continuar buscando atender aos princípios da universalidade de acesso, da uniformidade do atendimento e da seletividade e distributividade dos benefícios e serviços, tendo o acesso garantido pelo Estado e passível de demanda pelo cidadão. Estas são as bases identificadas à garantia dos direitos de proteção social, e é neste contexto que a trajetória recente destas políticas se distinguem das heranças histórias marcadas, de um lado pela associação entre trabalho assalariado, contribuição social e seguro social e, de outro lado, pela associação entre assistência, caridade e filantropia. Mas os desafios que se apresentam à consolidação deste sistema são significativos. Enfrentá-los é uma exigência do processo de afirmação da cidadania e de construção de uma sociedade mais justa e equânime.

25. Tal avanço é atestado também pelo crescimento constante do gasto social destas áreas, em que pese o comportamento irregular das despesas e a instabilidade que marcou, ao longo deste período, o modelo de financiamento deste sistema.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL (ANFIP). *Análise da Seguridade Social em 2008*. Brasília, 2009.
- BARR, N. *The economics of the welfare State*. Palo Alto, CA: Stanford University Press, 1998.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 mar. 2009.
- CASTRO, J. A. *et al. Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005*. Brasília: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, n. 1324).
- DRAIBE, S.; CASTRO, M. H.; AZEREDO, B. *O sistema de proteção social no Brasil*. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1991.
- FAGNANI, E. H. W. Os profetas do caos e o debate recente sobre a Seguridade Social no Brasil. In: FAGNANI, E. H. W.; LÚCIO, C. G. (Org.). *Previdência Social: como incluir os excluídos? – uma agenda baseada no desenvolvimento econômico com distribuição de renda*. São Paulo: LTR, 2008.
- FLEURY, S., BAHIA, L.; AMARANTE, P. *Fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). *Introduction to Social Security: convention 102*. ILO: Genebra, 1984.
- LAVINAS, L. Inclusão e progressividade: os desafios da Seguridade Social brasileira. In: VAZ, F.; MUSSE, J.; SANTOS, R. (Coord.). *20 anos da Constituição Cidadã*. Brasília: ANFIP, 2008.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; CAMARGO, S. F. *A conta social consolidada: 1980 - 1990*. Ipea: Brasília, 1992 (Mimeografado).
- REZENDE, F.; OLIVEIRA, F.; ARAÚJO, E. *O dilema fiscal: remendar ou reformar?* Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- SANTOS, C. H.; GENTIL, D. A CF/88 e as finanças públicas brasileiras. In: CARDOSO JR, J. C. *A Constituição Brasileira de 1988 revisitada*. Brasília: Ipea, 2009. v. 1.
- TEIXEIRA, A. Vinte anos da Constituição Federal (1988/2008): avanços e desafios para as políticas públicas e o desenvolvimento nacional. In: SEMINÁRIO VINTE ANOS DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1998/2008): avanços, limites, desafios e horizontes para as políticas públicas e o desenvolvimento nacional. *Anais...* Brasília, out. 2008.

CONQUISTAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL VINTE ANOS APÓS A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Leonardo Alves Rangel*
Maria Tereza Pasinato***
Fernando Gaiger Silveira*
Felix Garcia Lopez*
João Luis Mendonça**

1 APRESENTAÇÃO

A Previdência Social brasileira conta, atualmente, com aproximadamente 58% da população economicamente ativa (PEA) na condição de segurado e é responsável pelo pagamento de aproximadamente 22 milhões de benefícios, entre aposentadorias e pensões do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e dos regimes próprios do funcionalismo público de todas as esferas de governo.¹ Após 20 anos da criação do Sistema de Seguridade Social brasileiro, do qual fazem parte as políticas previdenciárias, e dez anos da primeira de série de emendas constitucionais voltadas para a questão do equacionamento financeiro-atuarial da Previdência Social, não restam dúvidas quanto à sua importância e seus avanços institucionais. O que não significa que novos ajustes não devam ser pensados, senão para o curto, médio e longo prazos, pois a Previdência Social, como sistema fundamentado em pacto intergeracional, precisa ser viável e sustentável no curto e longo prazos.²

Este capítulo tem por objetivo apresentar os últimos 20 anos da Previdência Social brasileira, suas conquistas e desafios futuros. O texto está dividido em quatro seções, além desta breve Apresentação e Anexo contendo a síntese dos

* Técnico de Pesquisa e Planejamento do Ipea.

** Pesquisador do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) no Ipea.

*** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

1. Em 2007, o RGPS contabilizava com 20.143 milhões de vínculos ativos referentes a aposentadorias e pensões por morte (AEPSinfologo, em 9 de abril de 2009, <<http://www3.dataprev.gov.br/scripts9/netuno.cgi>>), enquanto o número de aposentados pelo setor público é estimado em 2 milhões de acordo com a Secretaria de Previdência Social (SPS)/Ministério da Previdência Social (MPS). Outros benefícios, como por exemplo, auxílio acidente, salário maternidade etc. contabilizavam, no mesmo período, aproximadamente 5 milhões.

2. Não se insere como propósito deste texto a discussão sobre eventuais necessidades de ajustes na Previdência Social. A este respeito, ver Caetano (2006) e Tafner (2007), por exemplo.

debates ocorridos no Fórum Nacional da Previdência Social (FNPS).³ A seção 2 apresenta a evolução histórico-institucional da Previdência Social. A seção 3 analisa a questão da inclusão previdenciária a partir do marco constitucional e posteriores alterações legais. A evolução dos contribuintes e beneficiários do sistema é apresentada na seção 4. Por fim, a seção 5 procura sintetizar os avanços promovidos pela Constituição Federal (CF) de 1988, ao mesmo tempo em que ressalta alguns de seus atuais desafios e debates.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO

Atualmente a Previdência Social brasileira, responsável por assegurar a renda dos trabalhadores e de seus dependentes quando da perda da capacidade de trabalho, faz parte de conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade criado pela CF/88, denominado Sistema de Seguridade Social. Ainda que o sistema proposto tenha resultado da evolução histórica das políticas sociais no país, a análise do período pós-constituição permite observar que sua consolidação não logrou congregação lógica de políticas integradas com vista à superação dos riscos vinculados à Seguridade Social. As políticas públicas nas áreas integrantes da Seguridade – previdência, Assistência Social e saúde – permaneceram fragmentadas e encerradas em seus próprios ministérios, apresentando pouca sinergia entre suas ações. Ressalte-se que a complexidade dos novos riscos surgidos nos últimos anos torna cada vez mais tênue as fronteiras entre as áreas de políticas que compõem o sistema de Seguridade Social, além de comprometer sua viabilidade futura na ausência de mecanismos que gerem interfaces e externalidades entre as áreas.^{4,5}

Para melhoria do entendimento do processo constitutivo do atual aparato previdenciário, esta seção será subdividida em três subseções referentes: aos antecedentes constitucionais; à aprovação e à implementação da CF/88; e às reformas previdenciárias.

2.1 Antecedentes constitucionais

No plano previdenciário, a Lei dos Acidentes de Trabalho (Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919) e a Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923) –

3. A inserção de anexo com as discussões travadas no FNPS visa destacar as principais questões previdenciárias tratadas no evento, esta que foi a mais recente discussão qualificada sobre rumos desejáveis para a Previdência Social brasileira, bem como indicar os pontos de divergência entre atores sociais. Inúmeras questões abordadas ao longo deste capítulo reaparecem no FNPS.

4. A questão do envelhecimento populacional, por exemplo, engendra o desafio de incorporar ações voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos com perda de autonomia e/ou independência para lidar com as atividades cotidianas. Para mais detalhes, ver Pasinato e Kornis (2009), Batista *et al.* (2008), bem como o capítulo 26 de Ipea (2009). Novos desafios também surgem nas inter-relações entre as áreas de saúde e Previdência Social, em função dos novos padrões de doenças associadas ao mundo do trabalho – para mais detalhes, consultar Camarano e Pasinato (2008) e Servo *et al.* (2008).

5. As questões específicas do sistema de Seguridade Social brasileiro, previsto na CF/88, serão apresentadas e discutidas em capítulo específico desta publicação.

que estabeleceu a obrigação da criação da primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os trabalhadores de empresas ferroviárias – são consideradas as primeiras medidas legais. Porém, foi ao longo da década de 1930, já no período autoritário do governo Vargas, que se estruturou o Sistema Previdenciário de forma mais abrangente com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais.⁶ Cada instituição – Institutos ou Caixas – tinha liberdade para o estabelecimento de seu pacote de benefícios e suas alíquotas de contribuição. Esta fragmentação perdurou até a década de 1960, apesar das várias tentativas de unificação do Sistema Previdenciário com vista a corrigir a diferenciação existente.

A primeira medida implementada para diminuir a disparidade existente entre as categorias profissionais foi a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) – Decreto nº 3.807 –, promulgada em 26 de agosto de 1960, após 14 anos de tramitação no Congresso Nacional. A importância da LOPS residiu na uniformização das contribuições, bem como das prestações de benefícios dos diferentes institutos. A alíquota de contribuição dos empregados e dos empregadores ficou estabelecida em 8% do salário de benefício. Além disso, os benefícios foram uniformizados entre as várias instituições e o Estado passou a ser encarregado do pagamento de pessoal e dos encargos sociais correspondentes à administração do Sistema Previdenciário e à cobertura de eventuais insuficiências financeiras. Isto significou, em termos de regime de financiamento, o traspasso de regime de capitalização coletiva para regime de repartição simples. A unificação institucional, porém, foi efetivada apenas em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), durante o regime militar. O novo órgão, instalado no princípio do ano seguinte, reuniu na mesma estrutura os IAPs até então existentes. Em 1967 foram incorporados os diversos seguros de acidentes do trabalho, anteriormente sob a tutela do mercado privado de seguros.

Nesse período a atenção médico-hospitalar estava vinculada à questão previdenciária, pois as políticas de saúde então vigentes caracterizavam-se por sua dicotomia, como será analisado no capítulo dedicado à saúde, deste periódico. Ao Ministério da Saúde (MS) cabiam as ações no campo da saúde pública, enquanto os IAPs, posteriormente unificados no INPSs, eram responsáveis pelo atendimento médico-hospitalar de sua clientela segurada.

A lógica do processo constitutivo da Previdência Social brasileira residiu, dessa forma, na adoção de modelo meritocrático particularista – segundo tipologia adotada por Draibe (1992) –, tendo resultado expansão vinculada ao mercado de trabalho. Em função desta vinculação, Wanderley Guilherme dos Santos (1981) cunhou o termo *cidadania regulada*, pois o exercício da cidadania acontecia via regulamentação das profissões.

6. Estes passaram a conviver com as inicialmente estabelecidas CAPs, estruturadas por empresas.

O aumento da cobertura do sistema viria por meio da inclusão de categorias profissionais marginalizadas, como a dos autônomos, domésticos e rurais, que começaram a ocorrer no final da década de 1960, começo da década de 1970, como será analisado com maior aprofundamento na seção seguinte. A inclusão da clientela rural pode ser entendida como a primeira iniciativa da Previdência Social brasileira para o rompimento com sua concepção contratual, pois os trabalhadores rurais não arcavam com nenhuma contribuição direta para o sistema. Dessa forma, em finais da década de 1970, praticamente a totalidade da população trabalhadora brasileira já contava com a possibilidade legal de filiação ao sistema público de Previdência Social. Embora com benefícios e requisitos bastante diferenciados.

Em 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o desdobramento do INPS em três novos órgãos, a Previdência Social progredia em direção a maior abrangência de sua cobertura. Os novos órgãos criados foram: o INPS, desta vez com suas funções limitadas à administração e gestão dos benefícios previdenciários e assistenciais; o Instituto de Administração da Previdência Social (Iapas), responsável pela gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela administração do Sistema de Saúde Previdenciário. O processo consolida-se em 1977 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Faziam parte do Sinpas, além dos três órgãos já criados em 1974 – Iapas, INAMPS e INPS –, os seguintes órgãos: Legião Brasileira de Assistência (LBA), responsável pelas ações relativas à Assistência Social para as populações carentes; a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem); a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (Ceme). Esta estrutura organizacional-institucional perduraria até a implementação dos ditames constitucionais.

A criação do Sinpas coincidiu com o período de retração da economia mundial – seguidos choques do preço do petróleo e aumento das taxas internacionais de juros – o qual, embora tenha tido seus reflexos postergados em função das políticas desenvolvimentistas internas, começaram a apresentar seus efeitos sobre os programas de proteção social no início da década de 1980. A estrutura dos mecanismos de proteção vigentes apresentava características pró-cíclicas, ou seja, era fortemente influenciada pela conjuntura econômica. Em períodos de crescimento econômico, tais como o denominado Milagre Econômico da década de 1970, maior proporção de trabalhadores contribui e são menores as demandas por benefícios assistenciais, ao contrário de momentos de conjunturas econômicas recessivas em que são maiores as demandas por benefícios, enquanto se observa a retração do número de contribuintes em função dos efeitos da desaceleração econômica sobre o emprego.

Oliveira *et al.* (1999) ressaltam que vários foram os mecanismos adotados para a recuperação das receitas e a manutenção do equilíbrio financeiro do sistema, entre os quais se pode citar: redução do período de retenção dos recursos arrecadados pela rede bancária; liberação do teto de contribuição para fins de contribuição do empregador; e aumento da alíquota de contribuição dos empregadores, empregados – com a introdução de alíquotas progressivas conforme sua faixa de salário – e autônomos. Isto explica a recuperação das receitas no começo da década de 1980. Além disso, pode-se ressaltar a degradação do valor real dos benefícios durante esta década, por meio de reajustes persistentemente abaixo dos índices de inflação.

2.2 A Constituição Federal de 1988

Durante o processo de transição para a democracia na década de 1980, afloraram várias demandas sociais e econômicas. Foi, porém, com a promulgação da Constituição Cidadã, como ficou conhecida a CF/88, que se deu a primeira experiência brasileira de reconhecimento universal de direitos sociais inerentes a cidadania. Ressalte-se que a compreensão de universal aqui diz respeito a estes não mais se reportarem às categorias profissionais, ou quaisquer segmentações corporativas, uma vez que desde a década de 1930, direitos sociais eram entendidos como direitos básicos de cidadania, mas não eram universais. Influenciada pelo momento político, período de redemocratização por que passava o Brasil, a CF/88 tinha como um dos eixos centrais o resgate da dívida social herdada do período militar e a necessidade de garantir direitos básicos e universais de cidadania (UGÁ; MARQUES, 2005).

A CF/88, em seu título VIII: Da Ordem Social, capítulo II: Da Seguridade Social, seção I: Disposições Gerais, Art. 194, definiu o Sistema de Seguridade Social brasileiro como constituído por conjunto integrado de ações que tem por objetivo assegurar os direitos relativos à saúde, à Previdência e à Assistência Social.

Dessa forma, com a promulgação da nova constituição e a introdução do conceito de Seguridade Social, a rede de proteção social sai do contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista, passando a adquirir conotação de direito de cidadania. Por princípios norteadores do Sistema de Seguridade Social, o texto constitucional estabeleceu também em seu Art. 194: universalização da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios para as clientelas urbana e rural; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor das prestações; equanimidade no custeio; diversificação da base de financiamento; e descentralização e participação social na gestão.

Especificamente no campo previdenciário, o texto constitucional avançou no sentido de universalização, participação social na gestão e diminuição das desigualdades socioeconômicas. Em seu Art. 201, constante da terceira seção do capítulo dedicado ao Sistema de Seguridade Social, o texto constitucional original estabelecia a cobertura previdenciária de caráter contributivo aos principais riscos socialmente definidos – idade, invalidez, morte, acidentes do trabalho, reclusão e proteção à família –, assim como assegurava a manutenção do valor real dos benefícios e estabelecia como piso para todos os benefícios previdenciários o valor equivalente a um salário mínimo (SM). A redação original pouco mencionava a questão da previdência privada, pois além de vedar a subvenção ou o auxílio do poder público às entidades de previdência privada com fins lucrativos, mencionava apenas que estas teriam caráter complementar e facultativo, devendo ser custeada por contribuições adicionais.

A Previdência Social pública é obrigatória para todos os trabalhadores brasileiros, quer seus vínculos de trabalho sejam com o setor público quer sejam com o setor privado. Cabe esclarecer, no entanto, que a CF/88 não criou conjunto único de regras previdenciárias para toda a população, pois o Art. 40 do capítulo VII – da Administração Pública – versou sobre as condições de elegibilidade para os benefícios de aposentadorias e pensões específicos dos servidores públicos, das três esferas de governo, dotando-lhes de duas importantes características: paridade da remuneração das aposentadorias e pensões em relação à remuneração dos servidores em atividade; e integralidade da última remuneração. Por sua vez, o Art. 39 estabelecia regime jurídico contratual próprio aos servidores públicos civis – Regime Jurídico Único (RJU), regulamentado no âmbito da União, por meio da Lei nº 8.112, de 1990 –, diferenciado das regras vigentes para os trabalhadores do setor privado – cujos contratos são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). De acordo com Santos (1997), diferentemente da aposentadoria no setor privado, “(...) a aposentadoria no setor público surge como uma garantia, e até mesmo um prêmio, atribuído em razão da natureza de sua vinculação com a atividade estatal, e do regime jurídico que lhe é próprio”.

Até a década de 1990, os servidores públicos civis da União contribuía apenas para o benefício de pensão por morte por intermédio de alíquota de 6% sobre sua remuneração.⁷ A CF/88 e o RJU (Lei nº 8.112/1990, Art. 183) introduziram o conceito de Plano de Seguridade Social do servidor público. O caráter contributivo⁸ só se estendeu para outros benefícios dos planos previdenciários dos servidores

7. A alíquota de contribuição quando da instituição do plano de benefícios do Instituto de Previdência a Assistência dos Servidores dos Estados (Ipsae) correspondia a 5%, tendo sido majorada para 6% via Decretos nºs 83.081/1979 e 90.817/1985.

8. Ressalte-se que como caráter contributivo, não se deve depreender automaticamente que há equilíbrio financeiro e/ou atuarial no plano de Seguridade dos servidores públicos. Apenas que estes passam a ser também financiadores de seus benefícios previdenciários.

públicos em 1993, com a redação conferida pela Emenda Constitucional (EC) nº 3 que passou a prever o custeio das aposentadorias e pensões dos servidores públicos federais com recursos provenientes da União e das contribuições dos servidores.

A extensão da cobertura do RJU para a totalidade do funcionalismo público federal implicou forte incremento dos gastos previdenciários da União, uma vez que, de certa forma, a União não mais teria que arcar com as contribuições devidas ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por seus servidores celetistas quando estes comesçassem a requerer seus benefícios. O valor destes corresponderia à integralidade da última remuneração e não mais à fórmula de cálculo e de tetos observados para o RGPS.

No que se refere aos servidores públicos dos estados e dos municípios, a possibilidade de criação de regimes próprios de previdência gerou miríade de regras e regimes. Em momento inicial, ficou a cargo de cada ente federado o estabelecimento de suas próprias alíquotas de contribuição, a organização e a operacionalização dos regimes, desde que estes respeitassem a garantia constitucional de integralidade da última remuneração para os benefícios. Este processo foi interrompido em 1998,⁹ como será analisado na próxima seção.

Em 1991, foi aprovado o Plano de Benefícios do RGPS – Lei nº 8.213 –, voltado para os trabalhadores do setor privado. O novo Plano de Benefícios consagrou os princípios estipulados pela CF/88, tendo estabelecido como segurados obrigatórios da Previdência Social os indivíduos de acordo com as seguintes categorias (FÍGOLI; PAULO, 2008):

- Empregados – entendido como aquele que presta serviço de natureza urbana ou rural à empresa, em caráter não eventual, sob sua subordinação e mediante remuneração, inclusive quando o dirigente for empregado da empresa.
- Empregado doméstico – entendido como aquele que presta serviço de natureza contínua a pessoa ou família, no âmbito residencial desta, em atividades sem fins lucrativos.
- Contribuinte individual – entendido como aquele que presta serviços de natureza urbana ou rural, em caráter eventual, a uma ou mais empresas, sem relação de emprego; ou, aquele que exerce, por conta própria, atividade econômica remunerada de natureza urbana, com fins lucrativos ou não.
- Trabalhador avulso – entendido como aquele que presta a uma ou mais empresas, sem vínculo empregatício, serviços de natureza urbana ou rural com intermediação de sindicatos ou de órgãos gestores de mão de obra – normalmente portuários.

9. Por motivo da Lei nº 9.717/1998 que dispôs sobre regras gerais para organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos estados, dos municípios, e do Distrito Federal, dos militares dos estados e do Distrito Federal.

- Segurado especial – o produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rural, o pescador artesanal e o assemelhado, que exerçam essas atividades individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com auxílio eventual de terceiros, bem como seus respectivos cônjuges ou companheiros e filhos maiores de 16 anos de idade ou a eles equiparados, desde que trabalhem, comprovadamente, com o grupo familiar respectivo.

Além das categorias mencionadas a legislação previu, ainda, a categoria dos segurados facultativos, cuja participação é voluntária e corresponde aos indivíduos com 16 anos ou mais de idade que se filiem ao RGPS, mediante contribuição, desde que não estejam exercendo atividade remunerada que os enquadrem como segurados obrigatórios ou estejam vinculados a outro regime de Previdência Social.

No que se refere à clientela urbana, as modificações resultantes da aprovação do novo Plano de Benefícios residiram nos seguintes aspectos: aumento do tempo de carência para a requisição do benefício por idade para 180 contribuições mensais; extensão do direito a aposentadoria por tempo de serviço proporcional também às mulheres – aos 25 anos de trabalho – e aumento do salário de benefício para os auxílios doença, que passa a respeitar também o piso equivalente a um salário mínimo.

As principais mudanças, no entanto, foram devidas a clientela rural, uma vez que, por força da constituição, estendeu-se a este tratamento equivalente ao da clientela urbana. Com isso, os valores dos salários de benefício aumentaram para praticamente todos os riscos cobertos. A aposentadoria rural por idade, por exemplo, nos casos em que se comprovasse 30 anos de trabalho, dobrou, tendo passado dos anteriores 50% do maior salário mínimo vigente na economia para 70% do salário de benefício, acrescido de 1% para cada grupo de 12 contribuições mensais. A aposentadoria por idade, devida à clientela rural, foi objeto de outras duas importantes mudanças: redução da idade mínima para requerimento do benefício – de cinco anos para os homens, com a introdução de idade mínima diferenciada para as mulheres; e concessão do benefício com base no exercício individual do trabalho – não mais com base na unidade de produção familiar, o que restringia a outorga do benefício a único benefício por unidade familiar, independentemente do número de indivíduos.

A regulamentação dos ditames constitucionais no que concerne aos benefícios previdenciários honrou, dessa forma, os princípios norteadores da Seguridade Social referentes à igualdade de tratamento entre as clientelas urbana e rural, e à universalidade da cobertura, mediante o caráter obrigatório da contribuição para o RGPS dos trabalhadores do setor privado.

No que tange caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação do governo e da sociedade, a Lei nº 8.213/1991 instituiu o Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), com a participação quadripartite – Estado, trabalhadores, empregadores e aposentados. A atuação do CNPS, no entanto, de acordo com Delgado *et al.* (2002, p. 34) transparece sua insuficiência e/ou inadequação política e administrativa. Além disso, a magnitude do setor informal da economia resulta em limites corporativos para a atuação do conselho, o que, por sua vez, “acarreta problemas de legitimação ao formato tradicional de conselho quadripartite” (*loc. cit.*). O caráter descentralizado da gestão, de certa forma, esbarra no viés da Previdência Social enquanto política central, a contar com regras uniformes para todo o território nacional, de forma a garantir plena mobilidade dos trabalhadores. Desse modo, a reprodução da estrutura colegiada do CNPS nos estados e nos municípios foi prontamente abandonada sob o argumento de sua baixa funcionalidade (DELGADO *et al.*, 2002), sendo esta na prática entendida quase que exclusivamente como ouvidorias.¹⁰

Conjuntamente com a aprovação do Plano de Benefícios da Previdência Social foi aprovada a Lei nº 8.212/1991, dispondo sobre a organização da Seguridade Social, que instituiu o Plano de Custeio da Seguridade Social. Este ordenamento jurídico foi responsável, tanto por instituir a instância de participação democrática na gestão do Sistema de Seguridade Social brasileiro – o Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS) – quanto por regulamentar a figura do orçamento da Seguridade Social. De acordo com a constituição, este contaria com recursos da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, além dos recursos oriundos das contribuições sociais – inicialmente sobre lucro, faturamento, folha de salários e concursos de prognósticos. Sua regulamentação, porém em vez de ampliar o comprometimento fiscal da União com o financiamento da Seguridade Social resultou no *desvio* de parte dos recursos para o financiamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU). Posteriormente, novas formas de desvinculação das receitas da Seguridade Social foram empreendidas, tais como a instituição do Fundo Social de Emergência (FSE) e seus congêneres.

De acordo com Dain (2003), o orçamento da Seguridade Social nunca se consolidou, impossibilitando a integralidade das ações de proteção social nos campos da saúde, assistência e Previdência Social. A falência da atuação sistêmica na área da Seguridade Social também pode ser ilustrada pela pouca relevância política ao longo dos dez anos da existência do CNSS,¹¹ voltada para a garantia do caráter democrático, descentralizado e participativo da gestão administrativa do sistema como apregoado pela CF de 1988. Na realidade, esta integração conceitual apesar

10. Para discussão mais aprofundada do papel do CNPS, bem como o significado de sua implantação, seus caracteres participativo e descentralizado, ver Delgado *et al.* (2002).

11. Instituído pela Lei nº 8.212/1991 e revogado pela Medida Provisória nº 2.216-037, de 31 de agosto de 2001.

de ter sido o princípio norteador de série de políticas – previdência rural, Sistema Único de Saúde (SUS), bolsa família, entre outros –, esteve aquém de suas possibilidades na condução das políticas públicas e no cotidiano dos cidadãos.

Isso deu margem aos inúmeros debates e controvérsias teóricas e políticas sobre a forma mais apropriada de considerar os gastos previdenciários – e seu potencial crescimento – *vis-à-vis* o orçamento da Seguridade Social. Um dos pontos da discórdia refere-se à questão do financiamento dos novos direitos previdenciários voltados para os segmentos de trabalhadores com pouca capacidade contributiva – tipicamente rurais.¹² De acordo com Malvar (1999), com a entrada em vigor dos Planos de Benefícios e Custeio da Previdência Social fez-se patente a fragilidade da nova estrutura de financiamento do sistema, pois enquanto em 1988, aproximadamente 57% da receita das contribuições sobre folha eram suficientes para financiar os benefícios previdenciários e assistenciais,¹³ em 1992 esta porcentagem já alcançava 87%.

O texto constitucional, no entanto, previa, em seu Art. 3º das disposições transitórias, período de revisão para acontecer cinco anos após sua promulgação, ou seja, em 1993, ao longo do qual várias questões previdenciárias poderiam ser modificados por maioria simples durante o período previsto para a revisão. Foi criada, por ocasião, pela Câmara dos Deputados, a Comissão Especial para Estudo do Sistema Previdenciário, visando ao diagnóstico da situação e à elaboração de novas propostas para discussão. O diagnóstico elaborado por esta comissão, que ficou conhecido pelo nome de seu relator – Relatório Antônio Britto –, era de que a Previdência Social vivia a soma de três crises, que envolviam questões que abrangiam horizontes de curto, médio e longo prazos: circunstancial associada aos efeitos da recessão econômica, gerencial e estrutural, caracterizada, especialmente, pela inexistência de conceitos e limites claros das diferenças entre Previdência Social e Seguridade Social (OLIVEIRA; BELTRÃO; MÉDICI, 1993). Também podem ser ressaltadas outras sugestões elaboradas pela comissão, entre as quais: a vinculação das fontes de financiamento, com as receitas sobre folha de salários custeando somente a Previdência Social; a Assistência Social e a saúde ficando por conta de outras fontes, com a possibilidade de criação da contribuição sobre transações financeiras; e possíveis alterações no plano de benefícios dos vários sistemas.

12. A questão específica das aposentadorias rurais era, e talvez ainda seja, reflexo do atraso do debate sobre a extensão dos direitos previdenciários a camadas de fraca capacidade contributiva. Em detalhado panorama internacional, Schwarzer (2000) mostra que entre os países pesquisados, as aposentadorias rurais percebem diferentes níveis de subsídios públicos. Nunca são apenas autofinanciáveis. A aceitação da situação particular dos trabalhadores rurais não impede, contudo, que sejam discutidas alterações nas regras que regem a concessão de benefícios no meio rural, algumas das quais são mencionadas em seções posteriores deste texto.

13. Refere-se aos benefícios de Renda Mensal Vitalícia (RMV) pagos a idosos e inválidos com comprovada participação no Sistema Previdenciário por período mínimo de um ano.

2.3 As reformas da Previdência Social

Embora o processo de implantação do conjunto das recomendações constantes do Relatório Antônio Britto não tenha sido prontamente iniciado, de modo a aproveitar o período revisional, várias das sugestões da comissão ecoaram durante as gestões seguintes. O governo interino do presidente Itamar Franco (1992-1994) esboçou ampla gama de propostas de reformas para várias áreas, inclusive a Seguridade Social. No entanto, observou-se grande resistência às medidas que alterassem os direitos relacionados à Seguridade Social, capitaneadas pelos sindicatos e associações de aposentados e pensionistas. Agregue-se ao fato ter o período revisional coincidido com momento de grande turbulência política e econômica – pós-*impeachment* do Presidente Fernando Collor e início do Plano Real.

Em 1995, foi enviada ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 33 com o objetivo de alterar o Sistema Previdenciário brasileiro. O debate do setor previdenciário à época foi bastante viesado pela necessidade imposta após o Plano de Estabilização Monetária de reequacionamento das contas do sistema via controle das despesas. As principais questões propostas residiam no estreitamento dos vínculos contributivos e na criação de mecanismos capazes de restringir a concessão de aposentadorias precoces – com idades muito inferiores ao limite estabelecido para a aposentadoria por idade. Após três anos de longa e tumultuada tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada em 1998 a Emenda Constitucional (EC) nº 20. Vale ressaltar as seguintes medidas aprovadas pela EC nº 20:

- substituição do critério de tempo de serviço pelo critério de tempo de contribuição;
- extinção da aposentadoria por tempo de serviço proporcional para ambos os regimes (RGPS e RJU) e estabelecimento de limite de idade para aposentadoria por tempo de serviço integral para os servidores públicos;¹⁴
- eliminação da aposentadoria especial dos professores universitários.;
- desconstitucionalização da fórmula de cálculo dos benefícios;
- unificação das regras previdenciárias para União, estados e municípios; e
- previsão de criação de regimes complementares para os servidores públicos voltados para a reposição dos proventos superiores ao teto de benefícios vigente para o RGPS.

14. Em função do processo político que envolveu a votação da matéria, Destaque de Votação em Separado (DVS) logrou derrubar os limites definitivos de idade, para as aposentadorias por tempo de serviço integral, no caso do RGPS, invalidando, portanto, também as regras de transição.

Para aqueles já em atividade, previa-se regra de transição, onde se estabelecia como requisitos para a aposentadoria por tempo de serviço proporcional, doravante contribuição:

- mínimo de 53 anos para homens e 48 para mulheres, e *pedágio*, correspondente a adicional de 40% do tempo ainda restante para a aposentadoria, por tempo de contribuição proporcional, na data da promulgação da emenda para ambos os regimes (RGPS e RJU); e
- *pedágio*, correspondente a adicional de 20% do tempo ainda restante para a aposentadoria por tempo de contribuição integral para os regimes do funcionalismo público.

A desconstitucionalização da fórmula de cálculo dos benefícios pela EC nº 20 possibilitou que, com a aprovação da Lei nº 9.876, em 1999, fosse criada nova regra de cálculo para os benefícios concedidos pelo RGPS. Esta, como posteriormente será analisado na seção 3, introduziu fator de correção para os salários de benefícios, denominado *Fator Previdenciário*, o qual relaciona o tempo de contribuição e a idade na data da aposentadoria. Esta lei – nº 9.876 – também eliminou a escala de salários de contribuição para os contribuintes individuais e estendeu a estes o direito ao salário maternidade.

As propostas de reforma que envolviam o transpasso da Previdência Social pública – RGPS para os trabalhadores do setor privado e planos próprios para os servidores públicos –, em regime de repartição para a administração privada em regime de capitalização com contas individuais, ainda que presentes nos debates ocorridos ao longo da década de 1990, não lograram vencer as resistências das associações de trabalhadores e aposentados e, principalmente, da burocracia/tecnocracia estatal. Vale lembrar que ao contrário dos demais países latino-americanos que empreenderam reformas estruturais substitutivas nos anos 1990 – com a introdução do regime de capitalização em contas individuais –, o Brasil já contava à época com expressiva participação do setor privado na área previdenciária. Em 1999, os ativos dos fundos de pensão brasileiros – Entidades Fechadas de Previdência Privada (EFPPs) – correspondiam a 12,5% do produto interno bruto (PIB) (ABRAPP, 2002). Nesse sentido, duas questões muito debatidas ao longo da década de 1990 merecem destaque: o teto do sistema público (10 SMs) e os custos de transição implícitos entre regimes – repartição para capitalização. Em relação ao primeiro aspecto, referente ao teto de contribuição previdenciário, seu valor foi objeto de expressiva depreciação em relação ao SM: apesar dos reajustes pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), os valores não acompanharam os aumentos reais concedidos ao SM, o que reduziu o teto a patamares próximos a 6,5 SMs em maio de 2003. Em se tratando do segundo aspecto, referente ao custo de transição implícito, após a realização de

seu cálculo por instituições de reconhecida *expertise* no assunto e este ter sido estimado em aproximadamente 200% do PIB, resultou na inviabilização das propostas de reformas estruturais que envolvessem o transpasso de partes do sistema para a administração privada em regime de capitalização individual, visto seu impacto para as contas públicas.

No entanto, mesmo após a EC nº 20, permaneciam presentes na agenda dos gestores públicos os potenciais desequilíbrios do sistema; e os gastos previdenciários continuaram em sua escalada ascendente. Em março de 2003, apenas três meses após o início do novo governo, foi enviada ao Congresso Nacional nova proposta de EC – PEC 40. Com isso, em 2003, cinco anos após a EC nº 20, foi aprovada nova EC nº 41. Conforme a exposição de motivos¹⁵ encaminhada ao Congresso Nacional quando da tramitação da proposta, seu objetivo residia na necessidade de construção de sistema de previdenciário mais equânime, tendo como princípios norteadores a isonomia entre o RGPS e os Regimes Próprios de Previdência Social (RPPSs) dos funcionários públicos.

Sinteticamente, pode-se dizer que a EC nº 41 empreendeu modificações pontuais nos critérios de elegibilidade e nas fórmulas de cálculo do valor dos benefícios dos servidores públicos, mas passou à margem da isonomia e da eliminação das diferenças e privilégios entre os regimes, ao criar regras mais rígidas para os servidores públicos e se omitir nestes aspectos no que se refere aos trabalhadores do setor privado. No que se refere ao setor privado, a EC 41 implicou: o aumento do teto de contribuição do RGPS, realinhando-o no patamar de dez salários mínimos; a previsão de criação do Sistema Especial de Inclusão Previdenciária, voltado para os trabalhadores de baixa renda “garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário mínimo, exceto aposentadoria por tempo de contribuição” (BRASIL, 2003, Art. 201, § 12).

Paralelamente à curta tramitação da PEC nº 40, que resultou na aprovação da EC 41, tramitou, também, no Congresso Nacional outra proposta de ajuste previdenciário que resultou na aprovação, em 2005, da EC nº 47. Esta promoveu o relaxamento das regras recém-estabelecidas pela EC nº 41 no que tange aos servidores públicos ao devolver a paridade aos reajustes e permitir a redução dos limites de idade para aposentadoria. Para o RGPS, por sua vez, ampliou, ainda mais, a previsão de cobertura do contingente com inserção precária no mercado de trabalho por meio da inclusão daqueles “sem renda própria que se dediquem exclusivamente ao trabalho doméstico

15. A Exposição de Motivos da PEC que resultou na EC nº 41, fazendo menção ao Programa de Governo do Partido dos Trabalhadores (PT) à Presidência da República, reafirmava que a “modernização e reforma do sistema previdenciário brasileiro desfruta de destaque como um dos instrumentos de um novo modelo de desenvolvimento, que englobe crescimento, emprego e equidade social”.

no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda, garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário-mínimo” (BRASIL, 2005, Art. 201, § 12), com “alíquotas e carências inferiores às vigentes para os demais segurados do regime geral de previdência social” (*op. cit.*, Art. 201, § 13). Estes novos direitos foram regulamentados com a aprovação da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, que alterou também alguns aspectos do Estatuto das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte – Lei nº 9.841, de 5 de outubro de 1999 e Decreto nº 3.474, de 19 de maio de 2000.

Nesse sentido, pode-se dizer que medidas voltadas para a inclusão de contingentes cada vez mais amplos da população já vinham sendo adotadas desde 1996 com a aprovação da Lei nº 9.317/1996 que criou o Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte (Simples). Este consistiu em pacote tributário que estabeleceu o tratamento diferenciado e simplificado, favorecendo as micro e pequenas empresas que atendessem aos critérios de elegibilidade do sistema. Posteriormente, na presente década, houve o advento do Plano Simplificado de Previdência Social (PSPS), do Simples Nacional e mais recentemente o projeto do Microempreendedor Individual (MEI). A seção seguinte tratará especificamente da inclusão previdenciária do contingente caracterizado por inserção mais precária no mercado de trabalho.

3 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A INCLUSÃO PREVIDENCIÁRIA

Como visto na seção anterior, a CF/88 pode ser considerada como a primeira experiência brasileira de reconhecimento da universalidade dos direitos sociais de cidadania. Foi verdadeiro desaguadouro de várias demandas sociais, o que não deixa de influir nos rumos da Previdência Social.

O texto constitucional é claro, em seu Art. 194, quando se refere aos objetivos da Seguridade Social no tocante à universalização da cobertura e do atendimento – inciso I –, uniformidade e equivalência entre populações urbanas e rurais – inciso II –, irredutibilidade no valor do benefício – inciso IV –, diversidade da base de financiamento – inciso VI – e caráter democrático e descentralizado da gestão – inciso VII.

A primeira vista, pensando-se em termos de Previdência Social, universalidade da cobertura e atendimento pode significar incluir todos os segmentos da população até então excluídos, mas não era isto que estava previsto na CF/88. Isto pode ser concluído a partir da redação original do Art. 201 que em seu *caput* afirmava que a Previdência Social atenderá à população mediante contribuição. Ou seja, apenas os que contribuem terão direito aos benefícios.

Das prerrogativas da CF/88, no tocante à Previdência Social, os objetivos que tiveram aplicabilidade mais visivelmente imediata – apesar dos atrasos que ocorreram por pendência de legislações infraconstitucionais – foram a irredutibilidade do valor do benefício (ou pelo menos o seu valor nominal); a diversidade da base de financiamento – contribuição patronal e dos empregados ao INSS e, mais recentemente com o Simples, contribuição sobre faturamento; seu caráter democrático de gestão – via criação do CNPS; e, finalmente, a unificação dos sistemas urbano e rural.

Esse último objetivo, que está presente no texto original da Carta de 1988, suscita grandes debates sobre a dualidade do papel da Previdência Social em nosso país. Mais especificamente, o debate entre o caráter de seguro *versus* seguridade. Tal debate origina-se pelo fato de que, na previdência rural, o segurado especial pode exercer seus direitos sociais previdenciários comprovando atividade laborativa no campo. Contudo, no meio urbano – ou mesmo no *agrobusiness* – o trabalhador precisa comprovar tempo de contribuição ao Sistema Previdenciário.

Ora, se a Previdência Social tem por um de seus objetivos a universalidade da inclusão e do atendimento, a necessidade de contribuição pode ser interpretada como contradição intrínseca à CF/88, ainda mais que grande segmento populacional pode exercer seus direitos comprovando apenas tempo de trabalho, não tempo de contribuição. Não obstante, há de se compreender que a diferença de tratamento que parece ser favorável aos trabalhadores rurais existe, pois este trabalho além de penoso, desgastante, e de não ter necessariamente objetivos de lucro, também encerra certas características de garantia de segurança alimentar. Além disso, em perspectiva de comparação internacional, os principais sistemas de previdência subsidiam suas populações rurais (SCHWARZER, 2000), ou seja, esta configuração não é invenção brasileira.

Já a previdência urbana deve ter seu objetivo de universalidade compreendido como inexistência de restrições à filiação de qualquer grupo ao sistema, desde que comprovada a contribuição. E o papel de garantia da universalidade da inclusão deve ser observado por meio de políticas de incentivo à filiação de grupos com baixa capacidade contributiva, não necessariamente pela garantia de direitos sem necessidade de obrigações, em contrapartida. Portanto, se na previdência rural o direito social previdenciário tem como contrapartida a comprovação do tempo de trabalho no campo, no meio urbano a contrapartida deve ser o tempo de contribuição.

Sintetizando, o caráter contributivo financeiro do Sistema Previdenciário brasileiro vale para todos, menos os segurados especiais. Para estes, por terem características de trabalho e papel social específicos, deve ser-lhes garantido o direito à Previdência Social assentado nos princípios da Seguridade Social.

3.1 A expansão da cobertura para a clientela rural

Como já afirmado anteriormente, a CF/88 previu a existência de Previdência Social sem distinção entre trabalhadores do campo e da cidade (BRASIL, 1988, Arts. 201 e 202) e impôs regras que suprimiam muitas distinções até então existentes entre a situação dos camponeses e a dos trabalhadores urbanos. A unificação dos regimes possibilitou, inclusive, o cômputo do trabalho no campo para aposentadoria na cidade – conquista de dimensões incalculáveis, tendo em vista que a trajetória histórico-geográfica de mais de metade da população brasileira, nas décadas anteriores, caracteriza-se pela migração rural –urbana.

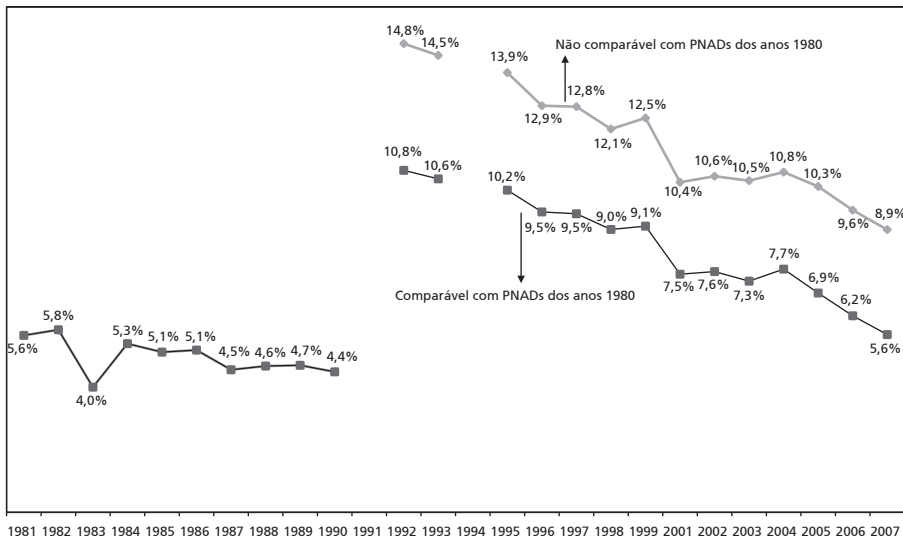
Na esteira das disposições constitucionais aludidas no parágrafo anterior, a Lei do Plano de Benefícios da Previdência Social extinguiu a Previdência Social Urbana e a Previdência Social Rural, criando o RGPS. A promessa de unificação trazida pela Carta de 1988 não foi, porém, totalmente cumprida. Esta lei atendeu-a plenamente no campo operacional e em grande medida no legislativo, mas deixou algumas lacunas, muitas das quais ainda persistem.¹⁶

A CF/88, ao alterar os critérios de elegibilidade à aposentadoria para os trabalhadores rurais, imprimiu grande movimento de ampliação da cobertura previdenciária. Em seu Art. 194 (BRASIL, 1988) determinou que os camponeses, pescadores, e garimpeiros que exerçam suas atividades em regime familiar fariam jus aos benefícios da Seguridade Social “nos termos da lei”. Ainda no âmbito do Art. 194, o inciso II estatua como princípio “uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais” – ou seja, qualquer benefício previdenciário oferecido à população urbana deve ser acessível também à população rural. No campo específico da Previdência, o Art. 201 estabelecia abrangente rol mínimo de eventos que esta deveria cobrir; equiparava o valor-piso dos benefícios ao salário mínimo – § 5º; e garantia a atualização monetária da base de cálculo dos proventos e a preservação do valor real destes – §§ 2º e 3º. Já o Art. 202 fixava a idade de aposentadoria, com redução para todos os trabalhadores rurais e todos os que trabalham em regime familiar – inciso I; e garantia o direito ao cômputo do trabalho no campo para aposentadoria na cidade e vice-versa – § 2º.

Mas o elemento catalisador da grande ampliação da cobertura previdenciária advinda da CF/88 foi o fato de se permitir mais de um beneficiário por unidade familiar. A partir de então, todos com mais de 16 anos que trabalham sob o regime de economia familiar passam a ser considerados como segurados especiais pela Previdência Social, e não apenas o chefe da família. Como não existe cadastro dos segurados especiais, aos moldes da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) para os segurados assalariados, a medição destes segurados é feita de forma indireta, principalmente utilizando os dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs). Os números adiante mostram o comportamento, antes e depois da CF/88, dos que passaram a ser considerados segurados especiais.

16. Para mais detalhes sobre essas lacunas, ver Magalhães (2009).

GRÁFICO 1
Percentual de segurados especiais na PEA – 1981-2007



Fonte: PNADs.

Obs.: A PEA considerada corresponde a pessoas de 16 a 64 anos.

Devido a mudanças metodológicas ocorridas entre as PNADs de 1990 e 1992, optou-se por apresentar os dados das PNADs de 1992 em diante de maneira que se possa comparar com as PNADs anteriores.

O gráfico 1 mostra que há verdadeiro salto entre 1990 e 1992. Há duas explicações para tal: mudanças metodológicas na pesquisa da PNAD e a Lei nº 8.213/1991. As mudanças metodológicas na PNAD incorreram sobre o conceito de ocupação. Quanto a alteração na legislação, cabe colocar que apesar de a CF/88 ter alterado diversas regras quanto aos trabalhadores rurais, apenas com a citada lei os segurados rurais tiveram reconhecidos seus novos direitos. Isto impactou na aferição de seu quantitativo apenas em 1992. Em termos percentuais, os segurados especiais vão de 4,4% para mais de 10% – ou 14% a depender do critério utilizado – da PEA em apenas dois anos. Em termos absolutos os números impressionam: de 2,5 milhões para mais de 6 milhões – ou 9 milhões. Observa-se também queda no percentual nos anos seguintes, o que não significou negação dos direitos, mas o fato de que os segurados especiais mantiveram-se por volta de 5 a 6 milhões – ou 8 milhões – de trabalhadores enquanto a PEA cresceu de 62 milhões, em 1992, para 90 milhões – ou 92 milhões –, em 2007.

Mas não foi apenas na cobertura previdenciária que as alterações constitucionais impactaram. O número de beneficiários do Sistema Previdenciário também se elevou entre 1990 e 1993. A explicação é dada pela redução da idade para elegibilidade ao benefício de aposentadoria rural, conjugada à possibilidade de mais de um benefício por unidade familiar. Como será mostrado adiante neste trabalho, mais de 1 milhão de trabalhadores exerceram seu direito social ao solicitar o benefício da aposentadoria rural entre 1991 a 1993. Benefícios estes represados pela antiga regra de concessão.

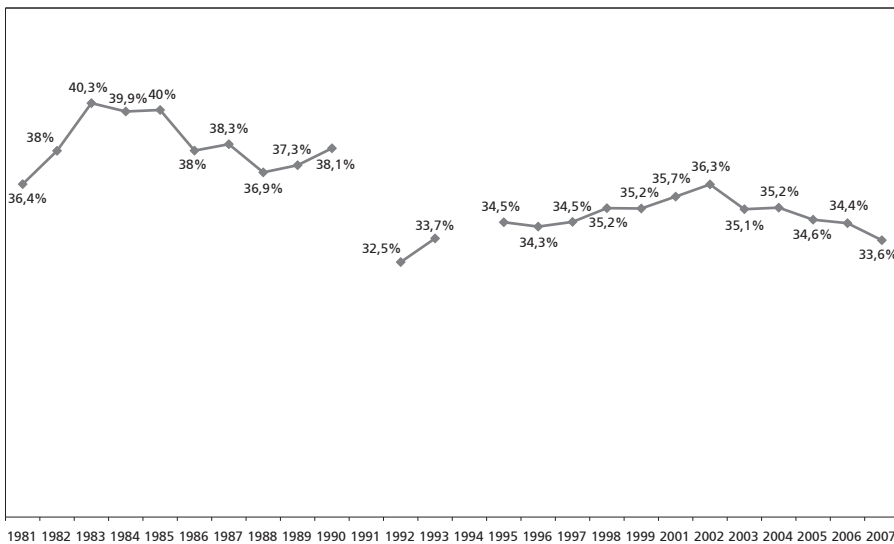
3.2 Inclusão previdenciária via incentivos econômicos

Como visto anteriormente, a inclusão previdenciária, dada a lógica da formação do Sistema Previdenciário em nosso país, é movimento que já ocorria desde antes da Carta de 1988. Já a partir de finais dos anos 1960, segmentos vinham sendo incluídos, como os autônomos, os empregados domésticos e os trabalhadores rurais – estes tiveram ampliada sua inclusão a partir da CF/88. Ao final dos anos 1970, podia-se afirmar que para quase a totalidade da população havia a possibilidade de filiação ao sistema de previdência.

Mas o Sistema Previdenciário era – e de certa forma ainda é nos dias de hoje – intimamente ligado à conjuntura do mercado de trabalho. Assim, com a crise dos anos 1980 ficou claro que a simples inclusão de diferentes categorias profissionais no sistema de previdência não era garantia plena para o acesso aos direitos sociais previdenciários. O desemprego, além da perda da capacidade de geração da renda, também significava a desfiliação previdenciária. Também tinha este significado a atividade laboral que por algum motivo não significava contribuição obrigatória para a Previdência Social, notadamente, os trabalhadores informais urbanos.

A informalidade é marca registrada do mercado de trabalho brasileiro. Os dados a seguir mostram que a informalidade foi sempre superior a 30% da PEA, ao se analisar o período de 1981 a 2007.

GRÁFICO 2
Percentual da informalidade na PEA – 1981-2007



Fonte: PNADs.

Obs.: A PEA considerada corresponde a pessoas de 16 a 64 anos.

Considera-se como trabalhador informal todo aquele que exerce atividade laborativa, mas não contribui para a Previdência Social.

A quebra metodológica da PNAD não resultou em alteração no percentual de trabalhadores informais.

Nota-se que a partir da efetivação das medidas previstas na CF/88, a informalidade, como reflexo da ampliação da cobertura dos trabalhadores rurais, reduz-se em 6 pontos percentuais. Nas décadas de 1990 e 2000, a informalidade alcança o máximo em 2002 e a partir de então começa movimento descendente até 2007.

A figura do trabalhador informal em nosso país é bastante conhecida. Caricatura da informalidade, um tanto quanto disseminada, está na figura dos vendedores ambulantes tão comuns nas grandes cidades. Mas afora as caricaturas, há grande segmento de trabalhadores que são empregados, mas têm seus direitos sociais negados pela falta de registro do contrato de trabalho. Estes são os trabalhadores sem carteira de trabalho assinada. Para ambos os casos aqui descritos, foram implementadas políticas que buscavam estimular a sua formalização perante a Previdência Social pela via da redução da tributação sobre a folha de salários – para o caso das empresas que contratam informalmente trabalhadores –, e da contribuição previdenciária para os contribuintes individuais e facultativos da Previdência Social.

Com relação à redução da tributação sobre os negócios, estes incentivos já estavam previstos na CF/88, no título VII – Da Ordem Econômica e Financeira –, capítulo I – Dos Princípios Gerais da Atividade Econômica –, onde fica estabelecido que:

A União, os estados, e distrito federal e os municípios dispensarão às microempresas e às empresas de pequeno porte, assim definidas em lei, tratamento jurídico diferenciado, visando a incentivá-las pela simplificação de suas obrigações administrativas, tributárias, previdenciárias e creditícias, ou pela eliminação ou redução destas por meio de lei (BRASIL, 1988, Art. 179).

O tema da desoneração da contribuição previdenciária incidente sobre a folha de salários vem ganhando destaque nos debates sobre a Previdência Social. É relativamente consensual entre atores políticos e no meio acadêmico que os encargos sobre a folha de salários no Brasil são elevados e, ainda que por motivos diferentes, haveria necessidade de promover alguma desoneração. Entretanto, os efeitos de possível desoneração sobre a formalização, o emprego e os salários são motivos de controvérsia, já que tanto modelos teóricos quanto experiências deste tipo em outros países apresentam resultados diversos.¹⁷

Apesar de a literatura sobre o tema não ser consensual sobre os efeitos da desoneração sobre a formalização do trabalho, algumas ações no sentido de aumentar a cobertura previdenciária, por meio do estabelecimento de alíquotas e benefícios diferenciados para segmentos específicos, já vêm sendo realizadas, desde a década de 1990. Nesse sentido, é possível subdividir as iniciativas já realizadas segundo o direcionamento dos incentivos: se voltados para as empresas ou para os trabalhadores.

3.2.1 Incentivos voltados para as empresas

Os incentivos voltados para as empresas são basicamente no sentido de alterar a incidência de sua tributação previdenciária. Esta deixa de estar atrelada à folha de salários e passa a estar relacionada ao faturamento. Além, é claro, de redução no montante pago.

Entre esses incentivos, destaque para a Lei nº 9.317/1996, que instituiu o Simples, e para a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 – Lei do Super Simples. Mais recentemente, foi criada a figura do MEI. A ideia é a mesma que a do Simples, mas o objetivo é oferecer incentivos ainda maiores para os negócios de menor faturamento.

17. Para mais detalhes, conferir Rangel *et al.* (2008).

Simplex

Em cumprimento ao preceito constitucional estabelecido na CF/88, e como forma de estímulo à formalização previdenciária, foi criado, em 1996, o Simplex.

Esse sistema unifica, simplifica e favorece o recolhimento de tributos por micro e pequenos estabelecimentos. Com a incidência de alíquotas reduzidas – ainda que progressivas – sobre mesmo fato gerador – o faturamento bruto –, o Simplex objetiva atrair tais empreendimentos para a órbita regular, legal e formal da economia brasileira. Como vantagens para tal, o Simplex oferece:

- Tributação com alíquotas favorecidas – ainda que progressivas, de acordo com o faturamento bruto alcançado.
- Recolhimento centralizado de impostos e contribuições federais – utilização de único Documento de Arrecadação da Receita Federal (DARF), que possibilita até mesmo o recolhimento de impostos estaduais e municipais – desde que haja convênios com estas instâncias federativas.
- Cálculo simplificado do valor a ser recolhido – apurado com base na aplicação de alíquotas unificadas – mas progressivas –, fixadas em lei e incidentes sobre única base: a receita bruta mensal.
- Escrituração simplificada das atividades empresariais – dispensa da obrigatoriedade de escrituração para fins fiscais, desde que se mantenha em ordem e guarda os livros caixa, o registro de inventário e todos os documentos que serviram de base para a escrituração.
- Dispensa do pagamento de contribuições federais – incluem-se as contribuições destinadas ao Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (Sesi), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), Serviço Nacional de Aprendizagem comercial (SENAC), Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) e seus congêneres, bem como as relativas ao salário educação e à contribuição sindical patronal.
- Dispensa de retenção de tributos e contribuições na fonte – retenção que era realizada por órgãos da administração federal direta, das autarquias e das fundações federais.
- Isenção dos rendimentos distribuídos aos sócios e ao titular, na fonte e na declaração de ajuste do beneficiário – com exceção dos rendimentos de pró-labore, aluguéis e serviços prestados, limitado ao saldo do livro caixa, desde que não ultrapasse o faturamento bruto.

Quanto ao recolhimento centralizado dos tributos federais, o Simples refere-se aos seguintes:

- Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ);
- Contribuição para Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP);
- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL);
- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins);
- Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI); e
- Contribuições para a Seguridade Social, a cargo da pessoa jurídica, de que tratam o Art. 22 da Lei Complementar nº 8.212/1991 e o Art. 25 da Lei Federal nº 8.870/1994.

Mas ressalte-se que *não* se refere a estes tributos:

- Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro ou relativas a títulos ou valores mobiliários – Imposto sobre Operações Financeiras (IOF);
- Índice sobre Importações de Produtos Estrangeiros (II);
- Imposto sobre a Exportação (IE), para o Exterior, de Produtos Nacionais ou Nacionalizados;
- Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), relativo aos pagamentos ou créditos efetuados pela pessoa jurídica e aos rendimentos ou ganhos líquidos auferidos em aplicações de renda fixa ou variável, bem como relativo aos ganhos de capital obtidos na alienação de ativos;
- Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR);
- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF);
- Contribuição para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS); e
- Contribuição para a Seguridade Social, relativa ao empregado.

Foram muitas as vantagens oferecidas para as empresas que se filiassem ao Simples. Como resultado, segundo dados da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social (GFIP)/Ministério da Previdência Social (MPS), o número de estabelecimentos optantes pelo sistema simplificado elevou-se de pouco mais de 900 mil, em 1999, para quase 1,6 milhão, em 2005. Por sua vez, o total de empregados em estabelecimentos optantes do Simples foi de 3,6 milhões para 5,8 milhões neste período.¹⁸

18. Para mais detalhes sobre estas estatísticas, conferir o anexo estatístico desta publicação.

Super Simples

Mais recentemente, em 2006, a Lei Complementar nº 123 instituiu novo tratamento tributário simplificado, que ficou conhecido como Simples Nacional ou Super Simples. O Simples Nacional estabelece normas gerais relativas ao tratamento tributário diferenciado e favorecido a ser dispensado às microempresas e empresas de pequeno porte no âmbito da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, mediante regime único de arrecadação. Tal regime substituiu, a partir de 1º de julho de 2007, o Simples Federal – Lei 9.317/1996 –, que foi revogado a partir daquela data.

O Simples Nacional implica o recolhimento mensal, mediante documento único de arrecadação, do IRPJ, IPI, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Cofins, PIS, contribuição patronal ao INSS, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) e Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS). Dessa forma, pode-se afirmar que o maior avanço do Simples Nacional foi incluir o ICMS e o ISS, tributos estadual e municipal, respectivamente, no documento de arrecadação. Além de ampliar a simplificação tributária, resulta, salvo algumas exceções, em redução da carga tributária para as empresas.

Avaliar o impacto do novo sistema sobre a arrecadação previdenciária é necessidade premente. Ora, a previdência abre mão de receitas visando ao crescimento do trabalho formal. É necessário saber se é compensador para o Sistema Previdenciário esta política de alíquotas reduzidas. Há que se ponderar, de certo âmbito, a expansão na cobertura e na proteção social, e de outro, o custo fiscal destas modalidades de contribuição subsidiadas – o cuidado com a sustentabilidade destas iniciativas é fundamental para sua consolidação no rol das políticas públicas. O que se pode afirmar por hora é que houve grande adesão ao novo sistema, que já conta com número de empresas optantes superior ao sistema antigo.¹⁹

Microempreendedor Individual

Em 2008, mais uma medida que visa à inclusão previdenciária via redução e simplificação da tributação foi criada. Trata-se da Lei Complementar nº 128/2008 que, entre outros, cria a figura do MEI, com vigência a partir de 1º de julho de 2009. Esta lei trata especificamente dos micronegócios, tanto que seu limite de faturamento é de R\$ 3 mil mensais.

Considera-se MEI o empresário individual a que se refere o Art. 966 da Lei nº 10.406/2002 que tenha auferido receita bruta, no ano-calendário anterior, de até R\$ 36.000,00, optante pelo Simples Nacional.

19. Para mais detalhes, conferir o capítulo Previdência Social de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* (IPEA, 2008).

No caso de início de atividades, o limite de receita será de R\$ 3.000,00 multiplicados pelo número de meses compreendido entre o início da atividade e o fim do respectivo ano-calendário, consideradas as frações de meses como mês inteiro.

Considera-se a lei que cria o MEI como espécie de subsistema do Super Simples em que se enquadram apenas os menores negócios do país. Tanto que sua tributação é de valores fixos mensais, independente da receita bruta auferida no período.

O MEI recolherá a soma das seguintes parcelas:

- a) 11% do valor do salário mínimo vigente a título de sua contribuição previdenciária;
- b) R\$ 1,00, a título de ICMS, caso seja contribuinte deste imposto; e
- c) R\$ 5,00, a título do ISS, caso seja contribuinte deste imposto.

Além disso, o MEI ficará isento do IRPJ, do IPI, da CSLL, da Cofins, do PIS, e do INSS patronal.

O MEI não poderá contratar mais de um empregado e este deverá receber não mais que o equivalente a um salário mínimo mensal, ou o piso salarial de sua categoria profissional. A contribuição patronal ao INSS relativa a este empregado também será com alíquota reduzida, qual seja, de 3% do seu salário de contribuição.

As leis do Simples, agora Super Simples e do MEI buscam, por meio da redução da tributação, a formalização das empresas e também dos trabalhadores por estas contratados. Tais tipos de políticas podem ser consideradas como inclusivas, no sentido previdenciário, uma vez que criam reais incentivos para a regularização dos contratos de trabalho. Há, todavia, outro grupo com frágil inserção no mercado de trabalho que também se tornou alvo de políticas inclusivas no passado recente. São os trabalhadores por conta própria que também passaram a contar com legislação de incentivo à filiação previdenciária.

3.2.2 Incentivos voltados para os indivíduos

Os trabalhadores por conta própria, estudantes e donas de casa, não obstante a inexistência da relação patrão – empregado, também podem contribuir para a Previdência Social, e assim estarem cobertos pelo sistema. A contribuição destas categorias, no entanto, tinha por base o valor de 20% de seu salário de contribuição declarado, respeitados os valores mínimos e máximos de contribuição definidos legalmente – Lei nº 8.212/1991.

Obviamente, verter mensalmente 20% da renda para o INSS deixa de ser prioridade para a maioria dos indivíduos, mesmo considerando toda a cesta de benefícios oferecida pelo Sistema Previdenciário, além da possibilidade de aposentadoria.

O resultado é a baixa cobertura entre os trabalhadores por conta própria.²⁰ Com o objetivo de ampliar a cobertura deste segmento, foi criado o Plano Simplificado de Previdência Social (PSPS).²¹

Plano Simplificado de Previdência Social

Se as leis do Simples, Super Simples e do MEI visavam à ampliação da cobertura previdenciária via da formalização de empresas e, como movimento consecutivo, de seus empregados, o PSPS visa aos trabalhadores por conta própria, às donas de casa e aos estudantes.²² Busca-se, então, a inclusão previdenciária destas categorias pela redução da alíquota contributiva do contribuinte individual e do segurado facultativo do INSS.

O PSPS foi regulamentado pelo Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, que estabeleceu regras e benefícios diferenciados para segmento da população que o sistema tradicional de Previdência Social mostrou-se incapaz de alcançar. Para os contribuintes que trabalham por conta própria – autônomos – ou que são empresários/sócios de empresas que tiveram receita bruta de até R\$ 36.000,00 no ano-calendário anterior – caso discutido anteriormente no âmbito do MEI – ou, ainda, para donas de casa ou estudantes – os segurados facultativos –, o plano estabelece alíquota de contribuição de 11%, a partir da competência de abril de 2007, exclusivamente sobre o salário de contribuição no valor de um salário mínimo.

O segurado pelo PSPS tem direito aos benefícios de aposentadoria por idade, auxílio doença, salário maternidade, pensão por morte, auxílio reclusão e aposentadoria por invalidez. Como diferença em relação ao segurado do sistema tradicional – que tem alíquota de contribuição de 20% –, o segurado que adere ao PSPS não tem direito à aposentadoria por tempo de contribuição. Entretanto, a escolha pelo PSPS não é definitiva. É permitido ao segurado migrar entre o sistema tradicional e o PSPS a qualquer momento, com a possibilidade ainda de complementar o valor arrecadado nos meses em que contribuiu com 11%, para que estes venham a ser contados para a aposentadoria por tempo de contribuição.

3.2.3 Considerações acerca da inclusão via incentivos econômicos

Parece claro que a inclusão previdenciária unicamente derivada do crescimento econômico, e consequentemente do emprego com carteira assinada, não ocorre na velocidade necessária para suprir as demandas de ampliação da cobertura previdenciária.

20. Isso sem contar o caso das donas de casa e dos estudantes, que dificilmente conseguirão contribuir com 20% de 1 SM – valor piso –, dado que não auferem renda monetária.

21. A bem da verdade, o PSPS não visa apenas aos trabalhadores por conta própria, mas também aos empregados sem registro em carteira – domésticos ou não – e empresários ou sócios de empresas que não contribuem ao INSS.

22. Ver nota 25.

Observou-se, em período longo, que a informalidade é característica quase que estrutural do mercado de trabalho brasileiro. E para incluir os trabalhadores informais, faz-se necessário conjunto diferenciado de políticas que incentivem este movimento.

Os autores deste texto defendem o caráter contributivo do Sistema Previdenciário brasileiro, mas também defendem medidas de incentivos econômicos para a inclusão dos excluídos ao sistema.

Leitura rápida pode levar à conclusão de que há problema lógico no que foi colocado no parágrafo anterior. Mas não há contradições ao se defender o que foi colocado, caso seja esclarecido que sistema contributivo não é a mesma coisa que sistema atuarialmente equilibrado.

Ao se cobrar alíquotas subsidiadas almeja-se tornar o seguro social mais acessível à população que se encontra na franja do mercado de trabalho, e, ao mesmo tempo, reforçar que só está incluído quem contribui para o sistema.

Não é intenção aqui entrar no debate do equilíbrio atuarial, apenas no de política de inclusão em sistema que permanece contributivo – embora com distintas modalidades de contribuições subsidiadas –, *versus* política de inclusão integralmente subsidiada e não contributiva.

4 EVOLUÇÃO DOS CONTRIBUINTES E BENEFICIÁRIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A CF/88 foi a responsável pelo maior movimento de inclusão e de elevação do contingente de beneficiários da Previdência Social dos últimos 20 anos no Brasil. A possibilidade de que mais de um benefício rural fosse concedido por unidade familiar, com a redução dos limites etários para solicitação destes benefícios ampliou, de uma só vez, a cobertura do sistema para todos os trabalhadores rurais – com pelo menos 16 anos de idade – que se enquadrem na categoria dos segurados especiais. Entretanto, possibilitou a ampliação dos benefícios concedidos.

O objetivo desta seção é apresentar os principais dados de cobertura e de beneficiários da Previdência Social, sempre a partir da CF/88. Para melhor análise, a seção foi dividida em duas subseções, que tratarão, respectivamente, da cobertura e dos beneficiários da Previdência Social.

4.1 Evolução da cobertura previdenciária

Como mencionado na seção anterior, ao possibilitar o acesso aos benefícios previdenciários a mais de uma pessoa por unidade familiar, a Previdência Social incluiu milhões de trabalhadores rurais que anteriormente podiam ser considerados trabalhadores informais e passaram a ser segurados especiais para o sistema.

A tabela 1, a seguir, apresenta dados de contribuição e cobertura por posição na ocupação. Estes dados são importantes, pois tornam nítido o forte movimento inclusivo, a partir da CF/88, principalmente no tocante aos segurados especiais. Contudo, a conjuntura recessiva associada às políticas de redução da participação do Estado na economia apontam para alguns importantes movimentos de redução da participação de contribuintes para o sistema, quais sejam, a redução da participação de funcionários públicos e contribuintes individuais, concomitantemente ao aumento proporcional e relativo do número de desempregados. Comparando-se 1988 e 2007, observa-se que a cobertura da PEA pouco se alterou – tendo passado de 59%, em 1988, para 58%, em 2007. Isto não pode ser dito da composição desta população, pois houve ampliação da cobertura do Sistema Previdenciário no período pós-constituição via inclusão dos segurados especiais, em regime não contributivo, e em detrimento da participação dos contribuintes efetivos para o sistema.

TABELA 1

Contribuição e cobertura previdenciária por posição na ocupação

Posição	1988	PEA (%)	1993	PEA (%)	1998	PEA (%)	2003	PEA (%)	2007	PEA (%)
Empr. com carteira	19.471.059	35%	19.698.052	31%	20.842.202	30%	25.465.725	31%	31.853.132	34%
Func. público – incl. militar	5.363.982	10%	4.060.531	6%	4.514.456	6%	5.231.892	6%	6.108.850	7%
Contr. ind.	5.433.291	10%	5.223.399	8%	5.470.021	8%	6.296.197	8%	7.827.500	8%
Contribuintes	30.268.332	55%	28.981.982	46%	30.826.679	44%	36.993.814	45%	45.789.482	49%
Seg. especial	2.564.745	5%	9.141.094	14%	8.538.803	12%	8.720.110	10%	8.316.998	9%
Cobertos	32.833.077	59%	38.123.076	60%	39.365.482	56%	45.713.924	55%	54.106.480	58%
Desempregados	2.097.199	4%	3.795.692	6%	6.264.488	9%	8.184.653	10%	7.619.917	8%
Informais	20.450.917	37%	21.293.484	34%	24.754.867	35%	29.175.224	35%	31.230.442	34%
Não contr. – descobertos	22.548.116	41%	25.089.176	40%	31.019.355	44%	37.359.877	45%	38.850.359	42%
Total (PEA)	55.381.193	–	63.212.252	–	70.384.837	–	83.073.801	–	92.956.839	–

Fonte: Dados das PNADs.

Os dados da tabela 1 apresentam a importância da CF/88 para ampliar a cobertura previdenciária, por meio de medidas tomadas no âmbito da previdência rural. Como já afirmado, por necessidade de legislação infraconstitucional, apenas a partir de 1991 os preceitos constitucionais puderam ser aplicados. Como naquele ano não houve realização da PNAD, os efeitos são observados apenas a partir de 1992.

A população coberta pela Previdência Social elevou-se de 32,8 milhões, em 1988, para quase 38 milhões, em 1993, com a nova legislação em vigor. Ressalte-se que tal elevação na cobertura ocorreu em conjuntura adversa, com redução da população coberta via contribuição e elevação da desocupação de pouco mais de 2 milhões de pessoas, em 1990, para quase 4 milhões, em 1993. Ou seja, a nova legislação permitiu que não houvesse queda brusca na cobertura previdenciária no início da década de 1990.

Voltando à questão da previdência universal na cobertura e no atendimento, há os que defendam que existe a necessidade de ampliar para os trabalhadores do meio urbano a contrapartida exigida no meio rural, qual seja, tempo de trabalho e não contribuição, para que amplie a cobertura. Os argumentos mais utilizados para tal defesa é o de que o mercado de trabalho hoje é diferente do que se observava quando da consolidação dos sistemas de Seguridade Social nos principais países europeus, em especial, que a rotatividade no mercado de trabalho atual impede que os trabalhadores assalariados sejam a base de sistema puramente contributivo.

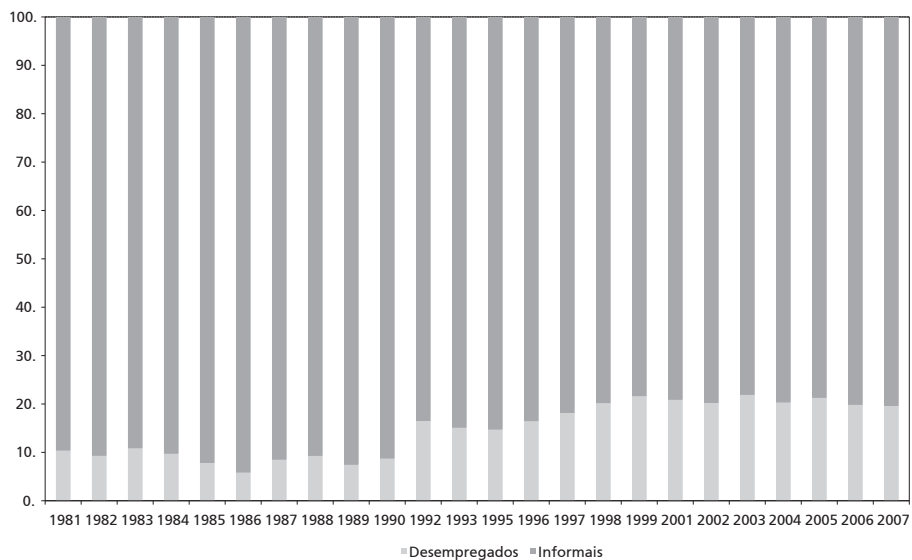
Apesar dos argumentos mencionados, os autores deste texto continuam a defender o caráter securitário do Sistema Previdenciário brasileiro. É claro que há ainda possibilidade de se avançar na consolidação de direitos (MAGALHÃES, 2009), mas não se pode negar que mesmo com características de seguro, é sistema que repõe renda, e que redistribui renda por intermédio de seus subsídios cruzados e do fato do piso de benefícios ser de um salário mínimo. Ademais, como pode ser observado no gráfico 3, o grande peso entre os não contribuintes é o da informalidade, não o desemprego.²³

Como pode ser observado no gráfico 3, aproximadamente 20% dos membros da PEA que não contribuem para a Previdência Social são desocupados, ou seja, de cada dez trabalhadores que não contribuem, dois não o fazem por serem desocupados e não possuem renda para tal. Nota-se que o percentual nos anos 1980 era inferior, mas mesmo com toda a crise do emprego nos anos 1990, o peso dos desocupados sobre os não contribuintes nunca foi muito superior a 20%.

Dessa forma, depreende-se que, dado o atual estado do mercado de trabalho brasileiro, políticas para incluir os trabalhadores informais sejam mais prementes. Nesse sentido, são vistas como necessárias as políticas para incentivo a inclusão dos trabalhadores por conta própria – apresentadas na seção anterior – aliadas à grande programa de educação previdenciária. Este último visa conscientizar a população que, em sendo sistema contributivo, só terá acesso ao Sistema Previdenciário aqueles que oferecerem como contrapartida a contribuição àquele.

23. Para o caso hipotético do desemprego como grande causa da informalidade, entende-se que bastariam políticas que incentivassem o crescimento econômico para elevação da cobertura previdenciária entre os membros da PEA.

GRÁFICO 3

Composição dos não contribuintes da previdência – o papel dos desocupados e dos informais

Fonte: Dados das PNADs.

Ademais, é necessário se entender que, mesmo com todas as políticas de incentivo à inclusão previdenciária observadas nos últimos anos, o nível de cobertura previdenciária ainda é bastante correlacionado ao crescimento da economia. Isto ocorre justamente pelo peso da população em relações formais de trabalho, referentes ao total da PEA, e pela diminuição do percentual de segurados especiais nos últimos anos. A tabela 2 apresenta alguns dados de elasticidade emprego do PIB para diferentes períodos.

TABELA 2

Elasticidade emprego do PIB – diversos períodos

Períodos	Formal (Rais)	Total (PNAD)
1985-2005	0,800	ND
1985-1989	1,244	ND
1993-1997	0,231	0,335
1999-2006	1,900	1,000

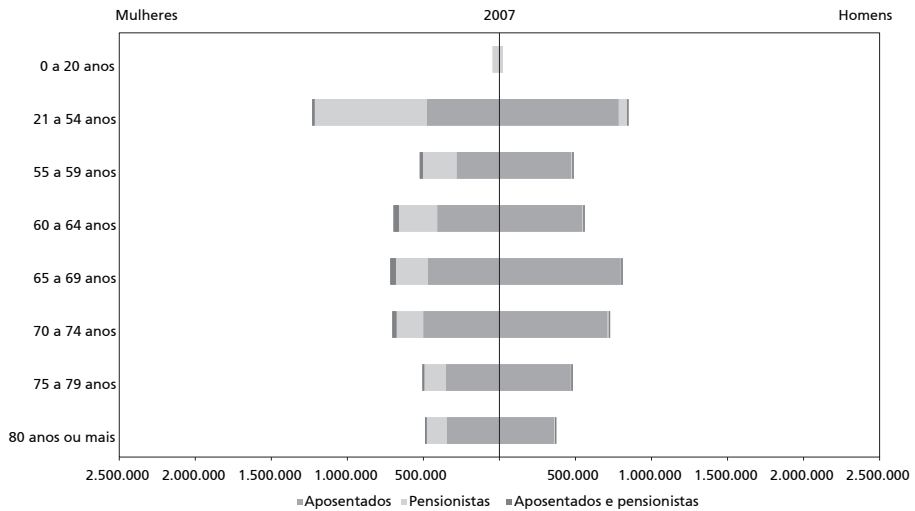
Fonte: Prado (2008), com dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e da PNAD.
Obs.: ND = não disponível.

Pela observação das elasticidades a partir dos dados da Rais, excetuando-se o período 1993-1997, nota-se a relação entre os postos formais de trabalho e o movimento do PIB. É possível que neste último período, a elasticidade seja ainda maior que de 1985 a 1989 pela presença das políticas de incentivo à formalização já apresentadas. É provável que estas políticas alimentem a criação de empregos formais em períodos de crescimento do PIB. Resta saber se servem de amortecedor do emprego formal em períodos de desaceleração da economia

4.2 Evolução do contingente de beneficiários

Os dados das PNADs permitem analisar a população que é atendida pelo Sistema de Previdência Social. Ressalte-se, porém, que os dados de beneficiários de aposentadorias e pensões públicas contido nas PNADs não permitem saber a origem do regime de previdência de cada beneficiário. Isto é, não é possível saber quem são os beneficiários do RGPS, dos regimes próprios dos servidores públicos das três esferas, ou mesmo assegurar que as declarações sobre recebimento de aposentadorias e pensões do Sistema Previdenciário não incluam também, erroneamente, os beneficiários de programas assistenciais, como os benefícios de prestação continuada voltados para idosos e portadores de deficiências, que se enquadram no critério de renda para recebimento destes benefícios. Todavia, a PNAD permite uma análise de todo o Sistema Previdenciário brasileiro, uma vez que engloba os beneficiários do RGPS e de todos os RPPSs.

O gráfico 4 apresenta o quantitativo de beneficiários do Sistema de Previdência Social, distribuídos por sexo e faixas etárias, para três momentos distintos do tempo. Observa-se o grande crescimento do total de beneficiários entre 1987 e 2007, o que é apenas reflexo do envelhecimento da população e de seu maior acesso aos direitos sociais previdenciários. O fato de um expressivo contingente de beneficiários do sistema contar com idade compreendida entre 21 e 54 anos e este se reduzir relativamente às demais faixas etárias está relacionado tanto com o amadurecimento do Sistema Previdenciário – com um maior número de trabalhadores completando sua trajetória laboral, como será analisado na subseção a seguir – quanto com a dinâmica demográfica, em especial, o expressivo e rápido envelhecimento da população brasileira.



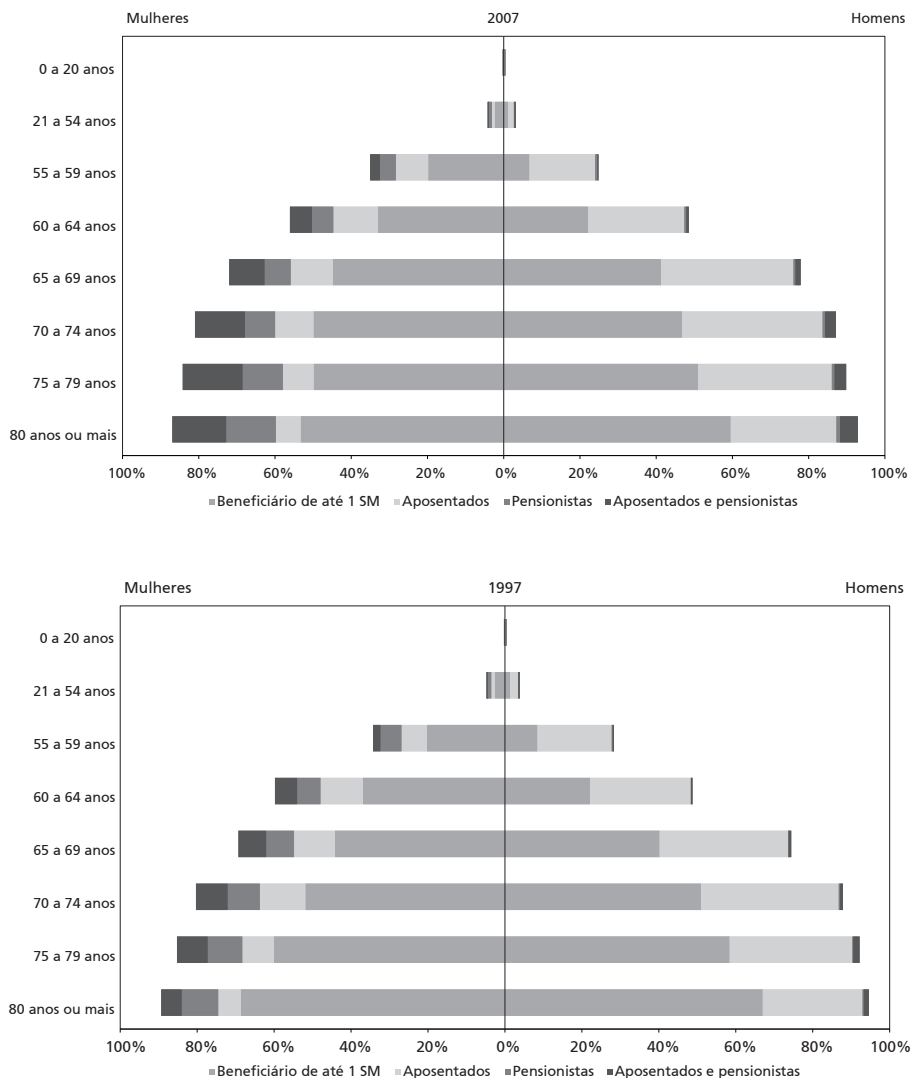
Fonte: Dados das PNADs.

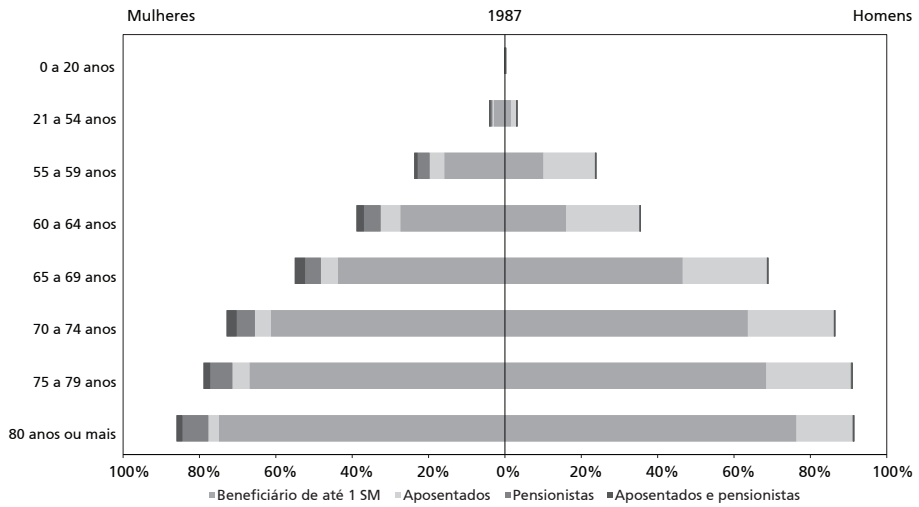
Por serem valores absolutos, os dados presentes no gráfico 4 não permitem saber com exatidão o percentual de beneficiários por faixa etária, o que permite discutir até que ponto o Sistema Previdenciário avançou e o quanto este ainda é deficiente. O gráfico 5, ao apresentar a distribuição da população brasileira, por sexo, segundo o benefício recebido, objetiva analisar como este aumento do número de beneficiários ocorreu. A utilização de categoria específica associada ao recebimento de benefícios com valores menores ou iguais a um salário mínimo deve-se, como já mencionado, ao processo de universalização da Previdência Social, promovido pela CF/88, ter ocorrido, em grande parte, via concessão de benefícios previdenciários não contributivos aos trabalhadores rurais. Outra razão para inclusão desta categoria refere-se à dificuldade de precisar o número de benefícios assistenciais, muitas vezes, erroneamente contabilizados como aposentadorias e pensões.

Primeiro ponto a destacar da análise do gráfico 5 é o expressivo contingente de beneficiários cujos valores eram inferiores ou iguais ao salário mínimo em 1987, em relação aos demais anos analisados. Isto sugere a prevenção e a adequação de algumas medidas, até hoje controversas, estabelecidas pela CF/88, tais como a manutenção do valor real do benefício e o estabelecimento do salário mínimo vigente na economia como piso para o Sistema de Seguridade Social como um todo. Vale lembrar que em 1987 o país atravessava persistente processo inflacionário, e a inflação acumulada ao longo deste ano atingiu percentuais da ordem de três dígitos – aproximadamente 450% ao ano. Como salientado na segunda seção, uma das estratégias adotadas para o equilíbrio das contas previdenciárias ao

longo da década de 1980 aconteceu por meio do confisco inflacionário. O gráfico 6 complementa a análise ao apresentar a distribuição dos benefícios previdenciários nos dois anos extremos – 1987 e 2007 – por faixas de valor – inferiores ao SM, iguais ao SM e superiores ao SM.

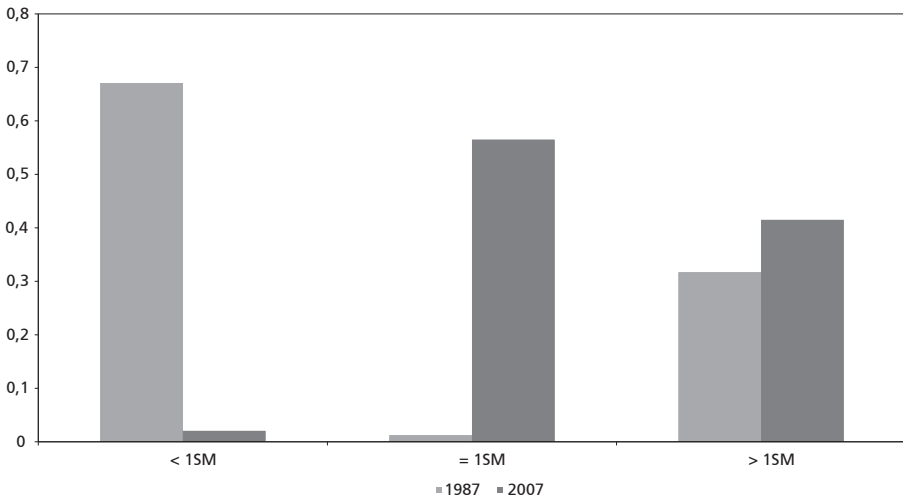
GRÁFICO 5
Distribuição percentual dos beneficiários do sistema de previdência, por sexo e faixa etária – Brasil, anos selecionados





Fonte: Dados das PNADs.

GRÁFICO 6
Distribuição percentual dos benefícios previdenciários por faixas de valor – Brasil, 1987 e 2007



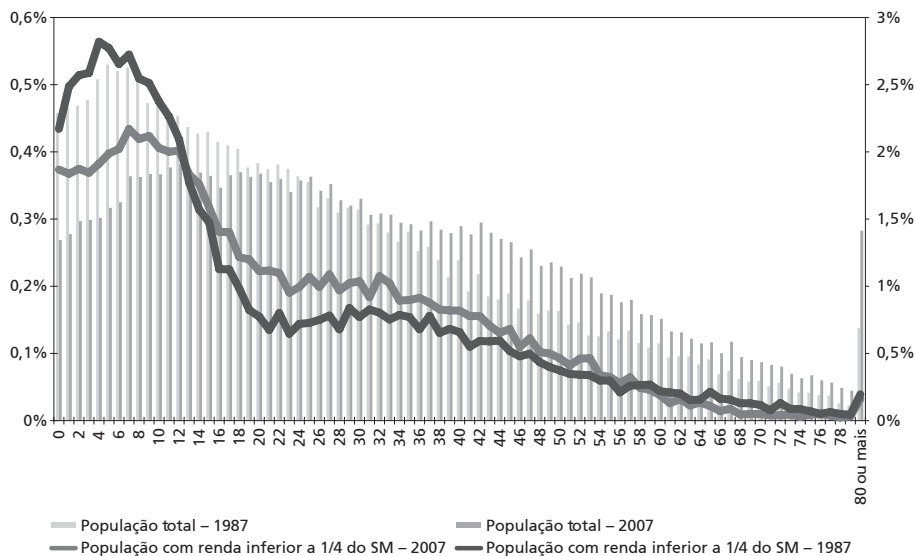
Fonte: Dados das PNADs.

Segundo movimento também bastante visível é o amadurecimento do sistema, com número cada vez maior de trabalhadores completando sua trajetória laboral e tornando-se elegível para os benefícios em idades cada vez mais jovens. Este movimento é especialmente sentido no caso das mulheres, em função de sua entrada mais tardia no mercado de trabalho. De acordo com Pasinato (2009), a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho, nas idades centrais – entre 20 e 50 anos –, aumentou em média 20 pontos percentuais. Com isso, o percentual de mulheres aposentadas dobrou em praticamente todas as faixas etárias apresentadas. Este aumento da participação feminina no mercado de trabalho refletiu-se em aumento do percentual de mulheres que recebem concomitantemente os benefícios de pensão e de aposentadorias, o que sugere a falta de sintonia entre as mudanças observadas na sociedade e os critérios de elegibilidade para os benefícios estabelecidos no passado. As mudanças na participação da mulher no mercado de trabalho e nos novos arranjos familiares presentes na sociedade também se apresentam em parcelas cada vez mais significativas de homens que recebem ao mesmo tempo benefícios por aposentadorias e pensões.

A evolução do Sistema Previdenciário também pode ser analisada quanto ao acesso aos benefícios e seus impactos sobre o bem-estar da sociedade. Utilizando-se a linha de renda qualificatória para o recebimento dos benefícios do Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) – um quarto de salário mínimo *per capita* – percebe-se que com as mudanças observadas na dinâmica demográfica da população brasileira, 20 anos após a aprovação da Carta Constitucional, a porcentagem da população com renda inferior a um quarto do salário mínimo diminuiu entre os contingentes tradicionalmente considerados como população inativa – crianças e idosos (gráfico 7). O impacto dos últimos 20 anos no Sistema Previdenciário, com o aumento absoluto e relativo de indivíduos atendidos, apresenta-se na redução da participação idosa com renda inferior ao limite estabelecido para a comprovação de carência de renda, ao passo que entre as crianças esta redução está mais fortemente relacionada com a rápida e acentuada queda da taxa de fecundidade no país. Ainda que, como salientado por Camarano (1999 e 2004), a melhoria do acesso e das condições de renda dos idosos brasileiros também proporcionou melhorias entre os demais grupos etários, especialmente quando corresidentes destes idosos.

GRÁFICO 7

Distribuição da população total e da população com renda inferior a um quarto de salário mínimo por faixa etária – Brasil, 1987 e 2007



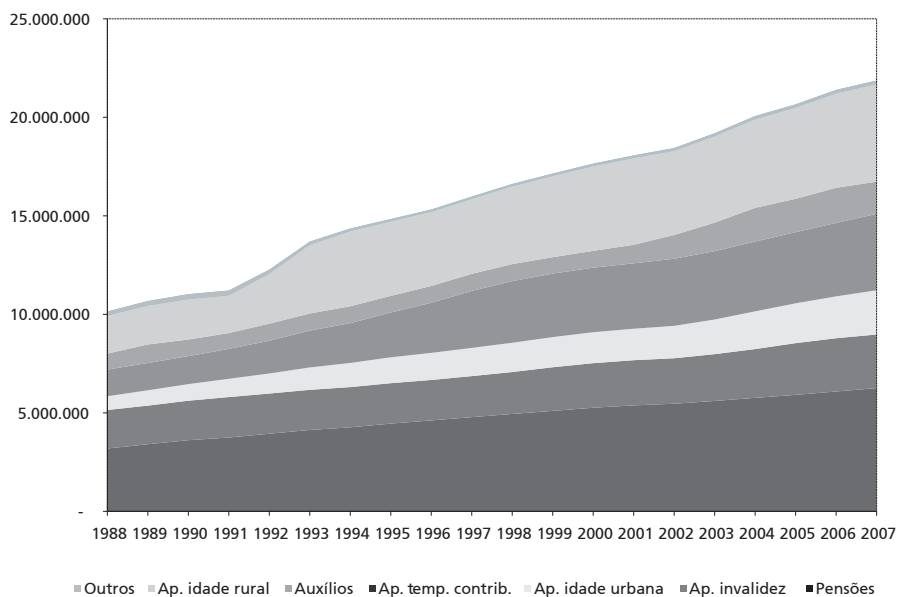
O gráfico 7, porém, leva-nos ao ponto já bastante explorado ao longo do texto, que é a deterioração das condições de acesso a renda por PEA – 15 a 59 anos. Para esta faixa etária específica o acesso à renda acontece, nas sociedades contemporâneas, via mercado de trabalho assalariado. Políticas voltadas para a inclusão deste contingente ao mercado de trabalho formal – participante do Sistema Previdenciário – são essenciais para a manutenção dos atuais níveis de bem-estar proporcionados pelo avanço das políticas sociais nos últimos 20 anos, a médio e longo prazos. Nunca é demais lembrar que, se atualmente grande parte dos idosos brasileiros recebem benefícios pecuniários, isto se deve, em grande medida, à sua inserção prévia no mercado de trabalho em períodos mais dinâmicos da economia brasileira.

Observando-se os dados da PNAD de 2007, no que se refere ao número de aposentados e pensionistas – cerca de 20 milhões – e cotejando com o número de benefícios atualmente pagos pelos RPPS – cerca de 2 milhões –, percebe-se a magnitude do RGPS. Dessa forma, optou-se por apresentar destacadamente em subseção deste trabalho os dados referentes aos registros administrativos do RGPS.

4.2.1 Evolução dos benefícios do RGPS

A seção anterior mostrou que a CF/88 teve função central na ampliação da cobertura previdenciária da população brasileira, especialmente entre os trabalhadores do setor privado, vinculados ao RGPS. O gráfico 8 apresenta a evolução do número de benefícios ativos do RGPS ao longo das últimas duas décadas. Faz-se necessário ressaltar que os números referem-se a benefícios e não a indivíduos, pois um mesmo indivíduo pode receber mais de um benefício do RGPS. Pode-se perceber que o número de beneficiários mais que dobrou ao longo dos últimos 20 anos. Este aumento é bastante superior ao observado para a população total – que passou de aproximadamente 141 milhões, em 1988, para 190 milhões de indivíduos, em 2007, equivalente a aumento de 34% – e está intimamente relacionado ao amadurecimento da Previdência Social brasileira, pois é razoável supor que, à medida que o sistema amadurece, maior é o número de indivíduos segurados/filiados que conseguem completar suas trajetórias laborais e cumprir as regras de elegibilidade vigentes. Ilustrando o fato, tem-se que os maiores aumentos observados referem-se a benefícios programáveis, dos quais sobressaem as aposentadorias por tempo de contribuição e aposentadorias por idade voltadas tanto para a clientela urbana quanto para a clientela rural (segurados especiais) – cujo número de benefícios em manutenção triplicaram entre 1988 e 2007 –, ao passo que as aposentadorias por invalidez apresentaram crescimento próximo ao observado para o total da população – 39% entre 1988 e 2007.

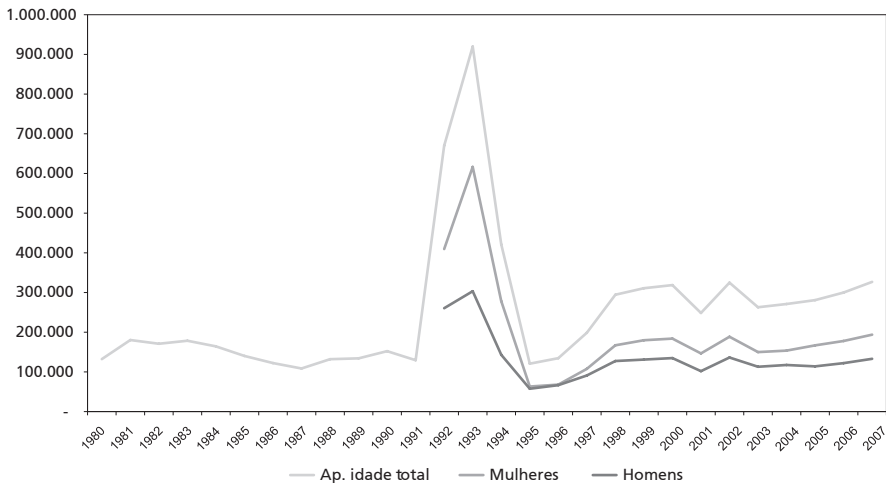
GRÁFICO 8
Evolução do número de beneficiários previdenciários em manutenção – Brasil, 1998-2007



Fonte: AEPsinfologo/MPS.

Além do processo de amadurecimento do Sistema Previdenciário brasileiro, a CF/88, ao tornar possível que mais de uma pessoa por unidade familiar pudesse solicitar benefícios previdenciários, realizou grande movimento de inclusão previdenciária, pois além do benefício da aposentadoria, os enquadrados como segurados especiais também têm direito ao auxílio doença, auxílio acidente, auxílio reclusão, pensão por morte e salário maternidade.²⁴ Ainda no tocante aos segurados trabalhadores rurais, outro resultado direto da CF/88 para este sistema foi que, com a redução das idades de elegibilidade para os benefícios de aposentadoria de 65 anos para 60 e 55 anos, respectivamente, para homens e mulheres, houve grande número de novas concessões de benefícios. Com a redução do limite de idade e a possibilidade de mais de um aposentado por família, aquelas pessoas que ainda não tinham a idade limite anterior – 65 anos – ou eram cônjuges de pessoas já aposentadas tiveram acesso aos seus direitos previdenciários. O gráfico 5 mostra o efeito que teve a CF/88, e as posteriores legislações infraconstitucionais, nas variações de concessão de novos benefícios.

GRÁFICO 9
Número de aposentadorias por idade concedidas por sexo



Fonte: Dados do AEPSinfologo/MPS.

De acordo com o gráfico 9, fica claro que apenas a partir de 1992, já com o advento da Lei nº 8.213/1991, os segurados especiais começaram a poder exercer seus direitos já com as novas regras. O resultado foi que, de pouco mais de 100 mil concessões de aposentadorias por idade para a clientela rural

24. Após comprovação de dez meses de trabalho rural.

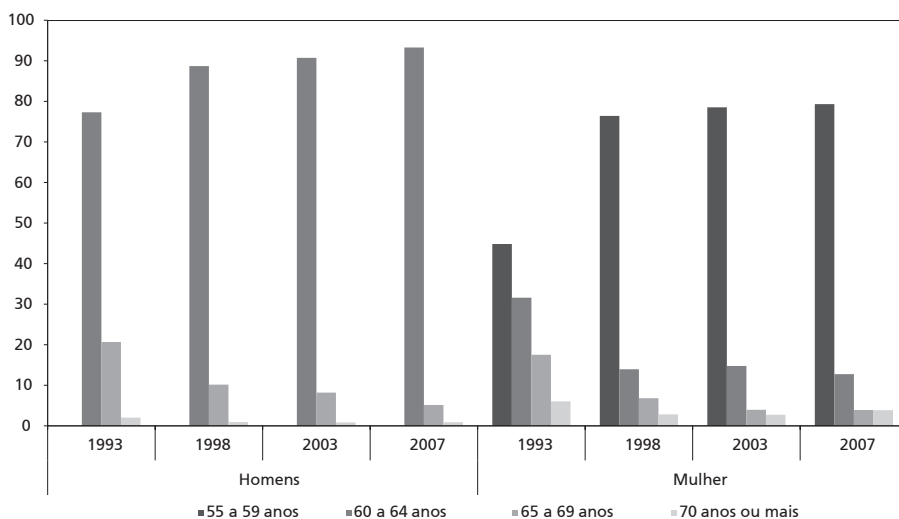
em 1991, o número salta para mais de 600 mil no ano seguinte e para mais de 900 mil em 1993. Eram os direitos represados pela antiga regra que, com a regulamentação da CF/88, puderam ser exercidos.

O represamento dos direitos fica mais claro ao se fazer o corte por sexo. Quando se cria a possibilidade de a mulher poder solicitar o benefício com 55 anos de idade, o número de concessões para estas supera bastante as concessões para os homens. Destaque para 1993, com mais de 600 mil concessões para as mulheres e pouco mais de 300 mil para os homens.

Seguindo o recorte por sexo e faixas etárias, o gráfico 10 mostra que as concessões de aposentadorias por idade para a clientela rural concentrou-se na faixa de 55 a 59 anos para as mulheres e de 60 a 64 anos para os homens, o que reforça o argumento dos efeitos gerados pela redução dos limites de idade e da possibilidade de mais de um benefício por unidade familiar.

GRÁFICO 10

Distribuição percentual das aposentadorias por idade concedidas à clientela rural por sexo e idade – Brasil, anos selecionados



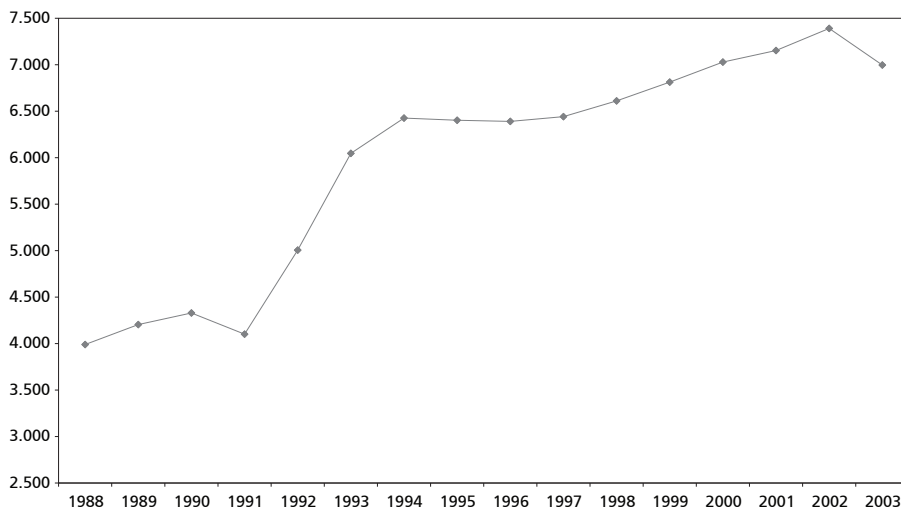
Fonte: Dados do AEPsinfologo/MPS.

A concessão de novos benefícios da previdência rural gerou sensível efeito sobre o total de benefícios pagos pela Previdência Social. O gráfico 10 almeja mostrar o efeito do novo regramento previdenciário sobre o estoque dos benefícios rurais pagos pelo sistema.

O gráfico 11, por sua vez, mostra que há diferença de patamar no estoque de benefícios da previdência rural na série apresentada. Até 1991, os benefícios emitidos estavam em torno de 3,5 milhões e após os anos de concessão dos benefícios que estavam represados, o patamar foi para mais de 5,5 milhões de benefícios. Este é mais um claro efeito das medidas introduzidas pela CF/88 e pela legislação infraconstitucional.

Em suma, os dados administrativos ilustram as colocações feitas na seção anterior sobre a importância que a CF/88 teve na ampliação da população atendida pela Previdência Social, principalmente pela concessão de benefícios para a clientela rural.

GRÁFICO 11

Quantidade de benefícios da previdência rural em estoque – Brasil, anos selecionados

Fonte: Dados do AEPSSinfologo/MPS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Previdência Social brasileira – regime geral e diversos regimes próprios – tem como segurados aproximadamente 58% da PEA e é responsável pelo pagamento de mais de duas dezenas de milhões de benefícios mensais, apenas entre aposentadorias e pensões. Se incluirmos os benefícios transitórios, são outros 5 milhões de benefícios mensais.

Com a CF/88, a Previdência Social brasileira passou a fazer parte de conjunto integrado de ações do Estado denominado Sistema de Seguridade Social.

Este sistema, por sua vez, resultou da evolução histórica das políticas sociais no país. Entretanto, o processo de consolidação deste sistema não levou ao melhor arranjo integrado de suas políticas, com vista à superação dos riscos sociais. As políticas das áreas integrantes da Seguridade Social permanecem fragmentadas, mesmo com a complexidade dos novos riscos surgidos nos últimos anos que tornaram mais tênues as fronteiras entre as áreas de políticas de Seguridade.

No entanto, como pode ser observado ao longo do texto, a CF de 1988 foi por si só a maior impulsionadora do movimento de ampliação da cobertura previdenciária até os dias atuais. A possibilidade de concessão de mais de um benefício rural por unidade familiar elevou fortemente o grau de cobertura previdenciária em período curto de tempo. Em paralelo a isso, a redução dos limites de idade para concessão das aposentadorias rurais representou grande elevação no número de idosos atendidos pela Previdência Social. Mas pelos preceitos constitucionais também foi possível o movimento de inclusão previdenciária, ou pelo menos sua tentativa, via simplificação da burocracia e redução da tributação sobre os negócios e as alíquotas subsidiadas para os trabalhadores autônomos, donas de casa e estudantes. Para estes casos, os impactos das diversas políticas ainda precisam ser mais bem avaliados. Mas não deixam de ser tentativas de ampliar a cobertura previdenciária.

Dessa forma, pode-se dizer que a entrada dos trabalhadores rurais no sistema, a partir das mudanças instituídas pela CF/88, foi a maior geradora de efeitos sobre a cobertura previdenciária. As demais políticas, por mais que sejam inclusivas, não tem seus resultados tão facilmente observáveis, pois dependem mais da ação dos empregadores e dos indivíduos que do governo. São medidas que incentivam a inclusão, mas não geram inclusão de forma automática. Outrossim, a conjuntura da economia e do mercado de trabalho tem grande peso sobre o grau de cobertura previdenciária e sobre a decisão individual de filiar-se à previdência.

Um dos principais desafios para a Previdência Social brasileira continua a ser, vinte anos após a promulgação da Constituição, definir estratégias para a inclusão do grande contingente da PEA ainda no mercado informal, excluída do sistema. Como visto no texto, isto pode ser feito com a implantação de políticas diferenciadas que estimulem a formalização dos negócios e a inclusão dos trabalhadores que se encontram com inserção precária no mercado de trabalho.

Para mercado de trabalho com alta taxa de rotatividade e alta informalidade, como é o caso brasileiro, cabe aos gestores da política previdenciária criarem condições para que esta população, perene ou excluída do Sistema Previdenciário, possa ser incluída. Nos últimos anos, houve algumas medidas tomadas nesse sentido. As principais foram a criação do Simples – primeiramente o Federal e depois o Nacional –, do MEI e do PSPS.

O Simples – agora Nacional – funciona como redutor de custos para o empregador, na medida em que as alíquotas são menores e incidem sobre outro fato gerador, qual seja, o faturamento bruto da empresa, não mais sobre a folha salarial. Esta mudança da incidência tributária traz para as empresas a vantagem de terem suas obrigações previdenciárias reduzidas em contexto de diminuição da atividade econômica. Em suma, para a empresa filiada ao Simples fica mais barato contratar formalmente. A contrapartida são as renúncias tributárias, que alcançaram mais de R\$ 8,1 bilhões, em 2008.

No caso do PSPS, há a possibilidade de contribuintes individuais e segurados facultativos contribuírem com alíquota de 11% sobre seu salário de contribuição – que é limitado ao valor de um salário mínimo –, caso abdicuem do direito a aposentadoria por tempo de contribuição e do benefício de aposentadoria superior ao piso previdenciário.

Alíquotas subsidiadas para estimular a filiação previdenciária são medidas sempre positivas quando se almeja incluir a franja do mercado de trabalho. O objetivo é que na ausência de capacidade de pagamento da alíquota cheia, redução desta pode permitir seu pagamento: este é o caso do PSPS.

Em contexto de informalidade praticamente estrutural, por que passa o mercado de trabalho brasileiro, tais medidas podem acabar resultando apenas como marginais na tentativa de incluir os excluídos. Mesmo assim, a consecução de crescimento econômico acelerado²⁵ com subsídio para inclusão previdenciária pode ter sido responsável pela redução da informalidade e pela crescente inclusão previdenciária nos últimos anos. Mas, ressalte-se: o crescimento econômico é necessário para este movimento.

A inclusão previdenciária via alíquotas subsidiadas tem custo para a sociedade. Dessa forma, faz-se necessário aperfeiçoar constantemente a contabilidade dos regimes de previdência para se deixar explícito quanto custa o subsídio fornecido em troca de mais inclusão previdenciária. Conhecer o tamanho das renúncias previdenciárias é necessário para que não se cobre da previdência no futuro conta que não é de sua responsabilidade, mas de toda a sociedade. E que por esta deverá ser financiada, não apenas pelos trabalhadores filiados ao Sistema Previdenciário.

Sumariando, apesar de todos os avanços, da ampliação da cobertura, da criação de incentivos econômicos que visam à elevação da filiação previdenciária e à redução da pobreza entre os extratos mais idosos da população, há ainda uma série de desafios que o Sistema de Previdência deve enfrentar. Há vasto grupo populacional

25. Na verdade, como colocado neste texto, e destacado em Delgado (2007), além do crescimento econômico o saldo do comércio exterior positivo e crescente, e a manutenção da demanda agregada em altos níveis devido ao crescimento das transferências governamentais via Seguridade podem ter sido responsáveis pelo recente movimento de diminuição da informalidade e a crescente filiação previdenciária, assim como a inclusão de novos setores no Simples e no PSPS.

ainda descoberto pelo sistema, notadamente os trabalhadores informais que mesmo com os incentivos econômicos à sua filiação, ainda, permanecem alheios ao sistema. Talvez sejam necessárias novas políticas para incluir este grupo.

Ainda no que diz respeito aos desafios, a sustentabilidade atuarial-fiscal de longo prazo *versus* a manutenção e a ampliação dos direitos sociais sempre é tema de acalorados debates. Ampliar a cobertura do sistema via alíquotas subsidiadas ou os mais diversos incentivos econômicos significa inclusão no presente, mas também déficit atuarial que se tornará despesa financeira no futuro. Os autores deste trabalho sustentam a necessidade de ampliar a cobertura do sistema, mas também a necessidade de que seus custos sejam claros e explícitos. Além disso, como esta ampliação da cobertura faz parte de política social, que a sociedade toda arque com os custos de se incluir os excluídos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES FECHADAS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR (ABRAPP). *Consolidado estatístico*. São Paulo, dez. 2002.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (Texto para discussão, n. 1.034).

BATISTA. *et al. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS/SPPS, 2008 (Coleção Previdência Social, v. 28).

BOHMAN, J. *Public deliberation, pluralism, complexity and democracy*. London: MIT Press, 1996.

_____. *Public deliberation*. Cambridge: MIT University Press, 2000.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 mar. 2009.

_____. *Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998*. Modifica o Sistema de Previdência Social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm>. Acesso em: 16 mar. 2009.

_____. *Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003*. Modifica os Arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3º do Art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm>. Acesso em: 16 mar. 2009.

_____. *Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005*. Altera os Arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/emc/emc47.htm>. Acesso em: 16 mar. 2009.

_____. *Decreto nº 6.019 de 22 de janeiro de 2007*. Institui o Fórum Nacional da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2007. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2007/6019.htm>>.

_____. *Ministério da Previdência Social*. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS). Base de dados do MPS. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/infologo>>. Acesso em: 9 abr. 2009.

CAETANO, M. A. R. *Determinantes da sustentabilidade e do custo previdenciário: aspectos conceituais e comparações internacionais*. Brasília: Ipea, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.226).

CAMARANO, A. A. *et al. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

_____. *Livro dos idosos*. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. *Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira*. Rio de Janeiro: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, n. 1.326).

DAIN, S. Correção de rota. *Revista Teoria e Debate*, n. 53, mar./abr./maio 2003. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=1877>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

DELGADO, G. C. *et al. A participação social na gestão pública: avaliação da experiência do Conselho Nacional de Previdência Social (1991-2000)*. Brasília: Ipea, 2002 (Texto para Discussão, n. 909).

DELGADO, G. *In: CAETANO, M. A-R. (Org.). Previdência Social no Brasil: debates e desafios*. Brasília: Ipea, 2008.

DEUD, C. A. F. *Previdência social: dez anos de reformas – análise das normas adotadas no período e seus impactos sobre a despesa com benefícios*. Brasília: Flacso, 2007.

DRAIBE, S. *Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes*. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1992.

FAGNANI, E.; HENRIQUE, W.; LUCIO, C. G. (Org.). *Previdência Social: como incluir os excluídos? Uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda – debates contemporâneos, economia social e do trabalho 4*. São Paulo: LTr, 2008, p. 86-98. v. 4.

FÍGOLI, M. B.; PAULO, M. A. Mudanças nas regras de concessão de pensão, mudanças na composição da família e impacto nas pensões. *In: Mudança populacional: aspecto relevantes para a previdência*. Brasília: MPS/SPPS, 2008 (Coleção Previdência Social, v. 27).

FÓRUM NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (FNPS). *Cenários futuros, justiça social e sustentabilidade previdenciária. Cópia Máster dos debates e acordos do FNPS*, Brasília, 21 set. 2007a.

_____. Bancada dos Trabalhadores. *Carta da bancada dos trabalhadores, dos aposentados e pensionistas*. Brasília, 2007b. Mimeografado.

_____. Bancada dos Empregadores. *Princípios e recomendações para um novo modelo previdenciário*. Brasília, 2007c. Mimeografado.

IPEA. *Brasil: o Estado de uma Nação*. 2006. Disponível em: <<http://www.en.ipea.gov.br/download.php?arq=en2006c2>>. Acesso em: 12 mar. 2009. (Capítulo 2 – A Oferta de Força de Trabalho Brasileira: Tendências e Perspectivas), p. 68-118.

_____. *PNAD 2007: primeiras análises – demografia e gênero*. Brasília, 2008. v. 3 (Comunicado da Presidência, n. 11).

_____. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, n. 15, 2008.

_____. *Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2009 (Série Estado de uma Nação).

MAGALHÃES, H. J. *Evolução histórico-legislativa da Previdência Social brasileira (1960-2008)*. Ipea: Brasília, 2009. Mimeografado.

_____. *Evolução histórico-legislativa da previdência social brasileira (1960-2008)*. Brasília: Ipea, 2009b. Mimeografado.

MALVAR, R. Generational accounting in Brazil. In: AUERBACH, A. J.; KOTLIKOFF, L. J.; LEIBFRTZ, W. (Org.). *Generational accounting around the world*. Chicago: University of Chicago Press, 1999, p. 177-198.

MELO, M. A. *Reformas constitucionais no Brasil: instituições políticas e processo decisório*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. I.; MÉDICI, A. *Seguridade Social no Brasil: histórico e perspectivas*. Rio de Janeiro: Ipea, 1993. Mimeografado.

OLIVEIRA, F. E. B. de.; BELTRÃO, K. I.; PASINATO, M. T. M. *Reforma estrutural da previdência: uma proposta para assegurar proteção social e equidade*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999 (Texto para Discussão, n. 690).

PASINATO, M. T. *Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de Seguridade Social*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PASINATO, M. T.; KORNIS, G. E. M. *Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Rio de Janeiro: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, n. 1.371).

PRADO, A. A revitalização do mercado de trabalho e a Previdência Social. In: FAGNANI, E.; HENRIQUE, W.; LUCIO, C. G. (Org.). *Previdência social:*

como incluir os excluídos? Uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda – debates contemporâneos, economia social e do trabalho 4. São Paulo: LTr, 2008, p. 75-85.

POCHMANN, M.; CAMPOS, A. Mercado de trabalho e previdência social no Brasil. *In*: FAGNANI, E.; HENRIQUE, W.; LUCIO, C. G. (Org.). *Previdência social: como incluir os excluídos? Uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda – debates contemporâneos, economia social e do trabalho 4*. São Paulo: LTr, 2008, p. 86-98.

RANGEL, L. *et al.* A desoneração da folha de pagamento e sua relação com a formalidade no mercado de trabalho. *In*: FAGNANI, M. E. *et al.* *Previdência Social: Como incluir os excluídos?* São Paulo: LTr, 2008.

SANTOS, L. A. Previdência Social e servidores públicos. *Tributação em Revista*, abr./jun. 1997, n. 20, p. 5-20.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

SCHWARZER, H. *Paradigmas de previdência social rural: um panorama da experiência internacional*. Brasília: Ipea, 2000 (Texto para Discussão, n. 767).

SOARES, S.; ISAKI, R. S. *A participação feminina no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Ipea, 2002 (Texto para Discussão, n. 923).

TAFNER, P. Simulando o desempenho do Sistema Previdenciário: seus efeitos sobre a pobreza sob mudanças nas regras de pensão e aposentadoria. *In*: TAFNER, P.; GIAMBIAGI, F. (Org.). *Previdência no Brasil: debates, dilemas e escolhas*. Rio de Janeiro: Ipea, 2007.

TAFNER, P. S. B. Previdência no Brasil: debates e desafios. *In*: CAETANO, A. R. (Org.). *Previdência social no Brasil: debates e desafios*. Brasília: Ipea, 2008.

UGÁ, M.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. *In*: Lima, N. V. T. *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WEBER, M. *Economia e sociedade*. Brasília: UnB, 1998. v. 1.

ANEXO

O FÓRUM NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: CONSENSOS E DIVERGÊNCIAS

Este anexo apresenta de modo sumário as principais discussões e pontos de divergência dos debates ocorridos durante a recente experiência de diálogo social, o FNPS, realizado em 2007. Almejamos identificar os principais pontos de veto e as possibilidades de acordos futuros, no caso de novas rodadas de discussão sobre os regimes previdenciários, em particular o RGPS.²⁶

O FNPS consistiu em experiência nova nos procedimentos tradicionais que antecedem projetos de reforma legal e institucional na área previdenciária. Instituído em janeiro de 2007, o fórum teve por objetivo formal reunir e estabelecer rodadas de discussão sobre possíveis alterações a longo prazo para o Sistema Previdenciário brasileiro.²⁷ Entenda-se por a longo prazo, mudanças que passassem a vigorar em algum momento entre 2030 e 2050. De modo específico, o fórum cumpriria basicamente três tarefas, a saber:

1. Discutir com representantes dos trabalhadores, aposentados e pensionistas, dos empregadores e setores do governo federal, propostas de aperfeiçoamento das regras previdenciárias, com vistas a mantê-la sustentável a longo prazo.
2. Aprimorar a coordenação entre as políticas previdenciárias e de Assistência Social como desdobramento das anteriores.
3. Converter os resultados e as propostas consensuais em projetos e normas a serem enviados à apreciação do Poder Legislativo (MPS, 2007).

As primeiras rodadas de discussão da segunda etapa do FNPS conseguiram, sem grande dificuldade, extrair pontos de convergência e consenso que, ao cabo, seriam os únicos obtidos. Entre estes estão “promover a formalização do trabalho e universalização da cobertura”; criar políticas de empréstimo que estimulem a criação de empregos formais; e reforçar o aparato fiscalizador para agilizar a cobrança de débitos com a previdência. Conquanto sejam orientações que impõem ordenamentos jurídicos complexos e demandem tempo, na prática, estas orientações não encontram obstáculo para consenso ou porque não impõem perdas aos grupos que têm voz e voto no fórum – nunca é demais lembrar que os excluídos

26. Os dados aqui apresentados estão fundamentados na análise do seguinte material empírico: 12 atas oficiais das reuniões do FNPS; entrevistas realizadas com 19 participantes e representantes das três diferentes *bancadas* – governo, empregadores e empregados/aposentados/pensionistas; apresentações feitas por especialistas ao longo das primeiras reuniões; documentos oficiais apresentados pela bancada dos representantes de trabalhadores e de empregadores e do governo federal, que oficializaram suas posições a respeito dos princípios desejáveis para a Previdência Social brasileira; e as gravações das reuniões do fórum.

27. O decreto de criação do FNPS fala em discutir os *regimes* de previdência, objetivo amplo que, por dificuldades na obtenção de consensos, foi abandonado, discutindo-se apenas o RGPS.

do Sistema Previdenciário não estavam neste representados – ou porque são *consensos retóricos*, cuja efetividade implicaria avançar em discussões bastante mais específicas e complexas dos instrumentos para alcançá-la. Este é o caso do consenso em torno da necessidade de universalizar o sistema de cobertura. Buscar a universalização da cobertura previdenciária implica, entre outras medidas, adotar regras flexíveis para setores da PEA que estão em condições de trabalho precárias.²⁸ Estas regras dificilmente criarão equilíbrio atuarial entre contribuições e benefícios dos novos ingressantes, a médio ou longo prazos. Se as regras não são atuarialmente equilibradas, ou *i*) é preciso elevar a receita; ou *ii*) definir os benefícios como sendo de natureza assistencial; ou *iii*) restringirmos benefícios para os aproximados 60% da PEA que estão no Sistema Previdenciário e realocar o volume de recursos economizados com regras mais restritivas para os potenciais ingressantes. A primeira alternativa não encontra apoio em nenhuma das três bancadas – governo, empregadores e trabalhadores –, a segunda e a terceira são pontos de veto explícito da bancada dos trabalhadores. Se assim é, a defesa comum da necessidade de universalizar a previdência torna-se consenso que, na prática, não se aplica.

Se, em primeiro momento, o universo da discussão foi estreitando-se em termos de abrangência, e apenas o Regime Geral da Previdência passou a ser objeto de discussão, gradualmente também ocorreu certa atrofia no horizonte temporal das mudanças potenciais em discussão, de modo que a *perspectiva de longo prazo*, tão enfaticamente mencionada pelos coordenadores do fórum, foi se perdendo.

Destacamos alguns dos principais temas de debate no fórum, a fim de realçar os principais pontos de divergência e vetos recíprocos, bem como os espaços para consensos futuros. Afinal, o Sistema Previdenciário brasileiro apresenta ainda desafios de monta, seja no tange à já mencionada necessidade de harmonizar e ampliar a integração entre políticas de previdência, assistência e saúde, seja pela necessidade de incorporar o vasto contingente populacional ainda excluído ou, ainda, pelo desafio não equacionado de adequar as regras de concessão às inexoráveis alterações na estrutura demográfica.

28. A bancada dos trabalhadores fala em “criação de novos mecanismos de incentivo à inclusão previdenciária para as diferentes formas de ocupação (informal, intermitentes, sazonais etc.)”. Fala em “inclusão previdenciária pelo direito ao trabalho e pela eliminação da informalidade” e “promoção da formalização do trabalho e universalização da cobertura previdenciária” (BANCADA DOS TRABALHADORES, 2007). Os empregadores defendem “reformular o sistema previdenciário sem aumento da carga tributária”, “previdência financiada pelas contribuições de segurados e empregadores”, “desonerações sobre a folha de pagamento não devem ser compensadas com quaisquer outras alterações tributárias” (DOCUMENTO DOS EMPREGADORES, 2007). É difícil que, reunidas, estas posições possam resultar no consensual desejo de universalizar o acesso, sem que isso seja simples exercício estéril de diálogo que leva a lugar nenhum.

A seguir são apresentados os nove temas de debate e as principais divergências e consensos:²⁹

1. Mercado de trabalho: não houve muita divergência. Empregadores, trabalhadores e governo concordam quanto à necessidade de ampliar a formalização do trabalho e a cobertura previdenciária. As divergências, que apareceram nos demais temas, dizem respeito aos instrumentos possíveis para ampliar a cobertura, tais como regras diferenciadas para grupos com inserção precária no mercado de trabalho. Enfim, este movimento tem ocorrido desde 1996, com a criação do Simples, a que já nos referimos, e ganhou maior celeridade nos últimos anos. Está em processo de aprovação no Congresso Nacional, por exemplo, o projeto de Lei Complementar nº 2/2007, que cria a figura do MEI, cujas alíquotas de contribuição para a previdência são menores, de modo a estimular a incorporação de estimados 10 milhões de trabalhadores ao Sistema Previdenciário.

O subitem 1.6 – O acúmulo de aposentadorias futuras com renda do trabalho deve estar sujeito à alguma forma de limitação, pois o acúmulo conflita com o princípio de que aposentadoria substitui a renda do trabalho e que a aposentadoria deve abrir novas vagas no mercado de trabalho – foi rejeitado pela bancada dos trabalhadores, o que reflete quão vigorosa é a percepção de benefícios previdenciários como *bônus*, para além da reposição de renda para a perda da capacidade laboral.

2. Benefícios por incapacidade: não houve muita divergência nos itens constantes desta seção.³⁰

3. Regimes Próprios de Previdência Social: todos os itens foram excluídos da discussão. Os trabalhadores sustentaram que o fórum deveria discutir tão somente o RGPS, apesar da intenção da bancada do governo e dos empregadores de inserir os regimes próprios na discussão. As propostas – não discutidas – caminhavam no sentido de propor maior convergência entre os regimes geral e especiais, incluindo os militares.³¹

29. Apresentamos no corpo do texto apenas alguns pontos. Os demais são sempre listados em nota, para que o leitor possa visualizar o escopo da discussão do FNPS.

30. A formulação inicial dos subitens foram: 2.1 Deve-se construir um pacto social tripartite para a implementação de políticas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais em todos os segmentos – públicos e privados – da economia brasileira, inspirado nas decisões da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005). 2.2 Deve-se manter a diferenciação de critérios para aposentadoria em casos de exposição do trabalhador à condição de insalubridade. 2.3 Deve haver aprofundamento das políticas de prevenção de invalidez e reabilitação médica e profissional dos segurados em auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. 2.4 Deve-se compatibilizar critérios de cálculo dos benefícios por incapacidade para evitar abusos e vantagens pecuniárias em relação aos salários da ativa e a outros benefícios programáveis (FNPS, 2007).

31. 3.1 Deve-se manter o processo de convergência de longo prazo entre o Regime Geral e os Regimes Próprios dos servidores. 3.2 Em contrapartida à continuidade da existência de Regimes Próprios e da opção de não haver fusão administrativa entre estes e o Regime Geral, deve haver um fortalecimento da supervisão sobre os Regimes Próprios para evitar descumprimento da legislação, ensejar boas práticas de gestão e garantir sua sustentabilidade no longo prazo. 3.3 É admissível reavaliar a aposentadoria com requisitos de tempo de contribuição diferenciados para professores, conforme a situação. 3.4 Deve-se ajustar também os sistemas de previdência das Forças Armadas à transição demográfica (FNPS, 2007).

4. Transição demográfica:³² este era um dos temas de maior relevância no fórum, mas as discussões estancaram, pois não houve concordância da bancada dos trabalhadores quanto à necessidade de adequar as regras previdenciárias à alteração dos padrões demográficos, mesmo preservando os direitos adquiridos e a expectativa de direitos.

Os trabalhadores defenderam a extinção do fator previdenciário, com o qual governo e empregadores só concordariam com a sua substituição automática por critérios de idade mínima. Os trabalhadores também tendem a valorar mais o tempo de contribuição *vis-à-vis* idade. No fim, o consenso sobre este tema resultou em enunciado formal, cuja finalidade é mais cosmética que prática: “Deve-se aprofundar o debate sobre as regras de cálculo decorrentes da relação entre tempo de contribuição, idade mínima de aposentadoria e a função reguladora do fator previdenciário para gerações atuais e futuras (FNPS, 2007, p. 25).” Ainda neste tema, as três bancadas concordaram, na discussão do item 4.4, que seria preciso criar novos mecanismos para incentivar mais inclusão previdenciária, com regras de contribuição diferenciadas e compatíveis com o tipo de inserção do trabalhador no mercado de trabalho. Como já mencionamos, por louvável que sejam os esforços de incorporação do grande contingente de excluídos, é preciso ceder em alguns aspectos, pois regras diferenciadas impõem, no longo prazo, acumular mais folga de caixa para atender a estes novos incluídos que, em parte, serão subsidiados. Mas é difícil encontrar algum vetor que aponte nesse sentido. Os empresários sustentam visão com forte teor fiscalista, que associa benefícios à contribuição e vincula a fonte de receita da previdenciária exclusivamente à folha de salários. Os trabalhadores são céticos em relação à adoção de regras mais restritivas ou defendem a ampliação de direitos – com o fim do fator previdenciário – que impõe aumento inexorável das despesas previdenciárias, dificultando, por meio de alíquotas menores, a incorporação dos excluídos.

5. Pensões por morte: aqui, o enunciado básico propunha “reavaliar as regras das pensões por morte, para evitar abusos e distorções na concessão deste benefício” (FNPS, 2007). Trabalhadores opõem-se à mudança. Eles aceitariam se houvesse discussão prévia de novas regras sobre a relação entre fator previdenciário, idade e contribuição. Isto indica que, apesar da forte oposição dos trabalhadores a todos os

32. Os itens de discussão foram: 4.1 Transição demográfica torna necessário que os segurados contribuam por mais tempo à Previdência Social; 4.2 Transição demográfica torna necessário instituir idade mínima para as aposentadorias; 4.3 Regras de cálculo de benefícios devem valorizar mais o tempo de contribuição, em especial no caso de trabalhadores que começaram cedo no mercado de trabalho; 4.4 Deve-se criar mecanismos de incentivo a uma maior contribuição individual; 4.5 Deve-se criar mecanismo de incentivo voluntário à postergação da aposentadoria; 4.6 Alterações de regras relativas a benefícios de aposentadoria por idade ou tempo de contribuição devem afetar somente a futura geração.

subitens – exceto o subitem 5.7³³ – há espaço para avançar na definição de regras mais racionais e justas no que tange a concessão e o acúmulo de pensões por morte.

6. Relacionadas a questões de gêneros³⁴: nesta seção, a discussão concentrou-se na definição sobre se deve haver convergência gradual nos critérios de acesso à aposentadoria por homens e mulheres, ao que a bancada dos trabalhadores se opôs, sem que antes se avançasse nas políticas de promoção de mais igualdade de gênero. Aspecto a realçar é que houve indicativo na necessidade de estudar políticas para os chamados *cuidados de longo prazo* que se tornam cada vez mais relevantes, à medida que a expectativa de vida da população avança, e os idosos requerem assistência médica e social permanente. Este é tema que deve – e precisa – ganhar espaço na agenda de discussões sobre a integração de políticas sociais no campo da Seguridade Social.

7. Gestão do Sistema Previdenciário e seu Financiamento: o financiamento do Sistema Previdenciário é questão-chave do debate sobre previdência e o principal nó-górdio nos debates entre empregadores, trabalhadores e governo. Aqui teve-se o ponto de discussão mais acalorado e intenso do fórum, sobre o qual não se produziu consenso relevante. O subitem 7.1, primeiro a ser discutido, e que foi objeto de longo debate, dispunha o seguinte: “a Previdência Social deve seguir sendo parte integrante do conceito de Seguridade Social, financiando-se com recursos de contribuições dos trabalhadores e empregadores e das demais fontes do Orçamento da Seguridade Social”.³⁵ Empregadores discordam que a Previdência Social deva ser financiada também por “demais fontes do Orçamento da Seguridade Social” e evocam repetidamente o Art. 201 da CF/88, que reza, na redação dada pela EC 20 (BRASIL, 1998): “A previdência social será organizada sob a

33. 5.1 É admissível reavaliar as regras das pensões por morte, para evitar abusos e distorções na concessão deste benefício. 5.2 O benefício de pensão não deve ser acumulado de forma ilimitada com outros benefícios da Previdência. 5.3 Deve haver uma opção pelo benefício mais vantajoso no caso de se acumular direito a pensão e aposentadoria. 5.4 Deve-se passar a presumir a condição de dependência apenas no caso de dependentes menores de idade não-emancipados. 5.5 As regras de concessão e os tempos de duração das pensões devem tratar diferenciadamente os seguintes casos: 1) cônjuge jovem sem filhos; 2) cônjuge jovem com filhos; 3) cônjuge não jovem. 5.6 A regra de cálculo da pensão deve levar em consideração o número de dependentes do(a) segurado(a) falecido(a). 5.7 Deve-se reconhecer o direito à pensão por morte de casais homo-afetivos no RGPS.

34. 6.1 É admissível diminuir a diferença de tratamento entre homens e mulheres nos requisitos para aposentadoria, desde que haja compensação para as mulheres que trabalham (por meio de políticas que facilitam a participação das mulheres no mercado de trabalho). 6.2 A diferença de tratamento para mulheres nos requisitos para aposentadoria deve ser individualizada e estar vinculada ao número de filhos que a segurada teve. 6.3 Deve-se estudar alternativas de políticas para os cuidados de longo prazo que se tornarão necessários a partir do momento em que a expectativa de vida no Brasil gerar idosos em condições muito frágeis de saúde, requerendo assistência médica e social permanente e custosa. O ponto de consenso quanto aos *cuidados de longo prazo* teve a seguinte redação: “devem-se estudar alternativas de políticas que assegurem proteção social aos que se dedicam aos cuidados e aos que dele necessitam, tendo em vista, entre outros pontos, o aumento do contingente de idosos no país” (FNPS, 2007).

35. Os demais itens de discussão foram: 7.2 Elementos redistributivos do plano de benefícios devem ser financiados com recursos do Orçamento da Seguridade Social. 7.3 A desoneração da folha de salários deve ser buscada sem aumento da carga tributária e casada com ações voltadas para a formalização. 7.4 Deve-se buscar o fortalecimento da gestão quadripartite da Previdência. 7.5 Deve-se recriar o Conselho Nacional da Seguridade Social junto à Presidência da República. 7.6 Deve-se adotar modelo de contrato de gestão e mandato para dirigentes no INSS. 7.7 Deve-se adotar nova forma de contabilização do resultado da Previdência, que dê maior transparência às suas fontes de financiamento e suas despesas.

forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial (...)”. Trabalhadores sustentam que o Art. 195 define os recursos da Seguridade como fonte legal de financiamento da previdência, que dá margem à discussão sobre a necessidade efetiva de equilíbrio atuarial com base apenas na folha de salário, como defendem empregadores. Com as recentes medidas que visam dar maior transparência à apresentação das contas da previdência – subitem 7.7 da nota de rodapé –, separando na contabilidade as renúncias, as isenções, os subsídios, os benefícios previdenciários de benefícios assistenciais – ainda que esta diferença não seja sempre conceitualmente clara –, talvez se possa avançar no debate.

Outro tema sobre o qual não houve consenso, mas com chance de avanço em futuras discussões, refere-se à criação de novas formas de incidência da contribuição que combine de modo mais refinado folha de pagamento e faturamento. Argumentaram trabalhadores e empregadores que, sendo apoiada a contribuição previdenciária sobre a folha de pagamento, empresas que utilizam mão de obra de forma intensiva seriam prejudicadas. O tema, contudo, é complexo, e há diferentes questões a considerar, inclusive no que tange à desoneração da folha de pagamento e seus impactos potenciais na formalização do trabalho, como destacaram Rangel *et al.* (2008).

8. Coordenação Previdência-Assistência Social³⁶: neste tema, para além das divergências mencionadas no tema anterior acerca das fontes de financiamento do Sistema Previdenciário, houve importante debate sobre a necessidade de redefinir regras de concessão para benefícios não contributivos, de modo a incentivar a filiação e a contribuição à Previdência Social. Esta foi possibilidade lançada para discussões futuras. Outro objeto de discussão candente, para o qual, *prima facie*, dificilmente se conseguirá consenso entre as bancadas, trata da desvinculação do valor do piso do benefício previdenciário do valor do piso de benefício assistencial. Empregadores opõem-se não só ao vínculo que atualmente há entre piso assistencial e previdenciário, mas também ao vínculo entre piso previdenciário e o valor do salário mínimo. Argumentam que este último está submetido a política de valorização recente que não pode ser atuarialmente sustentada pelo regime previdenciário. Pelo ângulo normativo, sustentam ser inadequada a vinculação, uma vez que confere ao aposentado valor acima daquele sobre o qual contribuíra quando na ativa.³⁷

36. Os itens discutidos sobre este tema foram: 8.1 Benefícios assistenciais devem ser financiados por recursos gerais do Orçamento da Seguridade Social. 8.2 Deve haver um benefício mínimo universal não contributivo, desenhado de modo a não desestimular a contribuição ao Regime Geral de Previdência Social. 8.3 É possível diferenciar os pisos previdenciário e assistencial, para diferenciar benefício contributivo e não-contributivo. 8.4 Deve-se preservar a vinculação do piso previdenciário ao salário mínimo, sabendo-se que isto significa uma política de reajustes reais do salário mínimo de acordo com a capacidade de financiamento da economia no longo prazo. 8.5 Deve-se buscar maior correlação entre benefícios e contribuições, destinando-se um subsídio à Previdência para garantir o piso previdenciário de um salário mínimo.

37. O raciocínio é, contudo, inadequado, pois desconsidera que os aposentados atuais ou aqueles que se aposentaram em futuro próximo contribuíram sobre salário cujo valor real variou muito ao longo das últimas décadas; nesta variação o salário já possuiu valor de compra bastante superior ao atual, em décadas passadas. Ver Tafner (2008).

9. Previdência rural:³⁸ o tema da previdência rural foi discutido com menor intensidade, menos por sua importância do que pela exiguidade do tempo, visto que as reuniões tinham cronograma de início e fim. Nesse sentido, não houve qualquer consenso quanto a mudanças, apenas a indicação de itens de debate importantes para o futuro, como a possibilidade de convergência nas idades de aposentadoria entre trabalhadores urbanos e rurais, observado que, como a bancada do governo indicou, as diferenças nas expectativas de vida ocorrem mais por clivagens regionais que pela divisão urbano – rural.

Os resumos dos debates transcorridos no fórum são boa síntese dos temas sobre os quais a nova e necessária legislação que vise aprimorar as regras e aparar arestas indevidas e injustas nos regimes previdenciários pode avançar, alguns dos quais indicamos na seção de debates deste periódico.

38. 9.1 Devem-se preservar os critérios diferenciados de contribuição e determinação do valor do benefício para o segurado especial rural. 9.2 Deve-se, em contrapartida, eliminar para futuros trabalhadores rurais a diferença de tratamento na idade de aposentadoria, pois as diferenças de expectativa de vida no país são regionais e não urbano-rurais. 9.3 Devem-se criar mecanismos que promovam e facilitem a formalização dos trabalhadores assalariados rurais, em particular dos trabalhadores temporários.

VINTE ANOS DA CONSTITUIÇÃO DE 1988: O QUE SIGNIFICARAM PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA?

Sérgio Francisco Piola*
Elisabeth Diniz Barros**
Roberto Passos Nogueira*
Luciana Mendes Servo*
Edvaldo Batista de Sá***
Andrea Barreto Paiva***

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser. Não somos o que iremos ser. Mas, graças a Deus, não somos o que éramos.”

Martin Luther King

1 APRESENTAÇÃO

Aos 20 anos de existência da Constituição Cidadã muito se construiu no campo da saúde em termos de reforço das ações de promoção da saúde e prevenção da doença, de expansão da cobertura e melhor acessibilidade aos serviços assistenciais, com importantes repercussões sobre o estado geral de saúde da população.

Isso ocorreu, certamente, porque os dispositivos constitucionais relativos ao setor não foram meros produtos de conjuntura. A proposta foi construída em amplo processo de discussão e politização da questão da universalidade do direito à saúde nas décadas anteriores. Suas raízes remontam à década dos anos 1970 e solidificaram-se no Movimento da Reforma Sanitária, que lhe conferiu consistência doutrinária e propostas organizativas.

Ao longo dessas duas décadas, ainda que enfrentando dificuldades de financiamento e resistências de ordem política e cultural, o processo de implantação do sistema público de saúde de acesso universal, que se propôs a oferecer cobertura integral às necessidades da população, colecionou muitos avanços. Um arrojado

* Técnico de Pesquisa e Planejamento do Ipea.

** Pesquisador do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) no Ipea. Técnico de Pesquisa e Planejamento do Ipea.

*** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

processo de descentralização expandiu significativamente a participação das esferas subnacionais na gestão e no financiamento do sistema, bem como na provisão de ações e serviços de saúde, resultando na redução das desigualdades interregionais que prevaleciam no sistema pré-Constituição Federal (CF) de 1988.

Diretrizes, políticas e programas inovadores introduziram importantes mudanças no modelo de atenção à saúde e ampliaram o espectro de ações e serviços ofertados, assegurando a um número crescente de cidadãos o acesso a recursos terapêuticos antes indisponíveis. A ampliação do acesso à atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), a ampliação do acesso a transplantes, o Programa Nacional de Imunização (PNI), o acesso a medicamentos de alto custo, o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a política de humanização, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o acesso a tratamento dentário por meio do programa Brasil Sorridente e o controle do tabagismo representam alguns dos avanços e conquistas obtidos nesse período.

Esses avanços fazem que o sistema realize 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 11 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, nove milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11,3 milhões de internações anualmente, conforme dados de 2006 (BRASIL, 2008a).

Ao mesmo tempo, foram sendo discutidas e introduzidas medidas regulatórias que atuaram tanto sobre as dimensões sanitárias quanto as dimensões econômicas do sistema, a partir do entendimento de que cabe ao Estado a responsabilidade de garantir ao cidadão o acesso aos serviços de saúde.

Contudo, há que se reconhecer que os esforços empreendidos não foram suficientes para eliminar todas as desigualdades e nem para superar todas as deficiências acumuladas. Apesar de a cobertura ter se expandido, o acesso oportuno e a integridade da atenção ainda se apresentam como de difícil solução. Ainda há consideráveis problemas para consolidar-se a descentralização, incluindo discussões sobre a relação e os papéis de cada ente da federação e a regionalização efetiva do sistema.

Há, também, significativa necessidade de aprimoramento no âmbito da gestão, incluindo discussões sobre a formação de recursos humanos, os modelos de gestão hospitalar, entre outros. Ainda que o sistema expanda-se, este convive com graves problemas de sustentabilidade e volume de financiamento, que serão minimizados, mas não resolvidos, com a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000.

Neste capítulo, na seção 2, são discutidos os avanços obtidos na área de saúde e os desafios que estão sendo enfrentados desde a promulgação da CF/88. Retoma-se uma discussão filosófica e sobre as origens das diversas concepções da saúde, delineando as influências de diferentes correntes a respeito da conformação das visões brasileiras sobre como organizar seu sistema de saúde.

Na seção 3, quando da breve análise histórica dos antecedentes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), serão mencionadas as experiências internacionais que influenciaram sua conformação. A seção 4 centra-se na análise da CF/88 e o direito à saúde nesta contido. A seção 5 tem seu foco voltado para a gestão do SUS, tratando de aspectos como a descentralização e gestão compartilhada e a ampliação do acesso e reorganização do modelo de atenção. Em seguida, na seção 6, foca-se nos resultados do SUS e seus significados para a população brasileira. Na seção 7, avança-se nas discussões sobre os desafios do sistema: seus antigos e novos problemas.

No que se refere ao cerne da análise deste texto, será conferida ênfase aos aspectos relacionados à implantação do SUS e ao acesso a ações e serviços de saúde, pois há que se considerar que os efeitos da Constituição sobre a saúde da população vão além dos arranjos normativos, legais, institucionais e políticos específicos desta área, já que avanços na educação, no saneamento e em outras áreas também afetaram os resultados observados nos indicadores normalmente utilizados para analisar o estado de saúde da população brasileira.

2 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS E HISTÓRICOS¹ DO DIREITO À SAÚDE

A saúde pode ser entendida como uma condição natural ou bem social. Na Grécia antiga, os filósofos e médicos compreendiam a saúde como uma realidade natural resultante de um equilíbrio entre os elementos da natureza, presentes no corpo humano e cosmos.

Na saúde pública, o entendimento naturalista da saúde foi ultrapassado pelas concepções de duas outras correntes de pensamento. Uma se deve à influência dos filósofos e economistas utilitaristas do século XIX e toma a saúde como equiparável ao bem-estar individual e coletivo. A outra vertente é a da epidemiologia social do século XX, que se dedica ao estudo dos determinantes sociais do processo de saúde-doença e que recebeu forte influência do marxismo.

Com Jeremy Bentham, John Stuart Mill e Henry Sidgwick, o utilitarismo liberal inglês se constituiu no ponto de referência central para a discussão dos objetivos de uma ação pública em prol da saúde da população (ROSEN, 1994). O utilitarismo pressupõe que qualquer tipo de intervenção governamental, neste e em outros campos, esteja orientado para proporcionar a maximização do bem-estar como expressão da utilidade ou do prazer propiciado para cada pessoa e o maior número possível de pessoas. De 1830 a 1850, Edwin Chadwick, ex-secretário particular e aplicado discípulo de Bentham, notabilizou-se pelos seus relatórios e importantes realizações em relação ao saneamento das cidades, ao controle de epidemias e à melhoria das condições de moradia e trabalho da população (ROSEN, 1994). Neste sentido, a concepção sobre a determinação social da saúde já estava presente na corrente utilitarista.

1. O termo histórico está sendo utilizado, neste estudo, na acepção de história do pensamento. Outros componentes do debate histórico do direito à saúde serão abordados nas próximas seções.

O marxismo do século XX também buscou dar o salto a partir da filosofia em direção à intervenção social transformadora. Mas não compactuava com o individualismo e o credo liberal do utilitarismo, na medida em que seu valor central não era a realização da felicidade de cada um sob o capitalismo, mas o alcance da igualdade universal, com a abolição das diferenças de classes e a mudança do modo de produção, visto que, para os marxistas ortodoxos, o Estado capitalista representa, em qualquer época, “o interesse político de longo prazo da burguesia” (POULANTZAS, 1977, p. 21). Assim, a questão das condições de vida dos trabalhadores não era considerada suscetível de ser resolvida mediante o aperfeiçoamento da justiça, como sublinha Engels (1979) em sua crítica à visão de Proudhon acerca do problema da habitação, mas somente pela mudança das relações de produção, ou seja, pela implantação da sociedade socialista.

Pode-se afirmar que o debate acerca da efetividade das medidas legislativas e ideias de justiça social acarretou que a saúde fosse cada vez mais considerada como um bem social. O reformismo social-democrata do século XX, que se inspira no pensamento de Bernstein e Lassale, aliou-se aos liberais para encaminhar, no âmbito legislativo, medidas de melhorias das condições de vida da população. A culminância de tais movimentos ocorreu após a Segunda Grande Guerra, por ocasião da constituição do Estado de Bem-Estar em alguns países europeus.

Os marxistas, ao contrário, ofertavam como contraexemplo a essas políticas de bem-estar a experiência do socialismo no leste europeu, com um modelo que lhes parecia superior por ser essencialmente universalista e igualitarista na provisão de bens e serviços para a totalidade da população.

Mas não se pode ignorar que foram alguns dos princípios do utilitarismo liberal que favoreceram a aceitação da compreensão ampla da saúde. O exemplo mais importante é oferecido pela definição que consta da constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovada pelos representantes dos estados-membros em 1946: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

É no contexto do pós-guerra, com suas dificuldades sociais e econômicas, que os defensores dos direitos humanos – entre os quais se inclui o direito à saúde – encontraram um clima político favorável para atuarem em defesa de suas ideias junto às organizações públicas nacionais e internacionais. Entre a concepção ampliada da saúde como bem-estar e a proposição do direito universal à saúde estava um único passo, que foi dado dois anos depois, em 1948, pela promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU).

É importante notar que a saúde surge agora articulada à garantia de provisão de um conjunto de benefícios e bens que perfazem o que foi denominado de Seguridade Social, como se pode constatar pela citação a seguir.

Todos têm o direito a um padrão de vida adequado à saúde e ao bem-estar individual e de sua família, incluindo alimentação, vestimenta, habitação e cuidado médico, além dos indispensáveis serviços sociais; e o direito à segurança no caso de desemprego, doença, incapacidade, viuvez, velhice ou outra carência dos meios de subsistência em circunstâncias que estejam além de seu controle (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, Art. XXV).

Com isso, a saúde era explicitada de uma maneira determinada ainda mais claramente pela noção de bem-estar. A saúde é um estado de bem-estares físico, mental e social na medida em que está articulada com os resultados favoráveis obtidos por outras políticas sociais e econômicas. É esta articulação que permite assegurar a continuidade ou o resgate da condição de bem-estar da saúde diante da possibilidade de ocorrência de certos riscos sociais. Diversas correntes políticas defenderão doravante que a saúde faz parte de um conjunto de políticas de seguridade social, e esta tende a ser entendida como uma garantia de proteção social que se estende progressivamente ao conjunto da população, como expressão de um direito de cidadania.

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, os movimentos sociais procuram consagrar a universalização de direitos mediante leis e, sobretudo, por meio de sua inclusão nas constituições nacionais. A questão é que a ênfase na validade do reconhecimento formal dos direitos mediante normas gerais de justiça está mais de acordo com o espírito do kantismo² do que do utilitarismo. Com efeito, a fixação das utilidades coletivas como objeto de direito nunca caracterizou fortemente a orientação utilitarista. De fato, a cristalização de direitos é contrária ao ponto de vista defendido pelos utilitaristas de que se deve sempre buscar soluções tópicas e flexíveis para a utilidade agregada, de tal modo a poder mudar o curso da ação pública em favor de uma melhor, ou mais útil, composição dos bens ofertados. O kantismo, por sua vez, considera que há um processo espontâneo que impõe a passagem da norma moral pessoal à norma pública de justiça, de tal modo que a lei vem a explicitar e ordenar o método para o alcance do bem comum.

Um dos mais reconhecidos filósofos contemporâneos de justiça social, John Rawls, apesar de ser formado em interpretação kantiana do direito, afirma que uma sociedade “bem ordenada” não pode ser regida pela visão de mundo peculiar a doutrinas morais abrangentes, tais como: o utilitarismo, o kantismo ou o marxismo, senão pelo uso da força do Estado (RAWLS, 1993, p. 37). Anteriormente,

2. Para Kant, as leis e a justiça como um todo constituem generalização realizada no âmbito da sociedade de imperativos categóricos da razão pura que ordenam a conduta individual de acordo com uma moral do dever ou normativa – também chamada de deontologia.

o autor já havia formulado sua interpretação dos fundamentos político-liberais da justiça sob o pressuposto da prioridade das regras do direito em relação ao consenso sobre aquilo em que consiste o bem humano supremo. Em sua interpretação, a existência de um confronto permanente entre múltiplas doutrinas filosóficas e religiosas, que mantêm suas próprias concepções acerca daquilo em que consiste o fim último do homem, não se contrapõe à consecução da equidade (*fairness*) em sociedade de cidadãos livres e cooperativos, desde que seja respeitado o acordo originário quanto a princípios fundamentais de justiça (RAWLS, 1971, p. 60). Quando uma sociedade conta com instituições que fazem valer estes princípios, é possível chegar à uma distribuição equitativa dos bens básicos mediante ordenamentos constitucionais, legais e de jurisprudência. Portanto, Rawls não se propõe a dirimir as diferenças que separam as doutrinas clássicas da justiça social, mas apenas pretende esclarecer quais são os princípios formais de equidade que devem orientar uma sociedade moderna. Tais princípios ratificam a prioridade do direito em relação às questões da moralidade e assinalam o caráter essencialmente político do liberalismo contemporâneo. Neste sentido, o autor não defende regras distributivas específicas para a saúde ou para qualquer outro tipo de bem básico, mas apenas busca delimitar quais são os arranjos institucionais que asseguram uma distribuição que satisfaça as necessidades e expectativas de todos, bem como a perpétua boa vontade no processo de cooperação democrática entre os cidadãos.

3 O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE ANTES DA CF/88 E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

Para entender como a concepção de saúde como direito da cidadania foi internalizada no Brasil, faz-se necessário realizar uma breve descrição sobre a organização do sistema público de saúde brasileiro antes da CF/88 e os debates que se realizavam a respeito do papel dos serviços de saúde como componente dos desenvolvimentos econômico e social.

Segundo Piola e Viana (2008), antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro poderia ser caracterizado como excludente, segmentado, com forte hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde. O sistema público era altamente centralizado no nível federal e caracterizava-se por marcadas segmentações institucional e de clientela, visto que o Ministério da Saúde (MS) e o então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)³ tinham funções diferentes e atendiam a públicos distintos. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho ficava a cargo do MPAS e era financiada pelo sistema de Seguridade Social, para o qual contribuía empregados, empregadores e o governo federal. Ao MS, às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) cabiam, basicamente, as ações típicas

3. Modo como era denominado o Ministério da Previdência Social (MPS) à época.

da saúde pública, tais como: o controle de doenças transmissíveis e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. Parcela reduzida da população, que dispunha de recursos financeiros, pagava pelo serviço de saúde diretamente ao prestador do setor privado lucrativo, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais particulares. A população mais pobre e não vinculada a algum sistema de asseguração dependia dos restritos serviços assistenciais (gratuitos) do MS, dos estados, dos municípios e das entidades filantrópicas; particularmente estas últimas que eram detentoras, até a década de 1970, de mais da metade dos leitos hospitalares existentes no país, e que gozavam de imunidade tributária para o cumprimento de sua função (BARROS, 2003).

Várias iniciativas governamentais foram desenvolvidas, ao longo das décadas de 1970 e 1980, visando abrandar a situação de exclusão e ampliar a legitimidade do regime autoritário, vigente na maior parte desse longo período. Entre as primeiras medidas que buscavam a inclusão de novos segmentos à assistência médica pública, estava a criação, em 1971, do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural). Este programa instituiu o direito às aposentadorias por velhice e invalidez, à pensão, ao auxílio-funeral, ao serviço de saúde e ao serviço social para o trabalhador do campo e seus dependentes.⁴

QUADRO 1

Principais características do papel e da forma de atuação do MS e do MPAS antes do SUS

Especificação	Características	
	MS	MPAS
Tipo de serviço predominante	Bens públicos – controle de doenças transmissíveis e vigilância sanitária	Bens privados – atenção médico-hospitalar
Forma de atuação	Direta, por meio da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e indireta por meio das secretarias de saúde	Fundamentalmente indireta, por meio do setor privado
Modalidade de financiamento	Transferências mediante convênios com secretarias de saúde	INPS: pagamento em função do tipo e da quantidade dos atos médicos ¹ Funrural: subsídio fixo
Fonte de recursos	Impostos gerais	Contribuição previdenciária
Clientela	Universalizada	Contribuinte
Localização dos serviços assistenciais próprios	Pequenos municípios (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) Áreas endêmicas	Grandes centros urbanos

Fonte: Extraído de Piola e Vianna (2008). Corresponde ao quadro 3.1.1.

Nota: ¹ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão executivo autárquico, foi criado em 1966 a partir da fusão de todos os institutos de aposentadoria e pensão existentes à época.

4. A Lei Complementar (LC) nº 11, de 25 de maio de 1971, estabelecia que “os serviços de saúde serão prestados aos beneficiários, na escala que permitirem os recursos orçamentários do Funrural, em regime de gratuidade total ou parcial, segundo a renda familiar do trabalhador ou dependente”, e estes eram disponibilizados principalmente por meio de convênios com entidades sindicais e filantrópicas.

Em 1974, a Previdência Social protagonizou nova expansão no atendimento médico-assistencial. O Plano de Pronta Ação (PPA) estendeu a cobertura de assistência médica a qualquer pessoa em situações de urgência ou emergência, independentemente da posse de vínculo previdenciário. A partir de 1976, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), além de propiciar a expansão de ações básicas de saúde e saneamento básico a pequenas comunidades desassistidas, inicialmente no interior do Nordeste, representou uma das primeiras iniciativas concretas de articulação entre o MS, a assistência médica da Previdência Social e as SES. Este programa estimulou o repasse de recursos, via convênios, para as SES.

Simultaneamente, na segunda metade da década de 1970, teve início uma série de experiências municipais e de universidades de universalidade da atenção e integração de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (CONASEMS, 2007).

Nessa rota de expandir cobertura para outros segmentos sociais, além dos inseridos formalmente no mercado de trabalho, e buscar maior articulação entre o MS, as SES, as SMS e a Previdência Social, insere-se a frustrada proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde), em 1981, e a aprovação do plano do CONASP,⁵ em 1984. Estas duas iniciativas representavam uma tentativa de ampliar o acesso à assistência médico-hospitalar previdenciária, mediante articulação com secretarias de saúde, sendo parcialmente financiadas com recursos da Previdência Social e sofreram, por tal razão, oposição de segmentos de profissionais e beneficiários do sistema previdenciário. O Prevsauúde orientava-se pelos princípios de hierarquização e integração da rede de serviços, participação comunitária e regionalização, mas não chegou a ser implantado. O plano do CONASP teve como consequências mais importantes, na área da assistência à saúde, a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1986, e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

As AIS representaram a primeira experiência de sistema de saúde integrado e envolviam a transferência de recursos, por meio de convênio, a estados e municípios para o custeio da assistência à saúde. Com as ações, vieram as comissões interinstitucionais de saúde, colegiados com representação da sociedade civil, nos âmbitos estadual e municipal.

Concebido como estratégia de transição para o SUS, a criação do SUDS resultou na transferência da rede de serviços do MPAS para estados e municípios e significou na prática um movimento de descentralização em direção à esfera

5. O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), instituído em 1981, era composto por representantes de vários ministérios, prestadores e trabalhadores, com o propósito de organizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos, estabelecer mecanismos de controle de custos e avaliação do financiamento, além de buscar disciplinar o atendimento dos serviços.

estadual, de modo que cada um dos estados constituísse seu sistema de saúde e fosse responsável pelos serviços municipais e do estado. O SUDS aprofundou a experiência de transferência de recursos por meio de convênio adotada pelas AIS. No campo da gestão, adotou-se a Programação e Orçamentação Integrada (POI), “instrumento de planejamento que procurava integrar os orçamentos e ações dos órgãos federais, estaduais e municipais, e das instâncias colegiadas pluriinstitucionais, já vigentes desde o advento das AIS” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Ainda com todas essas iniciativas, estima-se que à época cerca de metade da população não estava coberta por nenhum sistema previdenciário e dependiam da caridade de algumas instituições filantrópicas.

Nos campos teórico, político e conceitual, desde os anos 1960, as propostas então vigentes de expansão dos serviços públicos de saúde já eram fortemente criticadas por um grupo de sanitaristas, o qual foi fortemente influenciado pelos debates apresentados anteriormente da relação saúde – doença e, particularmente, sobre a determinação social da saúde. Adicionalmente aos debates filosóficos e da conformação da história do pensamento da medicina, o sanitarismo desenvolvimentista incorporou os debates relacionados às teorias cepalinas da década de 1950 a 1970 e defendiam que a melhoria substantiva das condições de saúde da população dependia da superação do estágio de atraso econômico em que se encontrava o país. Por isto, criticavam as medidas isoladas de extensão da assistência médica e combate às enfermidades endêmicas, como as que eram realizadas pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), por considerá-las inócuas se não fossem inseridas em processo de desenvolvimento com defesa dos interesses nacionais. Uma das interpretações então propagadas afirmava que, em razão da dependência econômica e posição subalterna das economias subdesenvolvidas da América Latina, havia um círculo vicioso entre a miséria e as enfermidades. A miséria criava condições favoráveis para as enfermidades, e estas agravavam o conjunto das condições de vida da população e prejudicavam o desempenho econômico em si. A concepção da saúde como sendo uma condição social e politicamente determinada remonta, no Brasil, ao que se costuma chamar de sanitarismo desenvolvimentista.

Essa visão estrutural da relação entre saúde e sociedade vinha em contraposição à perspectiva liberal de que os processos de educação geral e educação sanitária da população constituíam a chave para superar as penúrias de vida criadas pelas enfermidades endêmicas, especialmente no meio rural.

Nos anos 1970, ao lado do sanitarismo desenvolvimentista, surge, não só no Brasil como em outros países da América Latina, outra corrente de pensamento, a medicina social. Esta, igualmente, desenvolveu uma compreensão das determinações social e política das questões da saúde, mas a partir de uma crítica que se iniciou internamente à medicina e seus fundamentos técnico-científicos e pedagógicos. O que pretendiam os

defensores da medicina social era superar as visões individualista e organicista da saúde, centradas na relação médico – paciente, que caracteriza a prática tanto da medicina liberal quanto da chamada medicina preventiva. A medicina social, inserida junto aos cursos de pós-graduação das faculdades de medicina e, posteriormente, junto às escolas de saúde pública, entendia-se como um enfoque multidisciplinar e prática política de transformação democrática do sistema de saúde.

Nas palavras de um dos maiores expoentes dessa transformação, Sérgio Arouca:

As Ciências Sociais que começaram a ser introduzidas na fase inicial de implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva seguiam a vertente da Medicina Preventiva de feição norte-americana, que privilegiava a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica, adotando uma visão antropológica e predominantemente funcionalista da área da saúde. Essa vertente discutia muito pouco a questão da determinação social dos sistemas de saúde, da estrutura social e do processo saúde-doença. (...) O primeiro desafio dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva foi começar a ter outra visão da questão social na área da saúde, com a introdução do pensamento marxista. Começamos a discutir a questão das relações entre classes sociais e saúde, da determinação social do processo saúde-doença, a utilizar os trabalhos de Gentile de Melo sobre organização do sistema, os trabalhos do próprio Mário Chaves sobre sistemas de saúde. Esses estudos nos permitiram sair do enfoque centrado na relação médico-paciente, para discutir o trabalho em saúde e a organização de sistemas de saúde (CONASEMS, 2007, p. 45).

Nos anos 1980, todo o movimento reformista da saúde foi unificado, ganhando uma identidade, no âmbito das instituições acadêmicas, sob o título de saúde coletiva e uma identidade política denominada de movimento sanitário ou movimento da Reforma Sanitária.⁶

O termo Reforma Sanitária corresponde à tradução literal da expressão utilizada para designar a experiência de reorganização do modelo de atenção à saúde que ocorreu na Itália. Nas palavras de Lima *et al.* (2009), na Itália a

Reforma Sanitária resultou na criação do ‘Servizio Sanitario Nazionale SSN’ (...) comprometido com uma moderna consciência sanitária, com base em um ideário democrático social, com uma proposta de universalizar o acesso e descentralizar a atenção à saúde, representando, assim, um avanço para os setores mais frágeis da sociedade italiana (BERLINGUER, 1988). O lema era direito, saúde e garantia de assistência a todos e os princípios doutrinários eram: a globalidade, a igualdade, a universalidade e a unicidade.

6. Para não correr o risco de deixar de citar outros importantes expoentes do movimento sanitário, destaca-se uma instituição, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), fundado por Sérgio Arouca e fortemente influenciado e organizado em torno deste movimento. Sua revista *Saúde e Debate* abriu espaço para a divulgação das ideias e do ideário dos sanitários.

Assim, no fim da década de 1970, a Itália rompe com o sistema mutualista e institui a saúde como direito.

O movimento sanitarista propunha a democratização das relações entre a sociedade e o sistema de saúde, como posição política aglutinadora. Pode-se afirmar, resumidamente, que o movimento sanitarista defendia quatro pontos doutrinários centrais que foram decisivos para a formulação dos artigos referentes à saúde na nova constituição: *i*) concepção de saúde como direito universal de cidadania; *ii*) a compreensão da determinação da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; *iii*) a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que advinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e *iv*) a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade.

O cume das mobilizações realizadas por esse movimento foi alcançado por meio da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, doravante denominada VIII Conferência, já em pleno processo de redemocratização da sociedade e na perspectiva da convocação de uma assembleia constituinte. Esta preconizava a “progressiva estatização do setor” e o rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelos provedores privados contratados. Estabelecia também que as atribuições das três esferas de governo deveriam estar fundamentadas

no caráter federativo da nossa República de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades da Federação (UFs) e de seus municípios (BRASIL, 2008b, p. 12)

e formulava propostas para as funções que deveriam ser desempenhadas por cada uma das esferas de governo.

Como decorrência das deliberações da VIII Conferência foi constituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que reuniu representantes de sete ministérios,⁷ do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), das confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura,⁸ de federações sindicais e associações de profissionais de saúde,⁹ de movimentos sociais¹⁰ e das comissões de saúde do Senado Federal e da Câmara dos Deputados.

7. MS, MPAS/INAMPS, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério do Desenvolvimento Urbano, Secretaria de Planejamento (Seplan), Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e Ministério da Educação (MEC), por meio da Secretaria de Educação Superior (Sesu).

8. Central Única dos Trabalhadores (CUT), Central Geral dos Trabalhadores (CGT) e Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG).

9. Federação Nacional dos Médicos (FNM) e Associação Brasileira de Enfermagem (Aben).

10. A Confederação Nacional das Associações de Moradores.

Ao contrário do que ocorrera durante a VIII Conferência, o segmento privado não se recusou a participar do debate e esteve representado por confederações patronais¹¹ e associações de classe de provedores do setor privado.¹²

Como será visto a seguir, o texto constitucional aprovado em 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde, Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990, contemplaram a maior parte das proposições da VIII Conferência e da CNRS.¹³

4 A CF/88: O DIREITO À SAÚDE E A CRIAÇÃO DO SUS

No texto constitucional, foram estabelecidos os seguintes balizamentos fundamentais acerca das políticas públicas concernentes à saúde:

- Declara a saúde integrante da seguridade social, junto com a Previdência e a Assistência Social (Art. 193).
- Determina a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196).
- Define o caráter de relevância pública de ações e serviços de saúde (Art. 197), com o que ficam justificadas sua regulamentação e fiscalização pelo poder público, especialmente pelo Ministério Público (MP).
- Declara a saúde livre à iniciativa privada (Art. 199).
- Define a forma de organização, os princípios, o financiamento e as competências do SUS e o caráter complementar da participação do setor privado (Arts. 198, 199 e 200).

O direito à saúde na Constituição, explicitado pelo Art. 196, mas articulado aos direitos sociais fundamentais arrolados no Art. 6º, recebeu uma formulação que é inteiramente tributária a ideias e propostas cultivadas pelo movimento sanitário brasileiro em sua trajetória ao longo dos anos 1980. Para entender melhor o que afirma o artigo é conveniente desdobrá-lo em quatro componentes:

- (1) A saúde é direito de todos e dever do Estado, (2) garantido mediante políticas sociais e econômicas (3) que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (4) e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

11. Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA) e Confederação Nacional do Comércio (CNC).

12. Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB).

13. Contudo, deve-se considerar que, mesmo tendo como resultado forte aproximação do texto ao que foi proposto pelos sanitaristas, e que estes conseguiram construir importantes consensos durante os debates, esse processo não aconteceu sem percalços. De um lado, há tendência conservadora no seio da administração pública a partir do momento em que o então vice-presidente José Sarney assume a presidência. De outro, no movimento sanitário houve importantes embates, sendo o mais emblemático o relativo às definições sobre a criação de um ministério da saúde ou de um ministério da seguridade social. Tal processo não será detalhado neste estudo, mas encontra-se muito bem analisado por Pereira (1996).

Embora o processo de redação durante a Constituinte tenha levado em conta diversas propostas de emenda, esse artigo, em sua forma final, reproduz *ipsis literis*, mas de forma bastante sintética, declarações que compõem os relatórios da VIII Conferência e da CNRS. O relatório desta conferência expressa o direito à saúde do seguinte modo:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Por sua vez, o relatório da CNRS é ainda mais explícito, porque foi redigido nos moldes de uma proposição com vista ao texto constitucional:

Artigo 1º

A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção.

Artigo 2º

É dever do Estado:

I – implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II – assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;

III – assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.

O Art. 196 da CF/88, de fato, acolheu duas concepções oriundas das discussões produzidas nos embates pré-constituintes pelo movimento sanitário. Em primeiro lugar, nota-se que incorporou uma compreensão específica da determinação social da saúde mediante a indicação de que as políticas sociais e econômicas devem concorrer para a “redução do risco de doença e de outros agravos”.^{14,15} Neste caso, a compreensão social da saúde não está moldada pela noção utilitarista do bem-estar, mas, sim, pela noção de *risco* como componente de uma visão epidemiológica da determinação social da saúde. Em segundo lugar, ressalta-se uma diretriz de política pública para a garantia de ações e serviços atinentes à saúde: “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Por sua vez, a rede pública de ações e serviços de saúde, referida na proposta da CNRS, cuja organização e princípios são tratados no Art. 198, recebeu o nome de SUS.

14. “Risco de doença e outros agravos” deve ser entendido como risco de morbidade e mortalidade.

15. Exemplos de política que se enquadram nessa caracterização são a expansão do emprego, a construção e manutenção de uma rede de saneamento básico e, ainda, as medidas legais restritivas ao tabagismo e ao uso de álcool por condutores de veículos.

Essa compreensão do direito à saúde decorre de dois pilares que foram consagrados pelo próprio movimento sanitarista: *i*) o dever para a saúde cabe unicamente ao Estado, sendo este o modo de garantir o resgate de uma dívida social com a cidadania; e *ii*) o princípio de acesso universal e igualitário é a base do sistema unificado proposto, como uma via institucional indispensável a fim de superar a dicotomia entre as chamadas ações de saúde pública e o atendimento clínico individual.

O direito à saúde, como declarado na CF/88, pode ser caracterizado mediante quatro distinções, conforme resumido a seguir.

1. A compreensão social da saúde adotada: o modelo seguido é o da determinação social da saúde centrado na noção de risco.¹⁶
2. Os critérios e limites distributivos preconizados: há um critério de justiça universal e igualitária em relação ao acesso a ações e serviços relevantes. O Estado é devedor do direito e o cidadão é o usuário deste direito. Limites distributivos não são explicitados, mas podem ser presumidos limites para o sistema.
3. Os agentes sociais envolvidos no cumprimento do direito e dever em relação à saúde: o Estado e o cidadão, sendo o direito atribuído a todos os cidadãos e o dever de garantia atribuído exclusivamente ao Estado. O papel das famílias e da sociedade não é referido.
4. O tratamento dado à questão das desigualdades e dos grupos em condições socialmente menos avantajadas: a equidade não é referida na seção específica da saúde.¹⁷

Convém considerar, neste estudo, que a enunciação do direito à educação (Art. 205) abrange o dever da família e a colaboração da sociedade. Na Constituição, o papel da família e da sociedade, no que se refere à saúde, não tem uma ênfase equivalente. Contudo, na Lei Orgânica é afirmado que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. Este adendo é importante dado que uma boa parte das políticas governamentais adotadas nas duas décadas seguintes fundamentam-se em responsabilização das pessoas e famílias com ações de autoproteção e promoção da saúde.

16. A noção de bem-estar não é sequer mencionada.

17. Nas Disposições Gerais do Capítulo II – Da Seguridade Social, em que estão definidos objetivos para todo o sistema de Seguridade Social – previdência social, saúde e assistência social –, estão explicitados como objetivos, além da universalidade, a “uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais” (inciso II) e a “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços” (inciso III).

Tanto o aspecto da responsabilidade cidadã quanto o aspecto dos limites distributivos demandariam uma comparação com outras constituições nacionais. Podem ser citadas aqui, a título de exemplo comparativo, as definições que constam da Constituição portuguesa de 1974, Art. 64. Tal cotejo é relevante porque a Constituinte portuguesa foi igualmente resultante de um processo de redemocratização da sociedade, promovido pelo movimento da Revolução dos Cravos (CONSTITUIÇÃO DE PORTUGAL DE 1974):

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado:
 - a) através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

Duas diferenças com a Constituição brasileira merecem ser ressaltadas. Primeiramente, a Constituição portuguesa contempla o dever do cidadão diante da necessidade de defesa e promoção de sua própria saúde. Segundo, refere-se explicitamente a limites distributivos que são aplicáveis de acordo com a condição econômico-social dos cidadãos, sendo os serviços *tendencialmente gratuitos*.

Essas duas determinações que constam da Constituição portuguesa – a responsabilidade dos cidadãos para com a saúde e os limites distributivos conforme a condição econômico-social dos usuários – jamais fizeram parte da agenda do movimento sanitarista por uma razão simples: considerava-se que a alusão a tal tipo de critério e limite poderia legitimar a omissão do Estado, em momento em que a mobilização nacional em prol da democracia dava-se também em torno da necessidade de cobrar a dívida social acumulada (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 98-99). Há uma matriz definida de pensamento sobre justiça distributiva, que é a matriz do coletivismo igualitário. Esta doutrinariamente apoia-se nas políticas de proteção social de cunho universalista conforme requerido pela ideologia dos movimentos sociais daquela época. O indivíduo está posto diante do Estado de acordo com um critério de proteção social bastante clássico: como portador de direitos sociais a ser atendidos de um modo direto ou indireto pelo Estado. Não há diferenciação de necessidades ou desigualdades estruturais preexistentes, nem tampouco se indica a participação do indivíduo e de sua família, seus deveres ou suas contrapartidas em relação às prestações realizadas pelo Estado.

Entre os preceitos conexos ao direito à saúde, a universalidade no acesso foi um princípio aceito e absorvido por ampla gama de atores sociais. Idêntica compreensão, no tocante à sua importância, não alcança o princípio que o complementa, o de integralidade da atenção, apesar de estar previsto na CF/88, Art. 198 inciso II, e na Lei nº 8.080/1990, capítulo I, item I, alínea, do Art. 6º, e capítulo II, item II, do Art. 7º.

A universalidade do direito à saúde¹⁸ e a garantia de integralidade da atenção são princípios que expressam a solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde, independentemente de condições pessoais, econômicas e sociais.

Integralidade, contudo, foi desde o início um termo polissêmico. As dificuldades já eram sentidas nos debates ao longo dos anos 1970 e 1980. Diferentes atores expressavam diferentes concepções. Nos anais da VIII conferência, é possível identificar múltiplas acepções do termo, que podem ser agrupadas conforme a seguir:

- Atenção integral às pessoas, significando uma nova percepção ao lidar com as queixas, os sintomas, os diagnósticos e as terapêuticas, e ao considerar a integridade dos sujeitos. Conferia ênfase ao cuidado da saúde e à percepção da interdependência entre os problemas e às necessidades das pessoas, bem como à existência de diferentes premências, associadas a idade, gênero, etnia, padrões culturais etc, que o sistema deveria respeitar. Tal concepção aparece com nitidez na fala da representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Carmen Barroso “O direito à saúde implica em atenção especial às necessidades específicas de saúde de cada setor da população. As mulheres, por sua dupla carga de trabalho - no lar e fora do lar - e por seu papel especial de reprodutoras da espécie, apresentam problemas específicos de saúde que não podem ser ignorados pela rede de serviços públicos. Esses devem ser abordados de forma integrada (...)” (BRASIL, 1987a).
- Integralidade como o acesso a todos os serviços necessários, nos diferentes níveis de atenção, conforme determina a Lei nº 8.080/1990, em seu Artigo 7º, item II: “(...) integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...)” (BRASIL, 1990a)

18. O texto constitucional, ao assegurar a universalidade do direito à saúde, pretendeu afirmar que todas as pessoas têm o direito de viver em condições salubres e de acesso ao sistema público de saúde, não podendo haver impedimento ou exclusão ao exercício desse direito baseado no estabelecimento de condicionalidades: renda, sexo, idade etc. A universalidade do direito de acesso diz respeito ao direito de utilizar o sistema. Este poderá ter regras de funcionamento para ordenar o acesso – por exemplo, regulação de incorporação tecnológica, adscrição de clientela, porta de entrada, protocolos, referência etc. –, desde que estas não constituam forma explícita ou velada de exclusão.

- Integralidade como a eliminação das dicotomias individual *versus* coletivo e preventivo *versus* curativo, que estavam consagradas na organização do sistema de saúde antes do SUS. As duas acepções foram frequentes em diversas falas. Eleutério Rodrigues Neto, ao arrolar os princípios que deveriam reger o novo sistema de saúde, destacou: “Integralidade de ação setorial, superando progressivamente as dicotomias entre individual/coletivo e preventivo/curativo” (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 259).

Essa multiplicidade de significados, ainda que não sejam conflitantes, tornou o conceito de complexa operacionalização.

A equidade *igual acesso para igual necessidade* embora citada com frequência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais – universalidade, integralidade, descentralização, participação social.¹⁹

O que a Constituição e a lei preveem expressamente são o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (CF/88, Art.196) e a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Lei nº 8.080/1990, Art. 7º, inciso IV). Na verdade, a palavra *equidade* só aparece no capítulo da Seguridade Social como um requisito para a forma de participação no seu custeio (CF/88, Art. 194, parágrafo único), ainda que o preceito de atendimento igualitário possa expressar o princípio de equidade horizontal, isto é, igual atenção para igual necessidade.

A profundidade das mudanças requeridas para que esse conjunto de objetivos pudesse concretizar-se, associada a resistências de diferentes segmentos de interesses por estas atingidos, representaram o grande desafio enfrentado nas décadas seguintes pelo sistema de saúde do país. Ampliar a cobertura, expandir a rede de atenção, reorganizar o modelo de atenção, redefinir o modelo de gestão e equacionar o problema do financiamento foram exigências que se colocaram desde o início, e muitas destas ainda constituem desafio para a consolidação do sistema. As seções seguintes tratarão de alguns dos principais desafios enfrentados, descrevendo as políticas e estratégias adotadas, seus resultados e indicando questões que seguem demandando aperfeiçoamento ou problemas que exigem superação.

5 GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS

Se o contexto político era amplamente legitimador dos dispositivos constitucionais, o econômico, no início da implantação do SUS, não poderia ser mais desfavorável. O início da década de 1990 foi marcado por importantes mudanças na sociedade capitalista. Estas tiveram início nos anos 1970, com a globalização e financeirização das economias e importantes mudanças nas relações de trabalho,

19. Sobre os conceitos de equidade, ver Whitehead (1991).

com aumento do trabalho informal e desemprego estrutural e a consequente fragilização do movimento sindical. No Brasil, este processo instalou-se nos anos 1990, e a este adicionava-se forte crise econômica e particular crise do padrão de financiamento do Estado nacional. A redistribuição das receitas públicas entre as esferas de governo, determinada pela CF/88, e o elevado endividamento público, no ambiente de crise econômica então presente no país, eram ingredientes que poderiam ter inviabilizado a implantação do sistema, não tivesse a proposta a legitimidade e o suporte político dos movimentos sociais.

O reconhecimento constitucional da saúde como direito inerente à cidadania, com o consequente dever do Estado de garantir as condições para o exercício e a determinação de instituição de um Sistema Único de Saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção; a descentralização com comando único em cada esfera de governo; a regionalização da rede de serviços, como forma de organização; e a participação popular como instrumento de controle da sociedade sobre o sistema, foram vistos por muitos críticos como detalhamento desnecessário. Entretanto, foram de fundamental importância para tornar efetivo o dispositivo constitucional. Direitos sociais, por sua natureza redistributiva, são sempre de difícil concretização. A existência de dispositivo constitucional que reconhecia o direito, indicava a forma de financiamento e conferia o estatuto de relevância pública às ações e aos serviços de saúde foi uma poderosa arma de que se valeu o movimento social que lutava pela reforma sanitária para obter conquistas nos anos subsequentes. Organizações e movimentos sociais que, desde a Constituinte, reunidos na Plenária Nacional de Saúde,²⁰ desenvolviam ação articulada, assumiram papel primordial nesta conjuntura adversa, no apoio aos setores que, no interior do MS e nas SES e SMS, tinham o objetivo de concretizar o SUS.

As barreiras enfrentadas à concretização do SUS não eram, como ainda hoje não são, poucas. Envolveram desde o enfrentamento de interesses econômicos hegemônicos até a superação da resistência ao necessário compartilhamento de poder com outras esferas de governo e as instâncias de controle social, incluindo ainda visões conflitantes sobre o papel do Estado, uma rede de serviços mal distribuída e insuficiente, o despreparo técnico de profissionais e práticas de gestão anacrônicas e inadequadas à concretização de um novo modelo de atenção.

Por essa razão, merecem destaque os esforços empreendidos para adequação da gestão do sistema aos princípios constitucionais.

20. A Plenária Nacional da Saúde era um foro que reunia entidades de diferente natureza (sindicatos, Organizações não Governamentais (ONGs), movimentos sociais, conselhos profissionais, segmentos do Congresso Nacional, CONASS, Conasems etc.), em ações de *advocacy*, unidas pelo objetivo de assegurar a realização das ações necessárias ao cumprimento dos dispositivos constitucionais relativos à saúde.

5.1 Descentralização e gestão compartilhada

A gestão do sistema tem sido indicada como o mais importante desafio enfrentado pelo SUS. Efetivar a mudança do modelo de atenção, garantir a integralidade do atendimento mediante a organização dos fluxos de cuidado para assegurar acesso a todos os níveis, articular prioridades locais e nacionais, implantar políticas capazes de responder às necessidades da população, assegurar disponibilidade dos serviços necessários e desenvolver capacidades para a gestão dos serviços em todas as esferas de governo foram, e em certa medida continuam sendo, exigências para que o sistema preconizado pela Constituição convertesse-se em realidade.

A organização descentralizada de ações e serviços de saúde foi um dos primeiros desafios do SUS. A descentralização está consolidando-se gradualmente, com sucessivos ajustes na definição de papéis e responsabilidades das três instâncias de governo. Alguns instrumentos, particularmente as normas operacionais,²¹ foram fundamentais em tal direção.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 e a Norma Operacional Básica de 1992, bastante parecidas, inauguraram a prática de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais, principalmente do ex-INAMPS, a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Condiçionava-se a descentralização da gestão de estabelecimentos e os valores a ser transferidos, ao aferimento, ainda que cartorial, da existência de planos, fundos e conselhos de saúde, entre outros requisitos exigidos pela Lei nº 8.142/1990. No período, foram estabelecidos tetos para as assistências hospitalar e ambulatorial, com o objetivo de conduzir à uma maior racionalização nos gastos, buscou-se a padronização dos pagamentos efetuados e difundiram-se os sistemas de informações que permitiram um maior controle dos pagamentos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Contudo, os pagamentos para os prestadores de serviços médico-hospitalares, inclusive públicos, continuaram sendo feitos pelo INAMPS; além disso, as secretarias estaduais e municipais de saúde também passaram a ser remuneradas por produção, ou seja, sem avançar no cumprimento da diretriz constitucional de descentralização da gestão (UGÁ *et al.*, 2003).

A partir da Norma Operacional Básica de 1993, editada pela Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993, houve um favorecimento da relação direta entre os níveis federal e municipal, que marcou o avanço da municipalização, bem como um maior envolvimento dos secretários municipais no direcionamento da política de saúde. O conteúdo desta norma referenciou-se nas discussões e

21. As normas operacionais foram instrumentos normativos instituídos por portaria ministerial com o objetivo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o SUS. Na sua grande maioria, tiveram conteúdo definido de forma pactuada entre o MS e representação do CONASS e Conasems.

recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi *Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho*. A NOB/1993 definiu o caráter automático das transferências intergovernamentais, criando a figura da transferência fundo a fundo, que previa o repasse de recursos sem necessidade de convênios.²² Criou também níveis de gestão municipal e estadual (incipiente, parcial e semiplena) com competências e responsabilidades administrativas e financeiras distintas. A ascendência aos níveis de gestão ocorria de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada por meio do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos pela norma (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Na NOB, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi citada pela primeira vez como uma entidade formal do SUS, embora já funcionasse anteriormente como órgão assessor, e foi determinada a criação das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) no âmbito de todos os estados.²³

As dificuldades financeiras do MS, à época, não encorajaram a maior parte dos estados ou municípios a habilitarem-se à gestão semiplena, a mais avançada, mas também a mais exigente em termos de requisitos e responsabilidades (PIOLA; REIS; RIBEIRO, 2000). Dessa forma, as transferências regulares e automáticas que a NOB/1993 inaugurou, ainda restritas ao custeio de serviços de assistências ambulatorial e hospitalar, beneficiaram apenas 137 dos mais de 5.000 municípios e somente cinco dos 27 estados, incluído o Distrito Federal (DF).²⁴ Durante a vigência da NOB/1993, foi ocorrendo a estruturação das Secretarias de Saúde e a inclusão de novos protagonistas (gestores estaduais e municipais e conselheiros) na definição das políticas de saúde. Assim é que o processo de negociação e formulação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB nº 1/1996), editada pela Portaria nº 2.202, de 5 de novembro de 1996, demorou aproximadamente um ano e envolveu numerosas discussões no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT, além dos seminários promovidos pelo CONASS e pelo Conasems.

Apesar das modificações que conferiram à NOB nº 1/1996 uma feição mais ajustada à conjuntura política do MS, muitos dos seus objetivos iniciais foram contemplados, destacando-se: *i*) a inclusão de novas áreas, além da assistência médico-hospitalar para o repasse automático de recursos;

22. Viabilizada, na prática, pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República.

23. "A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída como arranjo de negociação e pactuação permanente entre os gestores das três esferas de governo para operar a política de saúde. Se constituiu ao longo dos últimos dez anos no espaço privilegiado de relações intergovernamentais no setor saúde e tem cumprido um papel destacado na viabilização do processo de descentralização efetivado no país." (VASCONCELOS, 2004, p. 1). A CIB é sua fase estadual, isto é, no processo de negociação e pactuação dentro de cada estado.

24. A esmagadora maioria dos municípios habilitados pela NOB/1993 optou pela gestão parcial, situação na qual assumiam poucas responsabilidades e não recebiam repasse fundo a fundo. Entretanto, como o estabelecimento de conselho de saúde era um dos requisitos para habilitação, em qualquer uma das modalidades de gestão, é inegável que esta NOB teve um importante papel na difusão deste instrumento de participação e controle social.

ii) o reconhecimento de atribuições mais claras para os estados e a previsão de financiamento para sua execução; *iii*) o fortalecimento da CIT e das CIBs como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores, e a criação de instrumentos para a gestão compartilhada por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI); e *iv*) o aprimoramento da organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria.

Os estágios de gestão foram reduzidos a dois: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema. Os municípios habilitados no primeiro estágio, isto é, na gestão plena da atenção básica, recebiam apenas os recursos relativos ao financiamento desta de forma regular e automática. Os procedimentos mais complexos (ambulatoriais e hospitalares) eram remunerados por produção. Já os municípios em gestão plena do sistema, como já acontecia com os municípios no estágio de gestão semiplena da NOB/1993, recebiam, fundo a fundo, também os valores relativos aos procedimentos de alta e média complexidades. Em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios e nove dos 27 estados estavam habilitados em alguma das condições de gestão da NOB nº 1/1996, e as transferências diretas aos fundos de estados e municípios correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência à saúde. Com a NOB nº 1/1996, o processo de descentralização foi acelerado.²⁵

Essa norma também estabeleceu as bases para os mecanismos de descentralização de recursos para outras áreas, além das assistências ambulatorial e hospitalar. Com base nesta NOB começaram a ser transferidos recursos específicos para as vigilâncias sanitária e epidemiológica e o controle de doenças. Ademais, na norma, foram inseridas sinalizações de mudança do modelo assistencial por meio da criação de incentivos à implantação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família. Adicionalmente, a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), valor *per capita* transferido de forma automática para estados e municípios executarem ações de atenção básica, representou um novo reforço²⁶ para a alteração do modelo de transferência de recursos, onde a expectativa de demanda, ou seja, a necessidade de acesso à atenção à saúde, sobrepunha-se à utilização da capacidade instalada ou à oferta de serviços como critério para definir o repasse de recursos (BIASOTO, 2003).

25. A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em outubro de 1996, com recomposição do volume de recursos federais para a saúde nos anos que se seguiram, certamente contribuiu para a aceleração do processo de descentralização, uma vez que deu maior confiança aos estados e municípios de que não viriam a arcar somente com novas responsabilidades, sem o aumento das transferências federais. Por outro lado, a possibilidade de ser gestor apenas da atenção básica, permitiu que um maior número de municípios, principalmente os de menores recursos, assumisse a responsabilidade pela gestão desse nível de atendimento.

26. A primeira ação concreta de alteração do modelo de repasse aconteceu, como referido anteriormente, nas transferências fundo a fundo para os municípios em gestão semiplena pela NOB/1993 custearem o atendimento médico-hospitalar.

A descentralização mediada pelas NOB/1993 e NOB nº 1/1996 resultou em avanços, mas também problemas, muitos derivados de uma excessiva vocação municipalizante (PIOLA, 2002). Entre os avanços, cabe citar aumento de produtividade e efetividade nas ações já identificado em estudo realizado em 1995. Soares *et al.* (1995) identificou um aumento na produtividade das consultas médicas e queda na mortalidade infantil nos municípios do Ceará (CE) que assumiram a gestão dos seus sistemas locais. A diminuição da mortalidade infantil foi entre 16% a 26% superior nos municípios municipalizados, em relação aos não municipalizados, em uma amostra de 83 municípios.

Entre os problemas, o principal é a expansão de sistemas municipais sem nenhuma articulação regional, levando a ineficiências. O problema é agravado pela heterogeneidade dos municípios brasileiros tanto em termos de tamanho populacional, quanto de condições econômicas e capacidade instalada, características associadas ao fato de que os equipamentos de saúde atuam com escalas mínimas de produção, abaixo das quais passam a ser ineficientes. Biasoto Jr. (2003), ao analisar a rede hospitalar pública da maioria dos municípios brasileiros, chama a atenção para um quadro de extrema irracionalidade: 58,2% dos hospitais vinculados ao SUS tinham menos de 50 leitos, e somente 7% apresentavam a escala mínima econômica de 200 leitos. Mendes (2001) deu outros exemplos de ineficiência de escala ocasionados pela expansão de serviços sem nenhuma articulação regional. Segundo levantamento da Secretaria da Saúde do Ceará, em 2000, havia na região de Baturité, composta por oito municípios, oito hospitais operando com uma taxa média de ocupação de 22%; sete aparelhos de ultrassonografia quando seriam necessários apenas dois; dez laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e com baixa qualidade. Estudo mais recente do Banco Mundial (BIRD) confirma esta relação entre escala e eficiência. A taxa de ocupação média dos hospitais vinculados ao SUS é de 28,8%. Somente os hospitais com mais de 250 leitos atingem valores mais aceitáveis de 76,6%, enquanto nos hospitais que possuem entre 100 e 249 leitos, a taxa é de 46,6% e inferior a 30% nos hospitais com menos de 99 leitos (BIRD, 2005 *apud* CONASS, 2006, p. 82).

Com a aceleração da descentralização com repasse de recursos diretamente aos municípios, novos problemas passaram a ser identificados. De um lado, os de maior porte começaram a ensaiar políticas de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos, com redes assistenciais menos resolutivas. De outro, muitos municípios assumiram um comportamento oportunista de simplesmente encaminhar seus municípios para atendimento em outras localidades.

Assim, as duas normas operacionais subsequentes, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) de 2001 e de 2002,²⁷ enfatizaram as questões relacionadas à melhoria das condições de acesso aos serviços assistenciais, pela implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços²⁸ e definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso.²⁹ Mantiveram, contudo, os mecanismos de alocação de recursos, mas mudaram os critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridos. Como afirma Biasoto (2003) “(...) a grande inovação trazida pela Noas³⁰ foi a exigência da montagem de um Plano de Desenvolvimento Regional. Este plano tem como elemento de coordenação o gestor estadual, sendo obrigatória a colaboração e pactuação de todos os gestores municipais.” Para Teixeira (2003), “(...) a Noas induziria uma certa ‘solidariedade forçada’ entre os municípios interrelacionados na assistência, de forma a minimizar os conflitos distributivos e a reduzir as barreiras de acesso de pacientes”.

Embora semelhante à Noas/2001, a Noas/2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior equidade, além de atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios. Como no caso das normas que as antecederam, muitas das determinações das Noas não foram implantadas, mas a maioria dos conceitos e instrumentos propostos nestas para organização do sistema de saúde vem sendo consolidada por meio de outros instrumentos e iniciativas.

A partir de 2004, houve um consenso entre os gestores das três esferas de governo de que a fórmula de indução de mudanças, via normas operacionais, estava esgotada. Foi assim concebido um novo modelo de pactuação entre as instâncias, em que fossem respeitadas as diferenças regionais e o controle e a avaliação realizados com base em resultados.

27. Diferentemente das NOB/1993 e NOB/1996, mais dedicadas à gestão descentralizada, as Noas foram mais direcionadas a questões relacionadas ao acesso aos serviços de assistência médica e a organização e regionalização da rede de serviços.

28. De acordo com a publicação do Brasil (2002a), “o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.” Assim, todos os municípios do país deveriam ofertar o conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde, isto é, da atenção básica, em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população. Um ou mais municípios poderiam constituir *módulo assistencial*, definido como base territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, enquanto as *regiões de saúde*, conformadas por um ou mais módulos assistenciais, deveriam apresentar nível crescente de resolubilidade.

29. “A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (BRASIL, 2001a).

30. Referindo-se a Noas/2001.

Nesse espaço, foi construído, em 2006, o Pacto pela Saúde, que engloba três pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.³¹ Por meio do Pacto pela Saúde introduziram-se novas mudanças na gestão do SUS, entre as quais se destacam: a substituição do processo de habilitação às condições de gestão pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e a integração em cinco grandes grupos das várias formas de repasse dos recursos federais.

Esse mecanismo tem a virtude de superar as tendências das normas operacionais de estabelecer regras nacionais em detrimento de arranjos diferenciados segundo as especificidades loco-regionais. Mas, também, torna mais demorados e complexos os processos de negociação entre a esfera federal e as instâncias subnacionais.³²

Os problemas de gestão, no âmbito das relações entre as três instâncias de governo, são reforçados por problemas de gerência no âmbito das unidades de prestação de serviços. Administrar de forma eficiente estabelecimentos de saúde, particularmente os hospitais, tem sido um desafio para os gestores do SUS das três esferas de governo, desde muitos anos. A falta de autonomia gerencial e orçamentária na administração pública direta é colocada como um dos principais problemas enfrentados pelos diretores de tais unidades (COSTA; RIBEIRO, 2004; BANCO MUNDIAL, 2007).

Outros problemas, extensivos também à administração indireta, são a falta de profissionalização dos quadros dirigentes e a preponderância de critérios políticos nas nomeações para os cargos de direção. Na tentativa de superar estes problemas, principalmente a falta de autonomia gerencial, foram sendo criadas diferentes modalidades de administração pública indireta. As mais antigas são as autarquias, antes que desfrutavam de autonomias patrimonial, financeira, orçamentária e imunidade tributária. Aumentar a eficiência do setor público também motivou a diversificação de modelos institucionais que tiveram início nos anos 1960, consolidaram-se em 1967 com a Reforma Administrativa (Decreto-Lei nº 200) e expandiram-se nos anos seguintes.

Como resultado, convivem hoje, somente no âmbito do MS, paralelamente à rede de unidades da administração direta, modelos como os de sociedades de economia mista – *e.g.* o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre; as fundações – *e.g.* a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); e as autarquias em regime especial, como as agências reguladoras – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e os serviços sociais autônomos – *e.g.* a Rede Sarah. Recorde-se, também, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, uma empresa pública vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

31. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, regulamentados pela Portaria GM nº 699, de 30 de março de 2006.

32. Ver Ipea (2007).

Recentemente, mais duas modalidades institucionais passaram a integrar o rol de modalidades: a organização social (OS) e a fundação estatal. Existem nas duas últimas modalidades diversos pontos comuns, mas um dos mais significativos talvez seja a importância que tem o contrato de gestão, para melhor utilização da modalidade. A relação que se estabelece por meio deste instrumento entre o gestor do SUS, secretaria de saúde ou o MS, e o provedor de serviços, a OS ou a fundação estatal, envolve, para ambas as partes, riscos nem sempre completamente mensuráveis em um primeiro momento. Para o bom desempenho do contrato é importante a disponibilidade de instrumentos de controle e avaliação da qualidade de serviços e informações sobre custos. Ou seja, novos modelos institucionais que conferem maior flexibilidade à gestão não são, por si só, a panaceia para todos os problemas que envolvem a prestação de serviços de saúde com financiamento público. Concomitantemente, é necessário desenvolver maior capacitação no acompanhamento e na avaliação dos contratos, enfim, em todas as etapas que envolvem uma compra bem informada de serviços.

5.2 Ampliando o acesso e reorganizando o modelo de atenção

Assegurar atenção à saúde nos termos preconizados pelo marco legal do SUS exigiu um grande esforço de expansão da oferta e de mudança no paradigma de organização dos serviços públicos de saúde. Foi preciso conscientizar os vários atores do valor e da necessidade de integração das várias funções – promoção, prevenção, assistência, reabilitação e regulação – que o sistema de saúde deveria passar a desempenhar. Ao longo das duas décadas de sua existência, foram muitas as estratégias que se combinaram em torno deste objetivo: regulamentação, incentivos financeiros, processos continuados de capacitação de recursos humanos, estabelecimento de protocolos para atendimento de patologias específicas, campanhas informativas, entre outras.

Nesta subseção, serão tratadas algumas dessas questões começando pela reorganização do modelo de atenção, tendo como cerne a discussão da reestruturação da atenção básica por meio do PSF. Em seguida, apresentam-se as discussões sobre o acesso e a regulação das média e alta complexidades, o atendimento de urgência e emergência, o acesso a medicamentos e, por fim, a questão da melhoria da qualidade da atenção.

5.2.1 Expansão da atenção básica como instrumento da reorganização do modelo

A expansão do acesso à atenção básica, com base no PSF, foi talvez o esforço que mais contribuiu para reorientar o modelo assistencial. O programa, que partiu de experiências locais que tiveram início nos anos 1980 e converteu-se em estratégia

nacional a partir de 1996,³³ tem buscado aproximar o sistema das pessoas e assegurar o acesso aos cuidados necessários. O programa opera por meio de equipes multidisciplinares atendendo a clientela adstrita, com o apoio de agentes comunitários que, além de prestarem serviços, atuam como mediadores entre os demais profissionais de saúde e as comunidades onde atuam. Cada equipe responsabiliza-se pelo acompanhamento de cerca de três a 4,5 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área.

Estimuladas por incentivos financeiros, diversas municipalidades aderiram à proposta e o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) aumentou substancialmente. Em dezembro de 1998, havia 3.062 ESFs implantadas, oferecendo cobertura a 6,6% da população. Em julho de 2008, o número de equipes alcançou 28.669 e o percentual da população coberta atingiu 48,6%.

Mas não foi apenas o número de equipes que aumentou. Ampliaram-se também as responsabilidades destas e os serviços ofertados à população. A composição das equipes passou a contar com novas especialidades, que variam de acordo com as políticas municipais. Em âmbito nacional, o MS criou incentivos para a expansão da atenção à saúde bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, lançado em 2003. Em junho de 2001, existiam 1.457 Equipes de Saúde Bucal (ESBs). Em julho de 2008, já eram 17.124 ESBs, oferecendo cobertura a 44% da população. As equipes estão disponíveis em 4.857 municípios brasileiros e no DF.

As consequências dessa expansão para a oferta de serviços à população podem ser quantificadas. Em 1998, as ESFs realizaram 382 mil atendimentos de pré-natal, enquanto em 2007 foram 6,5 milhões. Para a população idosa, com mais de 60 anos, o número de consultas ofertadas pelas ESFs passou de 372 mil, em 1998, para 25 milhões, em 2007.

Os resultados positivos do PSF são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O World Health Report, (2008a), que tem como tema *Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca*, ressalta a importância da universalização da atenção à saúde e atenção primária como estratégia para a prevenção e detecção precoce de doenças, além da promoção da saúde e do estímulo a ações intersetoriais. Para a OMS, a atenção primária deve ser a base a partir da qual se guia o paciente por todo o sistema de saúde, orientando-o e

33. O Estado do CE, por exemplo, implantou, em 1987, programa de agentes comunitários de saúde criado como frentes de trabalho no período de seca, atendendo as pessoas do sertão em cerca de 115 municípios. Foi mantido ainda após aquele período e, em 1988, abandonou o caráter emergencial, estendendo a cobertura a outras populações e lugares. Esta bem-sucedida experiência levou o MS a implantar, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, então vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), inicialmente na região Nordeste e, em seguida, na região Norte. Ao lado de tais experiências, outras foram ajudando a moldar o PSF. Entre estas, podem ser citadas o modelo inglês de médico de família, o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói com forte influência do modelo cubano, a experiência de medicina comunitária de Montes Claros e outras experiências como, por exemplo, as implantadas por Londrina e Campinas.

assegurando-lhe o acesso aos cuidados de que necessita. O editor responsável pelo relatório, Win Van Lerberghe, em entrevista à BBC Brasil, afirmou que o programa brasileiro é “um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados básicos e de como esses cuidados devem ser implementados para que proporcionem melhoria na qualidade da saúde e tragam resultados”, ressaltando que “o programa brasileiro demonstra o modo como o sistema deve caminhar” (BBC, 2008).

Com a mesma perspectiva de reorientar o modelo de atenção, outras políticas específicas foram implantadas. Algumas foram estratégias utilizadas temporariamente, como foi o caso dos mutirões nacionais de cirurgias eletivas – cirurgia de catarata, varizes, próstata e retinopatia diabética.³⁴ Outras representaram mudanças muito mais profundas, como as políticas de saúde mental, transplantes, saúde bucal, atendimento de urgência e emergência e assistência farmacêutica.

Não obstante, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados. Estes relacionam-se a expansão da rede assistencial, melhoria dos processos de trabalho e gestão, maior qualificação dos profissionais e serviços ofertados e melhor integração entre os diversos níveis de complexidade da atenção, de modo a assegurar o acesso e a continuidade dos tratamentos necessários para resolver os problemas de saúde das pessoas atendidas com maior eficácia.

Com relação à expansão da rede assistencial e à integração entre os diversos níveis de atenção, para que o PSF converta-se efetivamente na porta de entrada do sistema de saúde, faz-se necessário que os outros níveis de atenção estejam preparados para atender à demanda referida a partir da atenção básica. Esta preocupação já havia sido destacada por diversos atores; entre estes, os participantes da XI Conferência Nacional de Saúde. Entre as questões que constaram do relatório da conferência, estava a preocupação com o fato do programa ter aumentado a demanda por serviços de saúde que não poderiam ser atendidos na atenção básica e que implicavam em necessidade de expansão da oferta em outros níveis de atenção, bem como na organização da referência e contrarreferência entre estes e a atenção básica.³⁵ O aumento da demanda sem o correspondente aumento e a organização da oferta nos outros níveis de atenção coloca em risco a integralidade e a resolutividade do sistema de saúde (BRASIL, 2001b).

34. Os mutirões foram implantados pelo MS em parceria com os estados e municípios entre 1999 e 2006, com o objetivo de reduzir as filas de espera acumuladas.

35. Quando uma pessoa é atendida em um serviço de saúde, por exemplo, em posto ou centro de saúde, ela pode precisar ser encaminhada para serviço de maior complexidade, como exame ou consulta com um cardiologista. Os profissionais do serviço de saúde deveriam referenciá-la (encaminhá-la) para os outros serviços de saúde, e estes, por sua vez, deveriam dar retorno (contrarreferenciar) a pessoa ao posto no qual ela foi inicialmente atendida.

Adicionalmente, há uma preocupação com a gestão dos recursos humanos relacionados ao programa. Esta foi demonstrada, por exemplo, pelas equipes médicas dos centros urbanos estudados na pesquisa *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos – dez estudos de caso*, elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP, 2001). Com relação aos recursos humanos, a maior preocupação dos médicos relatada no estudo era com as modalidades de contratação dos profissionais das equipes, que em geral envolviam contratos temporários, implicando no estabelecimento de vínculos precários.

Esses problemas de contratação de profissionais para as ESFs persistem e não parece haver uma solução política fácil. No caso dos agentes comunitários de saúde (ACSs), um requisito é que os mesmos sejam vinculados à comunidade. Quanto à realização de concursos públicos, se, por um lado, isto permitiria pensar em planos de cargos e salários e mais garantias para o profissional, bem como estabilidade das equipes, por outro, reduz a flexibilidade de seleção dos profissionais mais vinculados às comunidades.

Observa-se uma alta rotatividade dos profissionais de saúde no PSF, o que compromete a proposta do programa, particularmente do atendimento longitudinal, isto é, o acompanhamento de uma família ao longo do tempo permitindo conhecimento mais amplo sobre a saúde de seus membros e suas condições de vida.

Ainda com relação aos recursos humanos, destaque-se que a grade curricular dos cursos superiores na área biomédica tem pouca relação com a formação requerida para profissional do PSF. Pouco se discute sobre a determinação social da doença, e há forte tendência a especialização e atuação clínica, com pouco foco no trabalho e nas atuações multiprofissional e integral.

Adicionalmente, outro problema do PSF esteve relacionado à sua dificuldade para ser implantado em grandes centros urbanos, isto é, os municípios com mais de 100 mil habitantes. Com poucas exceções, como é o caso de Belo Horizonte, o número de equipes era pequeno frente à população dos municípios desse porte. Isto ficava ainda mais visível em 40 deles, que tinham mais de 500 mil habitantes e concentravam 30% da população brasileira. Por exemplo, em 2007, a cobertura estimada para São Paulo (SP) era de 26%, e menos de 10% no Rio de Janeiro (RJ) (IPEA, 2006).

5.2.2 O acesso a procedimentos especializados e de média complexidade

Para melhorar o acesso à hospitalização foi definida a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade,³⁶ que visa reduzir a fila

36. Portaria GM nº 252, de 6 de fevereiro de 2006.

de espera por procedimentos cirúrgicos nos estados e municípios de todo o país e definir parâmetros e procedimentos para a elaboração de projetos de ampliação da oferta, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização. Esta política objetiva a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada capaz de fornecer com regularidade os serviços demandados pela população nos prazos razoáveis, substituindo a estratégia anterior, que vinha sendo adotada desde 1999, de mutirões para redução das filas de espera. Ainda assim, as filas de espera para exames mais complexos e consultas médicas especializadas persistem como problema a requerer solução.

A organização do acesso aos serviços especializados e de média complexidade tem tido na PPI seu principal instrumento de ação. Esta última é um processo de planejamento por meio do qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada municipalidade. Com base na PPI, são realizados os pactos intergestores para garantia de acesso da população de cada região de saúde aos serviços necessários, com critérios para referência de pacientes e parâmetros de cobertura. Por tal instrumento são estabelecidos os limites financeiros destinados à assistência da população da municipalidade e das referências recebidas de outros municípios.

Apesar das medidas que vem sendo tomadas, o acesso a procedimentos especializados e de média complexidade permanece como um dos pontos fracos do sistema, comprometendo a continuidade e oportunidade da oferta de ações e serviços. A ausência de investimentos na fase inicial do SUS³⁷ manteve o sistema fortemente dependente de provedores privados para hospitalização e oferta de meios diagnósticos, e a rede privada lucrativa tende a concentrar-se em áreas de maior rentabilidade. A distribuição de recursos humanos especializados também revela insuficiências. Estudo realizado em 2007 por técnicos do MS³⁸ revela que 16% dos municípios com mais de 25 mil habitantes não ofereceram, em 2005, consultas especializadas em nefrologia, cardiologia, endocrinologia, dermatologia, oftalmologia e ortopedia. A existência de um grande número de municípios que não dispõem de serviços especializados conduz à discussão a necessidade de aprofundar os esforços de planejamento e regionalização e de ampliar o investimento público para assegurar a disponibilidade de uma rede de serviços resolutiva.

37. Em 1993, o SUS não mais recebeu as transferências que, historicamente, eram feitas pela Previdência Social para a assistência à saúde. A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, também não teve o impacto, esperado uma vez que houve a retração de outras fontes que eram utilizadas no financiamento da saúde – ver Piola, Reis e Ribeiro (2001) ou Ribeiro, Piola e Servo (2005).

38. André Bonifácio – Departamento de Apoio à Descentralização (DAD)/Secretaria Executiva (SE)/MS; Cristina Amaral – Gabinete MS; Lúcia Queiroz – Núcleo de Acompanhamento dos Estados e Municípios (Naem)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS; Roberto Esteves – Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS)/Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); e Sérgio Gaudêncio – Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (Aisa)/Gabinete MS.

5.2.3 Acesso a procedimentos de alta complexidade

A alta complexidade corresponde, no âmbito do SUS, ao conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. Estes estão organizados em redes de atenção, as quais têm por objetivo facilitar aos usuários do SUS o acesso aos serviços. Entre as políticas nacionais de alta complexidade, podemos citar: as de assistência cardiovascular, assistência ao paciente portador de doença renal crônica, assistência ao paciente oncológico, assistência em traumatologia-ortopedia, atenção em reprodução humana assistida, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade, saúde auditiva, além da política nacional de transplantes.

O acesso aos procedimentos de alta complexidade é viabilizado por centrais específicas, que são centrais de regulação – nacionais ou estaduais.³⁹ Atualmente, as centrais que estão normativamente estruturadas são as que controlam o universo de procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)⁴⁰ e os relacionados à terapia renal substitutiva e aos transplantes.

Essa central tem por atribuição regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, de caráter eletivo, desde que haja ausência de oferta de serviços em seu estado de residência ou insuficiência avaliada e comprovada, e garantir o financiamento dos atendimentos. Nos estados, a CNRACs é representada pelas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), que devem estar integradas às ações das demais centrais de regulação⁴¹ dos estados. As CERACs devem responder também pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem, nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumatologia-ortopedia.

O acesso a transplantes de órgãos e tecidos, por sua vez, é realizado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), criado em 1997, que tem como atribuição desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas. Uma central nacional gerencia a lista de receptores e coordena a distribuição de órgãos entre os estados, articulando o trabalho das demais centrais do país. O SNT dispõe de 25 Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO) nos estados da Federação e no DF,

39. As Centrais de Regulação, que são as estruturas básicas do complexo regulador, compreendem toda a ação por meio do processo regulatório, ou seja, são responsáveis pelo recebimento, processamento e agendamento das solicitações de atendimento. Estas atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas, como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e dos procedimentos ambulatorial de média e alta complexidades.

40. Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001, e Portaria SAS nº 589, de 27 de dezembro de 2001.

41. Central de Regulação de Urgência, Central de Regulação de Internações e Central de Regulação de Consultas e Exames.

e de uma Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNN-CDO), localizada em Brasília. Alguns estados dispõem de centrais regionais, vinculadas à central estadual, em municípios considerados polos de região administrativa.

A fila para transplantes no SUS para cada órgão ou tecido é única, com critérios técnicos, geográficos e de urgência específicos para cada tipo de órgão ou tecido, e é disciplinada pela Portaria GM/MS nº 3.407, de 5 de agosto de 1998.⁴² Afirmar que tal fila é única, significa que esta é a igual para pacientes das redes hospitalares pública e privada. Ou seja, o receptor de órgão ou tecido, de tais redes, deverá estar inscrito no cadastro técnico (lista de espera do SNT) para que tenha direito ao transplante. De acordo com o Decreto-Lei nº 2.268/1997, a CNCDO indica a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos, em estrita observância à ordem de receptores inscritos com compatibilidade para recebê-los. Entretanto, a ordem de inscrição poderá deixar de ser observada, entre outras hipóteses, *se dos órgãos necessitar quem se encontre em iminência de óbito*, ou seja, pela gravidade do paciente.

Assim, o estabelecimento dos critérios de priorização dos pacientes é bastante controverso e passa por importantes fatores éticos, de justiça e utilidade, envolvendo tanto critérios subjetivos e culturais – fatores éticos e de justiça – como as avaliações científicas e de custo – efetividade (utilidade).

Entretanto, há notícias de inversão de ordem de prioridade na lista de espera de transplantes beneficiando principalmente pacientes da rede privada.⁴³ O principal fator que determina esta inversão na lista é o acesso: *i*) às vias judiciais, para obtenção de liminar que assegure o transplante; e *ii*) à exames clínicos, que comprovem a gravidade do caso. Neste último, os pacientes da rede privada os realizam com frequência muito maior que os pacientes da rede pública, comprovando mais rapidamente a gravidade do caso, além de terem sempre exames mais atualizados.⁴⁴

Segundo Marinho (2008), o Brasil fica atrás apenas dos Estados Unidos no número de transplantes realizados. Contudo, enquanto nesse país os transplantes são, em geral, pagos diretamente pelos pacientes ou por meio de planos e seguros de saúde, e somente no caso dos mais pobres pelo governo; no Brasil, a maior parte dos transplantes é financiada pelo sistema público. Dados extraídos deste estudo indicam que, em 2005, foram realizados 15.527 transplantes de órgãos e tecidos, dos quais 11.095 (71,4%) foram pagos pelo SUS.

42. Para mais detalhes, ver: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/gM/gm-091.htm>>.

43. Em 2008, foi publicada uma notícia no jornal de que o Ministério Público Federal (MPF) instaurou procedimento administrativo para apurar irregularidades na lista de transplantes hepáticos do Rio (<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0108200820.htm>), esquema que foi denominado de *Fura Fila* pela Polícia Federal. Recentemente, o mesmo veículo de comunicação trouxe notícia sobre o médico que estava sendo acusado e foi absolvido em primeira instância (<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0204200920.htm>). Este debate mostra a complexidade e parte dos problemas relacionados às filas para transplante.

44. Ou seja, supondo o mesmo estágio da doença em dois pacientes – rede pública e privada – e a mesma velocidade no avanço da mesma, aquele que tiver um exame mais recente que comprove sua gravidade será beneficiado com o transplante.

No entanto, há que se reconhecer que o SNT convive com sérios problemas de natureza gerencial, qualidade e atualização tecnológica dos procedimentos médicos, e de garantia de prestação de tratamento tempestivo e equitativo ao público-alvo. Ou seja, não adianta o governo priorizar a campanha nacional de doação de órgãos se não é capaz de ter integração concreta de todas as etapas do transplante, que envolve a captação do órgão, seu transporte e a realização do procedimento. O foco, além da campanha de doação, deve ser também nestas ações que fazem parte do processo. A tabela 1, retirada de Marinho (2008), apresenta a dimensão das filas para transplantes no SNT em 2006.

TABELA 1

Brasil: número de pessoas na fila de espera para transplantes, para órgãos selecionados – 2006

Órgãos	Pessoas na fila
Rim	31.531
Córnea	24.549
Fígado	7.005
Rim e pâncreas	358
Coração	310
Pâncreas	114
Pulmão	108
Total	63.975

Fonte: Marinho (2008)

5.2.4 Atendimento de urgência e emergência

Os problemas de superlotação dos prontos atendimentos (PAs) e das urgências dos hospitais são de amplo conhecimento não só dos gestores e profissionais de saúde, mas da população em geral, uma vez que tais problemas repercutem com intensidade e frequência nos meios de comunicação, com as consequentes críticas ao sistema público. Santos *et al.* (2003) relaciona como determinantes desta superlotação a baixa resolutividade da atenção primária; a falta de organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, em particular ao atendimento de urgência; os problemas de capacitação profissional, entre outros.

Em 2003, uma nova proposta de Política Nacional de Atenção às Urgências⁴⁵ foi elaborada contendo a organização de redes locais de atenção integral às urgências em quatro níveis: i) pré-hospitalar fixo, que compreende as unidades básicas de saúde, as unidades de saúde da família, os agentes comunitários, os ambulatórios especializados, os serviços de diagnóstico e terapia e os

45. Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.

serviços de atendimento às urgências não hospitalares (pronto-socorro e pronto-atendimento); *ii*) pré-hospitalar móvel, isto é, o Samu; *iii*) hospitalar, ou seja, os prontos-socorros de unidades hospitalares e os leitos de internação; e *iv*) pós-hospitalar – hospital-dia, domiciliar e reabilitação.⁴⁶

O Samu é parte central desse novo sistema e tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de urgência, ser uma porta de comunicação entre os usuários e serviços de saúde e ordenar o fluxo de pacientes no sistema. Mediante chamada gratuita feita para o telefone 192, este serviço realiza o atendimento de urgência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho ou vias públicas.⁴⁷ A rede nacional Samu conta com 144 serviços, cerca de 2,5 mil veículos, cobrindo 1.163 municípios e 100 milhões de pessoas.⁴⁸

Até o momento, os esforços concentraram-se muito mais em um dos três níveis propostos pela política, qual seja, a atenção pré-hospitalar móvel. Isto deve-se, entre outros, ao fato de que a organização dos outros níveis depende de várias outras políticas de gestão das atenções hospitalar e pós-hospitalar.

Adicionalmente, deve-se observar que os resultados de um atendimento rápido e resolutivo de atenção às urgências não podem ser separados facilmente dos de outras políticas públicas, inclusive das que envolvem outras áreas para além do setor de saúde. Este é o caso, por exemplo, de possíveis reduções de mortalidade por acidentes de trânsito. A denominada Lei Seca (Lei nº 11.705/2008), que reduziu significativamente o nível de álcool que pode ser ingerido por uma pessoa que pretende conduzir um veículo, apresentou importante impacto sobre a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito. Levantamento preliminar do MS em 14 Samus indicaria uma redução de 24% nos atendimentos de urgência após a promulgação da lei.⁴⁹

5.2.5 Ampliação da assistência farmacêutica e acessibilidade a medicamentos

Propiciar o acesso a medicamentos foi, e continua sendo, um dos maiores desafios enfrentados pelo SUS. Para enfrentar o problema, diversas foram as iniciativas de regulação e formulação de políticas públicas retomadas ou fortalecidas na esfera da assistência farmacêutica. A aprovação da Política Nacional de Medicamentos

46. A Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, regulamentava os sistemas estaduais de urgência.

47. Essa discussão está mais detalhada em Ipea, 2006.

48. Alguns serviços atendem a mais de um município de sua região. Ver a lista em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23709&janela=2>. Acesso em: 17 mar. 2009.

49. Dados apresentados em CONASS. Consensus nº 35. Julho a agosto de 2008. Esses resultados parecem estar diretamente relacionados ao rigor da fiscalização logo após a promulgação da lei e podem não ser tão significativos se esta for relaxada. Contudo, notícias divulgadas por jornais brasileiros em maio de 2009 mostram que os resultados em termos de redução de acidentes continuam sendo significativos, segundo dados divulgados pelo Grupamento de Socorro de Emergência (GSE), da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, do governo do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://jbonline.terra.com.br/pextra/2009/05/21/e21058718.asp>>. Acesso em: 26 maio 2009.

(PNM),⁵⁰ em 2002, e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF),⁵¹ em 2004, foram marcos de reorientação da estratégia de ação.

Além da revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e da instituição de programas para assegurar acesso a medicamentos estratégicos, foram implementadas medidas de fortalecimento das ações de regulação do mercado em geral, com a criação da Anvisa, de regulação da produção de medicamentos genéricos e fortalecimento e expansão dos laboratórios públicos fabricantes de medicamentos. Além disso, foram criados instrumentos para o financiamento de pesquisa e desenvolvimento tecnológico – os fundos setoriais.

Para as ações de atenção básica, diversas estratégias de assistência farmacêutica têm sido combinadas para assegurar a dispensação de medicamentos na rede ambulatorial do SUS. A mais importante destas foi o Incentivo para a Assistência Farmacêutica Básica. Este é financiado pelos três níveis de governo, e a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, dos municípios e do DF. Os municípios responsabilizam-se pela aquisição descentralizada de um elenco mínimo, predefinido, de medicamentos integrantes da Rename que atendam ao perfil epidemiológico – patológico local. No Programa de Saúde Mental, a União também participa com repasse de parte dos recursos financeiros, cabendo aos estados adquirir a medicação. A aquisição dos medicamentos para hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, asma e rinite é, desde 2005, realizada de forma descentralizada por estados e municípios, com recursos repassados pelo MS. Os estados recebem o repasse direto de medicamentos para outros programas – saúde da mulher, alimentação e nutrição, endemias focais, tuberculose, hanseníase, combate ao tabagismo e ao HIV/AIDS. O Programa Nacional de Imunização, por sua vez, disponibiliza os imunobiológicos necessários para assegurar as metas das campanhas nacionais de imunização e as ações de vacinação de rotina.

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional assegura o acesso à assistência farmacêutica a pacientes portadores de patologias raras⁵² e às que envolvem tratamentos de alto custo ou longa duração. Estes medicamentos são cofinanciados pela União e estados.

50. A PNM apresenta diretrizes estruturadas em três eixos de ação governamental: *i*) regulação sanitária; *ii*) regulação econômica; e *iii*) assistência farmacêutica.

51. A PNAF, aprovada em maio de 2004 pelo CNS, que toma como pressuposto que “a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde”, é um caso exemplar de esforço multisetorial.

52. Algumas das condições admitidas para utilização destes medicamentos, segundo procedimentos específicos definidos em protocolos, são: Doença de Gaucher, Doença de Parkinson, Alzheimer, hepatites B e C, esclerose múltipla, pacientes renais crônicos e transplantados.

O SUS assegura também os medicamentos utilizados nas assistências hospitalar e oncológica. Os usuários do sistema público de saúde que utilizam estabelecimentos hospitalares têm o direito aos medicamentos necessários aos tratamentos a que são submetidos. Estes são incluídos nas contas hospitalares, isto é, na autorização de internação hospitalar (AIH) de cada paciente.

As diferentes formas de execução e mecanismos de implementação das políticas de medicamentos e assistência farmacêutica, sob responsabilidade de diferentes atores, com clientela de perfis diversos e capacidades de pressão desiguais, repercutem também de modo desigual sobre o volume de recursos alocados em cada programa, e têm provocado distorções que precisam ser enfrentadas. A insuficiência de medicamentos para tratamentos na atenção primária e nas consultas ambulatoriais especializadas, além de injusta, repercute sobre os custos do sistema, pelo agravamento de quadros e pela necessidade de intervenções mais dispendiosas no futuro.

Além dos programas de distribuição gratuita de medicamentos, o MS também tem promovido outras ações, via compra privada, que procuram facilitar o acesso a medicamentos.⁵³ Entre estas ações, inscreve-se o estabelecimento, em 1999, da comercialização de medicamentos genéricos, por meio de lei⁵⁴ que definiu critérios para registro e controle destes e a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos.

O acesso a medicamentos na rede varejista foi também objeto de ação do Estado com a criação, em 2004, do Programa Farmácia Popular,⁵⁵ que subsidia a aquisição de medicamentos genéricos, em grande parte produzidos por laboratórios oficiais, disponibilizados em estabelecimentos específicos e farmácias comerciais credenciadas desde 2006. São vendidos medicamentos para hipertensão, diabetes e contraceptivos com até 90% de seu custo subsidiado.

5.2.6 Melhorando a qualidade da atenção

A melhoria da qualidade da atenção ofertada pelo SUS tem sido objeto de inúmeras iniciativas. Exemplos de iniciativas adotadas nestas duas décadas são: as centrais de marcação de consultas; as medidas de acolhimento e humanização do atendimento; as ações voltadas para a melhoria da assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido e ao atendimento a urgências e emergências;

53. A aquisição de medicamentos é o principal item de gasto das famílias nas faixas de menor renda. Em 2003, representava 40,6% do gasto médio das famílias com saúde e 76% deste tipo de gasto nas famílias do estrato com menor renda, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

54. Lei nº 9.787/1999.

55. Decreto nº 5.090/2004.

a implementação de ações especialmente desenhadas para segmentos populacionais específicos, visando assegurar o atendimento de suas necessidades, notadamente mulheres, crianças e adolescentes, homens, população negra e idosos; e o estabelecimento de padrões mínimos de qualidade em infraestrutura e recursos humanos e nas rotinas assistenciais.

A melhoria da qualidade tem sido buscada também por meio de iniciativas que estimulam a acreditação⁵⁶ de estabelecimentos, por meio de programas, como o Maternidade Segura e o Hospital Amigo da Criança, e o apoio à criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A acreditação por esta instituição é voluntária e envolve custos para os estabelecimentos. Em 2007, existiam 91 hospitais, 12 serviços de hemoterapia, 11 serviços de nefrologia e 10 serviços ambulatoriais, terapêuticos e de pronto-atendimento acreditados. A maioria dos estabelecimentos acreditados está localizada na região Sudeste.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) tem, entre as medidas implementadas, o estímulo ao acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde, a gestão compartilhada⁵⁷ e o acolhimento do familiar/cuidador.⁵⁸ O HumanizaSUS também inclui o Programa de Formação em Saúde e Trabalho e atividades de qualidade de vida e atenção à saúde para os trabalhadores do setor. Além disso, desenvolve e oferece cursos, oficinas e seminários e certifica e divulga experiências bem-sucedidas de humanização no SUS.

No esforço de melhoria da qualidade, foram também implementadas medidas para a redução da taxa de partos com cesáreas no sistema público, e estabelecidos protocolos de atendimento para orientar a atuação das unidades do SUS para patologias específicas – entre estas, a tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, além das patologias incluídas no Programa de Dispensação de Medicamentos Excepcionais.

Atividades de capacitação de recursos humanos, com vista à melhoria do atendimento, têm sido desenvolvidas desde o início da implementação do sistema. Praticamente todas as áreas e os programas promovem a melhoria da formação das equipes estaduais e/ou municipais. Entre as atividades, destacam-se os esforços de capacitação das ESFs e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), voltado para a qualificação dos trabalhadores de graduação média, que não possuam formação específica para atuar como auxiliares de enfermagem, e a atualização dos profissionais.

56. Acreditação é processo de avaliação externa para verificar se o estabelecimento de saúde, público ou privado, atende aos processos e padrões definidos para prestar assistência de qualidade aos seus pacientes.

57. Colegiados, Contratos de Gestão inter e intrainstitucionais.

58. Agenda com a equipe de referência, visita aberta, direito a acompanhante e envolvimento no projeto terapêutico.

A despeito das deficiências e insuficiências evidenciadas, é inegável que o sistema público de saúde vem alcançando crescente legitimidade. Pesquisas de opinião sobre a saúde, realizadas ao longo destas últimas duas décadas, indicam níveis de satisfação da população com os serviços disponibilizados bastante razoáveis. As críticas estão relacionadas principalmente à demora no atendimento, às filas de espera e à insuficiência de medicamentos. Pesquisa de opinião pública realizada pela Confederação Nacional da Indústria, em 2000, identificou 88% de satisfação com o sistema público de saúde. A última informação disponível, para âmbito nacional, da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) da OMS, em 2003, indica uma aprovação maior por parte dos usuários do SUS do que a apresentada pelo conjunto da população: 58% dos entrevistados declararam-se insatisfeitos com o sistema de saúde do país – considerado tanto o público quanto o privado; mas, quando foi realizada a indagação sobre o último atendimento recebido, a maior parte dos aspectos submetidos à avaliação foi considerada *boa* ou *muito boa* em percentuais superiores a 60% pelos usuários do SUS. Os aspectos referidos como insatisfatórios pelos entrevistados estão associados principalmente ao tempo de espera, à possibilidade de escolha do profissional e à participação na tomada de decisões sobre o tratamento.

6 RESULTADOS: O QUE O SUS SIGNIFICOU PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

O esforço para implantar o SUS, relatado nas seções anteriores, apresenta resultados, captados por diferentes fontes de informação, que permitem caracterizar os avanços alcançados e os desafios que persistem no que se refere ao acesso e a melhorias no quadro sanitário. Estes resultados passam pela expansão da rede assistencial, tanto em termos de estabelecimentos quanto de recursos humanos, com resultados de ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de saúde. Estão relacionados, também, às mudanças em indicadores de resultados, como a redução da mortalidade infantil e o controle de doenças. Destaca-se, todavia, que, apesar destes bons resultados, há ainda problemas relacionados a cada um, e que precisam ser solucionados.

6.1 Maior acessibilidade e maior cobertura

A atenção básica expandiu-se significativamente após a implantação do PSF. Este programa cobre atualmente quase 49% da população e o Programa Brasil Sorridente, apesar de ter sido priorizado mais recentemente, já cobre 44% da população.

O acesso aos serviços melhorou sensivelmente. Exemplo disto é o acesso à atenção pré-natal conforme demonstram dados de dois levantamentos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizados, respectivamente, em 1996 e 2006. Nesse último ano, 99% das mulheres brasileiras tiveram acesso ao pré-natal, contra 86% em 1996. No meio rural, o índice subiu de 68% para 96%. Em 1996, 32% das

gestantes residentes em áreas rurais nunca haviam realizado uma consulta pré-natal. Em 2006, este percentual diminuiu para 3,6%. A melhoria no acesso, em áreas rurais, deve ser, em grande parte, resultante da ampla inclusão promovida pelo SUS.

Nas áreas urbanas, a redução no percentual de gestantes que nunca havia realizado uma consulta pré-natal também foi significativa: de 8,6%, em 1996, para 0,8%, em 2006. Também é significativa a elevação da participação dos partos de gestantes residentes em áreas rurais que foram realizados com assistência médica: de 58%, em 1996, aumentou para 83%, em 2006. A melhoria no acesso também pode ser notada quando se analisa o percentual de partos realizados em hospitais, uma vez que este aumentou de 78%, em 1996, para 96%, em 2006 (tabela 2).

TABELA 2

Cobertura – gestação e parto, mulheres de 15 a 49 anos – 1996 e 2006

(Em %)

Item/situação domicílio	1996	2006
Nunca fez consulta pré-natal (rural)	31,9	3,6
Nunca fez consulta pré-natal (urbano)	8,6	0,8
1ª consulta nos três primeiros meses de gestação	66	82,5
Médico presente na hora do parto (rural)	57,7	82,6

Fonte: IBGE. PNDS – 1996 e 2006.

A melhor adequação da atenção pré-natal pode ser aferida ainda pela informação de que, em 2006, 83% dos nascidos vivos tinham mães que efetuaram sua primeira consulta no primeiro trimestre de gestação, tal fato ocorria com apenas 66% em 1996. Adicionalmente, 77% delas tiveram acesso a seis ou mais consultas de pré-natal, sendo 80% para as residentes em áreas urbanas. Nas áreas rurais, o percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram seis ou mais consultas é de 66%.

Mas, apesar da ampliação em todas as regiões, persistem desigualdades interregionais que precisam ser superadas. O percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram seis ou mais consultas de pré-natal é de 85% na região Sudeste e 61% na região Norte.

Outros indicadores frequentemente utilizados para analisar a cobertura assegurada à população são os relativos à hospitalização e a consultas por habitante. Estes indicadores, quando analisados em série histórica segundo a distribuição regional, permitem verificar a existência ou não de processo de redução de desigualdades entre as regiões do país. No caso das hospitalizações, a análise é complexa porque avanços tecnológicos ocorridos no período reduziram significativamente o uso da internação como recurso de assistência. O que se pode verificar, contudo,

é que enquanto este indicador referido ao número de hospitalizações realizadas pelo sistema público apresenta redução nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste, nas regiões Norte e Nordeste, ao contrário, cresce significativamente no período 1985-2000, alcançando, em 2005, taxas muito próximas às das demais regiões.⁵⁹ Em 1985, a taxa da região Norte (5,5), era a metade da observada na região Sul (11). Em 2005, a primeira alcançou 6,6 hospitalizações realizadas pelo sistema público por 100 habitantes, e a taxa da segunda era de 6,8.

As consultas médicas asseguradas pelo SUS também cresceram e alcançaram níveis muito próximos entre as regiões. Em 2005, em todas as regiões, o SUS oferecia, em média, um número superior a duas consultas médicas por habitante. O sistema público, em 1987, concentrava sua oferta nas regiões Sudeste e Sul, oferecendo nas regiões Norte e Nordeste menos que a metade do número de consultas registradas nas outras regiões (tabela 3).

TABELA 3
Concentração de consultas e hospitalizações pelo sistema público –
Brasil, 1987, 1995, 2000 e 2005

Região	Hospitalizações SUS (egressos)				Consultas			
	Por 100 habitantes				Por habitante			
	1987 ¹	1995	2000	2005	1987 ¹	1995	2000	2005
Brasil	8,1	8,1	7	6,2	1,67	2,2	2,3	2,5
Norte	5,5	6,8	7,2	6,6	0,88	1,3	1,5	2
Nordeste	6,2	8,2	7,6	6,4	1,09	1,9	2,1	2,2
Sudeste	8,8	7,2	6,2	5,6	2,21	2,6	2,7	2,9
Sul	10,9	8,2	7,9	6,8	1,76	2,1	2,2	2,3
Centro-Oeste	8,1	7,06	7,71	7,22	1,23	2,25	2,08	2,42

Fontes: Banco Mundial (1995) e Ripsa (2008a).

Nota: ¹ Produção de hospitalizações e consultas por unidades próprias, contratadas e conveniadas com o INAMPS.

Em procedimentos mais complexos, há uma consistente tendência de crescimento. O número de transplantes realizados no país, entre 2001 e 2007, teve um aumento de 63%, passando de 9.733 transplantes realizados, no primeiro ano, para 15.879, no último. O procedimento mais frequente é o transplante de córnea, que representou 64% do total de transplantes realizados, em 2001, passando para 72%, em 2007. Em seguida, vem o transplante de rim, que apresentou um incremento de 14% no período 2001-2007, passando de 2.680 para

59. A reduzida taxa apresentada pela região Sudeste, 5,6, está associada ao fato de que nesta concentra-se 70% da população beneficiária de planos e seguros de saúde.

3.064 transplantes realizados. Os transplantes de coração, que chegavam a 200 em 2004, vêm apresentando queda na frequência, uma vez que foram realizados 159 transplantes deste tipo em 2007. Em contrapartida, os transplantes de fígado apresentaram, no período, um acréscimo de 82%, passando de 548 para 995 transplantes, e os de pâncreas dobraram, aumentando de 39 para 78 transplantes.

As ações de prevenção também expandiram-se. A cobertura vacinal alcançou níveis elevados em todos os tipos de vacinas e estados do país. Além de ampliar o rol dos imunobiológicos oferecidos à população em 26 mil postos de rotina de vacinação, o PNI implantou a vacinação de adultos, mulheres em idade fértil e idosos a partir de 60 anos. Os idosos são imunizados contra gripe, tétano e difteria em todos os postos do país.

Em 1995, apenas seis estados alcançavam cobertura superior a 90% para a vacina difteria, coqueluche e tétano (DPT), e em seis destes, a cobertura era inferior a 60%. Em 2003 a DPT foi substituída pela tetravalente (DPT + Hib - *Haemophilus influenzae* tipo b), e sua cobertura foi superior a 90% em 25 das 27 UFs, das quais as duas restantes apresentaram índices de cobertura superiores a 80%. O quadro é ainda melhor no que se refere à cobertura com a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Em 2006, 14 estados apresentavam 100% de cobertura e apenas um ainda não alcançara 90%. Para a poliomielite, nenhum estado apresenta cobertura inferior a 90%, e a maioria já alcançou ou encontra-se muito próxima dos 100% de cobertura vacinal.

6.2 Maior acesso a medicamentos

O conjunto de medidas implantadas na área de medicamentos parece estar refletindo-se em maior acesso da população a tal insumo essencial. A PMS, realizada em 2003, detectou que 87% das pessoas conseguiram obter, isto é, receberam gratuitamente ou conseguiram comprar, todos os medicamentos prescritos na última vez que precisaram de assistência, e 5,4% conseguiram grande parte destes. Destaque-se, contudo, que não se pode afirmar que estes medicamentos foram obtidos gratuitamente ou se foram pagos diretamente.

A PNDS/2006 investigou o acesso de mulheres a medicamentos segundo a enfermidade e também obteve resultado similar, com percentuais de mulheres que obtiveram todos os medicamentos prescritos sempre superiores a 85%, e alcançando 93% no caso da hipertensão. A pesquisa também indagou a forma de obtenção e identificou que para enfermidades como o diabetes e a hipertensão, a dispensação pelo SUS alcança 72% e 58% dos casos, respectivamente, mas que os percentuais caem significativamente quando os medicamentos destinam-se a outras patologias. Para bronquite/asma, por exemplo, a obtenção pelo SUS cai para 25% (tabela 4). Isto pode ser um indicativo da necessidade de repensar a estratégia de disponibilização de medicamentos na atenção básica.

TABELA 4
Distribuição percentual do acesso a medicamentos nos últimos 30 dias, segundo
enfermidades¹ – 2006

Enfermidade	Conseguiu todos	Conseguiu pelo menos um	Não conseguiu	% que obteve por meio do SUS
Hipertensão	93	4,8	2,2	58
Diabetes	90,1	6,3	3,6	72
Depressão/ansiedade/ insônia	88,4	5,9	5,7	30
Anemia	87,4	7,2	5,5	46
Vulvovaginite ²	86,3	7,3	6,4	52
Artrite/reumatismo	85,5	6,6	7,9	29
Bronquite/asma	85,5	8,6	5,9	25

Fonte: PNDS 2006.

Notas: ¹ Considerou-se portadora de enfermidade a mulher que, além do diagnóstico médico, relatou prescrição de medicamentos.

² Para vulvovaginite, considerou-se a prescrição médica nos últimos 30 dias.

A distribuição de medicamentos excepcionais apresentou intenso crescimento nos últimos anos. Não existem dados disponíveis que permitam aferir o impacto do Programa de Medicamentos Excepcionais sobre as condições de saúde da população beneficiária. No entanto, um estudo realizado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) indicou, com base em uma análise da morbidade hospitalar relacionada a algumas das patologias atendidas pelo programa, uma importante redução no número de internações a estas associadas (BARROS, 2006). No caso da artrite reumatóide, houve uma redução de quase 27% no número de internações entre 2002 e 2005. Já as internações causadas pela doença de Crohn caíram 23,5%. Também houve redução de internações por asma, doença de Parkinson e esclerose múltipla. O estudo ressalta que, ainda que não seja possível dimensionar quanto desta redução é diretamente atribuível ao Programa de Medicamentos Excepcionais, é admissível supor que a disponibilidade de medicamentos tenha representado um importante fator de influência na redução de situações de agravamento de quadros crônicos que conduzem à hospitalização.

Esse estudo identificou, contudo, problemas relacionados à equidade no acesso ao programa. Com base em análise das autorizações para procedimento de alta complexidade/alto custo (APAC), segundo o município de residência do beneficiário, verificou-se a existência de grande concentração de usuários residentes nas capitais dos estados em detrimento dos que residem no interior, indicando a presença de barreiras geográficas e institucionais ao acesso. Em alguns estados das regiões Norte e Nordeste, mais de 85% das APAC emitidas entre junho de 2004 e maio de 2005 foram destinadas a residentes no município da capital.

Entre os fatores que podem explicar este fato, o estudo indica a concentração de meios diagnósticos e médicos especialistas nos municípios da capital, o maior acesso a informações sobre o programa e sua insuficiente descentralização, já que muitos estados concentram na capital a dispensação dos medicamentos.

Também aumentou a distribuição de medicamentos estratégicos, categoria na qual incluem-se os medicamentos utilizados para tratamento das DSTs e do HIV/AIDS. Somente em relação à esta última doença, são realizados gastos anuais de mais de R\$ 600 milhões com medicamentos para mais de 190 mil pessoas.

Apesar de todos esses avanços, os medicamentos representam hoje um dos campos de debate acirrados entre os Poderes Judiciário e Executivo e, mais recentemente, envolvendo o Legislativo. Foi a partir da discussão sobre o acesso a medicamentos e aos direitos constitucionais que se iniciou o processo que alguns denominam *judicialização* da saúde que se resultou de recurso à via judicial para obtenção da garantia de fornecimento de determinados medicamentos, particularmente os antirretrovirais. A questão das ações judiciais na área de saúde e os problemas a esta relacionados serão retomados mais adiante.

6.3 Redução da mortalidade infantil

Graças à associação de ações do sistema de saúde a melhorias nas condições de saneamento básico, alimentação, escolaridade das mães e outros determinantes demográficos e socioeconômicos, a mortalidade infantil e na infância vem declinando em todo o país. A PNDS registra, no período 1996-2006, uma queda de 44% na mortalidade infantil. O índice diminuiu de 39 por mil nascidos vivos para 22 por mil nascidos vivos. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), mais da metade destas mortes, 11,5 por mil, ocorre no período neonatal precoce, até seis dias após o nascimento.

A taxa de 22 por mil, em 2006, é, entretanto, próxima à da Inglaterra (21,8 por mil) no início dos anos 1960, quando Holanda e Suécia já tinham alcançado uma taxa da mortalidade infantil (TMI) em torno de 16 por mil (BRASIL, 1966). Taxas menores de 10 por mil são comuns hoje em países ricos, embora já sejam encontradas em países da América Latina e do Caribe como Cuba, Chile e Costa Rica.

Por sua vez, a taxa de mortalidade na infância⁶⁰ teve redução de 53,7 por mil em 1990, para 28,7 por mil, em 2005, com uma redução de 53%, indicando que o país deverá atingir a meta estipulada pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) antes do prazo previsto. Contudo, também neste indicador,

60. Representa o número de óbitos de menores de 5 anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008a).

o valor alcançado pelo Brasil ainda é muito elevado quando comparado ao já alcançado por outros países sul-americanos, como, por exemplo, o Chile que apresenta taxas inferiores a 10 por mil.

A mortalidade proporcional por causas associadas à doença diarreica aguda (DDA) e à infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos diminuiu em todas as regiões do país. Entre 1995 e 2004, a mortalidade por DDA teve redução de 52%, e a por IRA, 39% na média para o país, com queda maior nas regiões Sudeste e Sul (tabela 5).

TABELA 5

Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda e infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade – Brasil

Região	Doença diarreica aguda			Infecção respiratória aguda		
	1995	2000	2004	1995	2000	2004
Brasil	8,27	4,53	3,97	9,42	5,94	5,76
Norte	9,21	5,04	4,89	8,49	6,34	7,41
Nordeste	12,96	6,68	6,19	8,08	5,32	5,31
Sudeste	5,38	2,59	1,87	10,48	6,51	5,73
Sul	5,82	3,23	2,13	10,67	5,91	5,19
Centro-Oeste	6,79	4,45	3,91	8,13	5,61	6,23

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Ripsa (2008a).

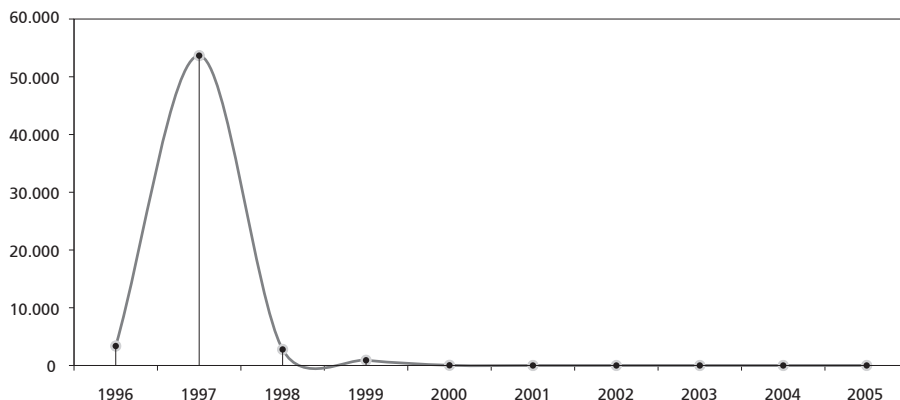
Esses resultados parecem estar relacionados ao fato de que a assistência médica tem sido assegurada. Segundo a PNDS/2006, das crianças cujas mães buscaram auxílio/tratamento para diarreia, 98,3% conseguiram atendimento, e 88,4% o obtiveram pelo SUS.

6.4 Avanços no controle de doenças

Algumas doenças transmissíveis já foram erradicadas, como é o caso da varíola e poliomielite, apenas para citar os êxitos mais recentes do sistema público brasileiro de saúde. A primeira doença foi erradicada nos anos 1970, mais precisamente em 1978. O projeto de erradicação da segunda, por sua vez, não foi menos exitoso, erradicando a doença em 1994. Contudo, a vigilância epidemiológica e as campanhas periódicas de vacinação – dias nacionais de vacinação contra a poliomielite – estão sendo mantidas de modo a evitar o risco de retrocessos, uma possibilidade não descartável pelo menos enquanto persistir a incidência da doença em outros países. No Brasil, os últimos casos (35) e óbitos (10) foram registrados em 1989 (FUNASA *apud* PIOLA, VIANNA, OSORIO, 2002).

Em outras doenças evitáveis por vacinas ainda não se alcançou sucesso igual, embora haja controle efetivo e reduções substanciais na sua incidência como é o caso da difteria, da coqueluche, do tétano e da rubéola, entre outras doenças. O sarampo, ainda que tardiamente⁶¹, diminuiu de forma drástica, tanto em número de óbitos como de casos, a partir da massificação da vacinação (gráfico 1). Depois dos 475 óbitos em 1990 e do surto de 1997 (53.664 casos e 61 óbitos), o país caminha para a erradicação dessa doença. Os dois últimos óbitos por sarampo ocorreram em 1999, e o número de casos vem sendo drasticamente reduzido desde 2001-2002 (RIPSA, 2006; PIOLA, VIANNA, OSORIO, 2002).

GRÁFICO 1
Número de casos de sarampo – Brasil, 1996-2005



Fonte: RipSA (2008b)

Elaboração: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc)/Ipea.

Já o controle de doenças transmissíveis importantes, para as quais ainda não há tecnologia vacinal, depende de outras ações, inclusive de combate a vetores. A malária, por exemplo, concentrada na Amazônia, tem tido uma evolução irregular. No ano 2000, a incidência foi da ordem de 615 mil casos com uma letalidade de 0,04% (243 óbitos). Depois de dois anos de quedas sucessivas (2001 e 2002), a incidência voltou a crescer, praticamente retomando, em 2005, quando ocorreram 604 mil casos, o patamar alcançado em 2000. Em 2006, o número de casos foi de 540 mil com 43 óbitos. A letalidade,⁶² entretanto, está em queda, como decorrência, entre outros fatores, do aumento do acesso dos doentes ao tratamento oportuno nos serviços de saúde. O incremento, nos últimos anos, da rede diagnóstica da malária, na região da Amazônia Legal, vem contribuindo para melhorar a oportunidade do diagnóstico e tratamento e, conseqüentemente, a redução dos

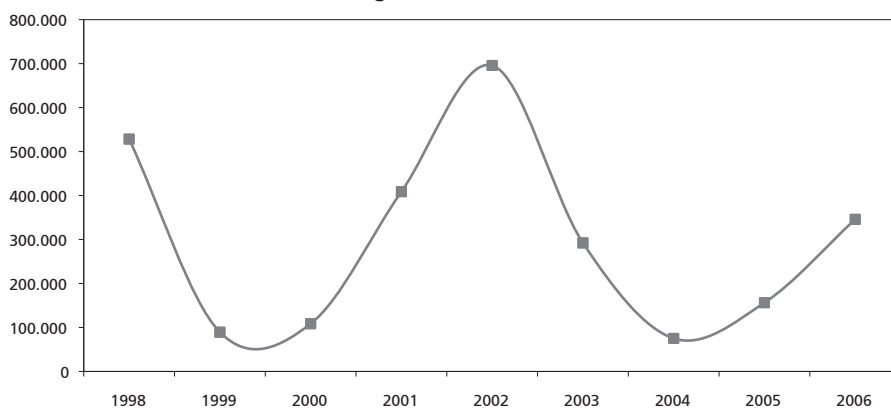
61. Suécia e Dinamarca, já no início da década de 1960, quando a vacina ainda não estava disponível, não registraram óbitos.

62. Percentual de óbitos em relação ao total de casos.

indicadores de gravidade da doença. Em 2006, a média de exames realizados em menos de 48 horas do início dos sintomas da doença foi de 56,2% dos casos.

Depois de anos sem afetar a população brasileira, a dengue ressurgiu no Brasil em 1982, em razão do processo de circulação viral e da infestação pelo *Aedes aegypti*. A extensão da epidemia é grande, pois atinge hoje quase todos os estados, principalmente nos meses quentes e úmidos. Seu controle é problemático, requerendo, além da ação coordenada, tanto interssetorial quanto entre níveis de governo, e tempestiva do poder público, a indispensável colaboração da população. Embora seja relativamente simples e sem maiores custos, esta colaboração nem sempre acontece na escala necessária, pois exige mudanças comportamentais. A letalidade da dengue é baixa, salvo na sua forma mais grave, a dengue hemorrágica. O gráfico 2 mostra a incidência da doença entre 1998 e 2006 e os dois picos no período. Nos primeiros meses de 2008, foram registrados 231 mil casos suspeitos de dengue, com 1.069 casos de dengue hemorrágica, 77 óbitos por dengue hemorrágica e 53 óbitos por dengue com complicações. A circulação de três sorotipos do vírus da dengue tem aumentado o número de casos de dengue hemorrágica. Em 2008, 64% dos casos confirmados deste tipo estavam concentrados no estado do Rio de Janeiro, seguido pelo estado do Ceará, com 10% (BRASIL, 2008c).

GRÁFICO 2
Número de casos novos de dengue – Brasil, 1998-2006



Fonte: Ripsa (2008b).
Elaboração: Disoc/lpea.

Entre as doenças emergentes, o HIV/AIDS é a mais importante. No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado em 1980. O número de casos novos aumentou constantemente até 1998. A partir da referida data, observa-se certa estabilidade na incidência, particularmente entre adultos do sexo masculino – oscilando em torno de 30 casos por 100 mil habitantes entre 1996 e 2005.

Entre as mulheres, contudo, esta taxa vem crescendo: de 11 casos, em 1996, passou a 20 casos por 100 mil, em 2005. Para o conjunto da população, a taxa de incidência era 20,6 por 100 mil, em 1996, e passou a 25,3 por 100 mil habitantes, em 2005. A proporção de brasileiros infectados pelo HIV, por sua vez, não apresentou mudanças significativas nos últimos anos. Estimativas do MS indicam que o número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV em 2004 representou uma taxa de prevalência da infecção de 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens na faixa etária.

A estratégia de controle da doença esteve fortemente apoiada em dois eixos: uma política de informação e prevenção desenvolvida pelo Programa Nacional de DST/AIDS, direcionada a diferentes grupos de risco, envolvendo campanhas pela mídia, ação por meio de ONGs, distribuição de preservativos, distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis, além de outras estratégias de sensibilização, e a distribuição de antirretrovirais. A mortalidade tem declinado desde 1996, quando o Brasil implantou a política de universalização do acesso ao tratamento antirretroviral – terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) –, na sigla em inglês. A taxa, que, em 1996, era de 9,73 mortes para cada 100 mil habitantes, diminuiu para 6,03 por 100 mil habitantes, em 2005. O Sudeste teve a queda mais expressiva no período. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul, no entanto, houve crescimento, ainda que discreto.

Nos últimos anos, observa-se, contudo, importante mudança no perfil da doença, com maior incidência entre heterossexuais e mulheres⁶³ e a gradativa expansão para o interior do país, o que se refletiu no aumento da mortalidade específica nas regiões Norte e Nordeste (tabela 6). Há também crescimento do número de casos em pessoas mais idosas. A taxa de incidência entre pessoas acima dos 50 anos dobrou entre 1996 e 2006. Passou dos 7,5 casos para 15,7 casos por 100 mil habitantes. A maioria dos casos de HIV/AIDS, porém, ainda está na faixa etária de 25 a 49 anos, que responde por 66,3% dos casos notificados de 1980 a 2008.⁶⁴ A sobrevivência dobrou entre 1995 e 2007. Nas regiões Sul e Sudeste, o tempo médio de vida saltou de 58 para mais de 108 meses nesse período.

O sucesso da estratégia de enfrentamento da doença, que combinou medidas de caráter educativo, terapêutico e econômico – a distribuição gratuita de antirretrovirais, o licenciamento compulsório e a internalização da produção de antirretrovirais –, trouxe reconhecimento internacional ao Brasil.

63. No início, eram 26 casos da doença em homens para uma mulher; em 2008, a média é de 16 casos em homens para dez em mulheres, com variações por faixa etária.

64. Deve-se lembrar que os dados de 2007 e 2008 são preliminares (BRASIL, 2008d, tabela 4).

TABELA 6
Taxa de mortalidade específica (TME) por AIDS, segundo região – Brasil, 1995 e 2005

Região	1995	2005
Total	9,73	6,03
Norte	1,87	3,94
Nordeste	2,58	2,94
Sudeste	17,06	7,66
Sul	7,73	9,02
Centro-Oeste	6,73	4,46

Fonte: MS/SVS/SIM.

Obs.: TME = óbitos por 100 mil habitantes.

6.5 Melhor distribuição de estabelecimentos de saúde

Apesar dos problemas de insuficiência e má distribuição que ainda persistem, pode-se constatar que a rede de serviços de saúde no Brasil não apenas foi ampliada significativamente, mas também foi desconcentrada espacialmente, reduzindo as desigualdades regionais.

Em 1985, o número de estabelecimentos aproximava-se de 29 mil, e no início da década de 1990, aumentou para quase 50 mil, atingindo, em 2005, a cifra de 77 mil estabelecimentos de saúde (IBGE, 2005). A expansão da rede expressa, assim, um forte movimento de ampliação da oferta de serviços de saúde, refletindo-se em maior acessibilidade.

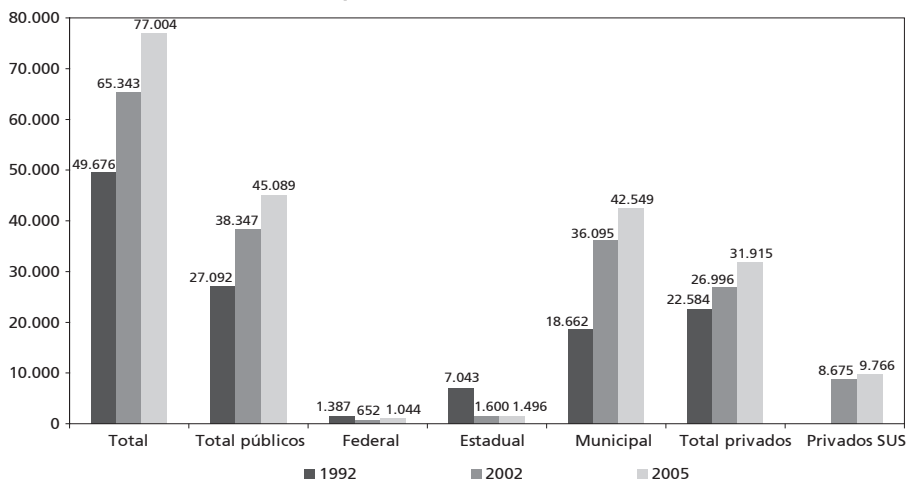
A composição da rede também alterou-se significativamente. Em 1985, 23% dos estabelecimentos eram hospitais. Já em 2005, esta parcela era de 11,5%.

Outra modificação relevante diz respeito à distribuição da rede segundo esfera administrativa. Entre 1992 e 2005, houve, no país, um acréscimo de 27.328 estabelecimentos de saúde, 87% dos quais se encontravam sob administração municipal. No mesmo período, os níveis federal e estadual apresentaram redução de 5.890 estabelecimentos, em razão da transferência de unidades de saúde para a gestão de estados e municípios (gráfico 3). Feita a compensação do valor, os municípios foram responsáveis pelo aumento de quase 18 mil estabelecimentos de saúde.⁶⁵

65. O setor privado é majoritário no segmento hospitalar e de apoio a diagnóstico, mas, no segmento ambulatorial, mais de 70% das unidades são públicas.

GRÁFICO 3

Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa – Brasil, 1992, 2002 e 2005



Fonte: IBGE (2005).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Contudo, embora expresse uma importante ampliação da capacidade instalada, se for considerado o tipo de atendimento disponibilizado à população, o aumento da rede não significou equalização da oferta. Nas regiões Norte e Nordeste, cerca de 6% dos estabelecimentos ofertavam serviços de emergência. Já nas regiões Sudeste e Sul, estes percentuais são sempre próximos a 9%. Nas regiões Norte e Nordeste, as unidades de tratamento intensivo (UTI), isto é, os centros de tratamento intensivo (CTI)/UTI, estavam presentes em cerca de 1% dos estabelecimentos, e menos de 1% destes ofereciam diálise. Estes serviços, no entanto, estavam presentes em 2% dos estabelecimentos da região Sudeste (tabela 7).

TABELA 7

Estabelecimentos de saúde que prestam serviço ao SUS, por tipo de atendimento, segundo região – Brasil, 2005

Região	Ambulatorial	%	Internação	%	Emergência	%	UTI/CTI	%	Diálise	%	Total	%
Brasil	47.110	79,61	5.644	9,54	4.571	7,72	1.079	1,82	773	1,31	59.177	100,00
Norte	4.397	83,45	469	8,90	310	5,88	61	1,16	32	0,61	5.269	100,00
Nordeste	16.814	82,39	1.973	9,67	1.286	6,30	211	1,03	123	0,60	20.407	100,00
Sudeste	14.807	78,01	1.601	8,43	1.670	8,80	527	2,78	376	1,98	18.981	100,00
Sul	7.610	77,05	972	9,84	918	9,29	196	1,98	181	1,83	9.877	100,00
Centro-Oeste	3.482	74,99	629	13,55	387	8,34	84	1,81	61	1,31	4.643	100,00

Fonte: Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS)/IBGE (2005).

A rede municipal é composta principalmente por estabelecimentos sem internação. Em todas as regiões, os percentuais destes estabelecimentos são superiores a 90%, à exceção da região Centro-Oeste, onde o percentual é de 88%. São raros os estabelecimentos de apoio a diagnose e terapia sob a responsabilidade municipal: apenas 1,4% do total de estabelecimentos do país em 2005.

A área de diagnose e terapia é a que o SUS mais fortemente depende da provisão privada em todas as regiões do país, especialmente no tocante aos equipamentos de diagnóstico por imagem, onde se incluem mamógrafos, tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética. Em 1999, 77% destes eram pertencentes a estabelecimentos privados, e 23%, a estabelecimentos públicos. Ressalte-se que nem todos os públicos estavam disponíveis ao SUS.⁶⁶ No período entre 1999 e 2005, houve um pequeno acréscimo da participação do setor público, que passou a deter 26% dos equipamentos, o que se refletiu em discreta melhoria na distribuição geográfica destes. Em 1999, 69% estavam concentrados nas regiões Sudeste e Sul e, em 2005, o percentual reduziu-se para 64%. Em 1999, 52% dos equipamentos deste tipo existentes no país estavam disponíveis ao SUS, disponibilidade que se abrandou em 2005 para 44% (tabela 8).

TABELA 8
Equipamentos de diagnóstico por imagem existentes em estabelecimentos de saúde – 1999 e 2005

Esfera administrativa	1999	%	2005	%
Pública	9.880	23	12.904	26
Privada	32.569	77	37.083	74
Total	42.449	100	49.987	100
Equipamentos disponíveis ao SUS	22.152	52	22.111	44,2

Fonte: Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS)/IBGE 1999 e 2005.

Para alguns equipamentos, a dependência da provisão privada é quase absoluta: 98% dos mamógrafos com estereotaxia, equipamentos de ressonância magnética e aparelhos de ultrassom Doppler colorido disponíveis ao SUS, em 2005, eram pertencentes ao setor privado. Apenas 44% dos mais modernos equipamentos para diagnóstico por imagem existentes no país

66. "Leitos disponíveis ao SUS são aqueles passíveis de utilização para internação de pacientes do SUS. Quando um hospital privado realiza um convênio ou um contrato com o SUS, em geral não põe à disposição do gestor local a totalidade de seus leitos, já que uma parte de sua capacidade instalada se mantém reservada para a clientela privada. Entretanto, nem todos os leitos de hospitais públicos estão disponíveis aos pacientes do SUS: por exemplo, nos hospitais das Forças Armadas, a maioria dos leitos é utilizada exclusivamente pelos pacientes da respectiva corporação militar, embora esses hospitais venham crescentemente atendendo a pacientes do SUS" (IPEA, 2007, p. 94).

estavam disponíveis para o sistema. Nas regiões Norte e Nordeste, a proporção de equipamentos pertencentes ao setor público é superior à das regiões Sudeste e Sul, resultando em maior proporção disponível ao SUS. Mas nestas regiões, o número de equipamentos por 100 mil habitantes é, na maior parte dos casos, inferior à metade da observada para as demais regiões do país.

Essa dependência da rede privada é um fator que compromete significativamente a possibilidade de constituição de redes resolutivas, uma vez que os serviços privados tendem a se localizar nas áreas urbanas de maior porte, onde a concentração demográfica e os níveis de renda são mais elevados, permitindo maiores possibilidades de maximização de lucros à iniciativa privada. Por essa razão, a desigualdade na possibilidade de acesso, no interior do SUS, só poderá ser superada com fortes investimentos públicos, que permitam disponibilizar os serviços necessários nas regiões atualmente desprovidas de serviços suficientes para o atendimento às necessidades da população.

TABELA 9
Equipamentos disponíveis para o SUS, por 100 mil habitantes, segundo a região – Brasil, 2005

Região	Hemodiálise	Eletrocardiógrafos	Mamógrafos
Norte	2,76	3,20	0,33
Nordeste	4,65	4,44	0,41
Sudeste	7,85	8,45	0,62
Sul	9,18	7,14	0,67
Centro-Oeste	7,23	6,15	0,49

Fonte: Brasil (2008a).
Elaboração: Disoc/Ipea.

Com relação a leitos hospitalares, o setor privado ainda é majoritário na oferta, apesar de sua participação na oferta total de leitos ter decrescido de 76%, em 1980, para 66,4%, em 2005. A partir de 1992, verifica-se uma redução no número total de leitos. Esta é decorrente, em parte, de mudanças tecnológicas ocorridas no período que permitiram que procedimentos que antes eram realizados com internação passassem a ser realizados em ambulatório (tabela 10). Todavia, deve-se destacar que a mudança também deve-se as alterações no modelo de atenção à saúde do país, o que determinou um expressivo aumento na rede pública de postos e centros de saúde, e contemplou políticas ativas de *desospitalização*, como foi o caso da política de saúde mental.

TABELA 10
Número de leitos hospitalares públicos e privados
Anos selecionados – Brasil, 1976, 1980, 1992 e 1995

Ano	Público	Privado (1)	Total (2)	% privado [(1/2)* 100]
1976	119.062	324.826	443.888	73,18
1980	122.741	386.860	509.168	75,98
1984	127.537	411.184	538.731	76,32
1992	135.080	409.227	544.351	75,18
2005	148.996	294.244	443.210	66,39

Fonte: AMS/IBGE *apud* Barros (2005).

6.6 Recursos humanos

No que diz respeito aos recursos humanos, a expansão e interiorização da rede de serviços refletiu-se em maior disponibilidade de profissionais de saúde em todas as regiões. Embora as regiões Sudeste e Sul mantivessem-se como os polos concentradores dos profissionais da área médica, em 2005, observava-se uma distribuição mais equilibrada do que a verificada em 1990. Naquele ano, o número de médicos por mil habitantes na região Sudeste era 3,4 vezes superior ao observado na região Norte; em 2005, a diferença diminuiu para 2,8. A OMS considera como parâmetro adequado a existência de um médico para cada mil habitantes. Apenas a região Norte encontrava-se, em 2005, abaixo do valor de referência (0,8 médicos por mil hab.), cerca de metade da média observada no país.

TABELA 11
Médicos por 1.000 hab. por ano, segundo região – Brasil, 1990, 1995, 2000 e 2005

Região	1990	1995	2000	2005
Total	1,12	1,27	1,39	1,68
Norte	0,46	0,50	0,42	0,82
Nordeste	0,65	0,73	0,81	0,99
Sudeste	1,58	1,80	1,97	2,28
Sul	1,09	1,28	1,43	1,73
Centro-Oeste	0,99	1,11	1,24	1,68

Fonte: Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH)/MS e Sistema de Informações sobre Recursos Humanos(SIRH)/SUS.

Também aumentou a oferta de enfermeiros, ainda que a taxa seja menor que a de médicos. No total do país, a taxa de enfermeiro por mil habitantes evoluiu de 0,24, em 1990, para 0,64, em 2005.

TABELA 12
Enfermeiros por 1.000 hab. por ano segundo região – Brasil

Região	1990	1995	2000	2005
TOTAL	0,24	0,31	0,46	0,64
Norte	0,09	0,11	0,29	0,48
Nordeste	0,21	0,25	0,39	0,53
Sudeste	0,25	0,36	0,52	0,72
Sul	0,32	0,37	0,48	0,73
Centro-Oeste	0,29	0,33	0,42	0,65

Fonte: MS/CGRH/SUS/SIRH.

Houve também um aumento de 44% do pessoal de nível técnico/auxiliar entre 1999 e 2005. Nas regiões Norte e Nordeste, esta expansão foi mais intensa, 68% e 50% respectivamente. É provável que a forte expansão do PSF nas regiões a partir da segunda metade da década dos 1990 seja, em grande parte, responsável por esta ampliação.

Na construção e consolidação do SUS, são quatro os principais problemas de recursos humanos enfrentados no âmbito da administração pública: *i)* o não cumprimento dos requisitos constitucionais de concurso público para admissão, gerando uma grande quantidade de vínculos que não têm a indispensável base de legalidade, sendo contestáveis pelos órgãos do MP; *ii)* as dificuldades para constituir e manter uma adequada diversidade de processos de educação permanente que tenham como efeito não só a qualificação técnica, mas reforcem a adesão dos profissionais ao modelo de assistência requerido pelo SUS; *iii)* a inoperância dos mecanismos de negociação permanente do trabalho entre gestores e entidades representativas dos trabalhadores; e *iv)* a formação dos profissionais pelas universidades brasileiras, especialmente dos médicos, que privilegia certas especialidades altamente tecnológicas e raramente consegue conferir aos concluintes as habilidades que são requeridas no exercício das funções técnicas e organizacionais peculiares à atenção básica.

7 ANTIGOS E NOVOS PROBLEMAS

A progressiva consolidação do SUS, ao longo destas últimas duas décadas, ainda que tenha assegurado avanços incontestáveis, também conviveu com a permanência de problemas ainda não solucionados e a emergência de novas questões que precisam ser enfrentadas.

Neste tópico, serão abordadas três questões, que não esgotam os desafios enfrentados pelo sistema, mas que representam, neste momento, aspectos relevantes da agenda setorial. A primeira é a necessidade de assegurar fluxos de financiamento regulares e suficientes, que continua sendo demanda a ser atendida. A segunda refere-se à garantia de acesso oportuno, adequado e seguro, que tem gerado a busca de soluções por meio de demandas judiciais que, embora determinem o acesso, nem sempre garantem a segurança e adequação. A terceira está relacionada à procura da equidade na utilização dos recursos públicos destinados à saúde, que se confronta com a prática de subsídios diretos e indiretos ao segmento privado de atenção e a seus beneficiários.

7.1 De volta a um antigo problema: a busca de uma solução para o financiamento

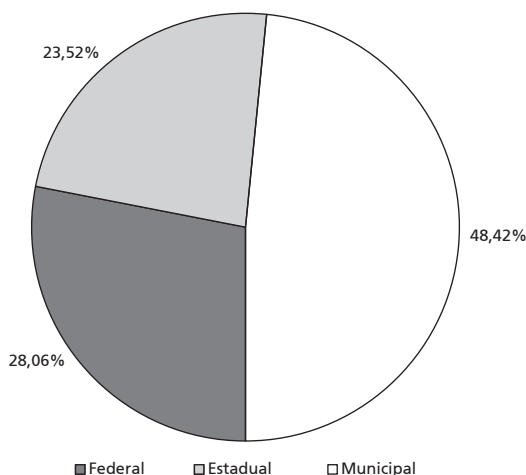
A insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes no sistema público de saúde brasileiro, até mesmo antes da criação do SUS. A implantação deste, no início da década dos anos 1990, ocorreu em meio à uma intensa crise econômica, com fortes reflexos sobre o padrão de financiamento do Estado. Ao longo de boa parte da década, incertezas sobre o volume de recursos disponíveis repercutiram sobre a política de saúde, inviabilizando investimentos indispensáveis e retardando o processo de descentralização. O Orçamento da Seguridade Social, com fontes de financiamento previstas na CF/88, foi sendo minado por meio de emendas constitucionais que permitiram a desvinculação de receitas da União e a especialização da fonte que incide sobre a folha de salários para a Previdência Social, rompendo com o pacto solidário implícito em sua concepção original.

A área da saúde teve progressiva perda de receita e foi financiada na primeira metade da década de 1990 por meio de medidas paliativas para recomposição parcial de seu orçamento, como empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, que pretendia ser fonte adicional de recursos para o SUS e resultou em fonte substitutiva, aumentando, bem menos que o inicialmente esperado, o volume de recursos para este sistema. Sua maior virtude foi a de conferir maior regularidade aos fluxos financeiros e permitir a retomada, nas bases estabelecidas pela NOB nº 1/1996, das transferências de recursos para estados e municípios e, assim, reativando o processo de descentralização. Apenas em 2000, com a aprovação da EC nº 29, que vinculou recursos das três esferas de governo à Saúde,⁶⁷ o sistema começou a experimentar maior estabilidade no financiamento e acréscimo no volume, principalmente pelo aporte crescente de recursos das esferas subnacionais.

67. Pela EC nº 29/2000, os estados devem destinar 12%, e os municípios, 15% de suas receitas próprias para financiar ações e serviços públicos de saúde. A União deveria destinar, no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. Nos anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB).

O gasto público total em ações e serviços públicos de saúde, consideradas as três esferas de governo, que era de R\$ 34 bilhões em 2000 – equivalente a R\$ 54 bilhões em valores de dezembro de 2006 –⁶⁸ e representava 2,9% do PIB, alcançou R\$ 84 bilhões em 2006, elevando sua participação neste indicativo para 3,5%. Nesse ano, o gasto federal correspondeu a 48% do gasto público total; o dos estados, a 24%, e o dos municípios, a 28% (gráfico 4).

GRÁFICO 4
Distribuição do gasto entre esfera de governo – Brasil, 2006



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – Gasto Estadual Municipal; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/Secretaria Executiva (SE) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – Gasto Federal.

Elaboração: Disoc/Ipea.

Os valores alocados pelas três esferas de governo ao sistema de saúde corresponderam a 44,1% do gasto total com saúde do país em 2006, percentual próximo ao apresentado pelos Estados Unidos, onde o sistema público destina-se à parcela reduzida da população. Em países com sistemas universais, em 2005, o gasto público correspondia sempre a percentuais muito superiores do gasto total: Canadá (70,3%), Itália (76,6%) Reino Unido (87,1%), França (79,9%) e Portugal (72,3%) (WHO, 2008b).

Ainda segundo estimativas da OMS, o gasto público *per capita* no Brasil era, em 2005, 333 dólares.⁶⁹ Este valor corresponde a menos que a metade do valor *per capita* do gasto público da Argentina (US\$ 672,00), a 23% do de Portugal (US\$ 1.472,00), a 15% do gasto da Inglaterra (US\$ 2.261,00), a 14% do alocado pelo Canadá (US\$ 2.402,00) e a 12% do dos EUA (US\$ 2.862,00) nesse ano.

68. Corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) Médio, com base em dezembro de 2006.

69. Valores estimados com base na paridade do poder de compra (PPP) do dólar.

As esperanças de preservar certa sustentabilidade ao financiamento do SUS e, até mesmo, aumentar seu volume de recursos, estão concentradas na regulamentação da EC nº 29, mediante lei complementar. Entre os pontos que demandam regulamentação estão o mecanismo de vinculação de recursos na esfera federal e a especificação do que pode ser considerado como *ações e serviços públicos de saúde* na comprovação do cumprimento do percentual de recursos vinculados à saúde. De um modo geral, as propostas de regulamentação da emenda que tramitam no Congresso Nacional buscam: *i*) a ampliação da participação federal no financiamento do SUS, mediante alguma forma de vinculação de recursos; e *ii*) a eliminação da inadimplência.⁷⁰ Uma das alternativas em jogo, o aporte mínimo de 10% da receita corrente bruta da União como forma de participação desta no financiamento do SUS, representaria um acréscimo de recursos equivalente a cerca de 1% do PIB. Recorde-se que, ainda com esta proposta, considerada a mais atraente para a saúde, o gasto público não chegaria a 5% do PIB. A definição legal do que pode ser considerado como despesa com ações e serviços públicos de saúde também poderia reforçar o aporte de recursos.⁷¹ Apesar de todos os esforços, o volume de recursos alocados à saúde poderia ainda ficar aquém das necessidades, mas ao menos aproximaria o Brasil do padrão de outros países com sistemas de saúde de acesso universal.

O subfinanciamento restringe a capacidade de financiamento do sistema público, sua capacidade de oferta e organização de uma rede resolutiva. Isto resulta em ônus para as famílias, que precisam destinar parte importante do orçamento familiar a despesas com saúde. O gasto familiar com assistência à saúde consome, em média, 5,3% da renda das famílias. Entre os mais pobres, chega a consumir 7,1% da renda, enquanto consome 4,5% da renda dos mais ricos. Nas famílias de menor renda, o gasto com medicamentos representa quase 80% das despesas com assistência à saúde, e o pagamento de planos e seguros de saúde representa 5% destes dispêndios. No decil de maior renda, a situação inverte-se: pagamentos de planos de saúde representam 40% do gasto com saúde, e os medicamentos correspondem a 27% do dispêndio total com assistência à saúde (MENEZES *et al.*, 2007).

70. Alguns entes federativos ainda não cumprem o que determina a EC nº 29. A este respeito, ver, entre outras, as edições 13 e 14 deste periódico.

71. Repetidamente, a União, os estados e os municípios, por falta de definição legal do que deve entender-se como gastos em ações e serviços públicos de saúde, para efeito de cumprimento da emenda, têm incluído gastos que são questionados pelo CNS e MP; por exemplo, gastos com previdência social de servidores públicos do setor, saneamento, entre outros.

7.2 A garantia de atendimento e sua face mais nova: a judicialização⁷²

Se não há dúvidas quanto aos avanços obtidos com a implantação do SUS, também não se pode negar que este enfrenta dificuldades para garantir a integralidade do atendimento e o acesso oportuno da população a determinados tipos de atendimentos, particularmente a consultas especializadas e exames.

É certo que garantir o acesso oportuno, adequado às necessidades de cada paciente e seguro, em termos de qualidade técnica, envolve um conjunto de condições organizativas e normativas ainda insuficientemente desenvolvidas no SUS. Neste contexto afloram: *i*) problemas de gestão como os problemas de referência e contrarreferência entre a atenção básica e os outros níveis de atenção; *ii*) questões relacionadas à regionalização que permita que o sistema funcione coordenadamente; *iii*) ausência de maior regulação das responsabilidades assistenciais e dos direitos de acesso aos serviços necessários; *iv*) a necessidade de educação/capacitação contínua dos servidores e profissionais da saúde, entre outros aspectos.

Nesta seção, a discussão sobre a garantia de atendimento enfocará uma questão que vem ganhando muito destaque na mídia e nos debates entre os atores da área de saúde e o judiciário: as ações judiciais na área de saúde. Estas, em parte, têm relação com a persistência dos problemas ainda enfrentados pelo SUS na busca do cumprimento dos preceitos constitucionais. Em particular, a busca do cumprimento do preceito de atendimento integral tem feito que muitos usuários do SUS, amparados pelo Art.196 da Constituição, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, venham recorrendo ao Poder Judiciário para que lhes seja garantido o acesso a determinados medicamentos ou procedimentos.

Essa tendência de recorrer à via judicial buscando garantir assistência pelo SUS, que tem sido denominada *judicialização da saúde*, está ocasionando uma polêmica acerca dos limites do direito à saúde e da integralidade do atendimento em relação à incontornável limitação dos recursos. Esta prática, que começou há 15 anos com demandas por medicamentos antirretrovirais, ampliou-se nos últimos anos e passou a ser uma das vias de procura por uma série de medicamentos e tratamentos.

Alguns números demonstram esse crescimento. No DF, o número de mandados judiciais relacionados a medicamentos aumentou de 281, em 2003, para 682, em 2007 (ROMERO, 2008). Na Bahia (BA), passou de seis ações, em 2003, para 112, em 2007 (COSTA, 2008). No Rio Grande do Sul (RS), o número já era alto desde 2002, quando já tinham sido registradas 1.846 ações, e o estado alcançou, em junho

72. A questão da judicialização das políticas públicas ocorre além da área de saúde. No caso brasileiro, ganhou mais evidência após a CF/88, que ampliou o poder e as possibilidades de atuação do Judiciário. A discussão sobre o constitucionalismo brasileiro e as novas formas de atuação do Judiciário pode ser encontrada em diversos autores, entre eles, Vianna *et al.* (1999) e Dias (2007). Também é objeto da análise do capítulo de *Os vinte anos da Constituição Federal de 1988 e a promoção do acesso à justiça no Brasil*, nesta edição deste periódico.

de 2008, o total de 4.550 ações, das quais, cerca de 3.500 era demandas por medicamentos (NAUNDORF, 2008). No RJ, houve um crescimento de mais de 350% entre 2001 e 2005 – de 713 ações para 2.500. Também nas instâncias judiciais superiores, registrou-se um crescimento em proporções significativas: no Superior Tribunal de Justiça (STJ) havia dois processos em 2001, e estes já alcançavam 672 em 2004.

Esse processo tem gerado um intenso debate tanto a respeito do alcance da integralidade do atendimento quanto a do significado da judicialização, culminando em, pelo menos, duas visões distintas em relação a esta última questão. Alguns argumentam que a judicialização é uma forma de garantia de acesso e direito à saúde. No caso dos medicamentos usados no tratamento do HIV/AIDS, por exemplo, a garantia de acesso ao tratamento antirretroviral iniciou-se pela pressão de um grupo pequeno, que, por meio da via judicial, requereu o direito ao tratamento integral. Esta pressão foi importante para que o governo viesse a transformar em lei a garantia de atendimento e implantar uma política pública de acesso ao tratamento integral aos portadores do vírus. Em tal perspectiva, o sistema estaria falhando ao não garantir o acesso e direito de atendimento integral à população, e o Judiciário estaria corrigindo estas falhas assegurando os direitos constitucionais.

Essa é a visão majoritária no Judiciário. Fundamentam sua decisão nos preceitos constitucionais, recorrendo frequentemente ao Art.196, mas também citam a Lei nº-8.080/1990. Argumentam, com base nas legislações, em favor do direito do cidadão a receber do Estado todas as ações e os serviços de saúde de que necessitam, incluindo o acesso a medicamentos.

Outra visão, fortemente defendida pelos gestores públicos, mas que não discute o cerne da questão é a de que o crescente acesso a medicamentos e outros bens e serviços de saúde pela via judicial gera distorções na alocação de recursos e gestão da política pública. Isto ocorreria pelo fato do Judiciário desconhecer a política de saúde e não reconhecer que os recursos são escassos.⁷³ Além disso, o gestor teria que deixar de aplicar um recurso programado na política para satisfazer às necessidades de alguns poucos indivíduos, em ações não programadas (TCU, 2005; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Alguns dirigentes estaduais argumentam que parte significativa do orçamento que iria para a assistência farmacêutica está comprometida com o pagamento de sentenças judiciais. Machado (2008) estimou que, em apenas 12 meses, o estado de Minas Gerais (MG) gastou mais de US\$ 5 milhões com três medicamentos para atender apenas 217 pacientes que obtiveram o direito aos mesmos por via judicial. Gurgel *et al.* (2008), em análise para este estado, informam que 12% do orçamento do Estado para a assistência farmacêutica estava comprometido com atendimentos decorrentes de ações judiciais.

73. Segundo editorial do Estado de São Paulo, de 7 de agosto de 2008, já teriam sido ajuizadas mais de 25 mil ações contra SP, com gasto corrente mensal de R\$ 25 milhões. No Rio de Janeiro, o valor teria alcançado R\$ 6,5 milhões mensais.

Segundo Borges (2007), na grande maioria das duas mil ações movidas contra o RJ em 2005, os juízes não acolheram a argumentação orçamentária como válida para não conceder o pedido do autor da ação. Isto aconteceria, segundo Gandini, Barione e de Souza (2007), por que a necessidade de previsão orçamentária é regra dirigida ao administrador, e não ao juiz, que pode deixar de considerar a questão em favor de outra norma constitucional. Isto ocorreu em várias decisões, entre estas, em uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), citada pelos autores, em que o direito à vida e à saúde são considerados acima do preceito de previsão orçamentária para realização de gastos.

Muitas vezes, essa demanda que chega pela via judicial desconsidera a organização da política de saúde, ao permitir, por exemplo, o acesso a medicamentos, fora das listas e dos protocolos, a tratamentos experimentais e em outros países. Nas palavras de Barroso:

São comuns, por exemplo, programas de atendimentos integral, no âmbito dos quais, além de medicamentos, os pacientes recebem atendimento médico, social e psicológico. Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, freqüentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. Tais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública (BARROSO, 2007, p. 8).

Essa situação complica-se quando se observa que o Judiciário tem utilizado alguns instrumentos como prisão do gestor ou sequestro de recursos para a garantia de que o medicamento seja entregue conforme decisão judicial.⁷⁴

Adicionalmente, na maioria dos casos, os juízes vêm concedendo tutela antecipada,⁷⁵ o que implica que o medicamento ou serviço será entregue imediatamente, ainda que depois a ação seja julgada improcedente. Isso porque a maioria das ações judiciais confere à norma constitucional no campo da saúde o *status* de norma de eficácia plena, na medida em que interpreta que desta deriva

74. Preocupação em relação a essa postura dos juízes é que, muitas vezes, por trás do aumento do número de processos judiciais, em busca da garantia de medicamento ou tratamento, poderia estar a indústria farmacêutica. Com relação a este ponto, parece haver processo de captura dos demandantes de medicamentos pela indústria, que convence um médico ou mesmo o indivíduo por diversos meios; entre estes, a propaganda e os ensaios clínicos, que, determinando medicamento ou procedimento, é a melhor forma de tratar sua doença (MARQUES; DALLARI, 2007).

75. Tutela antecipada refere-se a ato do juiz que adianta parcial ou totalmente o que foi pedido por meio da ação. Disponível em: <http://www.camara.rj.gov.br/setores/proc/revistaproc/revproc1999/revdireito1999A/est_tutelacaut.pdf>.

a garantia da plena efetividade do direito à saúde e sua aplicabilidade imediata.⁷⁶ Segundo Barroso (1996), isto implica não na redução do direito à norma, mas na sua elevação a tal condição. Ainda assim, não há uniformidade jurisprudencial em tal campo. Silva (2005), citando trabalhos de outros autores, mostra que decisões contemporâneas de tribunais diferentes adotaram interpretações bem diferenciadas sobre a aplicabilidade da norma.⁷⁷

Diante desse embate apresentado, uma questão merece ser destacada: a concessão de tratamentos ou medicamentos pela via judicial gera um conflito distributivo que tem duas nuances. A primeira seria a priorização do direito individual em vez do direito coletivo, e a segunda, um suposto favorecimento dos mais privilegiados, os que podem arcar com os custos de um processo judicial, em detrimento dos demais indivíduos.

Conforme Borges:

A solução individualizada de uma situação que deveria ser tratada de forma coletiva – alocação de recursos e fornecimento de medicamentos – e pelos órgãos competentes, acaba por realizar justiça para o caso concreto (microjustiça), desprezando os aspectos coletivos de distribuição de recursos para a coletividade (macrojustiça) (BORGES, 2007, p.73).

Parte do judiciário contra-argumenta em relação à questão da demanda individual, afirmando que é neste formato que as demandas são levadas ao seu conhecimento:

A questão que é discutida no Poder Judiciário é que existe um paciente precisando de um determinado medicamento que um médico da própria saúde pública diz que é necessário (argumentação de um magistrado de 2ª instância *apud* BORGES, 2007).

76. Segundo Marques e Dallari (2007), nas ações contra SP analisadas pelas autoras, compreendendo o período entre 1997 e 2004, em 96,4% dos casos, o estado teve de conceder os medicamentos exatamente conforme o pedido feito pelo autor da ação, e em 93,5%, os juízes os concederam em caráter de urgência, por meio de liminar.

77. Em uma das decisões, um desembargador entendeu que o direito à saúde, conforme inscrito na Constituição, permitir-lhe-ia condenar o estado a custear tratamento experimental, fora do país, ainda que sem a comprovada eficácia, e que não caberia o argumento de restrição orçamentária (reserva do possível). Em outro processo, um desembargador entendeu que isto implicaria em o Judiciário invadir o campo de atuação de outro poder (o Executivo), atribuindo-lhe encargos sem saber se haveria recursos suficientes. Neste caso, prevaleceria o princípio constitucional da harmonia e independência dos poderes. Nas palavras de Barroso (1996, p. 22), "A primeira e mais frequente crítica oposta à jurisprudência brasileira se apoia na circunstância de a norma constitucional aplicável estar positivada na forma de norma programática. O artigo 196 da Constituição Federal deixa claro que a garantia do direito à saúde se dará por meio de políticas sociais e econômicas, não através de decisões judiciais. A possibilidade de o Poder Judiciário concretizar, independentemente de mediação legislativa, o direito à saúde encontra forte obstáculo no modo de posituação do Artigo 196, que claramente defere a tarefa aos órgãos executores de políticas públicas".

A segunda questão refere-se ao suposto favorecimento dos mais privilegiados economicamente no acesso aos bens e serviços de saúde pela via judicial. Esta questão é, no mínimo, controversa, visto que, do ponto de vista da renda, há demandas sendo feitas pela população de extratos mais baixos, conforme indicam alguns estudos. Analisando alguns estudos sobre as ações judiciais referentes à saúde,⁷⁸ não foi possível verificar a renda dos demandantes de tais ações. No entanto, analisando as instituições onde a prescrição do medicamento ou tratamento foi realizada, percebe-se que tanto há estudos em que a maioria foi prescrita em instituições públicas ou instituição conveniada ou contratada pelo SUS,⁷⁹ como também há casos em que a demanda provém majoritariamente de pessoas que foram atendidas em serviços privados.⁸⁰ Outra informação adicional é que, na maioria dos estudos, os autores do processo recorrem a escritórios particulares, o que seria um indicativo do atendimento de uma população com maior poder aquisitivo. Contudo, em anos mais recentes, alguns estudos têm apontado o crescimento das ações conduzidas pela Defensoria Pública, o que indicaria a presença da população de mais baixa renda em suas demandas judiciais (ROMERO, 2008; MESSENDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

Pode-se perguntar também em que circunstâncias as demandas pela via judicial seriam justificáveis. Neste caso, em primeiro lugar, ter-se-á que definir o que se entende por justificável. Na visão dos autores deste texto, se uma pessoa não consegue, pela via administrativa, um medicamento que faz parte da política pública de saúde, é válido que recorra à via judicial para fazer valer seu direito. Contudo, podem não ser justificáveis as demandas por medicamento sem eficácia comprovada, pelos que não tenham registro no órgão competente – no caso brasileiro, a Anvisa –, ou quando houver medicamento similar com igual eficácia já presente na lista do SUS.

As informações disponíveis não permitem uma afirmação contundente. Há autores cujos estudos indicam que a maioria das ações está relacionada a medicamentos que faziam parte das listas ou dos protocolos definidos no âmbito do SUS. Este parece ser o caso das ações pleiteando medicamentos no DF, das quais cerca de 50% faziam parte da Rename (ROMERO, 2008). No entanto, na análise das ações contra a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Santana *et al.* (2004) constataram que 55,6% dos produtos não constavam dos programas governamentais de distribuição gratuita de medicamentos. Pereira (2006), analisando os processos contra o estado de Santa Catarina (SC), em 2003 e 2004,

78. Foram analisados os estudos de Pereira (2006), Romero (2008), Messenger, Osório-de-Castro e Luiza (2005).

79. Segundo Romero (2008), 79% dos demandantes no caso do DF tinham prescrições proveniente do sistema público de saúde.

80. Esse seria o caso das ações analisadas por Pereira (2006), em SC, onde 55% dos processos analisados pela autora eram de pacientes atendidos em consultórios particulares.

também constata que a grande maioria (62%) dos medicamentos fornecidos pela via judicial não tinham financiamento previsto por meio dos programas governamentais vigentes.⁸¹

Em alguns lugares, os medicamentos para doenças raras representaram menos de 10% do total das ações: 5% no DF, segundo Romero (2008), e 9,6% em SP, segundo Marques e Dallari (2007). Contudo, estes medicamentos podem representar uma parcela importante dos gastos com medicamentos. Pereira *et al.* (2007) indicam ainda que 1,4% das ações por eles analisadas envolvia medicamentos não registrados pela Anvisa.⁸² Os autores também chamam atenção para o fato de que em alguns casos havia tratamentos alternativos disponíveis no SUS, e que não se apresentavam justificativas para estes não estarem sendo utilizados.

O debate sobre a *judicialização* da saúde já está presente no Congresso Nacional, expresso nos Projetos de Lei (PL) nºs 219/2007 e 338/2007, de autoria dos senadores Tião Viana (PT-AC) e Flávio Arns (PT-PR), respectivamente. O projeto do senador Tião Viana tem o intuito de restringir o acesso integral a medicamentos aos que estejam previstos pela política pública de saúde, ou seja, que façam parte das listas de medicamentos ou componham os protocolos clínicos elaborados pelos gestores de saúde. Sua justificativa é que as demandas judiciais desorganizam a política de saúde ao conceder, muitas vezes, medicamentos não registrados nos órgãos competentes, sem eficácia comprovada, e de alto custo. Afirma ainda que o acesso pela via judicial faz que a parcela dos recursos gastos com poucas pessoas resulte na falta de medicamentos para uma grande parcela da população. De outra perspectiva, o senador Flávio Arns, entende que a questão dos medicamentos está relacionada ao debate sobre direito financeiro *versus* direito fundamental, e que a limitação orçamentária não poderia prevalecer frente ao direito à vida. Assim, propõe que a incorporação de novos medicamentos no SUS seja deliberada por um Conselho Nacional de Incorporação de Medicamentos (CNIM) e produtos médicos, que seria criado pelo PL por ele proposto, e no qual metade de membros seriam usuários ou representantes de organizações de usuários.

Resumindo, a *judicialização* apresenta múltiplos aspectos: ao mesmo tempo em que representa problema orçamentário e de gestão das políticas públicas, também tem sido, em certo sentido, meio de garantia de integralidade de acesso para a população. Os debates em torno do processo trazem à tona

81. Nesses casos, caberia analisar o motivo da não inclusão que podem ser diversos.

82. "O médico deve estar consciente de que a responsabilidade a respeito de eventuais efeitos colaterais decorrentes de um uso não aprovado do medicamento, é do prescritor, estando o laboratório produtor isento de tal responsabilidade. A questão do uso *off label* tem sido discutida geralmente em relação à responsabilidade do prescritor, no entanto, raramente tem sido apontada a necessidade do usuário receber informações sobre dos riscos de efeitos adversos ou de inefetividade do tratamento" (PEREIRA *et al.*, 2007).

várias outras questões controversas, entre estas, se o SUS deve garantir tudo para todos. Discutem-se também quais seriam os processos e os critérios utilizados para incorporação de novas tecnologias – incluindo medicamentos – na lista de atendimentos do SUS. Cabe ainda a pergunta sobre como organizar os serviços de saúde de tal forma a não se ter mais problemas para garantia de atendimento relacionada a falhas administrativas ou de gestão. Com relação à atuação do Judiciário, resta a pergunta se esta tem sido fator de garantia de acesso para uns, mas de restrição de acesso para outros.

7.3 A relação entre o SUS e a saúde suplementar

Outra questão ainda não adequadamente tratada é a da interação do SUS com os outros segmentos de prestação de serviços de saúde. A CF/88, ao criar o sistema, dotou-o, como visto anteriormente, de características socialmente progressistas: acesso universal e atendimentos igualitário e integral. Havia a suposição de que todos os serviços públicos de saúde fariam parte do SUS, e a assistência privada não vinculada ao SUS seria apenas suplementar. Contudo, esta expectativa não se concretizou. Nem todos os recursos públicos para a assistência à saúde destinam-se ao SUS, e a assistência privada não vinculada ao SUS expandiu-se consideravelmente.

Na CF/88, a assistência à saúde foi considerada livre à iniciativa privada. O setor privado, especialmente o segmento de planos e seguros privados de saúde, que já tinha expressiva dimensão no final da década de 1980,⁸³ não foi objeto de consideração específica por parte da Constituição ou da Lei Orgânica da Saúde (Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990). Desde então, este segmento teve uma expansão progressiva, contando com estímulos fiscais do Estado. Somente no final de década de 1990, passaram a ser regulados por uma agência estatal, quanto a aspectos de preços e garantias de atendimento.

No Brasil, o financiamento público, de algum modo, estende-se a todos os segmentos que compõem o sistema nacional de serviços de saúde.⁸⁴ Em alguns, de forma mais direta e preponderante. Em outros, de forma indireta e parcial, por meio de iniciativas que redundam em benefícios para os planos de saúde e, de um modo geral, para todos os serviços privados de saúde. Em primeiro lugar, quando, mediante renúncia fiscal,⁸⁵ possibilita às pessoas físicas o direito de deduzirem da

83. Em 1987, já existiam 483 empresas.

84. Serviços de saúde no Brasil: *i)* o SUS, de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições); *ii)* o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; *iii)* o segmento de atenção aos servidores públicos – civis e militares – e seus dependentes, de acesso restrito a esta clientela, financiado com recursos públicos e dos beneficiários, em geral atendidos na rede privada; e *iv)* o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005).

85. A renúncia fiscal refere-se à perda de arrecadação decorrente da concessão de um benefício tributário. Este, por sua vez, refere-se a uma isenção ou redução de tributos tendo por objetivo beneficiar determinada parcela da população ou setor econômico ou região (SAYD, 2003).

renda tributável o que gastaram com assistências médica e odontológica, para fins de Imposto de Renda (IR). Esta alcança também as empresas privadas quando prestam assistências médica e odontológica a seus empregados e familiares diretamente ou, o que é mais frequente, quando subcontratam operadoras no mercado. Em segundo lugar, quando o SUS atende, sem ser ressarcido por isso, pacientes portadores de planos de saúde. E, finalmente, quando o Estado brasileiro oferece subsídios para que seus servidores, por meio de diferentes arranjos institucionais, contratem coletivamente planos de saúde, contribuindo para a expansão do mercado deste segmento.

Dessa forma, parcelas da população brasileira dispõem atualmente de diferentes vias de acesso a serviços de assistência médica, decorrentes de composições distintas no financiamento, cujos contrastes espelham as mesmas profundas desigualdades que se fazem presentes em inúmeros outros âmbitos da vida social. As duas formas predominantes de acesso colocam, de um lado, os que possuem planos ou seguros privados de saúde, aos quais está garantido igualmente o acesso aos serviços do SUS, e, de outro lado, os que têm acesso exclusivamente aos serviços prestados pelos estabelecimentos e profissionais do SUS.

Adicionalmente, os beneficiários de planos e seguros privados de saúde e as empresas patrocinadoras contam com benefícios fiscais. Por tal mecanismo, parcela não desprezível da população (cerca de um quarto) desfruta de duas vias de acesso a serviços de assistência à saúde em que há financiamento público.

O usuário do sistema de saúde suplementar procura, sobretudo, presteza e garantia de atendimento oportuno no acesso rápido a especialistas e exames de diagnose e terapia. Este grupo pode obter uma consulta com um especialista com relativa rapidez utilizando os serviços de um médico conveniado com o plano de saúde, e pode, em situações de gravidade, buscar acesso pelo SUS a serviços mais caros e complexos, como, por exemplo, os de hemodiálise ou transplante de órgãos. O usuário do SUS, ao contrário, excluídas as situações de urgência ou emergência, quase sempre enfrenta dificuldades e demoras para obter certos atendimentos simples e acesso a alguns serviços de média complexidade. O grande anseio expresso usualmente por este segundo grupo é o de ter certeza de ser atendido, em prazo razoável e com serviços realmente resolutivos.

Essa situação de iniquidade social – expressa por condições diferenciadas de atendimento lastreadas em recursos públicos – poderia ser ainda mais agravada se houvesse uma completa separação entre as duas vias de acesso a serviços de saúde, fazendo que o SUS fosse destinado apenas à população carente. Um sistema focalizado nos indivíduos de mais baixa renda tenderia a ser ainda mais frágil, politicamente, nas disputas orçamentárias. Mas o pior efeito adverso desta opção de separação formal das duas clientelas seria a criação de

um sistema pobre para os pobres, na contramão dos sistemas universais de saúde que deram certo em outros países. Tudo indica que não há condições sociais e políticas para tal separação entre os dois sistemas, e talvez esta nem mesmo contribua ao bom funcionamento de ambos.

Para tanto, certos padrões de prioridade na alocação e nas práticas de utilização de recursos públicos precisariam ser superados. O financiamento do SUS, medido como proporção do PIB, ocorre em patamar muito baixo diante das necessidades e metas de um sistema de cobertura universal, como constata-se na comparação com países que têm sistemas similares. O baixo nível de financiamento e os problemas de gestão ainda são os principais fatores que fazem que o SUS padeça de inegáveis deficiências operacionais para ofertar atendimento integral e de melhor qualidade à maior parte da população que tem no sistema a principal ou quase exclusiva forma de atenção.⁸⁶ Por sua vez, o poder público vem garantindo a pessoas físicas e empresas benefícios tributários que incentivam a contratação de planos de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

O SUS é uma importante política de inclusão que, em menos de duas décadas, incorporou dezenas de milhões de pessoas ao sistema público de saúde, ampliando o elenco de ações e serviços ofertados à população. Com isso, foram obtidas importantes reduções nas desigualdades de acesso, entre pessoas e regiões do país.

A forma como a descentralização e os processos de coordenação entre as três esferas de governo ocorreram na saúde servem hoje de referência para outras áreas, como, por exemplo, a Assistência Social, que recentemente propôs a criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e, em certa medida, segurança pública, com seu Sistema Único de Segurança Pública (SUSP).

Ainda que com muitos limites e insuficiências, o SUS oferece hoje, com direito de acesso universal, atenção integral à saúde⁸⁷ em substituição à assistência médico-hospitalar ofertada à restrita parcela da população incorporada ao mercado formal de trabalho, como era o padrão vigente até a década de 1980. Vigilâncias epidemiológica e sanitária e regulações de processos e condições seguras de oferta de serviços e produtos são faces invisíveis do sistema, em nosso contexto cultural acostumado a considerar que saúde é apenas a cura da doença e a menosprezar a importância destas ações.

86. Embora mais de 90% da população seja usuária de algum serviço do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público, o que é pouco quando comparado com os percentuais de países com sistemas universais de saúde já consolidados. A maioria dos brasileiros (61,5%) utiliza o SUS e outras modalidades (plano de saúde e pagamento direto). Os não usuários são apenas 8,7% (CONASS, 2003).

87. Ações de promoção, prevenção e recuperação e assistências ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso a transplantes, medicamentos de alto custo e cuidados odontológicos, até então privilégio de reduzida parcela da população; hoje, estão disponíveis no sistema público de saúde.

Apesar de todos esses avanços, dificuldades de acesso, especialmente a atendimentos e exames mais especializados, fazem parte do cotidiano dos usuários do SUS em muitas localidades. A falta de garantias de que o cidadão terá seus problemas de saúde atendidos no tempo oportuno desvela a face mais frágil e desumana do sistema.

De modo geral, as necessidades de bens, ações e serviços de saúde, para atender tanto aos sadios quanto aos enfermos, crescem continuamente em número e, muitas vezes, em custo. Há uma série de perguntas que se impõe a respeito de quais são as necessidades de saúde que podem e devem ser reconhecidas pela sociedade. São as mais simples e frequentes? Ou as mais raras e graves, com maior impacto financeiro potencial na vida das famílias? Ou são estes dois tipos de necessidade em forma combinada, desde que haja uma validação prévia pelas regras e protocolos assistenciais adotados pelas instituições públicas? Pode algum tipo de sistema público de saúde atender a todas as necessidades de toda a população e todos seus reais e potenciais usuários, a qualquer momento, considerando nada mais que o caráter da urgência ou premência de tais necessidades?

Nos sistemas de atendimento, médicos associados aos antigos institutos de previdência social, prevalecia a diretriz de que o risco de saúde a ser protegido era, prioritariamente, o que implicava em custos maiores para o trabalhador afetado, o chamado risco catastrófico. Com o surgimento do SUS, implicitamente estão cobertos todos os riscos e as necessidades. Porém, há uma interpretação de que esta cobertura deveria integrar as regras de cobertura por ações e serviços que façam parte de suas rotinas técnica e administrativa. A questão é como transformar a norma implícita em algo explícito dos pontos de vista operacional e legal, de tal modo que as instâncias jurídicas possam levar em conta os limites distributivos aplicáveis a cada caso, sem comprometer o exercício do direito à saúde.

Os sistemas públicos de saúde que estão voltados para um atendimento universal e igualitário necessariamente não devem e não podem contemplar todas as necessidades de saúde de seus usuários. Mas estes precisam contar com critérios de validação de necessidades e explicitação das ações e dos serviços que são devidos à população. Entretanto à medida que se comprometam com o atendimento a um conjunto de condições e necessidades de saúde, podem deixar de contemplar outras demandas que, eventualmente, contrariem suas regras operacionais ou ultrapassem suas disponibilidades financeiras.

Um sistema de saúde universal e igualitário compromissado com o atendimento integral requer, invariavelmente, recursos públicos vultosos. Seria ingenuidade supor, portanto, que a implementação dos princípios constitucionais na área da saúde pudesse efetivar-se apenas com ganhos de eficiência, sem recursos adicionais. Tornar a gestão do SUS mais eficiente e profissional é algo absolutamente necessário e inadiável, mas não suficiente. É imprescindível que, simultaneamente, sejam assegurados os recursos mínimos necessários para que o acesso universal a um atendimento integral, igualitário e de boa qualidade seja menos um exercício retórico e mais uma ação objetiva percebida pela sociedade. Sem a realização de novos investimentos, não há mágica gerencial capaz, por exemplo, de resolver a desigualdade acumulada na distribuição espacial da oferta.

Tendo em vista essa situação, o Estado brasileiro deveria sinalizar para a opinião pública qual é a política prioritária de financiamento público de serviços de saúde e, como decorrência, escolher como epicentro desta política o objetivo de fortalecimento da capacidade de oferta e a melhoria de qualidade dos serviços do SUS. O ideal é que houvesse um comprometimento mais claro com três objetivos: *i*) um crescimento gradual do gasto público no SUS de tal modo a atingir, no máximo em duas décadas, o nível deste tipo de gasto prevalente em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que mantêm sistemas universais;⁸⁸ *ii*) uma revisão gradativa do conjunto de benefícios tributários concedidos na área da saúde, de forma a alcançar-se alocação mais equitativa no tocante ao gasto tributário,⁸⁹ ou seja, recursos públicos de isenções fiscais a pessoas físicas, entidades filantrópicas e outras; e *iii*) melhorar a qualidade dos serviços do SUS mediante o estabelecimento de mecanismos de garantia de atendimento oportuno.

A consolidação do SUS, dessa forma, deve estar orientada por perspectiva de longo prazo, que permita indicar as ações de curto e médio prazo na direção das transformações necessárias para concretizar o objetivo de realização de seus princípios e suas diretrizes e de alcançar ampla legitimidade social, que assegure sua sustentabilidade.

Essa visão de futuro deve almejar um sistema de saúde capaz de prover o acesso universal aos cuidados necessários, adequados e oportunos a todos os cidadãos, mediante a operação de redes regionais resolutivas de atenção à saúde individual e coletiva. Com o objetivo de garantir que os cidadãos disponham de condições de vida saudáveis, dever-se-ia, adicionalmente, envidar

88. O que implicaria em passar dos 3,5%, do PIB vigente em 2005, para 6%.

89. O termo *gasto tributário* foi utilizado pela primeira vez em 1967 por Stanley Surrey, do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos. Ele fazia referência às deduções, às isenções e aos abatimentos do IR federal que reduziam a arrecadação potencial do imposto para alcançar determinados objetivos sociais e econômicos que poderiam, em princípio, ser alcançados por gastos governamentais diretos (SALVI; DE PAULA; LOURES, 2003).

esforços coordenados no âmbito do Estado, articulando-se a política de saúde com outras políticas públicas – educação, saneamento, habitação adequada, acesso a alimentos etc. Um sistema que se valha de sua dimensão e potencialidade econômica, atuando de forma articulada com as políticas de educação, desenvolvimentos científico e tecnológico e a política industrial, de modo a assegurar a disponibilidade de recursos humanos adequadamente capacitados, insumos, medicamentos e equipamentos.

O desempenho dos serviços de saúde tem forte relação com os determinantes sociais das condições de saúde, que definem, em última instância, as necessidades a serem atendidas. Não obstante, a face mais visível do sistema, sobre a qual incidem mais claramente as demandas, é a oferta de atenção à saúde.

Assegurar que o sistema ofereça a todos os cidadãos um cuidado à saúde que tenha como marcas a acessibilidade, qualidade, adequação, oportunidade, segurança e resolutividade da atenção, em todos os níveis de complexidade, é o principal desafio que se expõe para o SUS.

Isso implica:

1. Dar maior ênfase a ações de promoção e prevenção tanto em relação a doenças transmissíveis quanto a doenças crônicas passíveis de intervenção precoce e controle de evolução.
2. Assegurar acesso à atenção básica, de melhor qualidade, integrada aos demais níveis de complexidade, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado de forma ininterrupta e coordenada, com a resolução efetiva dos problemas de saúde.
3. Disponibilizar os meios adequados e de estratégias que estimulem a adesão ao tratamento para a população portadora de doenças crônicas ou que necessite de cuidados de longo prazo.
4. Disponibilizar os meios de diagnóstico e tratamento mais efetivos, com base no conhecimento técnico-científico existente (medicamentos, equipamentos etc.).
5. Assegurar o acesso aos meios terapêuticos e de reabilitação.
6. Assegurar o acesso a cuidados paliativos para pacientes considerados fora de possibilidade terapêutica.
7. Respeitar as diferenças culturais, de valores e de expectativas (*responsiveness*).

Considerando esses pré-requisitos, ressalta-se novamente que se avançou muito no campo formal de garantia do direito à saúde, mas ainda há muito a ser realizado para que este seja efetivamente garantido.

REFERÊNCIAS

- BANCO MUNDIAL. *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Washington, D.C.: World Bank, Jan. 1995 (Relatório n. 12.655-BR).
- _____. *Governance in Brazil's Unified Health System (SUS): raising the quality of public spending and resource management*. Washington, D.C.: World Bank, Feb. 2007, p. 16 (Report n. 36.601-BR).
- BARROS, E. *Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2003 (Série Técnica, n. 4).
- _____. *Estrutura da rede de serviços de saúde no Brasil: aportes da AMS 2005*. Brasília, 2005. Mimeografado.
- _____. Assistência Farmacêutica – Brasil: programa de dispensação de medicamentos em caráter excepcional. Relatório do estudo de caso. In: COSTA, V. L. C. (Org.). *Efetividade das políticas de saúde: experiências bem-sucedidas na América Latina*. Campinas: BID, NEPP, UNICAMP, 2006.
- BARROSO, L. R. *O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição brasileira*. 3. ed. São Paulo: Renovar, 1996.
- _____. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*, 2007. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2008.
- BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro International Inc. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. 2. ed. Rio de Janeiro, 1999.
- BIASOTO, J. R. G. *Setor Saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas*. Campinas: IE/UNICAMP, 2003. Mimeografado.
- BORGES, D. C. L. *Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do estado do Rio de Janeiro no ano de 2005*. 2007. Dissertação (Mestrado).
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada. *Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social – Saúde e Saneamento*. Diagnóstico Preliminar. Brasília, maio 1966.
- _____. Ministério da Saúde (MS). *Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971*. Institui o programa de assistência ao trabalhador rural, e dá outras providências. Brasília, 1971. Disponível: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/43/1971/11.htm>>. Acesso em: 20 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). In: *VIII Conferência Nacional de Saúde*, 17-21 de março de 1986. *Anais...* Brasília, 1987a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2008.

_____. Secretaria Técnica. Documentos II. *Proposta para o componente saúde da nova Constituição brasileira*. Rio de Janeiro: CNRS, 1987b.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 31 set. 2008.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 2 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Dispõe sobre a NOB nº 1/1993 – Norma Operacional Básica do SUS. Brasília, 24 maio 1993.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 2.023, de 6 de novembro de 1996*. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica (NOB) nº 1/1996 do SUS. Brasília, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 3.407, de 5 de agosto de 1998*. Aprova o regulamento técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. Brasília, 1998. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Lei nº 9.787, de fevereiro de 1999*. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/9787-99.htm>>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os Arts. nºs 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) nº 1/2001. Brasília, 29 jan. 2001a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 15 a 19 de dezembro de 2001. Brasília, 2001b. Relatório Final.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001*. Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). Brasília, 2001c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/gM/gm-2309.htm>>. Acesso em: 18 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria SAS nº 589, de 27 de dezembro de 2001*. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. Brasília, 2001d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT-IMPLEMENTARCNRAC-SAS589.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas)/SUS nº 1/2 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2. ed. rev. e atual. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) nº 1/2002. Brasília, 2 mar. 2002b.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002*. Regulamenta os sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002c. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/legislacoes-e-materiais-de-apoio-1/Portaria%20n.%202048.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003*. Institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1863_de_29_09_2003.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004*. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa farmácia popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.dji.com.br/decretos/2004-005090/2004-005090.htm>>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes para a implantação de complexos reguladores*. Brasília, 2006a (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 6).

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 15 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM nº 699, de 30 de março de 2006*. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 30 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM nº 252, de 6 de fevereiro de 2006*. Redefine a política nacional de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. Brasília, 2006d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-252re.htm>>. Acesso em: 15 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. *Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011*. 2. ed. Brasília, 2008a (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – Relatório (PNDS 2006)*. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Informe epidemiológico da dengue*. Brasília, jan./abr. 2008c.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2008*. Brasília, 2008d.

BBC – British Broadcasting Corporation. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/10/081014_omsrelatoriosauade_np.shtml>.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). Secretaria Técnica. Documentos II. *Proposta de conteúdo para uma nova lei do sistema nacional de saúde*. Rio de Janeiro: CNRS, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – Progestores. Brasília, 2003.

_____. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, 2006.

_____. *Consensus nº 35*. Brasília, jul./ago. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Movimento sanitário na década de 1970: a participação das universidades e dos municípios – Memórias*. Brasília, 2007.

COSTA, L. A. *Experiência da bahia no enfrentamento das ações judiciais por medicamentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Palestra proferida na Fiocruz).

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. *Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social*. Rio de Janeiro, 2004. Mimeografado.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos, 1948.

DIAS, J. C. *O controle judicial de políticas públicas*. Florianópolis: Método, 2007.

ENGELS, F. Contribución al problema de la vivienda. In: MARX, K.; ENGELS, F. *Obras escogidas*. Moscú: Editorial Progreso, t. II, 1979.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família (PSF) em grandes centros urbanos: 10 estudos de caso*. Relatório. Rio de Janeiro, 2001.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; DE SOUZA, A. E. *A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências*. Brasília: BDJur, 2007. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/16694>>. Acesso em: 10 out. 2008.

GURGEL *et al.* Lawsuits impact in the Brazilian pharmaceutical assistance: incorporation of new technologies or access to the health state systems? In: CONGRESSO DE ECONOMIA DA SAÚDE DA AMÉRICA LATINA E CARIBE, 3. Cuba, 2008.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003*. Primeiros resultados. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2004.

_____. *Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) 1999, 2002 e 2005*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376C3D0E0F359G20HIJd3L24123M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 25 set. 2005.

IPEA. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, n. 9, 2004.

_____. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, n. 12, 2006.

_____. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, n. 14, 2007.

LANDMAN, C.; VIACAVAL, F. (Coord.). Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, p. 4-5, 2005. Suplemento. 1.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, R. C. G. S. *et al.* A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009.

MACHADO, M. A. A. Public expenditures with medicines demanded by judicial decisions in Minas Gerais, Brazil. *In: CONGRESSO DE ECONOMIA DA SAÚDE DA AMÉRICA LATINA E CARIBE*, 3. Cuba, 2008.

MARINHO, A. *A situação dos transplantes de órgãos no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2008. (Texto para Discussão, no prelo).

MARQUES, S. B; DALLARI, S. G. Garantia de direito social à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, fev. 2007.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144p. Tomo I.

MENEZES, T. *et al.* O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. *In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; MENEZES, T.; PIOLA, S. F. (Org.). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: Ipea, 2007.

MESSENDER, A. M.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta de garantia de acesso à medicamentos: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525-534, mar./abr. 2005.

NAUNDORF, B. *Enfrentamento das ações judiciais na assistência farmacêutica no RS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Palestra proferida na Fiocruz).

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Ipea, jun. 2000. (Texto para Discussão, n. 735).

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. *In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Abrasco/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

PEREIRA, C. Política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados*, v. 39, n. 3, 1996.

PEREIRA, J. R. *Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da secretaria de estado da saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia da Universidade de Santa Catarina, 2006.

_____. *et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004*. Artigo submetido e aprovado para publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva* – aguardando publicação (n. 0728/2007).

PIOLA, S. F. *Perspectivas da descentralização na saúde pública, observatório da cidadania – Relatório 2002. O Impacto Social da Globalização no Mundo*, Rio de Janeiro, n. 6, 2002.

PIOLA, S. F.; REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C. *Financiamento das políticas sociais nos anos 90: o caso do Ministério da Saúde*. Brasília: Ipea, jun. 2001 (Texto para Discussão, n. 802).

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; OSORIO, R. G. *Saúde no Brasil na década de 1990*. Brasília: Ipea, 2002. 73p.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, no prelo).

POULANTZAS, N. *As transformações atuais do estado, a crise política e a crise do estado*. In: POULANTZAS, N. (Org.). *O Estado em crise*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

RAWLS, J. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

_____. *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press, 1993.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2006*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>>. Acesso em: 2 dez. 2008a.

_____. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. *As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil*. In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES, 2., 2005, Belo Horizonte, MG dez. 2005. Publicado na revista *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro: Cebes, n. 37, p. 21-43, jan. 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores e Dados Básicos – IDB 2006*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 2 dez 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 17-21 mar. 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acessado em: 10 nov. 2008b.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde, promessas e limites da constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROMERO, L. *Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal*. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal, maio 2008 (Texto para Discussão, n. 41).

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, UNESP, Abrasco, 1994.

SALVI, A. F. C.; DE PAULA, E. V. M.; LOURES, M. M. G. *Gastos governamentais indiretos de natureza tributária – conceituação*. Brasília: Receita Federal, abr. 2003 (Estudos Tributários, n. 12).

SANTANA, S. P. *et al.* Mandados judiciais e compras especiais, perfil dos gastos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte (MG) 1999-2004. *In*: CONGRESSO DE ECONOMIA DA SAÚDE DA AMÉRICA LATINA E CARIBE, 1., 2004, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abres/AES, 2004.

SANTOS, J. S. *et al.* Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina*, Ribeiro Preto, n. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SAYD, P. *Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde*. 2003. Dissertação (Mestrado) – ENSP, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, F. V. N. *Considerações sobre a judicialização do acesso à saúde*. 2005. Monografia (Graduação) submetida à comissão julgadora do prêmio *ajuris* – Direito Humanos, 2005.

SOARES, S. M. S. *et al.* *Mortalidade infantil e municipalização da saúde no estado do Ceará*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 1995.

SOCIEDAD INTERNACIONAL POR LA EQUIDAD EN SALUD (ISEQH). *Equidad y reformas del sector salud en America Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el periodo 1995 -2005*. Reporte. Abril: ISeqH, 2006.

TEIXEIRA, L. O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde. *Cadernos Aslegis*, Brasília, v. 6, n. 21, 2003.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). *Avaliação do TCU sobre a Ação Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais*. Brasília, 2005 (Sumários Executivos, n. 23).

UGA, M. A. *et al.* Decentralization and resource allocation in the Brazilian national health system – Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VASCONCELOS, C. M. Relações intergovernamentais no setor saúde: a experiência da Comissão Intergestores Tripartite no Brasil. *In: IX CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*, Madrid, España, 2. *Anais...* Madrid, España, 5 nov. 2004.

VIANNA, L. W. *et al.* *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. WHO: 1991 (WHO EURO Report).

WORLD HEALTH REPORT (WHO). *The World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, 2008a.

_____. *World Health Statistics 2008*. Geneva, 2008b.

ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA ALIMENTAR: ENTRE NOVAS TRAJETÓRIAS, VELHAS AGENDAS E RECENTES DESAFIOS (1988-2008)

Luciana Jaccoud*
Patricia Dario El-Moor Hadjab**
Juliana Rochet Chaibub**

1 APRESENTAÇÃO

Quando, em 1988, a Constituição Federal (CF) instituiu a Assistência Social como parte da Seguridade Social, teve início um período de mudanças estruturantes nesta política. Reconhecendo a Assistência Social como política pública, garantindo o direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, bem como o direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e pessoas com deficiência em situação de extrema pobreza, o novo texto constitucional abriu uma nova fase de desenvolvimento desta política, consolidada por normatização posterior, cujos principais marcos foram a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica (NOB) que regulamentou o Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Além do novo tratamento conferido à Assistência Social, a Constituição unificou os benefícios e ampliou a cobertura do sistema previdenciário, instituindo um regime diferenciado para os trabalhadores rurais em regime de economia familiar, de natureza parcialmente contributiva.¹ Paralelamente, estabeleceu a universalização do direito de atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), este de caráter público e gratuito. Neste contexto, a Assistência Social passou a constituir parte da responsabilidade pública no âmbito da Seguridade Social, integrando, com as políticas de seguro social e saúde, um sistema de proteção social.

* Técnico de Pesquisa e Planejamento do Ipea.

** Pesquisador do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) no Ipea.

1. No campo da Previdência Social, podem ainda ser citados a extensão dos direitos previdenciários com o estabelecimento do salário mínimo (SM), como valor mínimo e garantia de irredutibilidade dos benefícios; a extensão dos direitos previdenciários rurais com redução do limite de idade; e a inclusão do direito à trabalhadora rural. Ver a respeito o capítulo dedicado à Previdência Social nesta edição.

A CF/88 representou, assim, um alargamento dos direitos sociais e do campo da proteção social pública no país. Seus impactos foram relevantes tanto no que diz respeito ao desenho das políticas quanto na definição dos beneficiários e dos benefícios. Ampliaram-se as situações sociais, objeto de garantias legais de proteção, expandindo a responsabilidade pública diante de vários problemas cujo enfrentamento, até então, se achava predominantemente confinado ao espaço privado. Neste processo, a intervenção estatal, organizada a partir da regulamentação das determinações constitucionais operada pelas leis complementares, passou a referir-se a um terreno mais vasto da vida social, tanto com objetivos de equalizar o acesso a oportunidades quanto de enfrentar condições de destituição de direitos, riscos sociais e pobreza. Apesar de não se ter observado a montagem de uma estrutura institucional assegurando a integração do conjunto das políticas afirmadas como de Seguridade Social,² o avanço observado na área de Assistência Social foi significativo, podendo ser qualificado como uma ruptura frente à trajetória desenvolvida no período anterior, como se procura mostrar no decorrer deste trabalho.

O presente capítulo possui uma tarefa especial: analisar as principais mudanças ocorridas na Política Nacional de Assistência Social após a Constituição de 1988. Além da citada inserção no âmbito da Seguridade Social, intervenção da Assistência Social nos campos da prestação de serviços e garantia de renda, o texto constitucional reafirmou a participação da iniciativa privada e, mais especificamente, das entidades beneficentes, além de instituir a participação social na formulação e no controle desta política. Por fim, garantiu a gestão descentralizada, com a coordenação nacional sob responsabilidade da esfera federal, e a execução, das esferas estadual e municipal. Estas determinações serão aqui examinadas, considerando também seus impactos e seus desafios atuais. Cabe ressaltar que a política de transferência de renda será tratada no âmbito da Assistência Social.

Pretende-se, também, analisar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e suas transformações ao longo dos últimos 20 anos. Em que pese o fato do texto constitucional não ter dado acolhimento à temática, à exceção do destaque dado para a merenda escolar, este favoreceu a consolidação desta questão no período que se seguiu. De fato, o compromisso ali firmado de enfrentamento da pobreza e desproteção será recuperado nos anos 1990 no âmbito da luta contra a fome e, posteriormente, nos esforços de consolidação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

O texto está dividido em oito partes, incluindo esta apresentação. A seção 2 faz uma breve descrição sobre a CF/88 e suas principais contribuições para as políticas em foco. Será analisada, na seção 3, a PNAS, com ênfase na oferta dos serviços socioassistenciais. A seção 4 tratará dos benefícios no âmbito da Assistência Social – serão abordados o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF).

2. A exceção da experiência de funcionamento do Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS), criado em 1991 e extinto em 1999, por meio da Medida Provisória (MP) nº 1.799-5, de 1999.

Em seguida, na seção 5, serão tratados os principais desafios da atualidade relacionados a esta política. Já a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional será comentada na seção 6, que se divide em duas partes: uma retrospectiva da política e, posteriormente, uma análise sobre a oferta de serviços – atualmente pulverizados no âmbito federal. Os desafios relacionados à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional serão tratados na seção 7. Por fim, na seção 8 serão apresentadas as Considerações finais em que será feita uma breve conclusão sobre os principais avanços e desafios identificados para estas políticas.

2 O RECONHECIMENTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO PARTE DA SEGURIDADE SOCIAL: O PROJETO CONSAGRADO NA CF/88

As políticas tratadas nesta seção foram acolhidas de forma bastante diferenciada pelo texto constitucional. Enquanto a Assistência Social foi objeto de uma seção específica, no capítulo da Seguridade Social, a SAN não foi ali diretamente tratada. O combate à pobreza e a defesa da dignidade humana, entretanto, destacam-se na nova Carta, em seus princípios fundamentais (título I), estimulando as ações no campo do combate à fome que tomarão corpo nos anos seguintes. Esta seção, entretanto, tendo como objeto o tratamento constitucional dos temas que são objeto deste capítulo, ficará restrita à Assistência Social.

2.1 Antecedentes históricos

Diante da Política Nacional de Assistência Social, cabe realizar um rápido retrospecto sobre a configuração deste campo de intervenção pública, tal qual existente à época da elaboração da Constituição de 1988. No Brasil, pode-se falar em uma ação pública de Assistência Social a partir de 1938, quando do surgimento do CNSS. O Decreto-Lei nº 525, de 1º de julho de 1938, que cria o CNSS, seria a primeira regulamentação nacional na área de Assistência Social e visava fixar as bases da organização do serviço social no país. Definia o serviço social como conjunto de obras públicas ou privadas orientadas “para o fim de diminuir ou suprimir as deficiências ou sofrimentos causados pela pobreza ou pela miséria, ou oriundos de qualquer forma de desajustamento social” (BRASIL, 1938, Art. 1º). O decreto determinava ainda que o CNSS tinha a função de estudar o problema do serviço social, atuar como órgão consultivo e opinar sobre os pedidos de subvenções que lhe fossem encaminhados por entidades privadas de Assistência Social. Da mesma data é o Decreto-Lei nº 527, que se voltou à cooperação financeira entre a União e as entidades privadas de Assistência Social, regulando as subvenções públicas àquelas entidades e institucionalizando uma política na qual o Estado tinha como principal tarefa apoiar financeiramente as obras de Assistência Social.

A criação do CNSS ocorreu no mesmo momento em que se consolidava a legislação previdenciária e trabalhista no país, assim como a organização das instituições de previdência pública, que incluíram progressivamente entre suas

responsabilidades ações nas áreas de saúde, habitação e alimentação. A cobertura dos riscos sociais era entendida, assim, de forma ampla, e tinha como objetivo promover a integração social dos trabalhadores assalariados, ao lado da integração política sob responsabilidade do corporativismo de Estado. Diante de carências sociais das demais camadas da população, organizou-se a Assistência Social como campo de atuação, contando com restrita participação governamental.

Respondendo à organização institucional montada naquele período, a Assistência Social esteve, nas décadas seguintes, fundamentalmente sob responsabilidade da iniciativa privada, em que predominavam as obras católicas. Inspirada no conceito de caridade cristã e voltada aos desvalidos e aos miseráveis, muito lentamente, a Assistência Social realiza sua aproximação com o Estado no que diz respeito à responsabilidade deste no atendimento à população. O predomínio do setor privado na oferta de serviços marcou esta trajetória que contou subsidiariamente com a participação do setor público, principalmente no financiamento, seja via subsídios ou isenções, seja via transferências. Dessa forma, pode-se dizer que, historicamente, a intervenção do Estado na Assistência Social desenvolveu-se, predominantemente, não por meio da prestação de serviços,³ mas pela via do apoio a entidades e organizações privadas.

Nesse contexto, falar da Assistência Social no Brasil significava falar de uma ação residual, suplementar em termos de recursos, fragmentada em termos de programas e ações e pouco clara quanto aos seus objetivos e ao seu público. A *nebulosidade* das ações públicas e privadas de Assistência Social e a inexistência de uma política explícita para o setor acabavam por permitir a proliferação de ações submetidas a interesses pessoais, populistas e clientelistas. Organizada a partir do princípio do dever moral de ajuda (SPOSATI, 1989), a Assistência Social efetivava-se majoritariamente a partir da oferta de serviços mantidos pelo setor beneficente, ausente qualquer princípio de regulação desta ação social, seja no planejamento da oferta, seja na estimativa da demanda, seja no padrão de qualidade. Os benefícios monetários tampouco haviam sido constituídos no campo da Assistência Social.⁴

Em linhas gerais, foi essa herança recebida pelos constituintes, e diante da qual a CF/88 representou efetiva inovação. Como será tratado a seguir, o novo texto constitucional reconhecerá a responsabilidade pública na Assistência Social e tratará tal responsabilidade em contexto mais amplo de garantias no âmbito da proteção

3. A prestação de serviços esteve limitada a ações pontuais das municipalidades e, a nível federal, pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1942, e pelo serviço de assistência ao menor, instituído em 1941 e substituído em 1964 pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem).

4. A Renda Mensal Vitalícia (RMV) tem sido considerada por alguns autores como precursora dos benefícios monetários assistenciais. Criada em 1974, esta atendia idosos de 70 anos ou mais e pessoas em situação de invalidez que estivessem sem condições de garantir sua sobrevivência. Contudo, era concedida apenas àqueles que houvessem efetuado, ao longo de sua vida, um mínimo de 12 contribuições à Previdência Social, não tendo completado, portanto, as regras de acesso à aposentadoria por idade ou invalidez.

social. Também instituirá uma garantia de renda não contributiva como parte da política assistencial, alterando substancialmente o papel do Estado neste campo.

2.2 O processo constituinte

Iniciada no primeiro dia de fevereiro de 1987, a Constituinte funcionou até dia 5 de outubro de 1988, quando foi promulgado o texto constitucional. Sua composição abarcava oito comissões temáticas, cada qual subdividida em três subcomissões. Foi criada, ainda, uma nona comissão, a de sistematização.

Os trabalhos obedeceram, resumidamente, à seguinte dinâmica: as 24 subcomissões elaboraram os dispositivos constitucionais – futuros artigos –, que eram divididos por temas. Aprovados nestas subcomissões, os anteprojeto eram enviados às oito comissões, que os reorganizavam por temáticas, segundo os capítulos da Constituição. Após aprovação pelos parlamentares membros, os projetos de cada comissão eram encaminhados à Comissão de Sistematização, responsável por organizá-los em títulos, a fim de elaborar um primeiro projeto de constituição. Tal projeto, após ser analisado e aprovado pelos parlamentares desta comissão, foi enviado ao Plenário da Assembleia Constituinte, na qual foi debatido, submetido às emendas parlamentares e, por fim, votado e aprovado em 1988.

A participação popular no processo de elaboração da Constituição estava assegurada pela estrutura de organização da Assembleia Constituinte. O envolvimento dos cidadãos ocorreu de duas maneiras: *i*) nos debates organizados pelas subcomissões temáticas; e *ii*) por meio da apresentação de emendas populares que deveriam ser assinadas por, no mínimo, 30 mil pessoas e por três entidades representativas.

Estudo realizado por Boschetti (2006) reconstituiu os embates políticos presentes na Assembleia Constituinte em torno dos debates sobre a criação da Seguridade Social, abrangendo os direitos concernentes à Previdência Social, à saúde e à Assistência Social. Como destaca a autora, a forma como foi organizada a Constituinte fragmentou a discussão sobre os direitos sociais e do trabalho em várias subcomissões. As discussões a respeito dos temas da saúde, da Previdência Social e da Assistência Social desenvolveram-se em duas comissões e seis subcomissões, elencadas no quadro 1. No entanto, foi na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente que se esboçaram, de forma mais incisiva, os princípios da Seguridade Social brasileira, conformando um tratamento inovador da Assistência Social como responsabilidade pública e direito social. Vale resgatar esta trajetória.

QUADRO 1

Assembleia Nacional Constituinte – Comissões Temáticas da Ordem Social e da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação

VII Comissão da Ordem Social
<ul style="list-style-type: none"> a) Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos b) Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente c) Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias
VIII Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação
<ul style="list-style-type: none"> a) Subcomissão da Educação, Cultura e Esportes b) Subcomissão da Ciência e Tecnologia e da Comunicação c) Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso

Fonte: Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/constituicao20anos/o-processo-constituente/lista-de-comissoes-e-subcomissoes>>.

As atividades das subcomissões iniciavam-se pelas audiências públicas. De modo geral, foi estabelecida uma sistemática de trabalho que consistia em: *i)* consultar a população; *ii)* debater com entidades especializadas; e *iii)* colher sugestões dos constituintes. No âmbito da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, a Assistência Social não foi objeto de nenhuma audiência específica. As instituições assistenciais públicas e privadas participaram, sobretudo, das audiências organizadas pelas subcomissões responsáveis pelos temas da família, da infância, das pessoas idosas e das pessoas com deficiência. Segundo Boschetti (2006), esta fragmentação é indicativa da clivagem histórica observada pelas políticas de proteção social, entre os *trabalhadores capazes* e aqueles tidos como *incapazes de trabalhar*. Neste sentido, o debate sobre a Assistência Social estaria associado à categoria daqueles considerados incapazes de assegurar a própria sobrevivência em razão de limitações físicas ou decorrentes da idade e em função de sua condição socioeconômica.

Acompanhando o trabalho dessas comissões, serão tratados, em seguida, os debates realizados pela Assembleia Constituinte sobre os temas do reconhecimento da Assistência Social como política pública e parte da Seguridade Social e, em seguida, o reconhecimento de direito à garantia de renda aos idosos e às pessoas com deficiência em situação de pobreza.

2.2.1 A Assistência Social no contexto da Seguridade Social

Como citado anteriormente, o debate em torno dos serviços prestados pelas entidades assistenciais desenvolvia-se no seio das Subcomissões da Família, do Menor, do Idoso, dos Negros, das Populações Indígenas, das Pessoas Deficientes e das Minorias.

Contudo, foi nas audiências realizadas na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente – que contava com a presença de membro do antigo Grupo de Trabalho de Reestruturação do Ministério da Previdência e Assistência Social (GT/MPAS) – que se realizou o debate sobre o projeto de ampliação da proteção social brasileira a partir da adoção do conceito de Seguridade Social.⁵ O relatório final e o anteprojeto elaborado por esta subcomissão acolheu as teses de criação de um sistema público de Seguridade Social, cujo primeiro esboço englobava apenas a Previdência Social e a Assistência Social, permanecendo a saúde como uma política específica e autônoma. Os princípios gerais da Seguridade Social, esboçados no anteprojeto final, foram aperfeiçoados nas etapas posteriores da Constituinte.

Especificamente quanto à Assistência Social, cabe lembrar que a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente preocupou-se também em distingui-la da Previdência Social. Além disso, o projeto da subcomissão inovava ao criar um benefício assistencial inspirado no benefício para os idosos operado pela renda mensal vitalícia, que existia, desde 1974, como parte da Previdência Social. Tal projeto reduzia a idade mínima para seu recebimento em 65 anos – no lugar da idade de 70 anos, então em vigor –, aumentava o valor do benefício para um SM – até então fixado em meio SM – e, sobretudo, não exigia nenhuma contribuição prévia dos beneficiários. Além da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, outras duas subcomissões apresentaram propostas de inclusão de benefícios assistenciais na Constituição – direcionados às pessoas idosas e com deficiência – como será mostrado mais adiante.

Enviado à Comissão de Ordem Social em maio de 1987, o projeto oriundo da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente foi ali alterado. Os princípios fundamentais já aprovados foram consolidados sob o título *Seguridade Social*, ampliando-se o conceito de seguridade com inclusão da saúde ao lado da Assistência Social e Previdência Social. No que se refere especificamente à Assistência Social, dois foram os avanços efetuados pela comissão. De um lado, realizou-se a distinção da Assistência Social como política específica, diferenciada da Previdência Social e caracterizada como componente básico da Seguridade Social, assegurando a esta política o mesmo *status* de direito social conferido à saúde e à Previdência Social. Estabeleceram-se, ainda, os princípios que deveriam sustentar a organização e a gestão da Assistência Social, tais como a descentralização política e administrativa e a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e do controle das ações.

5. Composto por reconhecidos especialistas técnicos do governo, além de representantes sindicais, o GT/MPAS havia sido instituído pelo governo Sarney e funcionado durante o ano de 1986. Seu relatório final propunha a integração das políticas de Previdência Social e Assistência Social em sistema de Seguridade Social no qual o sistema contributivo articular-se-ia a sistema de acesso universal a certas provisões públicas. Este se integraria, ainda, a uma política universal de saúde, financiada por base ampla de fontes. Sobre a composição GT/MPAS e um relato de seus debates e trabalhos, ver Boschetti (2006, capítulo 4).

No que tange à prestação dos serviços assistenciais por entidades privadas, o anteprojeto da Comissão de Ordem Social previa que estes, na medida em que utilizassem recursos públicos, deveriam também se submeter e se organizar segundo os princípios constitucionais da descentralização e da participação. Além disso, o texto estabelecia a isenção de recolhimento de contribuição para a Seguridade Social das instituições beneficentes de Assistência Social que atendessem às exigências legais.

O projeto de seguridade aprovado pela Comissão de Ordem Social sofreu poucas modificações nas fases subsequentes e anteriores à análise pelo Plenário. A Comissão de Sistematização, encarregada de organizar os projetos recebidos de todas as comissões temáticas, elaborou três versões de projetos de Constituição antes de aprovar a versão final submetida ao voto do Plenário. Em relação à instituição da Seguridade Social, nenhuma mudança ameaçava a proposta da Comissão de Ordem Social. Quanto à Assistência Social, foi reincorporado, em decorrência de apresentação de emenda popular, o pagamento de um SM a pessoas com deficiência. Como será tratado com mais detalhes à frente, esta proposta havia sido apresentada pelas subcomissões que trataram do idoso e do deficiente, mas havia sido suprimida do projeto da Comissão de Ordem Social. Foi ainda retirado o artigo, também presente no anteprojeto da Comissão de Ordem Social, que estabelecia a isenção de recolhimento de contribuição para Seguridade Social das instituições beneficentes de Assistência Social.⁶

O fim de 1987 e o início de 1988 marcou um período de transição nos trabalhos da Constituinte. Com o objetivo de alterar sua direção e seu funcionamento, as forças políticas mais conservadoras formaram um bloco que ficou conhecido como *Centrão*. A partir da aprovação de resolução que modificava o regimento interno na Constituinte, o Centrão propôs emendas ao projeto de sistematização, incluindo novo capítulo sobre ordem social. As modificações apresentadas alteravam aspectos fundamentais das políticas de saúde, Previdência Social e Assistência Social, objetivando tornar o sistema menos universal e garantir uma participação mais intensa do setor privado. Em relação à política assistencial, algumas modificações apresentadas pelo Centrão alteravam sua configuração, a exemplo da restrição da abrangência dos benefícios e da supressão dos dispositivos que garantiam a descentralização política e administrativa, bem como a participação da população na formulação e no controle da Política Nacional de Assistência Social.

Tendo em vista que nenhum dos dois projetos obtinha a maioria dos votos, foi realizado um grande acordo para fusão de ambas as propostas. Quanto aos princípios gerais da Seguridade Social, o texto final recuperou praticamente todos os preceitos suprimidos pelo projeto do Centrão, tais como:

6. Tal artigo foi reincorporado, posteriormente, no texto final da Constituição.

i) integração das três áreas – saúde, Previdência Social e Assistência Social; *ii)* universalidade da cobertura; *iii)* uniformização e equivalência dos benefícios entre trabalhadores urbanos e rurais; *iv)* caráter democrático da gestão; e *v)* diversificação das fontes de financiamento com inclusão da contribuição patronal sobre faturamento e lucro (BOSCHETTI, 2006, p. 174). Na seção relativa à Assistência Social, mantiveram-se algumas mudanças propostas pelo bloco conservador, como supressão da definição da idade para obter o benefício assistencial, que havia sido fixado, no projeto da Comissão de Sistematização, em 65 anos.⁷ O projeto final agregou, ainda, os dispositivos que determinavam a participação dos estados e dos municípios no financiamento da Assistência Social, além dos artigos que asseguravam a descentralização política e administrativa, com divisão de atribuições entre as três esferas de governo e com participação popular nos processos de decisão. Além disso, foi incluído nas disposições gerais, do capítulo sobre Seguridade Social, que “são isentas de contribuição para Seguridade Social as entidades beneficentes de Assistência Social que atendam as exigências estabelecidas em lei”, norma acolhida pelo texto final da Constituição (Art. 195, inciso IV, § 7^a).

O projeto final apresentou ainda uma novidade em relação aos anteriores. Este assegurava que a execução das ações de Assistência Social caberia tanto aos estados e aos municípios quanto às associações filantrópicas (BRASIL, 1988b), dispositivo este que figura no inciso I, do Art. 204, de nossa Carta Magna. No projeto da Comissão de Sistematização, a coordenação cabia ao governo federal, e a execução, aos estados e aos municípios, sendo que as associações filantrópicas deveriam submeter-se às normas públicas (BRASIL, 1987b).⁸

Cabe ressaltar que foi a partir de embates entre posições políticas divergentes e contraditórias e das negociações que se processaram que nasceu o texto constitucional atual, estabelecendo, pela primeira vez na história do país, um sistema de Seguridade Social e reconhecendo neste a responsabilidade pública da Assistência Social na oferta de serviços e benefícios monetários. Mas este novo projeto, introduzido pela recém-aprovada Constituição, não eram auto-aplicáveis. As mudanças reais foram determinadas não somente pela legislação infraconstitucional, mas também por meio de transformações das instituições e das práticas políticas e sociais, o que redundou em um processo lento e repleto de idas e vindas, como será tratado nas seções seguintes.

7. Essa mudança teve forte impacto no momento de regulamentação da Política Nacional de Assistência Social. Sem definição precisa na Constituição, a idade mínima para recebimento do BPC variou nos anos seguintes, como será mostrado na seção 4.

8. Essa alteração, na perspectiva de Boschetti (2006), foi o resultado do *lobby* das associações filantrópicas e obscureceu a distinção entre ações públicas e filantrópicas.

2.2.2 O BPC na Constituinte

Paralelamente aos debates desenvolvidos na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, a Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias e a Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso avançavam na discussão sobre a garantia de uma segurança de renda para idosos e pessoas com deficiência. Sugestões e demandas da população e da sociedade civil organizada propunham a necessidade de reconhecer o *direito à segurança econômica* tanto às pessoas idosas quanto às pessoas com deficiência como medida de cidadania e justiça social, o que se expressou no texto final de ambos os anteprojetos, cujos trechos são reproduzidos no box 1.⁹

BOX 1

O direito à renda para idosos e pessoas com deficiência nos anteprojetos das subcomissões

Anteprojeto da Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias (Comissão da Ordem Social)

(...)

Art. 25. As pessoas portadoras de deficiência que não apresentem comprovadas condições de habilitação profissional ou estejam em processo de habilitação ou reabilitação, e que sejam carentes de recursos ou que, sendo menores, pertençam a família desprovida dos recursos necessários à subsistência, têm direito a pensão de valor não inferior ao salário-mínimo.

Anteprojeto da Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso (Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação)

(...)

Art 6º, § 3º Aos idosos não amparados pela previdência são assegurados proventos mensais vitalícios, não inferiores a um salário-mínimo, necessários à sua sobrevivência.

Fonte: Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/constituicao20anos/o-processo-constituente/lista-de-comissoes-e-subcomissoes>>.

Contudo, como citado anteriormente, quando da finalização do anteprojeto da Comissão da Ordem Social, o artigo que garantia uma renda de subsistência às pessoas com deficiência em situação de *carência de recursos* foi suprimido – assegurando-se, no entanto, que “a partir de 65 anos de idade, todo cidadão, independentemente de prova de recolhimento de contribuição para a Seguridade Social e desde que não possua outra fonte de renda” teria direito ao recebimento de pensão mensal equivalente a um SM (BRASIL, 1987c).¹⁰

9. Cabe lembrar que o projeto da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente incluiu como benefício assistencial a RMV, a qual, até então, fazia parte da Previdência Social. O projeto inovava também ao reduzir a idade mínima para participação no programa para 65 anos – antes eram 70 anos –, por aumentar o valor do benefício para um SM – antes era meio SM – e por não exigir nenhuma contribuição prévia dos beneficiários.

10. Ver Art. 77, do Anteprojeto da Comissão da Ordem Social.

Fato semelhante ocorreu no anteprojeto da Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação, o qual continha, em seu texto, artigo que previa a garantia, por lei, de proventos mensais vitalícios aos idosos a partir dos 75 anos de idade. Entretanto, não havia nenhuma menção a uma garantia de renda destinada às pessoas com deficiência.

Essa situação somente seria revertida com apresentação de uma emenda popular.¹¹ A emenda PE nº 77, recebida no dia 13 de agosto de 1987, versava sobre direitos das pessoas com deficiência e solicitava inclusão “na Seção III (Da Assistência Social), do Capítulo II (Da Seguridade Social), do Título IX (Da Ordem Social)”, de artigo que fixasse “o auxílio de um salário mínimo às pessoas portadoras de deficiência, que não tenham condições de se auto manter”. O documento, subscrito por mais de 48 mil cidadãos, rendeu frutos.¹² Posteriormente, a Comissão de Sistematização da Constituinte incorporou, na parte relativa à Assistência Social, a garantia do benefício mensal de um salário mínimo a toda *pessoa portadora de deficiência*, que comprovasse não possuir meios de prover a própria manutenção. Isto sem prejuízo da garantia de renda para idosos que não possuíssem outra fonte de rendimentos. Nascia, assim, o BPC.

2.3 A afirmação da Política Nacional de Assistência Social

Entre os avanços instituídos pelo novo texto constitucional, pelo menos quatro aspectos devem ser destacados. O primeiro refere-se à integração da Assistência Social a um princípio mais amplo de proteção social, identificado como a Seguridade Social. O segundo diz respeito à garantia de atendimento a quem deste necessitar, independentemente de contribuição à seguridade. Afirma-se, dessa maneira, a instituição da Assistência Social como política não contributiva de Seguridade Social, assim como o direito de acesso a seus serviços e benefícios. O terceiro aspecto refere-se à instituição do BPC, prestação monetária não contributiva dirigida como benefício continuado aos idosos e aos deficientes sem meios de prover sua manutenção. Uma quarta inovação a ser enfatizada diz respeito às regras de organização institucional, em que a descentralização da execução das ações é afirmada com responsabilidade da esfera federal na coordenação e na definição de normas gerais, a participação privada na oferta de serviços e a participação social na formulação e no controle desta política.

11. Como já mencionado, o regimento interno da Constituinte admitia a iniciativa de emendas populares ao projeto de Constituição elaborado. No total, foram apresentadas 122 emendas de origem popular, superando 12 milhões de assinaturas. 12. Tal conquista foi o resultado de importante mobilização do movimento das pessoas com deficiência que vinha se consolidando no país desde o início daquela década. Com o lema *participação plena e igualdade*, o ano de 1981, proclamado pela Organização das Nações Unidas (ONU), como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), tornou-se marco para mobilização social deste grupo em defesa de seus direitos. A década de 1980 assistiu a uma ampliação da organização deste segmento populacional em entidades e movimentos sociais voltados para defesa de direitos ainda não assegurados nas legislações em vigor. É interessante ressaltar que, em 1980, as entidades congregavam-se na coalizão nacional de entidades de pessoas com deficiência. Naquele momento, havia separação entre entidades *de* pessoas com deficiência e entidades *para* pessoas com deficiência. Em 1983, houve a dissolução da coalizão e a separação das chamadas *áreas de deficiência*, com criação das entidades nacionais específicas – pessoas com deficiência física, visual, auditiva e hansenianos.

Contudo, cabe lembrar que, ao lado do reconhecimento do papel público no campo da proteção social, o texto constitucional reafirmou a responsabilidade da família diante de seus membros, sobretudo dos segmentos mais vulneráveis. O dever da família é citado antes do dever da sociedade e do Estado no que se refere à garantia da proteção às crianças, aos adolescentes e aos idosos. A exceção fica por conta das pessoas com deficiência, diante das quais o inciso II, do Art. 23, afirma que é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 1988a). A ênfase na família aponta para a ainda forte presença, na sociedade brasileira, da atenção doméstica, identificada como espaço estratégico de efetivação de cuidados e mesmo de proteção social. Ainda no âmbito da proteção ofertada pela esfera privada, deve-se destacar a expressiva acolhida, pelo texto constitucional, do papel estratégico das entidades beneficentes para realização de serviços no campo da Assistência Social. Tais orientações indicam a relevância da família e da benemerência na configuração desta política, com repercussões importantes no formato do modelo brasileiro de proteção social.

Concluindo, a Constituição realizou o reconhecimento da política pública não contributiva de Assistência Social, acompanhando-a da garantia de benefícios monetários e de acesso aos serviços por quem necessitar destes, e rompendo com sistema anterior de proteção social, identificado aos conceitos de *cidadania regulada* (SANTOS, 1994) ou de *Estado de Bem-Estar ocupacional* (SPOSATI, 1989). Pode-se, assim, afirmar que a partir das determinações constitucionais e, posteriormente, da Loas no Brasil passou a se estruturar sobre dois campos fundamentais e complementares de ação, quais sejam: a oferta de serviços e os benefícios, que serão tratados nas seções seguintes. A implementação destas orientações, entretanto, compõem uma longa trajetória, cujos vários desafios incluem os que dizem respeito ao processo da integração ente as iniciativas públicas e privadas e da afirmação da responsabilidade pública neste âmbito da proteção social.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A AFIRMAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS ASSISTÊNCIAIS

A CF/88 trouxe, como dito anteriormente, uma nova concepção para a Assistência Social brasileira em contexto de refundação da intervenção do Estado no campo social. Caracteriza esta nova concepção a integração da Assistência Social a um princípio mais amplo da proteção social – a Seguridade Social, assim como a afirmação do direito de acesso a seus serviços e benefícios a quem deles necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social. Tal abordagem foi acompanhada pelo fortalecimento dos princípios de justiça social e solidariedade, representados principalmente pela proposta de um padrão de financiamento assentado no esforço público em prol da necessidade

reconhecida de determinadas garantias de proteção social. Tais princípios estão igualmente presentes nas diretrizes de universalização da cobertura das políticas de Seguridade Social – incluindo saúde e Previdência Social – e na homogeneização dos benefícios. Como chama atenção Lavinias¹³ (2008), a determinação da uniformidade e irredutibilidade dos benefícios de base contributivos e não contributivos, rurais e urbanos, assim como do reconhecimento do SM como piso comum à Previdência Social e à Assistência Social, expressou o efetivo compromisso do texto constitucional com a promoção da equidade. Para a consecução de seus objetivos, a Constituição determinou ainda que a Assistência Social fosse organizada com base na descentralização político – administrativa.

O esforço de regulação teve início nos anos posteriores a 1988 e, ainda hoje, se encontra em processo de consolidação. Esta seção pretende analisar a trajetória da Política Nacional de Assistência Social a partir do seu reconhecimento como parte da Seguridade Social, e perpassa as duas décadas seguintes abrangendo o início e o aprimoramento das normatizações, bem como a construção e o aperfeiçoamento do Suas. Será aqui priorizada a temática dos serviços socioassistenciais, mais especificamente no que se refere à sua regulamentação, à oferta e às responsabilidades. Pretende-se, assim, além de abordar os principais marcos na regulamentação desta política (a Loas, a PNAS e a NOB/Suas), tratar dos principais aspectos voltados para a questão dos serviços assistenciais, quais sejam: a oferta dos serviços, o papel dos entes federados, a instituição do cofinanciamento e a expectativa de novas mudanças a partir da análise das proposições em tramitação no Congresso Nacional.

3.1 A regulamentação da Política Nacional de Assistência Social

A afirmação da responsabilidade pública diante da prestação de serviços e benefícios representou uma mudança significativa no desenvolvimento histórico da Política Nacional de Assistência Social. Isto porque não apenas alterou o papel do Estado na área, como também definiu esta responsabilidade como devendo ser partilhada pelos três entes federados. A delimitação de uma nova área de ação estatal para as esferas federal, estadual e municipal impôs um desafio inovador. De um lado, a nova política demanda a construção de uma intervenção afirmada como direito no campo da proteção social, portanto, cujas garantias devem se dar em âmbito nacional e de forma homogênea a todos os cidadãos que a esta fizerem juz. De outro lado, afirma-se o caráter descentralizado da gestão, ancorado na autonomia dos entes federados e em suas responsabilidades específicas e diferenciadas. Neste movimento de descentralização, é também acolhida a participação das entidades privadas na oferta dos serviços.

13. Lavinias chama atenção para déficits de cobertura e regressividade que ainda marcam a Seguridade Social brasileira.

As implementações das mudanças apontadas pelo texto constitucional aguardaram a promulgação da Loas (Lei nº 8.742), finalmente aprovada em 1993.¹⁴ Regulamentando o texto constitucional, a Loas detalha o formato da política descentralizada, reafirmando as diferentes responsabilidades das três esferas de governo¹⁵ e diferenciando a ação dos órgãos gestores, das instâncias deliberativas de natureza colegiada e das entidades privadas.¹⁶ Instituiu o comando único da política por esfera de governo, assim como os instrumentos de planejamento, gestão, financiamento e controle social, inclusive determinando que a criação de fundos específicos para centralizar os recursos disponíveis para execução da política em cada esfera. Ao estabelecer as linhas mestras de intervenção da Política Nacional de Assistência Social, a Loas estabeleceu ainda as bases para o acesso ao BPC.¹⁷

Nesse sentido, a aprovação da Loas significou um aprofundamento na alteração da concepção tradicional acerca da oferta dos serviços assistenciais, que passam a ser compreendidos como responsabilidade do Estado cuja execução deve se fazer em parceria com organizações da sociedade civil. Entretanto, os dados existentes indicam que o campo da prestação de serviços assistenciais pouco se alterou durante a década de 1990, seja em termos de planejamento e estimativas de cobertura, seja em termos de garantia de financiamento. Especialmente em termos municipais, o planejamento da política, a avaliação da demanda existente, o acompanhamento e a avaliação dos serviços ofertados pelas entidades beneficentes, o estabelecimento de padrões de qualidade das ações, entre outros aspectos, pouco avançaram em relação ao período anterior.

Se a segunda metade dos anos 1990 não assistiu a uma mudança institucional que representasse uma efetiva resposta aos novos desafios apresentados pela Constituição

14. Cabe mencionar que em 1990 foi aprovada, pelo Congresso Nacional, uma primeira redação da Loas, que, no entanto, recebeu veto integral do então presidente Collor.

15. De acordo com a Loas, cabe ao governo federal, além da coordenação e da definição das normas gerais da política, responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada definidos no Art. 203 da CF/88; apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito nacional; e atender, em conjunto com as demais esferas, às ações emergenciais. Já aos estados e ao DF foram indicadas as responsabilidades destinadas a apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito regional ou local; estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e os consórcios municipais na prestação de serviços de Assistência Social; e prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma regional desconcentrada de serviços. Por fim, destaca-se entre as atribuições dos municípios executar os projetos de enfrentamento da pobreza, atender às ações assistenciais de caráter de emergência e prestar os serviços assistenciais.

16. Considera-se entidades e organizações de Assistência Social aquelas que prestarem, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos pela Loas, bem como as que atuam na defesa e na garantia de seus direitos. Suas ações devem, de acordo com a lei, observar as normas expedidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e seu funcionamento depende de prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS).

17. Esse tema será tratado em detalhes na próxima seção.

e pela Loas,¹⁸ observou-se, desde então, adensamento do debate e da reflexão no sentido da consolidação de uma política pública e de caráter nacional.¹⁹ Mas foi somente com a aprovação da PNAS, em 2004, que o país dotou-se de efetivo marco para implementação do novo modelo de Assistência Social no Brasil, a ser estruturado por meio do Suas. Fruto de um processo de discussões que se materializaram nas deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social,²⁰ a PNAS foi aprovada pelo CNAS, fixando as bases para consolidação dos serviços socioassistenciais ao: *i*) reafirmar a responsabilidade pública na sua oferta; *ii*) pautar uma gestão descentralizada e integrada; *iii*) determinar e padronizar as proteções sob sua responsabilidade; *iv*) instituir a proteção por território e complexidade; *v*) estabelecer as bases para promoção da integralidade do atendimento; e *vi*) prever a integração das entidades privadas na rede pública de oferta de serviços.

A PNAS organizou ainda uma nova sistemática de financiamento, instituindo o repasse fundo a fundo e o cofinanciamento dos três níveis de governo. Seu objetivo era o de consolidar o processo de descentralização da política, determinado constitucionalmente. Visava substituir um sistema de repasse de recursos ancorado em convênios e associado a programas e projetos desenhados e definidos pelo governo federal, por um novo modelo em que municípios pudessem afirmar-se como a esfera efetiva de implantação. A nova política procurou, ao mesmo tempo, definir com mais clareza os princípios e as finalidades da Assistência Social, estabelecendo as responsabilidades entre as diversas esferas de governo. E tendo como meta ampliar as garantias de acesso da população à Assistência Social, a PNAS, além da organização da política nos territórios, inaugurou a obrigatoriedade de instituição de um equipamento público de base que atuaria como *porta de entrada* única para o usuário.

O processo de regulamentação do sistema descentralizado foi aprofundado em 2005, com a aprovação de nova Norma Operacional Básica, a chamada NOB/Suas. Este documento firmou o pacto federativo desenhado pelas Loas e PNAS, não apenas detalhando as responsabilidades de cada ente federado diante da gestão e do financiamento, como também consolidando a integração da rede de serviços

18. Em nível federal, alguns esforços foram realizados. Em 1997, foi aprovada a primeira NOB da Assistência Social, em que já se colocava a centralidade das relações entre níveis de governo e propunha-se a criação de uma comissão tripartite de gestores. No ano seguinte, foi aprovada a primeira PNAS – após quase dois anos desde que a primeira versão de texto fora apresentada ao CNAS – e uma nova NOB. Entretanto, estas iniciativas não atuaram na determinação das garantias de proteção social a cargo desta política e pouco avançaram na definição das responsabilidades das diferentes esferas de governo e na constituição de um sistema único e descentralizado, como apontava a Loas. Como pode ser observado no texto da primeira PNAS, a Assistência Social ainda era vista como campo pouco específico – o texto apontava, como a primeira das diretrizes para a política, a “articulação com outras políticas sociais e macroeconômicas – e a responsabilidade pública nuançava-se diante do destaque dado à participação da sociedade civil”.

19. Um exemplo pode ser dado pela sucessão de conferências nacionais, ocorridas desde 1995, quando Brasília sediou a primeira delas. Em 1997, 2001, 2003 e 2005 eram realizadas, também, na capital federal, a segunda, terceira, quarta e quinta conferência nacional, respectivamente.

20. Realizada em Brasília, em dezembro de 2003.

e instituindo instrumentos para sua articulação com a gestão pública visando garantir a continuidade e padronização dos serviços, sejam ofertados por entidades públicas, sejam ofertados por entidades privadas de Assistência Social.

Com a aprovação da PNAS e da NOB/Suas, o debate sobre os serviços sofreu mudança relevante. Definidos pela Loas como “atividades continuadas que visam a melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos na lei”, os serviços assistenciais são ações da rede de proteção da Assistência Social (BRASIL, 1993). Cabe lembrar que, até 2005, a participação federal na oferta de serviços socioassistenciais ocorria por meio do financiamento da modalidade de Serviços de Ação Continuada (SAC). Os SACs estruturavam-se de acordo com o segmento da população a ser atendida: idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência; e sua execução estava sob a responsabilidade dos estados e dos municípios – diretamente ou por intermédio de entidades sem fins lucrativos. Por meio dos SACs, financiava-se uma rede de atendimentos em creches, pré-escolas, abrigos e instituições de assistência a pessoas com deficiência e idosos. As prefeituras assinavam convênios e tornavam-se responsáveis por repassar os recursos às instituições públicas e privadas. Estes recursos eram transferidos pelo governo federal para seus fundos municipais, e destes às entidades prestadoras dos serviços. As prefeituras eram também responsáveis pelo acompanhamento e pela fiscalização dos serviços prestados.

Com esse modelo, observou-se a manutenção de um mesmo padrão de distribuição de recursos ao longo dos anos em que imperava a chamada *série histórica*, que acompanhava não apenas as necessidades de oferta de serviços, mas também o financiamento das redes de serviços já instaladas. Observou-se ainda a falta de integração entre este financiamento e a capacidade de diagnóstico e planejamento municipal, permitindo a manutenção de uma rede em geral organizada de forma fragmentada, sem responder quer a garantias de proteção, quer a objetivos claros de cobertura.

Quanto às seguranças a serem garantidas – direitos e proteções ao conjunto da população – as novas regulamentações da Assistência Social pretendem superar uma visão centrada apenas no indivíduo, assim como visam atender a demandas amplas e diferenciadas, cujo objetivo de proteção não se restringe à temática da pobreza. Como decorrência, atualmente, a política de Assistência Social é entendida como responsável por garantir as seguintes seguranças: de acolhida, de renda, de convivência familiar, comunitária e social, de autonomia e de sobrevivência a riscos circunstanciais.²¹ Seus objetivos, assim, expandem-se tanto para o campo da

21. A segurança de renda visa proteger as famílias sem recursos monetários que lhe garantam a sobrevivência. A segurança de acolhida, por sua vez, refere-se ao direito à alimentação, ao abrigo e aos cuidados e deve ser ofertada àqueles que, por inúmeras razões, estejam – ou precisem estar – separados da família ou destituídos de capacidade para prover-se de tais necessidades. A segurança de convivência e de desenvolvimento de autonomia diz respeito ao isolamento, à perda de relações ou às dificuldades em desenvolver potencialidades que podem ser supridas por conjunto diversificado de serviços.

garantia de renda quanto para o da oferta de serviços voltados à socialização, à integração, ao desenvolvimento de autonomia e a defesa e proteção em situação de violação de direitos como nos casos de violência, abandono ou trabalho infantil.

Cabe apontar, como já foi destacado por Couto (2007), que o esforço para elaboração e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão representou um passo extremamente novo para a Assistência Social que, no Brasil, não foi historicamente relacionada a um campo da política pública, mas, sim, a iniciativas vinculadas à boa vontade ou ao voluntarismo. No entanto, destaca ainda esta autora que mesmo após a aprovação da Loas, não se havia avançado em arranjos organizacionais consistentes no tocante à oferta pública dos serviços socioassistenciais. Como já lembrado, em nível municipal, tal oferta pública concentrava-se em programas e serviços formulados e financiados em âmbito federal. A centralização da política era acompanhada por uma escassa responsabilização do ente local, ainda largamente marcada pelo assistencialismo e uso político da ação pública neste campo. Nesse sentido, a PNAS estabeleceu um pacto federativo em torno da política e de sua gestão e financiamento, afirmando a centralidade do poder público na oferta dos serviços básicos de Assistência Social.

Resumindo o processo recente de regulamentação da política, quatro aspectos devem ser ressaltados. Em primeiro lugar, este novo padrão de operacionalização da política reafirmou a primazia da regulação estatal dando destaque à responsabilidade pública no atendimento das demandas sociais neste campo. Em segundo lugar, o escopo da Assistência Social passa a não mais ser compreendido em função de segmentos – crianças, jovens, idosos, mulheres, pessoas com deficiências etc. –, mas, sim, em termos de seguranças que esta política de proteção social deve garantir. Pretende-se, assim, efetivar direitos e proteções à população, reconhecida a partir de sua organização social básica, a família e onde são partilhadas as estratégias primárias de enfrentamento de vulnerabilidades em contexto específico de desigualdade social. Em terceiro lugar, reafirma-se a centralidade do Suas como modelo de gestão da Política Nacional de Assistência Social. A aprovação da NOB/Suas permitiu a organização das bases operacionais do Suas, incluindo a especificação das responsabilidades entre as diversas esferas de governo e da oferta de serviços, pautada por níveis de complexidade. Por fim, cabe aqui destacar a padronização das proteções visando ampliar as garantias em torno do acesso da população às ações de Assistência Social, instituindo organização hierárquica da política nos territórios e garantindo uma porta de entrada única ao usuário.

3.2 O Sistema Único de Assistência Social e a oferta dos serviços

No novo modelo preconizado pela PNAS, a proteção social ofertada pela Assistência Social passou a contar com equipamentos públicos responsáveis por prestar serviços diretamente à população, bem como por se articular e atuar como coordenadores da rede de serviços públicos e privados desta natureza em seu território.

Tais equipamentos – conhecidos como Centros de Referência em Assistência Social (Cras) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (Creas) – têm, ainda, a função de articularem com outras políticas visando ao atendimento desta população.

Segundo as orientações da PNAS e da NOB/Suas, a implementação da proteção social sob responsabilidade do sistema único passou a organizar-se a partir de dois graus de complexidade no atendimento: a Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE).²² A primeira visa prevenir a população em condição de pobreza e vulnerabilidade das situações consideradas *de risco*, englobando conjunto de atividades com foco nas famílias, a fim de proporcionar socialização, convivência, integração comunitárias e desenvolvimento de potencialidades. A PSB oferece, neste contexto, serviços destinados a públicos específicos como crianças, jovens, idosos e pessoas com deficiência.

De acordo com a PNAS, são considerados serviços de proteção básica de Assistência Social, entre outros: *i*) Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF); *ii*) programas de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; *iii*) centros de convivência para idosos; *iv*) serviços para crianças de 0 a 6 anos; e *v*) serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens entre 6 e 24 anos, incluindo programas de incentivo ao protagonismo juvenil. Ainda segundo a política, os serviços da PSB devem ser executados nos Cras, mas também em outras unidades públicas de Assistência Social, além das entidades de Assistência Social da área de abrangência dos centros. É também na PSB que o governo federal disponibiliza o BPC, pretendendo ampliar o atendimento deste público nas ações de promoção de aquisições e sociabilidade.

A PSE, por sua vez, destina-se a famílias e indivíduos que, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, situação de trabalho infantil, situação de rua, cumprimento de medidas socioeducativas, entre outras, encontram-se em situação de risco pessoal e social. Esta modalidade de proteção é ofertada por meio de serviços que demandam acompanhamento individual e soluções mais efetivas no que diz respeito às medidas de proteção. A PNAS indica ainda que muitos destes serviços estão relacionados ao sistema de garantia de direitos, requerendo ou decorrendo de acompanhamento pelo Poder Judiciário e Ministério Público (MP), além de outros órgãos do Poder Executivo.

Cabe acrescentar que a PSE atua em situações compreendidas como de média e alta complexidade. Os serviços de média complexidade abrangem orientação e apoio sociofamiliar, plantão social, abordagem de rua, cuidado no domicílio, serviço de habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência

22. Sobre o funcionamento do Suas, ver as edições 13, 14, 15 e 16 deste periódico.

e medidas socioeducativas em meio aberto – que seriam a prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida. Já os serviços de alta complexidade são citados na PNAS como aqueles “que garantem proteção integral”, ou seja, que incluem moradia, alimentação, higienização e, se for o caso, trabalho protegido, para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça. Tais serviços podem ser: atendimento integral institucional, casa lar, asilo, república, casa de passagem, albergue, família substituta, família acolhedora, medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade e trabalho protegido.

Enquanto os Cras podem ser entendidos como uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, com objetivo de executar serviços de PSB, organizar e coordenar a rede local de serviços assistenciais, as unidades de atendimento que visam oferecer serviços de média complexidade são chamadas de Creas e ofertam serviços, tais como: *i*) serviço de enfrentamento à violência e abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes; *ii*) serviço de orientação e apoio especializado a indivíduos e famílias vítimas de violência; *iii*) serviço de orientação; e *iv*) acompanhamento a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade.

Quando ofertados pela esfera pública, os serviços socioassistenciais estão sob responsabilidade dos governos municipais. Contudo, muito embora o setor público assuma parte da oferta destes serviços, estes são, em larga medida, realizados por entidades privadas das mais diferentes origens, naturezas e tamanhos. A incipiência de sistema nacional de informações no que diz respeito aos serviços assistenciais ofertados, seja pela esfera pública ou privada, torna este campo de proteção social uma realidade desconhecida. Alguns estudos específicos têm permitido, mais recentemente, ampliar o conhecimento da oferta de serviços. Visando fazer frente à demanda de informações sobre este tema, entre novembro de 2005 e abril de 2006, a partir de uma demanda do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou duas pesquisas sobre a Assistência Social a partir da ótica dos municípios: *i*) A Pesquisa de Informações Básicas Municipais, realizada a cada ano pelo IBGE junto a todos os municípios brasileiros e conhecida como MUNIC, foi a campo com um suplemento voltado para a Assistência Social; e *ii*) A Pesquisa das Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos (IBGE, 2007), por sua vez, teve caráter censitário, coletou e analisou informações referentes à atuação das entidades privadas na esfera da Assistência Social.

A pesquisa realizada em 2005 permitiu verificar que, nessa ocasião, mais da metade dos municípios possuíam centros públicos de atendimento à criança e ao adolescente (54,9%) e ofereciam, também, plantões sociais ou familiares (52,4%), que se caracterizam como atendimento prestado nas unidades voltadas para oferta

de serviços socioassistenciais. A mesma pesquisa permitiu identificar, ainda, que os chamados serviços de abrigo estão presentes em apenas parte do território nacional, uma vez que somente 26,8% dos municípios possuíam asilos, 20,5% contavam com abrigos, entre outros equipamentos desta natureza (albergue, 8,7%; casa de acolhida, 8,05%; moradia provisória, 5,7%; família acolhedora, 4,1%; e república, 3,5%). Contudo, cabe ressaltar que, muito embora os dados indiquem a existência de certos serviços no território municipal, cabe ponderar que a pesquisa não aponta o número de centros de atendimento ou serviços ali. Tampouco existem dados sobre demanda não atendida e/ou demanda potencial para tais atendimentos. Em outras palavras, não é possível afirmar em que medida estes percentuais, mesmo os mais elevados, estão respondendo às necessidades existentes. Entretanto, a Pesquisa das Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos (Peas), realizada no ano seguinte, relevou uma questão preocupante. Dos 519 mil colaboradores que atuam na rede formada pelas Entidades Privadas de Assistência Social sem Fins Lucrativos, 53,4% são voluntários. Dos 39,8% de não voluntários, 69% possuem vínculos empregatícios, 9,5% são prestadores de serviços, 15,6% são cedidos de outras instituições e quase 6% são estagiários. Estes dados também reforçam a leitura de um quadro precário de atendimento na oferta de serviços na área. Estas e outras informações obtidas nestes levantamentos possibilitaram a constatação de que se fazem cada vez mais necessários estudos que permitam ampliar o conhecimento sobre a rede pública e privada de Assistência Social, seu modo de atuação e seus impactos.

Uma nova pesquisa foi realizada em 2007, contando também com o apoio do MDS. Seu intuito era de monitorar a atuação dos Cras. O instrumento de coleta de dados elaborado permitiu, então, o levantamento de informações gerais relacionados à estrutura física, aos recursos – tanto humanos quanto financeiros – e às atividades realizadas nos Cras então existentes. Como resultado, foi elaborado um indicador sintético de adequabilidade, que compreendia quatro indicadores analíticos, a saber: *i*) estrutura física; *ii*) recursos humanos; *iii*) horários de funcionamento; e *iv*) atividades realizadas. A classificação final mostrou que somente 42,8% dos centros monitorados em 2007 foram considerados semiadequados e/ou adequados,²³ de acordo com critérios de análise estabelecidos para este indicador.

Cabe mencionar que essa primeira proposta de análise foi submetida a debates e discussões que reconheceram a necessidade de ajustes tendo em vista o caráter piloto do estudo. Este processo confirmou a importância e a necessidade de realizar-se o acompanhamento permanente da atuação dos centros. Em 2008, o MDS deu início a uma nova rodada de levantamento de informações sobre os centros, a fim de aprimorar o instrumento de monitoramento e disponibilizar para gestores públicos um ambiente virtual com todas as informações agregadas

23. Somente 7% dos Cras pesquisados atendiam aos critérios de adequabilidade analisados.

sobre cada estado para que sirvam de base para o planejamento de futuras ações. Cabe informar que o censo realizado em 2008, cujos resultados ainda estão por ser divulgados, abrangeu também os Creas e computou entre as unidades cadastradas um total de 5.127 Cras e 1.454 Creas operando em todo o país.

Diante dos resultados apresentados a partir do primeiro levantamento, realizado em 2007, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou a Resolução nº 06/2008 que definiu um conjunto de atribuições a ser executadas pelas esferas de governo, a fim de superar os problemas identificados. Entre as atribuições dadas ao MDS, por exemplo, é possível destacar: *i)* informar a municípios, estados e DF, as situações insatisfatórias identificadas na ficha de monitoramento dos Cras; *ii)* verificar as situações insatisfatórias de implantação do Cras e do PAIF; e *iii)* prestar apoio técnico, por meio de notificações a estados, municípios e DF, com orientações sobre implantação adequada dos Cras e implementação satisfatória do PAIF, capacitação de gestores, conselheiros e profissionais da Assistência Social. Já os estados ficaram incumbidos, entre outras coisas, de assessorar tecnicamente os municípios para prestar orientações e formação de gestores e equipes de referência dos Cras, além de apoiar os municípios na ampliação e na qualificação deste. A resolução estabeleceu, ainda, que os municípios e o DF deveriam apresentar um *plano de providências* para superar situações identificadas como insatisfatórias na ficha de monitoramento dos Cras 2007, tais como:

- ausência de equipe de referência no Cras;
- presença de apenas um técnico com nível superior na equipe de referência do Cras em municípios com mais de 50 mil habitantes;
- Cras implantado em associação comunitária;
- Cras sem instalações sanitárias; e
- Cras sem salas adequadas.

Por fim, foi dado um prazo para que os Cras cofinanciados pela União superassem as chamadas situações insatisfatórias apontadas – 1º de junho de 2009 – e a aprovação do *plano de providências* sob pena de que tenham cancelados os recursos do cofinanciamento federal.

3.3 O papel dos entes federados e o cofinanciamento

Tendo inaugurado novas perspectivas para o campo da Assistência Social, a Constituição Federal de 1988 reconheceu o dever do Estado no campo da Seguridade Social e a natureza de sua intervenção sob os princípios da descentralização, da participação e do comando único por esfera de governo. Dessa forma, o dispositivo constitucional realizou o reordenamento institucional dos entes federativos a partir de uma nova concepção política das ações de Assistência Social e da adoção de forma

democrática de gestão. A Loas organizou as ações na área como um sistema único e descentralizado, constituído por gestores, entidades e organizações de Assistência Social e um conjunto de instâncias deliberativas compostas por diversos setores envolvidos na área. A Lei Orgânica estabeleceu, ainda, que a União, os estados, o DF e os municípios estão incumbidos de elaborar suas respectivas políticas de Assistência Social. De modo geral, é possível afirmar que o processo de consolidação do Suas, consagrado pela PNAS, e disciplinado pela NOB/Suas, significou a superação de uma lógica que não atribuía ao Estado os encargos para com esta política pública.

Ancorado no pacto federativo preconizado pelas Carta Magna e Loas, o modelo atual conta com um maior detalhamento das atribuições e das competências dos três níveis de governo na provisão das ações socioassistenciais. A pactuação federativa, que passou a ser uma exigência para política de Assistência Social após o início da implementação do Suas, trouxe a perspectiva de uma nova organicidade aos serviços. A estruturação dos serviços nos territórios permitirá refletir tanto as diversidades regionais e locais quanto os portes dos municípios. Enquanto compete ao governo federal a responsabilidade pela implementação e financiamento dos programas que operam a segurança de renda (o BPC, a RMV e, também, o Bolsa Família), o município confirma-se como principal responsável pela garantia dos serviços, sejam de proteção básica ou especial, sejam ofertados diretamente ou pelas entidades beneficentes.

No que se refere à alocação de recursos para a oferta da PSB e da PSE, a PNAS e a NOB/Suas preveem a instituição da responsabilidade conjunta dos três níveis de governo pela via do cofinanciamento dos serviços.²⁴ A nova sistemática de financiamento começou a ser operada em 2006 e tem possibilitado a regularidade dos repasses federais devido a forma automática da transferência destes recursos, ancorada em pisos, critérios e indicadores de partilha. A NOB/Suas instituiu que o repasse regular fundo a fundo, utilizando critérios de distribuição aprovados tanto pelas comissões intergestoras quanto pelos conselhos de Assistência Social.²⁵ Com este tipo de repasse, pretende-se garantir a continuidade dos atendimentos e agilizar os fluxos de transferências dos recursos.

Contudo, o sistema de cofinanciamento desta política ainda pode ser caracterizado como incipiente. De um lado, há falta efetiva de dados que permitam conhecer os reais patamares de alocação de recursos com os quais vem operando a Assistência Social nos diferentes estados e municípios brasileiros. De outro lado, não restam dúvidas de que a inexistência de legislação fixando os serviços mínimos

24. Cabe lembrar que, com exceção dos benefícios eventuais, no Brasil, os benefícios monetários no campo da Assistência Social – entendidos aqui como o BPC e o PBF – são programas federais, cabendo a esta esfera de governo a integralidade de seu financiamento.

25. De acordo com a NOB/Suas, "(...) no âmbito da União e dos estados, a deliberação dos conselhos deve ser antecedida de pactuação nas comissões intergestores equivalentes".

a serem ofertados à população, assim como determinando a vinculação de parcelas do orçamento de estados e municípios para política de Assistência Social, tem dado margem a amplas desigualdades no que se refere ao investimento na área.

Quanto aos critérios de partilha dos recursos federais, a NOB/Suas “considera o porte populacional dos municípios, a proporção de população vulnerável e o cruzamento de indicadores socioterritoriais e de cobertura” para proteção social básica, enquanto para proteção social especial, a partilha e o escalonamento da distribuição de recursos devem respeitar os critérios elaborados separadamente, como é o caso dos Programas de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) e de enfrentamento do abuso e da exploração sexual de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, tem-se firmado o papel da CIT e dos Conselhos Intergestores Bipartites (CIBs) como instâncias máximas de pactuação entre os entes federados em torno da política. Em que pese a pactuação em torno dos critérios de distribuição de recursos, sobretudo federais, ter se consolidado com o principal tema de deliberação da CIT, a ampliação das proteções e a promoção de convergência nas prioridades entre os diferentes níveis de gestão também tem se constituído, progressivamente, em pauta estratégica nesta comissão, assim como nas CIBs. Dessa forma, no final de 2006, por meio da Resolução nº 5, da CIT, foi estabelecida a necessidade de firmar pactos de aprimoramento das gestões estaduais e do DF, que instituem *a celebração de compromissos* entre estas instâncias, a fim de adequar os “órgãos executivos estaduais e do Distrito Federal ao pleno exercício da gestão da assistência social no seu âmbito de competência”. (BRASIL, 2006c). Em outras palavras, por meio destes pactos – que devem ser celebrados a cada dois anos –, estados e DF comprometem-se a aprimorar a gestão dos programas socioassistenciais, trabalhando de forma conjunta com o governo federal em torno de prioridades nacionais²⁶ com foco no aperfeiçoamento do Suas. Em 2007, todos os estados, incluindo o DF, assinaram os pactos de aprimoramento da gestão, o que representou uma etapa importante para a consolidação do sistema, pois reforça o papel e as responsabilidades dos entes em um esforço de adequação dos seus órgãos executivos ao pleno exercício da gestão da Assistência Social no seu âmbito de competência.

26. As prioridades nacionais então estabelecidas são: *i)* reordenamento do órgão gestor estadual para adequação ao Suas; *ii)* descrição da organização do Estado em regiões e microrregiões, com identificação dos serviços de caráter regional, bem como da demanda pela estruturação de novos serviços; *iii)* prestação de apoio técnico aos municípios na implantação de seus sistemas municipais de Assistência Social, na gestão do cadastro único e PBF; *iv)* coordenação, execução e cofinanciamento de programas de capacitação para gestores, profissionais, conselheiros e prestadores de serviços; *v)* elaboração de proposta para instalação de sistema estadual de informação, monitoramento e avaliação; *vi)* municipalização da execução direta de serviços de proteção social básica; *vii)* apoio ao cadastramento de povos indígenas e comunidades quilombolas; *viii)* mobilização para documentação civil básica; *ix)* mobilização para cadastramento das famílias com criança em situação de trabalho infantil; *x)* promoção da utilização do cadastro único para articulação e integração de outras políticas estaduais; *xi)* definição de estratégias para aperfeiçoar a focalização dos programas que utilizam o cadastro único; *xii)* acompanhamento e melhoria na gestão de pagamento de benefícios, distribuição e entrega de cartões; e *xiii)* mobilização da rede estadual para fornecimento de informações de frequência escolar, de acompanhamento de saúde e acompanhamento dos serviços socioeducativos. Ver a respeito a Portaria MDS nº 350, de 3 de outubro de 2007.

Um ano mais tarde, já no segundo semestre de 2008, o MDS divulgou informações sobre a situação dos Pactos de Aprimoramento de Gestão obtidas por meio de uma avaliação realizada nesse ano. Nessa ocasião, Minas Gerais era o estado com maior percentual de metas acordadas concluídas (71,4%), abrindo grande margem de distância em relação aos demais – o estado com segunda maior porcentagem de metas concluídas nesse momento era Alagoas, com 21,8%. Havia, ainda, um percentual significantivamente alto de metas que nem sequer haviam sido iniciadas, por exemplo, em Rio Grande do Norte (57,5%), Goiás (55,6%) e Roraima (54,3%).²⁷

3.4 O Suas no Congresso Nacional: projetos de lei (PL) em tramitação

Como já citado, o aparato legal que norteia o Suas é uma construção ainda em processo e sua consolidação não está isenta de conflitos, expressando as diferentes perspectivas que cercam a Política Nacional de Assistência Social a partir dos distintos atores que a constituem ou que sobre esta têm influência. As posições, muitas vezes divergentes no tocante a alguns temas centrais, tais como: a questão da alocação de recursos, o papel das entidades beneficentes, o financiamento público indireto operado por meio de isenções e subvenções, o papel das instâncias de controle social, entre outros, também tem sido expressas no processo legislativo de debate de propostas em tramitação no Congresso Nacional.

Visando traçar um rápido quadro desse debate, pode-se mencionar a existência de projetos de lei (PL) cujas propostas preveem alterações importantes no funcionamento da PNAS. Destacam-se os PLs nºs 3.021 e 3.077, ambos de 2008 e de autoria do Poder Executivo. Será destacada também a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 431, de 2001. Tais propostas têm recebido acompanhamento intenso por parte dos entes federados, bem como da sociedade civil, pois podem significar mudanças profundas nesta política.

O PL nº 3.021/2008 dispõe sobre o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas) e busca regular a mais polêmica área de atuação do CNAS, qual seja, a certificação. O Cebas é o mais relevante dos documentos que dão acesso às isenções fiscais e tributárias que beneficiam, no país, às entidades consideradas beneficentes. Tal benefício é assegurado pela CF/88 e regulado pelo Decreto nº 2.536 de 1998, que dispõe sobre os requisitos para esta certificação. O valor do benefícios é estimado em

27. Estas informações tiveram repercussão no âmbito da CIT e alguns meses depois – já no mês de dezembro – o ministério publicou a Portaria nº 432, que dispôs sobre repasse referente ao exercício de 2009 do chamado Incentivo Financeiro ao Aprimoramento da Gestão (IGE) dos estados e do DF. Como o próprio nome diz, trata-se de incentivo, inspirado nos moldes do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), do PBF, em que um repasse de recursos fica condicionado a indicadores de desempenho obtidos a partir do processo de monitoramento e avaliação realizado pelo MDS.

5 bilhões de reais apenas no que se refere às contribuições para a Previdência Social (CONGRESSO EM FOCO, 2008).²⁸ O CNAS é a instituição que tem a responsabilidade de fornecer tal certificado.

Apresentado ao Congresso pelo Poder Executivo, o PL anteriormente citado tem como objetivo principal repartir a competência para certificação das entidades beneficentes entre o CNAS e os Ministérios da Saúde (MS), da Educação (MEC) e do MDS. Como se sabe, a responsabilidade de certificação do CNAS não se limita, de acordo com a atual legislação, às entidades específicas de Assistência Social. Ao contrário, o Decreto nº 2.536 também considera entidade beneficente de Assistência Social às pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos que atuam nas áreas de educação e saúde. De acordo com a nova proposta,²⁹ a certificação das entidades beneficentes exigiria uma manifestação das áreas governamentais correlatas às diferentes áreas de atuação (saúde, educação e Assistência Social), além da fiscalização da Secretaria de Receita Federal do Brasil (RFB) do Ministério da Fazenda (MF).³⁰

A proposta tem dividido os setores ligados à beneficência social no país. Alega-se que a mudança aumentaria ainda mais a burocracia já existente neste processo, além de esvaziar as atribuições do CNAS. Contudo, a questão em debate é bem mais complexa. O que se discute aqui é o papel das entidades beneficentes como parceiras das políticas sociais. Nesse sentido, sua interação com áreas gestoras das políticas setoriais nas quais estas atuam parece constituir etapa imprescindível na consolidação destas políticas e na contribuição a estas aportada pelas entidades. A operação, pelo governo federal, do financiamento indireto operado por meio de isenções e subvenções deve ser entendido como esforço de integração e reconhecimento do trabalho desenvolvido pelas entidades beneficiárias às políticas públicas, às quais estas prestam serviços complementares. Outro aspecto em discussão refere-se ao fato, já destacado em edição anterior deste periódico,³¹ de como a atividade de certificação impacta no próprio exercício, pelo CNAS, das suas atribuições como instância de discussão, deliberação e controle da política nacional de Assistência Social. A centralidade da certificação nos trabalhos daquele conselho impacta negativamente no papel do CNAS, restringindo

28. Cabe lembrar que, além da contribuição patronal para a Previdência Social, as entidades beneficentes de Assistência Social têm asseguradas imunidades dos seguintes impostos e contribuições sociais: Imposto de Renda – Pessoa Jurídica (IRPJ), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins). A imunidade é prevista nos Arts. 150 e 195 da CF/88.

29. Para maior compreensão da discussão acerca deste tema, ver edição nº 14 deste periódico, cujo tema em destaque da seção de Assistência Social e Segurança Alimentar foi dedicado a este assunto.

30. Cabe lembrar que entre os requisitos para concessão do Cebas, estão indicadores de seu desempenho em seu setor específico de atividades. Um hospital, por exemplo, precisa destinar pelo menos 60% de seu atendimento, incluindo internações, a pacientes do SUS. As instituições educacionais devem destinar no mínimo 20% de sua receita bruta à gratuidade.

31. Ver edição nº 14 deste periódico.

o esforço que deveria estar voltado à regulação das ações desta área. E este papel precisa ser resgatado em toda sua plenitude para que a participação social possa se afirmar como elemento constituinte desta política.³²

Outro projeto que merece ser comentado é o PL nº 3.077/2008, também chamado *PL Suas*. De autoria do Poder Executivo, o referido projeto propõe alterações na Loas, visando repercutir ali os princípios propostos pela PNAS. A proposta denomina o sistema descentralizado e participativo, citado no Art. 6º da Loas, como Suas, apontando, entre seus princípios, a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos. Determina ainda que as ações socioassistenciais tenham foco prioritário nas famílias e organizem-se como base no território, como determinado pela PNAS. O PL propõe ainda um amplo conjunto de alterações como a mudança na definição de benefícios eventuais (BE), no critério de acesso ao BPC, além de incluir naquela lei o conceito de proteção social básica e especial e a definição das unidades públicas de prestação dos serviços socioassistenciais – Cras e Creas. No final de 2008, o projeto recebeu parecer favorável³³ por parte do relator na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o deputado Raimundo Gomes de Matos (PSDB/CE). Desde então, o projeto encontra-se pronto para pauta.

Por fim, merece destaque uma Proposta de Emenda à Constituição, que tramita há quase dez anos no Congresso Nacional, e, caso aprovada, terá grande impacto sobre a Política Nacional de Assistência Social no país. A PEC nº 431-A, de 2001 – apresentada pelo deputado federal Eduardo Barbosa (PSDB/MG), propõe o acréscimo de dois parágrafos ao Art. 204 da CF/88 tornando obrigatória a destinação de 5% dos recursos do orçamento dos estados, do DF e dos municípios para custeio da Assistência Social. Em 2003, foi designada comissão especial criada para proferir parecer à PEC em que foi favorável. No entanto, desde a última reunião ordinária da comissão, realizada em junho de 2006, não houve novidades em relação à tramitação proposta no Legislativo.

A plena concretização do federalismo cooperativo no país requer o aprimoramento de instrumentos legais e institucionais de cooperação intergovernamental. Os PLs em discussão no Congresso Nacional representam contribuições

32. Ao final de 2008, enquanto o PL aguardava apreciação no Congresso Nacional, o governo federal publicou no Diário Oficial da União (DOU) a MP nº 446, de 7 de novembro. A MP foi recebida de maneira controversa por parte da sociedade civil em razão de dois pontos: *i*) tal como proposto no PL, a MP delegava para os MEC, MS e MDS função antes atribuída ao CNAS; *ii*) os Arts. 37 e 39, que tratavam sobre renovação do certificado – que passaria a ser *automática* em alguns casos em que os pedidos protocolados de renovação do Cebas ainda não tivessem sido julgados ou tiveram pedidos de renovação indeferidos e que aguardassem reconsideração ou recursos pendentes de julgamento até a data da MP. No entanto, em 10 de fevereiro de 2009, a MP nº 446 foi rejeitada na Câmara dos Deputados. Um novo projeto sobre a renovação de certificados de filantropia será discutido no Congresso Nacional.

33. Em seu relatório, foi recomendada a aprovação deste, bem como a inclusão das Emendas nºs 11, 12, 14, 15, 17, além da aprovação da Emenda nº 2, com substitutivo.

importantes ao aperfeiçoamento destes instrumentos, podendo consolidar avanços que vem sendo conquistados nos últimos anos no sentido da consolidação da Assistência Social como política pública sob responsabilidade das três esferas de governo e contando com participação integrada das entidades privadas e atuação ativa da sociedade – inclusive dos usuários – nas instâncias de participação social. Contudo, a estas discussões, somam-se outras questões relevantes, tais como: *i)* escassez de recursos públicos; *ii)* distinta capacidade gerencial e fiscal dos entes federados; *iii)* desigualdades socioeconômicas regionais; e *iv)* natureza cada vez mais complexa dos problemas urbanos e ambientais. Estes e outros temas tem feito parte do debate sobre a Política Nacional de Assistência Social, cujo avanço requer soluções intersetoriais e intergovernamentais.

Cabe lembrar que não apenas os temas em discussão no Congresso Nacional, mas todos os temas tratados nesta seção, continuarão sendo objeto de debate nos próximos anos. As definições e as convergências já conquistadas não significam o esgotamento das dificuldades, mas, ao contrário, o início de um novo patamar de desafios, aqueles que derivam da sua operacionalização. Ao lado destes, outros temas importantes não foram aqui abordados. Contudo, importa destacar que o avanço das regulamentações efetivamente aprimora as estratégias e os instrumentos necessários à implementação dos serviços assistenciais. Mas é o processo de ampliação destas coberturas que permitirá à Assistência Social consolidar-se como política efetiva de proteção social.

4 A CONSOLIDAÇÃO DA GARANTIA DE RENDA NO CAMPO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Como já citado, desde a Constituição de 1998, assiste-se a uma ampliação dos programas de garantia de renda no país por meio da emergência de benefícios monetários de natureza não contributiva operados pelo governo federal. As mudanças observadas nos últimos 20 anos, associadas à relativização do caráter contributivo da Previdência Social e da criação dos benefícios assistenciais, expressam o surgimento de um pilar de garantia de renda que pode ser considerado, hoje, parte importante do sistema de proteção social e da Seguridade Social brasileira. Apesar de combatidos por um forte discurso de crítica à expansão da intervenção do Estado e dos gastos sociais representados por estes programas, tais iniciativas consolidam-se, contabilizam impactos significativos diante da gravidade do quadro social brasileiro e confirmam o relevante papel das políticas de proteção social em um projeto de uma sociedade menos desigual.

Nesta parte do texto, será realizado um esforço de análise dos programas de transferência de renda identificado à política de Assistência Social, quais sejam, o BPC e o PBF.

4.1 O Benefício de Prestação Continuada

O BPC foi regulamentado em 1993 pela Loas. Entretanto, dificuldades orçamentárias e de gestão adiaram sua implementação, que foi efetivamente iniciada apenas em 1996. O benefício, no valor de um SM mensal, constitui garantia de renda de natureza incondicional e não contributiva destinada aos idosos com 65 anos ou mais e às pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a um quarto de SM – cerca de R\$ 103,00 em janeiro de 2009. Tal garantia de renda atende, portanto, um público em situação de acentuada vulnerabilidade, seja pela presença de uma deficiência severa ou da idade avançada, seja pela situação de extrema pobreza, elementos que se superpõem, aumentando riscos, potencializando situações de exclusão.

Além de ser o primeiro mínimo social brasileiro garantido constitucionalmente, o benefício destina-se a grupo até então majoritariamente excluído de qualquer mecanismo público de garantia de renda. Sua criação possibilitou mudança no padrão de proteção social brasileiro, tradicionalmente identificado com seguros sociais. Mas antes de tratar da proteção instituída e tendo em vista os debates contemporâneos que cercam os critérios de inclusão e permanência para recebimento do benefício, bem como sua abrangência e impactos para o público beneficiado, torna-se relevante resgatar o processo de regulamentação do BPC após a Constituinte. Este conjunto de normas não apenas organizou a trajetória deste programa, como também assentou seus princípios e definiu seu público, como será visto a seguir.

4.1.1 Regulamentação³⁴

Previsto no Art. 203, inciso V, da CF/88, e tratado nos Arts. 2º, 20 e 21 da Loas (Lei nº 8.742/1993), o BPC foi implementado em janeiro de 1996 após publicação de norma regulamentadora (Decreto nº 1.744/1995) e criação, no mesmo ano, do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Atualmente, o benefício é regido pelo Decreto nº 6.214/2007 e faz parte das ações de proteção social básica no âmbito do Suas.

A trajetória de regulamentação do BPC tem sido marcada por debates e controvérsias. De fato, no decorrer do tempo, as regras e as definições iniciais para recebimento do benefício sofreram alterações substantivas em pelo menos três aspectos fundamentais: *i*) idade mínima de acesso ao benefício pelo idoso; *ii*) o conceito de família utilizado no cálculo da renda familiar *per capita*; e *iii*) o arcabouço conceitual concernente à caracterização e à avaliação da deficiência. No texto a seguir, será apresentado pequeno retrospecto dos debates em torno destes temas.

34. Para detalhes do processo de regulamentação do BPC, ver *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* nº 16.

A Constituição definiu o direito ao BPC, indicando genericamente o beneficiário como aquela pessoa idosa ou com deficiência que não possui meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. O texto constitucional fixou ainda o valor do benefício em um SM mensal. Foi a Loas, em seu Art. 20, que definiu a idade de acesso para os idosos em 70 anos e apontou que tal limite de idade deveria ser revisto nos dois anos seguintes, até alcançar o patamar de 65 anos. Foi também esta lei que determinou a renda mensal familiar *per capita* inferior a um quarto do SM como a que indicaria a incapacidade para prover a manutenção da pessoa idosa ou com deficiência. Além de definir dois parâmetros básicos de acesso ao benefício – o corte de renda e a idade mínima de ingresso para o idoso –, a Loas delimitou o conceito de pessoa portadora de deficiência como aquela incapacitada para vida independente e para o trabalho. Fixou que a deficiência deveria ser comprovada por meio de avaliação realizada por equipe multiprofissional do SUS ou do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Também estabeleceu o conceito de família a ser adotado, entendido como unidade mononuclear vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.

Contudo, apesar da criação do BPC desde a Constituição de 1988 e de sua primeira regulação pela Loas, o benefício foi efetivamente implementado somente em 1º de janeiro de 1996, com a vigência do Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Este decreto trouxe uma alteração significativa na definição de *pessoa portadora de deficiência*. Com uma interpretação mais restritiva do que a existente na Loas, introduziu que a incapacidade para a vida independente e para o trabalho deveria ser o resultado de anomalias ou lesões irreversíveis que impedissem o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho.³⁵ O decreto previa ainda a redução da idade mínima de acesso ao benefício de 70 para 67 anos a partir de 1º de janeiro de 1998, e uma segunda alteração, de 67 para 65 anos, a partir de 1º de janeiro do ano 2000.³⁶

Poucos anos após a regulamentação de 1995, a MP nº 1.473, de 8 de agosto de 1997, transformada na Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998, altera novamente as regras do programa. Redefine-se o conceito de família, adotando a mesma definição constante na lei que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social (Lei nº 8.213/1991). Isto implicou utilização de uma listagem fechada de seus possíveis integrantes, desconsiderando outros possíveis arranjos familiares.

35. O Decreto de 1995 operou significativa restrição do conceito de *pessoa com deficiência* ao inserir a irreversibilidade da lesão ou da anomalia e ao definir como sinônimo de incapacidade de vida independente o não desempenho das atividades de vida diária. Deve-se ressaltar, ainda, que atos normativos internos do INSS substituíram a expressão *vida diária para vida autônoma*.

36. A primeira redução na idade mínima de concessão do BPC para o idoso, de 70 para 67 anos, ocorreu apenas com a publicação da Lei nº 9.720/1998, dez meses após a data prevista no Decreto de 1995.

Mas também deixou de incorporar alguns membros potencialmente detentores de renda, como filhos e irmãos com mais de 21 anos e emancipados. A nova lei estabelece ainda que a avaliação médico-pericial passa a ser de responsabilidade dos serviços de perícia médica do INSS, e não mais de equipes multiprofissionais do SUS até então em vigor.

Outra modificação nas regras do BPC ocorreu em 2003, por força do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003). Além de concretizar a segunda redução na idade mínima para idosos, o Estatuto estabeleceu que o benefício anteriormente emitido a pessoa idosa da família não mais seria computado para fins do cálculo da renda familiar *per capita* para concessão de outro igual. Esta conquista, no entanto, não se estendeu às pessoas com deficiência, uma vez que é considerado, no cálculo da renda mensal bruta familiar, para fins de concessão do benefício a este grupo, os rendimentos brutos auferidos mensalmente por membros da família, tais como: salários, proventos, pensões, pensões alimentícias, benefícios de previdência pública ou privada, comissões, *pró-labore*, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio, inclusive a RMV e o BPC.

No decorrer dos anos, percebeu-se que aspectos operacionais, técnicos e conceituais relacionados ao BPC demandavam novo tratamento. Um instrumento regulatório mais claro e homogêneo torna-se objeto de reivindicações e motivou a elaboração do Decreto nº 6.214, de 2007. Muitas foram as novidades trazidas pelo novo instrumento. As mais substanciais referem-se ao tratamento do tema da deficiência: substituição da terminologia pessoa portadora de deficiência (PPD), para pessoa com deficiência (PcD) e conceituação da expressão, retomando a definição conferida pela Loas, com abordagem menos reducionista do que até então em vigor. Também define o conceito de incapacidade, que passa a ser entendida como um fenômeno multidimensional, composto pela limitação tanto no desempenho de atividades quanto na possibilidade de participação e integração. Passa-se, assim, a considerar não apenas as características da pessoa com deficiência, mas também seu ambiente físico e social. Esta nova abordagem impactará no processo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para fins de acesso ao benefício, que substitui o enfoque exclusivamente médico adotado pelo Decreto de 1995, por uma avaliação médica e social, conjugando a análise das limitações físicas com o efeito dos fatores ambientais e sociais na limitação do desempenho de atividades. Tais avaliações devem ser realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS.

4.1.2 Debates recentes

Nesta parte do texto, pretende-se recuperar dois grandes debates que cercam o BPC. O primeiro diz respeito à natureza deste benefício e sua função no campo da proteção social. Esta discussão tem acompanhado o processo de consolidação do BPC nas últimas duas décadas e também esteve presente no Fórum Nacional da Previdência Social (FNPS), onde se pode observar com clareza as diferentes posições existentes. O segundo debate diz respeito ao reconhecimento, por usuários, governo e justiça, do BPC como direito social e a busca de alargamento no reconhecimento deste direito. O progressivo crescimento das ações apresentadas na justiça visando garantir o acesso e ampliar a cobertura do benefício permite uma primeira avaliação desta questão.

a) O Fórum Nacional da Previdência Social

O FNPS foi instituído em janeiro de 2007 pelo Decreto nº 6.019. Seu objetivo era o de elaborar, a partir do diálogo entre trabalhadores, empregadores, aposentados e governo, propostas de aperfeiçoamento da Previdência Social brasileira tendo em vista garantir sua sustentabilidade no futuro. Em suas 12 reuniões, realizadas entre os meses de março a outubro de 2007, o BPC foi um dos temas discutidos. Durante os encontros e nos debates que se instalaram, duas posições destacaram-se. Estas serão aqui rapidamente resgatadas, uma vez que representam formas distintas de compreensão do benefício, sua natureza e função no campo da proteção social, bem como vêm pautando a discussão e a apresentação de propostas referentes a este benefício.

Uma primeira posição, sustentada por aqueles que defendem uma reforma substancial nas regras do BPC, ancora-se no argumento de que a existência do benefício, desvinculado da necessidade de qualquer contribuição à Previdência Social geraria um desestímulo à contribuição previdenciária, principalmente para trabalhadores mais jovens e menos qualificados, que ganham salários próximos ao SM. Sustentaria este argumento o pressuposto de que um conjunto de trabalhadores poderia passar um período significativo de sua vida produtiva afastado do setor formal da economia em decorrência da perspectiva do recebimento de um benefício assistencial no futuro. Contra o BPC, argumenta-se ainda que, dada a pressão sob os gastos públicos, nenhum benefício não contributivo deveria ter o valor de um SM. Nesse sentido, defende-se que este público deveria ser atendido pelo PBF, voltado aos grupos mais pobres da sociedade.

Uma segunda posição ressalta a importância do benefício para a efetivação do princípio da segurança de renda no campo da proteção social. Nesse sentido, a implementação dos benefícios monetários assistenciais às populações em situação

de pobreza alinha o Brasil a outros países de maior nível de bem-estar, garantindo um efetivo patamar de proteção social aos segmentos vulneráveis por idade ou deficiência. Em defesa do BPC lembra-se, de um lado, que este não substitui as coberturas propiciadas pela política previdenciária. Esta oferece cobertura a um conjunto amplo de riscos sociais – e não apenas o que se refere à velhice –, muitos deles operando inclusive durante a vida economicamente ativa dos trabalhadores. No entanto, as altas taxas de desfiliação previdenciária no Brasil não parecem ter sido impactadas pelo aparecimento deste novo programa. Ao contrário, como aponta o capítulo de Previdência Social deste periódico, são as transformações observadas no mundo de trabalho – em especial, o desemprego e a precarização do mercado de trabalho – que vem explicando a trajetória de desfiliação previdenciária e sua recente recuperação.

De fato, uma das questões subjacentes a esta discussão diz respeito à capacidade da sociedade brasileira conviver com um nível expressivo de desproteção social decorrente da precária inserção no mercado de trabalho de um grande percentual de trabalhadores. Contudo, o público do BPC não se resume a este grupo. Ele também inclui segmentos populacionais que se mantiveram, por motivos variados, afastados do mercado de trabalho ou que neste não tiveram participação marginal ou desprovida de remuneração. Tanto os grupos impossibilitados de participar ativamente do mercado de trabalho quanto os que se mantiveram incapazes de filiar-se a um programa de natureza contributiva são reconhecidos como portadores de um direito a uma renda de manutenção, identificada ao SM quando atestada, por idade ou incapacidade, a impossibilidade do exercício do trabalho e a inexistência de rendimentos que assegurem a subsistência. A natureza desta cobertura tampouco se confunde com a função de complementação de renda realizada pelo PBF. Ao contrário do BPC, o PBF não está associado à comprovação de limitação para participação no mercado de trabalho, mas apenas à ausência de uma renda considerada mínima.³⁷

Observa-se que no documento final do Fórum da Previdência, o BPC foi tratado, sobretudo, como um problema financeiro. Sua relevância como garantia de proteção social a grupos expostos a expressivas condições de vulnerabilidade não foi ressaltada. Contudo, é neste campo que sua atuação deve ser compreendida. O BPC garante a proteção social a segmentos sociais até então desprotegidos no país. As pessoas com deficiência em família em situação de indigência são hoje objeto de garantia de renda e de melhoria importante em sua situação social. A miséria é hoje um fenômeno marginal entre os idosos no país

37. Sobre a participação do mercado de trabalho dos membros adultos das famílias beneficiárias do PBF, ver Luciana Jaccoud (2008).

e, para isso, contribui o BPC. A cobertura irrisória do programa entre idosos rurais mostra a efetividade da previdência rural e indica que o BPC vem garantindo proteção social a grupos sem trajetória laboral passada ou cuja trajetória, realizada predominantemente em meio urbano, foi marcada pela precariedade e pelos baixos rendimentos. Na verdade, é no espaço da Seguridade Social, e não no da Previdência Social, que o BPC efetiva sua proteção social. E, nesse sentido, também é no do fortalecimento do debate sobre a Seguridade Social que depende a consolidação do BPC.

b) BPC e judicialização

Se não há dúvidas quanto aos avanços obtidos com a implementação do BPC, também não se pode negar que este enfrenta dificuldades para garantir a cobertura integral das pessoas idosas e com deficiência em situação de vulnerabilidade econômica e social.

De fato, um dos critérios determinantes para recebimento do benefício é o de que o beneficiário – e sua família – encontre-se em situação de extrema pobreza, caracterizada, atualmente, como inferior a um quarto de SM (ou R\$ 116,25). Tal condição acaba por restringir substancialmente a abrangência do BPC, uma vez que exclui do potencial público-alvo aqueles idosos e/ou deficientes que, embora sejam considerados pobres e experimentem diversas situações de vulnerabilidade – como as derivadas do grau de deficiência e dependência e das demandas de cuidados – ultrapassam a renda de acesso mencionada.

Visando fazer valer seu direito à proteção social e buscando o cumprimento do inciso V, do Art. 203,³⁸ da CF/88 – que prevê a garantia de um SM de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que não possuam meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família –, usuários da Assistência Social vem recorrendo, em número cada vez maior, ao Poder Judiciário. Demandam que lhes seja garantido o acesso ao benefício, negado pelo Poder Executivo com fundamento no fato de a renda familiar *per capita* ultrapassar um quarto de SM. Cabe lembrar que foi a Loas – e, portanto, uma legislação infraconstitucional – que determinou a renda mensal familiar *per capita* inferior a um quarto do SM como a que indicaria a incapacidade para prover a manutenção da pessoa idosa ou com deficiência.

38. Diz o Art. 203 da Constituição Federal: “A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social, e tem por objetivos: (...) V – a garantia de um SM de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (BRASIL, 1988a).

Observa-se que a justiça de 1ª e 2ª instâncias no país vem concedendo o benefício mesmo quando o usuário requerente ultrapassa o critério de um quarto de SM familiar *per capita*. De modo geral, verifica-se entendimento recorrente entre magistrados no sentido de que as decisões devem levar em consideração as especificidades de cada caso concreto, observando as peculiaridades e o estado de necessidade das famílias demandantes. Um destes processos encontra-se, atualmente, no Supremo Tribunal Federal (STF) a espera de julgamento. A decisão do STF terá repercussão geral, passando a ser adotada em todos os casos semelhantes, o que poderá causar um impacto significativo na cobertura do programa.

Esse movimento de recorrer à via judicial buscando garantir o acesso ao BPC está abrindo uma polêmica acerca do alcance do direito à Assistência Social e sua universalização haja vista as conhecidas limitações orçamentárias. O que se coloca em discussão é a questão da cidadania e da democracia que, mais do que direitos universais legalmente constituídos, requer a disponibilização e a generalização de recursos necessários ao seu exercício e à sua garantia. Em outras palavras, seria a própria democratização da Assistência Social que se põe em pauta.

Cabe lembrar que a questão da judicialização não é específica ao BPC e vem ganhando visibilidade no campo das políticas públicas. Em parte, este fenômeno é causado por problemas, ainda persistentes no Estado brasileiro, no que se refere a implementação, com qualidade e ampla cobertura, de políticas sociais universalizantes, sobretudo aquelas decorrentes de preceitos constitucionais.

No âmbito da saúde, em que o tema da judicialização vem gerando um intenso debate, afirmam-se pelo menos duas visões distintas sobre o assunto.³⁹ De um lado, sustenta-se o argumento de que esta é uma forma de garantia do acesso e do direito à saúde. Tal posição, majoritária no Judiciário, encontra fundamento em favor do direito do cidadão a receber do Estado todas as ações e serviços de saúde de que necessitam, estando nestes incluídos os medicamentos. Outra interpretação é de que o crescente acesso a medicamentos e outros bens e serviços de saúde pela via judicial gera distorções na alocação de recursos e na gestão da política pública. Isto ocorreria pelo fato de o Judiciário desconhecer a política de saúde e não reconhecer que os recursos são escassos. A polêmica, longe de ser solucionada, parece evidenciar um conflito distributivo que deve ser enfrentado, não apenas pelo setor da saúde, mas pelos gestores de políticas públicas em geral.

Motta (2009), citando a posição de alguns autores, argumenta que o fenômeno da judicialização constituiria uma nova tendência da democracia contemporânea, na qual o Judiciário aproxima-se da agenda pública e dos

39. Para mais detalhes consultar capítulo Saúde deste periódico.

atores sociais e políticos, transformando-se em instituição central à democracia, quer no que se refere à sua intervenção no âmbito social, como também na política. Nesta perspectiva, pode-se considerar que o sistema estaria falhando ao não garantir o acesso ao BPC à população idosa e deficiente em situação de pobreza, e o Judiciário estaria intervindo sobre este problema, assegurando os direitos constitucionais. Para os menos entusiastas, a crescente judicialização observada no Brasil no campo das políticas sociais deve ser lida com cautela, uma vez que expressaria uma crise de representação política e apontaria para os limites da democracia moderna, com um enfraquecimento dos Poderes Legislativo e Executivo. O Judiciário assumiria, neste contexto, um papel de protagonista na implementação das políticas públicas, acarretando ainda problemas orçamentários e de gestão.

É, portanto, em cenário de debates e divergências que se coloca o tema da judicialização e que se processa a discussão, na justiça, em torno da expansão do BPC para as famílias com renda *per capita* até meio SM. Os próximos passos ainda são incertos, mas apontam para uma importante reflexão acerca do direito à Assistência Social na realidade brasileira.

4.1.3 Aspectos operacionais e de gestão⁴⁰

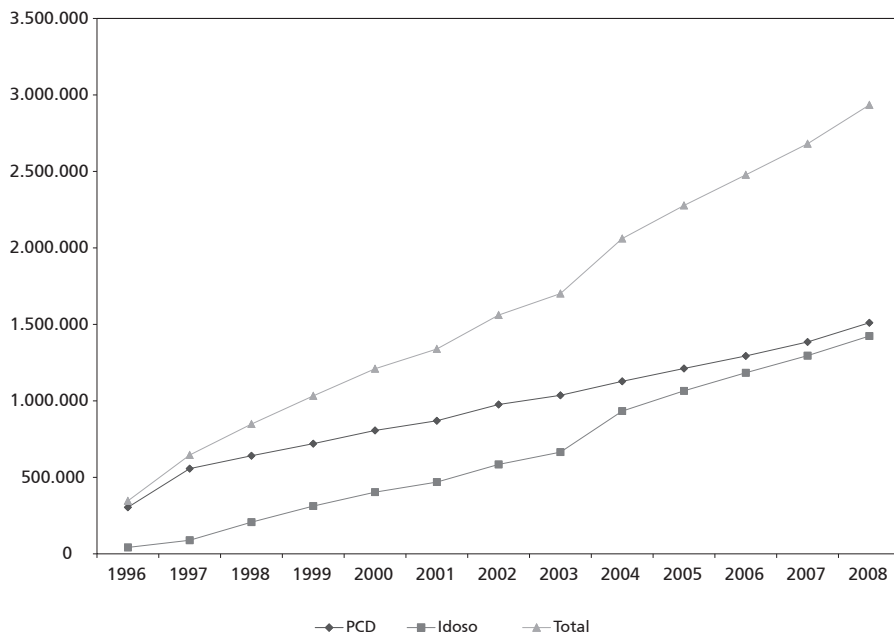
Desde sua implementação, em janeiro de 1996, houve um importante acréscimo no número de beneficiários do BPC. Ao final de tal ano, o programa contava com aproximadamente 346 mil beneficiários, entre os quais 304 mil eram pessoas com deficiência e 42 mil, idosos. Em dezembro de 2008, foram 2,934.472 milhões de pessoas atendidas. Cabe lembrar que, se forem somados ao BPC o estoque de beneficiários da RMV,⁴¹ os benefícios sob responsabilidade da Assistência Social chegaram a atender 3.296.566 pessoas nesse mês.⁴² O gráfico 1 mostra a distribuição de benefícios entre os beneficiários idosos e as pessoas com deficiência, bem como a evolução dos benefícios emitidos no período 1996-2008. Apenas nesse último ano, foram 1.510.682 benefícios destinados para PcD, e 1.423.790, para pessoas idosas.

40. Para detalhes, ver *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* nº 16.

41. A RMV foi criada em 1974 e extinta em 1995. Consistia em benefício vinculado à Previdência Social direcionado aos inválidos ou às pessoas a partir de 70 anos de idade que não eram capazes de prover o próprio sustento ou de serem sustentadas por suas famílias. Os potenciais beneficiários deveriam ter feito no mínimo 12 contribuições à Previdência Social ao longo de sua vida ativa. Isto significava que somente as pessoas que já houvessem trabalhado tinham direito ao benefício, fato que excluía o acesso ao programa de grande parte das pessoas com deficiência grave e/ou daquelas que nunca ingressaram no mercado de trabalho formal. Não há novas concessões da RMV desde 1º de janeiro de 1996, sendo mantido apenas o pagamento do estoque de beneficiários existentes naquela data, o que correspondia, em dezembro de 2008, a 362.094 benefícios.

42. O RMV é aqui considerado benefício sob responsabilidade da Assistência Social, pois, desde 2004, este é financiado com recursos do FNAS.

GRÁFICO 1
Evolução de benefícios emitidos pelo BPC no período 1996-2008



Fonte: MDS.

Elaboração: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc)/Ipea.

O baixo índice de cobertura aos idosos nos primeiros anos do BPC pode ser explicado em razão da elevada idade mínima (70 anos) para concessão do benefício. Com a primeira redução da idade para 67 anos realizada em 1998 e, sobretudo, após a segunda redução, em 2003, para 65 anos, observou-se uma significativa expansão de benefícios emitidos a este segmento, ampliando seu grau de proteção social aos idosos no país. Ao lado do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e do Programa da Previdência Social Rural, o benefício concorreu para que a pobreza e a indigência entre esta população sejam hoje um fenômeno marginal: em 2007,⁴³ aproximadamente 11,8% dos idosos com mais de 65 anos no Brasil viviam com uma renda *per capita* até meio SM, e apenas 1,4% viviam com uma renda *per capita* até um quarto de SM.

Vale destacar a rápida ampliação da cobertura para pessoas com deficiência entre os anos de 1996 e 1997, quando diversos componentes pobres deste segmento foram incluídos na proteção garantida pelo BPC. Espera-se outro movimento de rápido crescimento deste público no ano de 2008, em razão das alterações promovidas pelo Decreto nº 6.214/2007. Contudo,

43. Dados da PNAD 2007.

em que pese o BPC estar aumentando sua cobertura para o público com deficiência a cada ano, são escassos os dados que permitam avaliar em que proporção esta população vem sendo atendida. Presume-se ainda haver um número considerável de pessoas com deficiência elegíveis, mas sem acesso ao benefício. Levantamento realizado pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), em janeiro de 2005, constatou que, do total de benefícios requeridos por estas pessoas, apenas 37,16% foram concedidos. Verificou-se que dos requerimentos negados (62,84%), 40,93% têm como fator causal o indeferimento pela perícia médica do INSS, em função da não caracterização de existência de incapacidade do requerente para a vida independente e o trabalho. Esta ocorrência reforçou a necessidade de homogeneizar parâmetros, procedimentos e instrumentos de avaliação das PcD para acesso ao BPC de forma equânime. Conforme aqui colocado anteriormente, espera-se que, com aplicação do novo modelo de avaliação previsto no Decreto de 2007, tais problemas sejam minimizados.

Acompanhando não apenas o aumento da cobertura, mas também a política de aumento do valor real do salário mínimo adotada pelo governo federal nos últimos cinco anos, o BPC registrou aumento crescente de recursos, em valores reais, ao longo dos últimos anos. Somente em 2008, o BPC aplicou um valor de aproximadamente R\$ 13,8 bilhões no pagamento de benefícios, ao passo que a RMV aplicou cerca de R\$ 1,9 bilhão. Juntos, estes programas utilizaram, nesse ano, aproximadamente 93% dos recursos do FNAS.

Ao final, cabe destacar que a importância do BPC na garantia de proteção social a grupos expostos a expressivas condições de vulnerabilidade é significativa. As pessoas com deficiência e os idosos em famílias em situação de indigência são hoje objeto de garantia de renda, com impactos positivos em sua situação social e melhoria no acesso aos cuidados requeridos. Contudo, não há dúvida de que a proteção social a estes grupos depende da ampliação da oferta de serviços. Estes são importantes instrumentos para promover a convivência e a integração social e revestem-se de particular relevância quando a idade e a deficiência evoluem para situações de dependência, em que a limitação da autonomia requer apoio de terceiros para realização das ações da vida cotidiana. Finalmente, cabe lembrar que, em que pese o aporte de renda promovido pelo BPC ser significativo, este tem como objetivo operar como uma renda de sobrevivência. O acesso a um conjunto de bens e serviços especiais necessários ao bem-estar das pessoas em grave situação de dependência parece estar ainda aguardando oportunidade para ser incluído na agenda desta política.

4.2 Transferência de renda – Programa Bolsa Família

4.2.1 Breve histórico

Uma segunda inovação no campo dos benefícios monetários permitiu a consolidação do pilar da garantia de renda como parte efetiva da política pública de Assistência Social no país. Até a criação do PBF, em 2003, a transferência de renda – entendida como conjunto dos programas de natureza não contributiva que operam a concessão de benefícios monetários de forma continuada – do governo federal era operada por programas com objetivos e públicos diversos e que funcionavam de forma independente. Os programas Bolsa Escola, Cartão-Alimentação, Auxílio-Gás e Bolsa Alimentação (BA) eram gerido por órgãos distintos, o que dificultava ou mesmo inviabilizava a coordenação de ações de caráter intersetorial, seja para combate à pobreza, seja para geração de oportunidades e ampliação do bem-estar. A falta de integração permitia ainda o acúmulo de benefícios sem que houvesse garantia de universalização do acesso. Assim, uma mesma família podia ser beneficiária de dois ou três programas, ao passo que outras famílias, em localidades e situações semelhantes, não contavam com nenhum apoio.

Contudo, o debate sobre programas de garantia de renda antecedeu a criação dos programas citados anteriormente. Efetivamente, este tema ganhou destaque nos anos 1980, a partir do crescimento das demandas por ações de combate ao desemprego e à pobreza, de atuação mais efetiva do Estado diante dos mais pobres e do fortalecimento de políticas sociais focalizadas.⁴⁴ Dois programas pilotos de transferência de renda familiar foram implementados em nível local, inspirando, posteriormente, as iniciativas a nível federal. Foram estes: *i*) o Programa Bolsa Familiar para Educação – Bolsa Escola, no DF;⁴⁵ e *ii*) o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM), em Campinas, no estado de São Paulo (SP).⁴⁶

44. Este conjunto diferenciado de demandas, defendida por diferentes matizes políticos e, em larga medida, contraditórios, fez que tais programas se mantivessem cercados de ambiguidades que ainda hoje podem ser identificadas quando se analisa o PBF. Como exemplo, cita o fato de estes programas poderem ser avaliados positivamente tanto devido ao seu papel como instrumento complementar aos demais programas de proteção social, entre eles o BPC e a Previdência Social, garantindo a universalização do direito à garantia de renda, como em sua possível eficiência como instrumentos de promoção às camadas mais pobres da população, podendo justificar a extinção de outros programas voltados a públicos menos desafortunados da sociedade.

45. A institucionalização do Bolsa Escola, vinculado à Secretaria da Educação, foi o primeiro ato do governo do DF, eleito em 15 de novembro de 1994. Para ter direito ao programa, a família deveria ter os filhos entre 7 e 14 anos matriculados em escolas públicas; ter renda familiar *per capita* igual ou menor a meio salário mínimo; no caso de existir algum membro adulto da família desempregado, ele deveria comprovar que estava procurando emprego por meio de sua inscrição no Sistema Nacional de Emprego (Sine); e comprovar residir no DF há, no mínimo, cinco anos consecutivos. O pagamento do benefício à família estava condicionado à frequência das crianças às aulas.

46. O PGRM, implementado pela Secretaria Municipal de Assistência Social, de Campinas, destinava-se a famílias em situação de risco, com crianças entre 0 e 14 anos ou com filhos ou dependentes portadores de deficiência física. As famílias deveriam residir em Campinas há, no mínimo, dois anos e auferir renda mensal *per capita* inferior a R\$ 35,00 – considerando apenas a renda dos pais e/ou responsáveis. O programa tinha como prioridade as famílias com crianças notificadas pela rede de saúde como desnutridas e famílias em *situação de rua*. Como contrapartida para manutenção no programa, as famílias deveriam aplicar o subsídio na melhoria das condições de vida do grupo familiar, manter as crianças e os adolescentes na escola e em programas formativos, garantir a atenção à saúde das crianças e dos adolescentes, evitar que os filhos permanecessem nas ruas, e participar mensalmente de reuniões socioeducativas promovidas pelo programa.

Os Programas Bolsa Escola, no Distrito Federal, e PGRM, em Campinas, logo seguidos, também em 1995, pelo Programa de Renda Mínima de Ribeirão Preto (SP). Estas experiências foram avaliadas positivamente por trabalhos acadêmicos que indicavam avanços na redução da evasão escolar e do grau de repetência, na melhoria da qualidade de vida das famílias e no incremento da atividade econômica das respectivas regiões. A repercussão de ambos os programas, associada aos debates políticos e intelectuais iniciados desde 1991, com a proposta do senador Eduardo Suplicy (box 2), criou ambiente propício para reflexão acerca de um programa de transferência de renda vinculado à educação de abrangência nacional, além de ter inspirado novas experiências municipais e um amplo conjunto de PLs apresentados por parlamentares no Congresso Nacional.

BOX 2

Renda básica de cidadania

Ao se tornar o primeiro senador eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Eduardo Suplicy apresentou, em 17 de abril de 1991, o PL que instituiu o PGRM. A ideia estava em desenvolvimento desde a década de 1980, quando Suplicy e outros políticos e estudiosos passaram a defender uma garantia de renda mínima para todos os brasileiros.

Inicialmente, o PL do Senado Federal nº 80, de 1991, instituía que todas as pessoas residentes no país, maiores de 25 anos e que auferiam rendimentos brutos mensais inferiores a R\$ 45.000,00 que correspondiam a 2,5 vezes o SM então vigente, seriam beneficiadas. O imposto de renda (IR) negativo corresponderia a 50% da diferença entre aquele patamar e a renda da pessoa, no caso de estar trabalhando, e 30%, no caso de estar tendo rendimento nulo ou não estar exercendo atividade remunerada. Mas a pedido do relator da Comissão de Assuntos Econômicos, senador Maurício Corrêa, então líder do Partido Democrático Trabalhista (PDT), foi apresentado um substitutivo que propunha: *i)* primeiro, que a alíquota passasse a ser de 30%, podendo o Executivo alterá-la para até 50%, de acordo com a disponibilidade de recursos e conforme o resultado do programa; e *ii)* segundo, que o programa fosse introduzido ao longo de oito anos, iniciando-se em 1993, para os maiores de 60 anos; em 1994, para os de 55 anos ou mais; e assim por diante, até que, no ano 2000, todas as pessoas com 25 anos ou mais fossem beneficiadas. Esta foi a maneira encontrada de convencer os demais senadores a aprovar o projeto (SUPPLICY, 2002).

Em 16 de dezembro de 1991, o Senado Federal aprovou, sem nenhum voto contra, o PL que instituía o PGRM. Na Câmara dos Deputados, o projeto recebeu parecer favorável em 1992. Em 1996, foi apresentado substitutivo prevendo a forma de introdução gradual do programa – que passaria a ser dos estados de menor renda *per capita* para os de maior renda *per capita* – além de incluir a condicionalidade de frequência à escola pelas crianças em idade escolar. O PL foi aprovado naquela casa em 2003 e, posteriormente, encaminhado ao presidente da República para sanção.

(Continua)

(Continuação)

A renda básica de cidadania foi instituída pela Lei nº 10.835/2004. O texto legal determina que a renda “se constituirá no direito de todos os brasileiros residentes no País e estrangeiros residentes há pelo menos 5 (cinco) anos no Brasil, não importando sua condição socioeconômica, receberem, anualmente, um benefício monetário”. Determina ainda que a abrangência do benefício deverá ser alcançada em etapas, a critério do Poder Executivo, priorizando-se as camadas mais necessitadas da população. O pagamento do benefício deverá ser de igual valor para todos e suficiente para atender às despesas mínimas de cada pessoa com alimentação, educação e saúde, considerando para isto o grau de desenvolvimento do país e as possibilidades orçamentárias. De acordo com o senador, o PBF pode ser compreendido como primeira etapa na implementação da renda básica de cidadania, até que esta seja paga “a toda e qualquer pessoa” (SUPLICY, 2008).

Em 2007, a III Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional (Consan) realizada em Fortaleza, aprovou a Diretriz nº 25, cujo teor defende a substituição do Bolsa Família pela renda básica de cidadania: “Assegurar a contituidade do Programa Bolsa Família, no âmbito de um programa de transição para renda básica de cidadania assegurada pela Lei nº 10.835/2004” (ZIMMERMANN, 2008).

Nesse contexto, foi aprovada, em 1997, a Lei nº 9.533, que autorizava o governo federal a conceder apoio financeiro, de 50% dos gastos, aos municípios que instituíssem programa de renda mínima associado a ações socioeducativas. A lei estabelecia que os municípios favorecidos, nos cinco primeiros anos, seriam aqueles que possuísem receita tributária por habitante inferior à média estadual e renda familiar por habitante inferior à média familiar por habitante do estado. A partir do quinto ano, todos os municípios poderiam ser beneficiados. O PGRM foi substituído, em 2001, pelo Programa Nacional de Bolsa Escola (PNBE).

Em fevereiro de 2001, foi criado o PNBE, cuja implementação iniciou-se no mês de junho, sob gestão do MEC. O público-alvo do programa era definido pelo conjunto de famílias com renda *per capita* mensal de até R\$ 90,00, com crianças entre 6 e 15 anos matriculadas no ensino fundamental. A exigência de frequência mínima de 85% às aulas era critério de permanência no programa. Uma vez selecionada, a família passaria a receber R\$ 15,00 mensais, por criança, limitado a R\$ 45,00 ou três crianças por família. No mesmo ano, também foram criados os programas Bolsa Alimentação e Auxílio-Gás, os quais integravam, junto ao PNBE, os programas sociais do governo federal voltados para enfrentamento da pobreza. O Programa Bolsa Escola beneficiava, em dezembro de 2002, 5,1 milhões. Um ano depois de sua criação, o BA beneficiava mais de 900 mil famílias. O Auxílio-Gás atendeu, em um primeiro momento, as famílias beneficiárias do programa Bolsa Escola e BA, mas, em outubro de 2002, já beneficiava mais de 8,5 milhões de famílias (IPEA, 2007).

Em 2003, o novo governo estabeleceu como objetivo prioritário o enfrentamento da fome e da miséria, materializado não apenas na criação do Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate à Fome (Mesa), por meio da

MP nº 103, de 1ª de Janeiro de 2003, e na reinstalação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), por meio da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, como, ainda em 2003, no lançamento de novo programa, o *Fome Zero*, e, neste, um novo programa de transferência de renda: o Cartão Alimentação. No entanto, já em outubro de 2003, a política de transferência de renda do governo federal foi alterada com criação do Programa de Transferência Direta de Renda com Condicionalidades – o Programa Bolsa Família⁴⁷ – que se realizou no desenho geral da política de combate à fome e sinalizou, à época, que as transferências de renda desempenhariam um papel importante na área social do governo Lula. O programa deu início a um processo de unificação das ações de transferência de renda do governo federal até então existentes.⁴⁸ No mesmo formato dos programas federais de transferência de renda que o antecederam, o PBF manteve condicionalidades cujo cumprimento é obrigatório: as condicionais são compromissos nas áreas da educação e da saúde que as famílias devem cumprir para continuarem a receber o benefício do PBF.⁴⁹

O PBF também significou uma ampliação do público-alvo a ser atendido e do valor médio do benefício, visando garantir uma renda mínima a todas as famílias extremamente pobres, assim como àquelas identificadas como pobres desde que contassem com a presença de crianças em sua composição.

A migração entre os beneficiários dos programas extintos para o PBF veio ocorrendo de forma progressiva desde 2004, tendo sido concluída em outubro de 2006. O PBF atendia, em dezembro de 2006, cerca de 11 milhões de famílias cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).⁵⁰

47. O PBF foi criado pela MP nº 132, de 20 de outubro de 2003, convertida, posteriormente, na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.

48. Os seguintes programas de transferência direta de renda foram unificados pelo PBF: o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação – *Bolsa Escola*; o Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAAL); o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à saúde – BA; e o programa Auxílio-Gás.

49. São as condicionalidades do PBF: i) Educação: frequência escolar mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e mínima de 75% para adolescentes entre 16 e 17 anos; ii) Saúde: acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 7 anos, e pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrizes, na faixa etária de 14 a 44 anos. Com a incorporação do Peti ao PBF, foi incluída uma condicionalidade no campo da Assistência Social: frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços socioeducativos para crianças e adolescentes de até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil. Fonte: MDS.

50. O CadÚnico foi instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001, como instrumento para identificação das famílias em situação de pobreza e visando ao gerenciamento dos programas federais de transferência de renda criados entre 2001 e 2002. Este registro foi mantido na fase seguinte à unificação destes programas, passando por importantes etapas de validação, atualização e aperfeiçoamento. Atualmente, o CadÚnico é regido pelo Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, constituindo instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, a ser utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do governo federal voltados ao atendimento deste público. Sua relevância decorre não apenas do fato de servir como referência para diversos programas sociais no processo de concessão de benefícios, mas, sobretudo, de permitir que estados e municípios conheçam em maior profundidade os riscos e as vulnerabilidades de sua população, realizando diagnósticos socioeconômicos das famílias cadastradas capazes de subsidiar a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas para famílias de baixa renda.

Como visto, o PBF garantiu a implementação de uma ação unificada no âmbito das transferências de renda. O programa foi concebido a partir de dois benefícios distintos, mas integrados. O benefício básico está voltado às famílias mais pobres independentemente da composição familiar. Ao lado deste, instituiu-se um piso variável, vinculado à existência de crianças e adolescentes na família.

Sua progressiva expansão ao longo dos últimos cinco anos consolidou a transferência de renda não contributiva como um efetivo pilar da proteção social brasileira. Como será visto mais adiante, apesar de não ser oficialmente reconhecido como parte da Assistência Social e ser operado por uma gestão própria e independente, o PBF pode ser considerado integrante daquela política. De um lado, é um benefício não contributivo situado no âmbito da segurança de renda que, como já citado, é uma das seguranças a serem garantidas pela Política Nacional de Assistência Social. De outro, tem como meta a cobertura universal no grupo beneficiário e que sua regulamentação não conflita com os demais princípios constitucionais organizadores da Seguridade Social. No entanto, em que pese ser um benefício assistencial, o Programa Bolsa Família não pode ser identificado a um direito social.⁵¹ Atualmente, o PBF é gerido, no âmbito do MDS, pela Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC). Criada em janeiro de 2004, junto ao ministério, a SENARC tem como missão institucional a implementação da Política Nacional de Renda de Cidadania no país.

4.2.2 Evolução normativa

Desde sua criação, pela MP nº 132, de 20 de outubro de 2003, convertida, posteriormente, na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, o PBF foi objeto de diversas alterações quanto a aspectos operacionais e de gestão. Destacam-se aqui duas importantes modificações que impactaram diretamente tanto na abrangência quanto no caráter (re)distributivo do programa, quais sejam: *i*) os valores referenciais para caracterização das situações da pobreza e da extrema pobreza; e *ii*) valor dos benefícios básico e variável.

O Decreto nº 5.209/2004, que regulamentava a Lei de Criação do Bolsa Família (Lei nº 10.836/2004), previa que o programa atenderia às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Nesse momento, foram consideradas em situação de extrema pobreza famílias que tinham uma renda mensal *per capita* de até R\$ 50,00. A situação de pobreza abrangia famílias cuja renda mensal *per capita* variava de R\$ 50,01 a R\$ 100,00. Ao serem definidos estes referenciais como requisitos para inclusão de famílias no PBF, foi estabelecido também que tais valores poderiam ser atualizados, por decreto, em função de mudanças socioeconômicas no país e de estudos técnicos sobre o tema.

51. Para Lavinias (2008) e Zimmermann (2008b), ao contrário do Renda Básica de Cidadania, o Bolsa Família não é formatado na perspectiva de um direito, pois nem todos os pobres são atendidos, embora cumpram os requisitos e os critérios de elegibilidade.

De fato, em 2006, o MDS atualizou os valores de referência para as famílias com direito ao benefício do PBF, por meio do Decreto nº 5.749. Com a vigência deste instrumento, a renda mensal *per capita* de até R\$ 60,00 passou a caracterizar as famílias extremamente pobres. As famílias cuja renda mensal *per capita* varia de R\$ 60,01 até R\$120,00, desde então, são consideradas pobres.

Quanto ao valor dos benefícios básico e variável, a MP nº 132/2003 havia fixado o valor mensal do benefício básico em R\$ 50,00 e o valor do benefício mensal variável em R\$ 15,00 por beneficiário, até o limite de R\$ 45,00 por família beneficiada. A MP também estabeleceu que a família beneficiária da transferência básica poderia receber, cumulativamente, o benefício variável até o limite estabelecido. Já a família cuja renda *per capita* mensal fosse superior a R\$ 50,00, até o limite de R\$ 100,00, receberia exclusivamente o benefício variável, de acordo com sua composição, até o teto estabelecido.

Tais valores iniciais foram alterados posteriormente pelo Decreto nº 6.157, de 16 de julho de 2007, que atualizou o benefício básico para o valor mensal de R\$ 58,00, destinado a unidades familiares que se encontrassem em situação de extrema pobreza, e o benefício variável para o valor mensal de R\$ 18,00 por beneficiário, até o limite de R\$ 54,00 por família, destinado às unidades familiares que se encontrassem em situação de pobreza ou extrema pobreza. Em junho de 2008, ocorreu nova alteração no valor dos benefícios básico e variável por meio do Decreto nº 6.491, o qual reajustou o benefício básico do PBF para o valor mensal de R\$ 62,00, destinado às unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza. O benefício variável também foi reajustado para o valor mensal de R\$ 20,00 por beneficiário, até o limite de R\$ 60,00 por família.

Outra importante modificação no PBF ocorreu com a criação, pela MP nº 411, de 28 de dezembro de 2007, posteriormente convertida na Lei nº 11.692, de 10 de junho de 2008, do Benefício Variável Jovem (BVJ). O BVJ é nova modalidade de benefício do PBF, vinculado ao adolescente de 16 e 17 anos. O BVJ é pago às famílias beneficiárias do programa, por meio do responsável legal pela família, no mesmo cartão que as demais modalidades de benefício. Seu valor é de R\$ 30,00, e cada família pode receber até dois benefícios, ou seja, R\$ 60,00, mesmo que tenha três ou mais adolescentes acima de 16 anos na sua composição. Segundo o MDS, o objetivo da ampliação da faixa etária do PBF foi a manutenção da contribuição deste na redução da pobreza, estimulando que os adolescentes de famílias beneficiárias permaneçam na escola.

4.2.3 Cobertura

Como já destacado neste texto, 1988 representa um marco central para analisar a evolução da proteção social no Brasil. A partir da nova Constituição, a garantia de renda no campo da Seguridade Social passou a operar por meio de políticas

contributivas, assentadas na técnica do seguro social, e por programas assistenciais, de natureza não contributiva e seletiva, dirigida a um público geralmente definido sob condições de renda. Estas políticas perseguem objetivos claramente distintos. Enquanto o seguro social visa evitar as situações de ausência de renda nos casos da impossibilidade do trabalho, os programas assistenciais visam fazer frente às situações em que a pobreza já está instalada. Ademais, a criação do PBF introduz uma outra distinção no escopo das ações de garantia de renda. Enquanto o seguro social e o BPC atendem a uma população impossibilitada de participar do mercado de trabalho, o PBF atende predominantemente a segmentos ativos, instituindo uma clara distinção e complementaridade entre os objetivos dos dois programas.

Dessa forma, pode-se afirmar que a consolidação de um pilar de garantia de renda após a Constituição culminou com a criação do PBF. O programa introduz também uma importante inovação diante dos primeiros programas de transferência de renda federais. Estes visavam beneficiar famílias em situação de pobreza que contavam com crianças em sua composição, recuperando, assim, a ideia da vulnerabilidade pela idade como condição para legitimidade da transferência às famílias pobres. O PBF, ao contrário, como será apontado a seguir, mantém uma faixa de proteção que beneficia qualquer família, independentemente de sua composição.

A progressiva ampliação da população coberta pelo PBF ocorreu pelo atendimento de um público largamente distinto tanto daquele que contribui para a Previdência Social quanto dos beneficiários do BPC, apontando para uma natureza distinta daqueles, em que pese complementar. O programa alcança principalmente famílias cujos membros adultos estão em idade economicamente ativa e participam do mercado de trabalho. Neste contexto, seu escopo volta-se à complementação de renda, afirmando uma política de renda mínima a toda a população. Entretanto, cabe lembrar que o enfrentamento à situação de extrema pobreza ainda não está claramente vinculado ao cumprimento da já citada Lei nº 10.835/2004, que institui a renda básica de cidadania.

Como mostra a tabela 1, em dezembro de 2008, as famílias extremamente pobres, com renda *per capita* inferior a R\$ 60,00, tendo ou não crianças, adolescentes ou jovens, têm acesso ao chamado piso básico do programa, no valor de R\$ 62,00. O piso variável, no valor de R\$ 20,00, é pago às famílias pobres, com renda mensal entre R\$ 60,01 e R\$ 120,00, a cada criança e adolescente de até 15 anos, em um máximo de três beneficiários. Desde 2008, o PBF possui ainda um terceiro piso, o BVJ, no valor de R\$ 30,00, pago a todas as famílias do PBF que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente. Os valores pagos pelo PBF variam, assim, entre R\$ 20,00 e R\$ 182,00, de acordo com a renda mensal da família e o número de crianças e adolescentes até 17 anos (IPEA, 2008).

TABELA 1
Tipos de benefícios concedidos pelo Programa Bolsa Família
 (Dezembro de 2008)

	Famílias com renda de até R\$ 60,00 reais <i>per capita</i>	Famílias com renda entre R\$ 60,01 e R\$ 120,00 <i>per capita</i> e com crianças e adolescentes de 0 a 17 anos
Piso básico	Benefício fixo de R\$ 62,00	—
Piso variável	Benefício de R\$ 20,00 por criança e/ou adolescente de até 15 anos – máximo de três benefícios	Benefício de R\$ 20,00 por criança e/ou adolescente de até 15 anos – máximo de três benefícios
Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVI)	Benefício de R\$ 30,00 por adolescente de 16 e 17 anos – máximo de dois benefícios	Benefício de R\$ 30,00 por adolescente de 16 e 17 anos – máximo de dois benefícios
Valor máximo do benefício por família	R\$ 182,00	R\$ 120,00

Fonte: Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/beneficios-e-contrapartidas>. Acesso em: mar. 2008.

A inovação representada pelo PBF diz respeito, assim, ao reconhecimento da relevância e da legitimidade de garantir aporte de renda a todos aqueles que estejam abaixo de um patamar de renda considerado mínimo, independentemente de, por exemplo, exercer ou não uma atividade remunerada, de ter ou não filhos e habitar área urbana ou rural.⁵² O programa tem seus efeitos positivos observados por um conjunto amplo de estudos,⁵³ em que pese as restrições representadas pelo limitado valor do benefício ofertado – cujo valor médio é de R\$ 85,00, em dezembro de 2008 –⁵⁴ e pela ausência de uma regra de indexação.

A cobertura do Programa Bolsa Família é, hoje, expressiva. Em 2008, o PBF atendeu 10.557.996 milhões de famílias em todo o país.⁵⁵ O gráfico 2 demonstra a evolução da cobertura no período 2004-2008.

52. Mesmo que o valor do benefício varie em função da composição da família, o piso básico independe desta composição, como já citado.

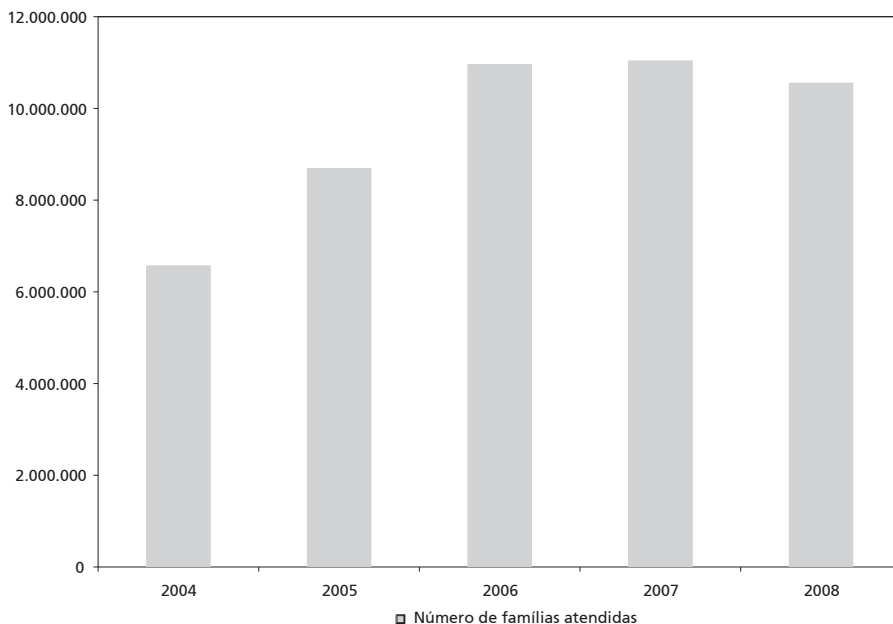
53. Ver a respeito: Texto para Discussão nºs 1.228, 1.248, 1.283, 1.293, 1.372 e 1.396. Disponíveis em: <www.ipea.gov.br>. Ver também: Cedeplar, Sagi e MDS (2007).

54. Brasil (2008a).

55. Brasil (2007b). Segundo as estimativas do MDS, existem, hoje, no Brasil, 11,1 milhões de famílias que se encontram em situação de pobreza, restando ainda um saldo de pouco mais de 500 mil famílias sem atendimento pelo programa.

GRÁFICO 2

PBF – Número de famílias atendidas no período 2004-2008



Fonte: MDS.

Elaboração: Disoc/lpea.

Quanto à evolução do número de famílias atendidas pelo PBF, observa-se um crescimento significativo destas entre os anos de 2004 a 2006, momento de expansão do programa – aproximadamente 4,4 milhões de novas famílias foram beneficiadas entre dezembro de 2004 a dezembro de 2006.⁵⁶ Em 2008, como pode ser observado, houve decréscimo no quantitativo total de famílias beneficiárias. Tal redução pode ser explicada pelo fato de o MDS ter cancelado, entre outubro de 2008 a fevereiro de 2009, aproximadamente 451 mil benefícios de famílias que se encontravam fora do perfil do programa ou que não atualizaram as informações de seus cadastros. A exclusão de beneficiários ocorreu após identificação, pelo MDS, de inconsistência entre a renda declarada no CadÚnico com aquela informada na Relação Anual de Informações Sociais (Rais) de 2006, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A comparação entre as duas bases de dados apontou que a renda de 622.476 beneficiários estaria acima do critério do programa. Tais beneficiários tiveram a

56. Em 2004, o PBF encontrava-se em plena expansão, sua cobertura não havia alcançado ainda a meta de 11 milhões de famílias. Segundo os registros administrativos do programa, esta meta foi atingida em 2006. De 2006 até o início de 2009, o programa não mais cresceu, passando a apenas permutar as famílias beneficiadas. Cabe destacar que, no início de 2009, o presidente da República autorizou a expansão do programa até 12,4 milhões de famílias. Ver Soares, Ribas e Soares (2009).

transferência de renda bloqueada em setembro de 2008 e obtiveram o prazo até dezembro do mesmo ano para atualizar o cadastro e comprovar que efetivamente atendiam ao critério de renda do PBF. Após a checagem, verificou-se que, do total bloqueado, 171.455 famílias se enquadravam no perfil do programa, as quais tiveram seus benefícios desbloqueados após atualização de dados. O restante foi cancelado (BRASIL, 2009a).

Vale mencionar que a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família tem caráter temporário e não gera direito adquirido, devendo a elegibilidade das famílias, para recebimento do benefício, ser obrigatoriamente revista a cada dois anos (BRASIL, 2008a).⁵⁷ Ainda segundo informações do MDS, entre 2004 e 2008, este cancelou mais de 2,6 milhões de benefícios do PBF por diversos motivos, seja porque a família melhorou sua renda e ultrapassou o critério do programa, seja porque não cumpriu as condicionalidades nas áreas de educação e saúde por cinco períodos consecutivos (BRASIL, 2009b).

Em que pesem a relevância da cobertura garantida pelo PBF e seus impactos redistributivos,⁵⁸ cabe ainda ampliar o debate sobre o papel dos programas que operam benefícios monetários diante do combate à pobreza e à iniquidade no país. O aprimoramento de tais programas e sua integração com o sistema contributivo de proteção aos riscos sociais passa, neste momento, por uma mais ampla discussão do papel das políticas de solidariedade nacional na garantia de rendas mínimas nas diversas situações de vulnerabilidade social e pobreza.

4.2.4 A consolidação do PBF e o papel dos entes federados

O PBF, apesar de ser coordenado em nível central pelo governo federal, conta com a participação efetiva das três esferas de governo como corresponsáveis pela sua execução, estabelecendo um modelo de gestão compartilhada entre a União, os estados e os municípios para sua implementação, gestão e fiscalização. Se a Carta Magna define responsabilidades conjuntas para a União, os estados e os municípios no campo das ações públicas, o fato de o PBF não ter sido criado por meio da CF/88, mas por intermédio de lei ordinária, faz ainda mais difícil a necessária implementação de processos de negociação e coordenação federativa, tais como: mecanismos voluntários de adesão e pactuação.⁵⁹

Tal esforço de gestão descentralizada vem se traduzindo em efetivos ganhos em relação a implantação e gestão do programa. Os municípios afirmam-se como

57. Ver Decreto nº 6.392, de 12 de março de 2008.

58. Amplo conjunto de estudos vem se debruçando sobre o impacto distributivo destes programas. Pode-se citar, entre outros, alguns Textos para Discussão, produzidos pelo Ipea nºs 1.228, 1.283, 1.293 e 1.396. Disponíveis em: <www.ipea.gov.br>.

59. A pactuação ocorre em processos de integração entre o PBF e iniciativas de transferência de renda próprias de estados e municípios. Já a adesão ocorre em praticamente todos os municípios brasileiros e representa a formalização de relações e de responsabilidades para implementação conjunta do PBF.

responsáveis pelo processo de cadastramento dos beneficiários e acompanhamento das condicionalidades, entre outras atribuições. A consolidação deste processo vem sendo realizada com esforços contínuos para conferir densidade institucional ao programa por meio de uma estratégica organização de competências verificada não apenas quanto às funções do MDS, como também em relação aos estados e aos municípios.

De fato, um dos pontos que chamam atenção quanto à implementação do PBF em âmbito federal é a complexidade de sua gestão. Tal complexidade gera uma demanda permanente pelo desenvolvimento de instrumentos que permitam ampliar a eficiência na partilha de responsabilidades e competências entre os entes federados quanto ao processo de cadastramento, à gestão de benefícios e às condicionalidades, bem como homogeneizar os processos de gestão estaduais e municipais, viabilizando, assim, o acompanhamento e o monitoramento qualificado do processo de implementação do programa.

Assim, como exemplo, pode-se lembrar que, em fevereiro e março de 2005, foi realizado o primeiro cruzamento de dados entre o CadÚnico e a Rais. À época, o ministério fez também um teste de consistência sobre as variáveis do cadastro para auxiliar os municípios na atualização cadastral. Após esse período, o MDS instituiu o IGD, cujo objetivo é incentivar o aprimoramento da gestão do PBF em âmbito local, apoiando a gestão descentralizada deste (BRASIL, 2009a). O IGD é um indicador sintético, criado por meio da Portaria GM/MDS nº 148, de 2006, com o objetivo de apoiar financeiramente os municípios do PBF, com base na qualidade da gestão do programa. O índice é composto pela média aritmética do indicador do CadÚnico e do indicador de condicionalidades.⁶⁰ Quanto maior o valor do IGD, maior será o valor do recurso transferido ao município.

Por fim, cabe ressaltar que, mesmo se combatido, de um lado, por um forte discurso de crítica à expansão da intervenção do Estado, e de outro, submetido a importantes restrições de ordem fiscal e orçamentária, a evolução do PBF ao longo dos últimos anos tem demonstrado não apenas a densidade da institucionalidade das políticas de garantia de renda que emergiram no pós-1988, mas também sua expansão mediante a criação de novos programas, os quais conseguiram se consolidar como complementares aos já existentes. Contudo, a consolidação deste modelo depende não apenas de seus impactos adiante da gravidade do quadro social brasileiro, mas também a um aprofundamento do debate sobre o papel das políticas de proteção social em projeto de sociedade menos desigual.

60. O índice é composto pela média aritmética do indicador do CadÚnico e do indicador de condicionalidades. O indicador do CadÚnico é a média aritmética entre o total de cadastros válidos e o total de cadastros atualizados sobre o total da estimativa de famílias com renda de até meio salário mínimo por pessoa. O indicador de condicionalidades é a média aritmética entre a taxa de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos com informações de frequência escolar e a taxa de famílias com acompanhamento da agenda de saúde entre as famílias beneficiárias.

5 DESAFIOS PARA A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Esta seção tem como objetivo expor alguns dos desafios que fazem frente à atual PNAS tanto no tocante à oferta, à gestão e ao financiamento dos serviços assistenciais quanto aos benefícios. Em primeiro lugar, será tratada a questão da Assistência Social como direito afirmado pela própria Constituição de 1988 e os principais pontos de debate. Posteriormente, será apresentada uma breve discussão sobre o aspecto federativo da política, com enfoque na questão do financiamento compartilhado. Por fim, deseja-se fazer uma rápida reflexão sobre a problemática da integração de serviços e benefícios assistenciais, o que provavelmente pode ser citado como um dos maiores desafios a ser enfrentados em torno desta política.

5.1 Serviços e benefícios assistenciais como direitos

A evolução da oferta dos benefícios e dos serviços assistenciais tem sido realizada a partir da perspectiva de que estes representam direitos sociais, afirmados na Constituição e na Loas. Efetivamente, como afirma Luís Regules (*apud* SPOSATI, 2009), “A assistência social é constitucionalmente um direito à seguridade social”; parte dos direitos sociais, esta confere ao cidadão “o direito de usufruir determinados serviços ou benefícios na condição de proteção social não contributiva”.

Contudo, a afirmação e a concretização de direitos no campo social introduz inúmeras questões no âmbito da ação do Estado. Estes são direitos que procuram fornecer a garantia de proteções para incertezas que se produzem nas sociedades modernas, no mundo do trabalho, nos ciclos de vida e em condições variadas de vulnerabilidades. Procuram ainda dar respostas a demandas por maior justiça social, buscando instituir prerrogativas que compensam certas desigualdades econômicas e sociais. Nesse sentido, a organização e a garantia de direitos sociais em uma sociedade estruturalmente heterogênea e com grandes déficits de acesso a condições estáveis de trabalho, como é o caso do Brasil, revela-se ainda mais difícil do que em outras situações. Destacam-se, entre estas dificuldades, o fato de que a extensão de direitos a uma população marcada pela pobreza e instabilidade de renda demanda o reconhecimento da necessidade de ampliação do financiamento público e de que os serviços de qualidade são devidos a toda a população.

As questões que se colocam aqui são clássicas no debate sobre o tema: quanta desigualdade é ética e socialmente tolerável em uma sociedade? Qual seria a oferta pública de oportunidades e bem-estar que ajudaria a romper esta desigualdade? Qual a possibilidade de construir um pacto político visando à garantia destas ofertas? Em resposta a tais questões, os direitos sociais pretendem dar forma a uma “institucionalidade incluyente, que garanta a todos as mesmas oportunidades de participar nos benefícios da vida coletiva e nas decisões que se tomam a respeito de como orientá-la” (CEPAL, 2006, p. 18). Se o pacto em torno de um

rol de direitos não implica a garantia de sua disponibilidade imediata, este organiza a sociedade para avançar em uma dada direção, aperfeiçoando instituições, ampliando a oferta de recursos de variados tipos visando à realização daqueles direitos. Entre seus impactos, destaca a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), os direitos sociais não apenas ampliam a legitimidade da democracia política bem como implica “maior governabilidade e estabilidade política, um menor nível de conflito social e, com ele, uma melhor base institucional para o investimento e o desenvolvimento” (CEPAL, 2006, p. 22).

Em um primeiro momento, esse debate demanda o reconhecimento de que a afirmação dos direitos sociais implica a confirmação de determinadas garantias. Os direitos devem estar garantidos constitucionalmente ou infraconstitucionalmente, instituindo uma efetiva obrigação do Estado na sua oferta. Os direitos sociais devem ser exigíveis, ou seja, serem acompanhados por mecanismos jurídicos e institucionais que possam ser mobilizados para reinvidicação da sua titularidade. Os direitos sociais devem ser uniformes no atendimento, garantida a oferta e a qualidade mínima em todo o território nacional. Por fim, deve ser garantido o acesso a todo o grupo ao qual são dirigidos.

Persiste, entretanto, a questão de quais são os direitos efetivamente garantidos e suas características. Quanto às responsabilidades do Estado em sua oferta, no que diz respeito aos direitos relativos à Assistência Social, estes estão fixadas pela Loas. Cabe à União responder pela concessão e manutenção do BPC e apoiar os estados e os municípios na oferta de serviços, programas e projetos. Aos municípios cabe prestar os serviços socioassistenciais, contando para isso com o apoio da União e dos estados. Quanto ao conteúdo dos direitos garantidos, este é debate ainda em curso tanto no campo dos serviços quanto no dos benefícios. No âmbito dos serviços, um conjunto de questões coloca-se, derivado tanto do arranjo federativo, que emerge da Constituição, quanto da própria natureza das garantias no que diz respeito a este tipo de oferta pública.

No que diz respeito à descentralização, o reconhecimento de estados e municípios como entes federativos autônomos deu nascimento a um modelo de descentralização das políticas sociais dotado de características específicas: criou competências comuns e concorrentes, o chamado federalismo cooperativo, em que funções são compartilhadas entre as diferentes esferas de governo. Neste sistema, estados e municípios são também dotados de autonomia política e fiscal. Detêm, assim, independência na gestão das políticas sociais, e a integração de iniciativas entre os níveis ocorre por determinação legal ou adesão à proposta apresentada por outro nível de governo.⁶¹

61. Sobre federalismo cooperativo, ver: Almeida (2000). Sobre processo de descentralização e a política de Assistência Social, ver: Arretche (2000).

No que diz respeito à oferta mínima e continuada de serviços e benefícios concernente à população em todo o território nacional, consolidar um pacto de solidariedade com efetivos impactos distributivos resta como problema de primeira grandeza. Este desafio também está presente no processo de fortalecimento do Suas, em que este pacto deve se desdobrar em pacto federativo. A autonomia municipal, reforçada pelo Suas com novo padrão de financiamento fundo a fundo e pelo compromisso de participação dos entes federados na alocação de recursos (o cofinanciamento), também se estende à eleição de prioridades e às formas de ofertar os serviços. De fato, em decorrência das garantias de acesso e proteção associadas aos direitos sociais, tal autonomia não prescinde de uma pactuação nacional sobre os conteúdos das ofertas, assim como seus padrões de qualidade e seu financiamento. E este arranjo é ainda essencialmente dependente do respeito ao padrão de financiamento que sustenta a proposta desta oferta.

Também no campo da garantia do direito aos benefícios monetários assistenciais, desafios colocam-se. Se o BPC já pode ser identificado a um direito, reconhecido nas diversas esferas administrativas, assim como no âmbito jurídico – como mostrou o debate sobre a judicialização –, ainda está em debate como o PBF pode se transformar em proteção institucionalmente garantida. De fato, a lei de constituição do programa (Lei nº 10.836, de 2004) institui a oferta do benefício e o dirige às unidades familiares caracterizadas por determinados critérios de renda. Contudo, não há referência a garantia de acesso ao benefício ou a qualquer caracterização deste benefício como direito, como o faz a Lei nº 10.835/2004, que institui a renda básica de cidadania. Dessa forma, observa-se que o esforço federal no sentido da universalização da cobertura do PBF esbarra, de um lado, na necessária adesão dos municípios⁶² e na identificação da população pobre e seus efetivos cadastramento e monitoramento. De outro, a universalização depende da disponibilização de recursos orçamentários, que não são garantidos na forma de alocação obrigatória da União.

Em função dessas limitações, não é surpresa que haja dificuldades para reconhecimento do direito ao PBF. Pesquisa realizada na cidade de Recife e em localidades do sertão da Bahia e de Alagoas interrogou beneficiários do PBF se este programa era um direito ou uma ajuda (SANT'ANA, 2008, p. 12). Dos 50 entrevistados, menos de 20% acreditavam, em 2006, que o PBF era um direito. Um fator que impedia o reconhecimento deste programa como direito era o fato de os beneficiários conhecerem pessoas na mesma situação que eles e que não recebiam o benefício. Contudo, a maioria dos que afirmavam ser o PBF uma ajuda do governo, declaravam que o programa deveria ser transformado em um direito.

62. São quatro os municípios no país que não aderiram ao PBF e não realizam cadastramento da população em situação de pobreza. Logo, nestes municípios, a população não tem acesso ao programa.

A justificativa apresentada se apoiava largamente nos obstáculos enfrentados por estas famílias para garantir uma renda mínima advinda do trabalho. As situações de desemprego e a ausência de oportunidades de ocupações estáveis marcam a trajetória de trabalho desta população, que, ao relatá-las, manifesta sua indignação diante das suspeitas de que não trabalham porque não querem ou que se apoiam no benefício concedido para não se esforçar em prol de uma melhor inserção no mercado de trabalho. Os beneficiários consideram, assim, que devem ter acesso ao benefício como resposta ao seu direito de sobrevivência.

Estudos sobre os beneficiários têm apontado outros questionamentos sobre o formato ideal de um direito extensivo à garantia de renda. Um deles se refere à percepção de que famílias com diferentes condições de vida deveriam receber benefícios de valor diferenciado. Este questionamento refere-se ao fato de que a um mesmo intervalo de renda – R\$ 0,00 a R\$ 60,00 *per capita*, e R\$ 60,01 a R\$ 120,00 – estão inseridas famílias com padrões de vida significativamente diferenciados. Por exemplo, a pesquisa já citada aponta discurso de grande tolerância dos beneficiários diante das pessoas que mentem nos cadastros quando são responsáveis por famílias em que existem situações graves de doença ou de membros em situação de dependência, ou seja, dependentes de ajuda de terceiros para realização das atividades da vida diária (SANT'ANA, 2008, p. 13). Consideram que os encargos que pesam sobre uma família que detém um membro com incapacidade, invalidez ou doença justificam o acesso ao benefício, mesmo que, pelo critério específico de renda, não tenham direito a este. Observa-se, assim, o reconhecimento de situações de risco ou vulnerabilidade – como a demanda por medicamentos ou cuidados especiais – que deveriam ser incluídas no escopo do direito à renda ou a bens e serviços.

Dessa forma, pode-se concluir que, em que pesem os avanços já realizados no que se refere ao reconhecimento do direito social no campo da Assistência Social, os desafios existentes ainda são extremamente expressivos. Oferta, acesso e qualidade nos serviços socioassistenciais e consolidação e ampliação da garantia de renda considerando os diferentes aspectos da vulnerabilidade social são ainda pontos a serem enfrentados pelo debate nacional.

5.2 Federalismo e gasto social

De acordo com Arretche (2002, p. 25-48),

(...) no início dos anos de 1990 no Brasil, as instituições políticas federativas já estavam plenamente instauradas, ao passo que a gestão de políticas públicas – particularmente na área social – continuava centralizada, isto é, o governo federal – em virtude do legado do regime militar – continuava responsável pela gestão e pelo financiamento das políticas de saúde, habitação, merenda escolar, livro didático, Assistência Social etc.

De fato, o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil vem sendo desenvolvido nas últimas duas décadas, enfrentando expressivos desafios como os que dizem respeito às diferenças de capacidade financeira, técnica e operacional entre os diferentes municípios e regiões brasileiras. Vem ainda aportando novos desafios, como o que se refere à necessidade de constituição de esferas de concertação e decisão que agreguem os gestores das três esferas em prol de uma integração de esforços e pactuação de prioridades e estratégias.

No âmbito da Assistência Social, a descentralização vem sendo progressivamente implementada em processo tanto longo quanto complexo. De um lado, esta esbarra com a tradicional herança histórica do assistencialismo e do clientelismo, ainda presentes como práticas organizadoras das ações no campo da Assistência Social em muitos municípios brasileiros. Nesse sentido, observam-se dificuldades não apenas na afirmação da responsabilidade pública neste campo, como também no reconhecimento da própria noção de direito a garantias de proteção social. De outro lado, a descentralização exige esforço significativo de alocação de recursos, seja para fortalecimento dos instrumentos de gestão, seja para investimento nas áreas finalísticas da política. Este esforço em ambos os campos vem se desenvolvendo, em grande parte dos estados e dos municípios brasileiros, de forma ainda lenta e insuficiente.

De fato, no que se refere à trajetória da descentralização da política de Assistência Social, incluída a transferência de renda, um dos aspectos mais relevantes observados nos últimos 20 anos refere-se ao compromisso com alocação de recursos públicos por parte das diferentes esferas de governo. No nível do gasto público federal, é o expressivo crescimento nesta área. De fato, entre 1995 e 2005, o gasto federal com a Política Nacional de Assistência Social subiu, em valores reais, de 1,3 milhões para 18,8 milhões, o que representou um crescimento de 13 vezes. Os gastos aqui computados são os pagamentos com o BPC, RMV, PBF e Peti. Enquanto no primeiro ano desta série, a Assistência Social tinha um gasto federal que equivalia a 0,08% do produto interno bruto (PIB), valor que havia crescido dez vezes em 2005, quando representava 0,83% do PIB (CASTRO *et al.*, 2008).

Como destacam Castro *et al.* (2008), nas últimas duas décadas a trajetória de crescimento do gasto federal assistencial supera todas as demais áreas sociais. Este movimento explica-se tanto pela criação e contínuo crescimento do BPC quanto pela criação do PBF e sua expansão no período, fazendo emergir, como já foi destacado neste texto, um pilar de garantia de renda não contributiva no país. Contudo, cabe lembrar que esta trajetória de crescimento do gasto federal não alcança o campo dos serviços, em que os recursos alocados por esta esfera de governo não observaram aumentos expressivos no período.

O crescimento do gasto federal na Assistência Social foi acompanhado por um aumento constante do número de pessoas beneficiadas pelos programas destas áreas. O BPC atendia 346.219 pessoas, em 1996, tendo passado para 2,5 milhões, em 2006, para 2,9 milhões, em 2008. O PBF, que teve seu início em 2004, atendia, em 2008, aproximadamente 10,5 milhões de famílias. Estas famílias passaram a ser incorporadas ao sistema de proteção social durante esta década pelo PBF ou pelos programas anteriores por este unificados. O Peti atendia menos de 400 mil crianças e jovens em 1995, tendo este número se elevado para 900 mil crianças e adolescentes em 2007. Observa-se, dessa forma, que se está falando de período de efetiva expansão da proteção social sob responsabilidade da Assistência Social.

Sobre essa trajetória, alguns pontos podem ser destacados. Em primeiro lugar, deve-se chamar atenção às distintas responsabilidades federativas no que diz respeito ao financiamento desta política e as especificidades dos diferentes programas. Os dados aqui apresentados se referem tão somente ao gasto federal. De fato, o pagamento de benefícios permanentes, por exemplo, está sob responsabilidade legal do governo federal, seja ele referente ao BPC ou ao PBF. Contudo, as regras que regem o crescimento do gasto destes dois programas são distintas. O crescimento dos recursos alocados ao BPC não encontra limitação orçamentária. Este é um gasto considerado obrigatório pelo governo federal que deve fazer face às demandas apresentadas com disponibilização dos recursos necessários. Outro aspecto que influencia no crescimento do gasto com o BPC é a política relativa ao impacto do SM. Como foi visto, um dos principais avanços constitucionais no campo da Assistência Social foi não apenas a criação do BPC, mas também a vinculação de seu benefício ao SM. O crescimento de seu valor real nos últimos cinco anos induziu a um expressivo aumento do gasto com este programa.

O aumento dos gastos com o PBF, por sua vez, está associado ao crescimento do orçamento disponibilizado na esfera federal ao programa e à prioridade por este representada no conjunto das opções estratégicas de investimento. O objetivo anunciado pelo governo no sentido de universalizar a cobertura do PBF a todas as famílias que cumprem as regras de acesso do programa tem sido realizado de forma progressiva, mas ainda hoje, em que pese sua expressiva extensão, encontra limites orçamentários para sua plena realização. Também estão relacionados às disponibilidades orçamentárias as possibilidades de reajuste nos valores dos benefícios.

Se o governo federal é o responsável pelo financiamento dos principais programas de garantia de renda no país, o mesmo fato não ocorre no campo dos serviços, em que seu papel é o de cofinanciador. Como expressa o decreto de criação do FNAS, os recursos federais ali alocados tem como objetivo “financiar o benefício de prestação continuada e apoiar serviços, programas e projetos de Assistência Social” (BRASIL, 2005). De fato, os serviços devem contar com

fonte ampla de financiamento, ou seja, com recursos alocados pelas três esferas de governo, além de aportes próprios das entidades beneficentes. A participação federativa no campo do financiamento foi claramente explicitada na PNAS, em que se afirma a corresponsabilidade dos três níveis de governo.

A dificuldade na consolidação do cofinanciamento é particularmente grave na Política Nacional de Assistência Social devido à já citada inexistência de legislação que regulamente a alocação de recursos próprios pelas diferentes esferas de governo. Este aporte realiza-se por decisão voluntária de cada estado e município, levando a expressiva variação de recursos disponíveis por municípios de mesmo porte e capacidade de gestão. Levantamento exploratório realizado pelo Ipea, com base nos dados de 2007 do Suasweb,⁶³ comparou a alocação de recursos por parte das três esferas de governo para as capitais de três diferentes estados, similares em termos de população. As disparidades de alocação encontradas são surpreendentes. Enquanto os recursos alocados pelo FNAS para as três capitais variaram apenas em 20%, os recursos alocados ao fundo municipal das capitais pelos respectivos Fundos Estaduais de Assistência Social (Feas) variaram entre 0 e R\$ 2 milhões. Os recursos alocados pelos orçamentos municipais ao Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS) variaram, nestes três municípios, em mais de 200%.

É fato que ainda não existem dados disponíveis para elaboração de quadro claro sobre o perfil de cofinanciamento da Política Nacional de Assistência Social. As informações existentes ainda estão marcadas por limitações de ordem metodológica que impedem comparações. Contudo, não há dúvidas de que, seja em decorrência da ausência de legislação específica, seja das diferenças existentes em termos de capacidade financeira ou de decisão política, os municípios brasileiros contam com perfis extremamente distintos no que se refere à disponibilidade de gasto neste campo. Esta diferença impacta particularmente a capacidade de financiamento de serviços, colocando efetivo desafio à sua expansão, seja em termos de cobertura, seja em termos de qualidade.

5.3 A integração dos benefícios e serviços assistenciais

Integrar benefícios e serviços tem sido apontado, nos últimos anos, como um dos grandes desafios para consolidação da Assistência Social. A relevância deste objetivo vem sendo destacada com frequência. Com esta, ressalta-se a necessidade de reconhecimento do limite das garantias mínimas de renda como promotoras de bem-estar e desenvolvimento humano e social e, ao mesmo tempo, da afirmação da oferta de serviços como patamar incontornável do enfrentamento da desigualdade e da promoção de oportunidades.

63 O sistema Suasweb é ferramenta – via internet – criada pelo MDS para agilizar a transferência regular e automática de recursos financeiros do FNAS para fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Se a garantia de renda faz parte do conjunto de seguranças que cabem à Assistência Social e deve ser operada pela via de benefícios monetários, as demais proteções sob responsabilidade desta política devem ser atendidas por via da oferta de serviços. Os serviços resgatam a Assistência Social como campo de intervenção que explora potencialidades, resgata ou constrói ativos sociais e enfrenta o isolamento social, além de situações de violação de direitos. É no campo dos serviços que fica claro seu amplo espectro de intervenções e proteções, não limitado ao combate à pobreza ou ao enfrentamento de carências de ordem material. Esta opera diante das vulnerabilidades que podem afetar qualquer cidadão em função das características do ciclo de vida, da eventualidade de sofrer uma violência ou abandono ou da necessidade de recompor sua rede de convivência e sociabilidade, seja familiar, seja social (SPOSATI, 2009).

Contudo, a demanda por integração de benefícios e serviços muitas vezes abriga interesses e preocupações diversas que devem ser destacados neste debate, seja apontando os riscos que devem ser evitados nesta discussão, seja identificando as principais dificuldades observadas para efetivação deste processo de integração. Um primeiro ponto a destacar refere-se ao risco de que, levado ao extremo, a defesa da demanda por integração pode conduzir a uma interpretação minimizadora dos programas e das políticas de garantia de renda, do seu papel como proteção social e de seu impacto social. Um segundo ponto diz respeito ao risco de associar, de maneira excessiva e mesmo punitiva, beneficiários do BPC e do PBF aos serviços ofertados no campo socioassistencial. Estes serviços são uma oportunidade de melhora das condições de vida e bem-estar das populações beneficiárias, e não uma condição para garantir ou legitimar seu acesso aos benefícios monetários.

Cabe ainda lembrar que a existência de programas não contributivos de transferência de renda tem provocado uma ampla demanda por serviços visando construir as chamadas *portas de saída* para seus usuários. Esta demanda expressa uma preocupação com a necessidade de promover a superação de suas vulnerabilidades e a ampliação de sua autonomia. Esta expressa também, para alguns analistas, a preocupação tanto com a dependência destes beneficiários diante da alocação federal quanto com a redução do gasto público, refletindo no apelo frequente por limitação do tempo de recebimento destes benefícios. Estas preocupações são ainda alimentadas por uma interpretação restritiva da responsabilidade que incumbe ao Estado no campo da promoção de maior igualdade e bem-estar. Nesse sentido, cabe lembrar os questionamentos apresentados referentes ao comportamento dos beneficiários dos programas não contributivos de garantia de renda, apontando sua suposta reduzida motivação para o trabalho e a tendência ao ócio (SANTOS *et al.*, 2008, p. 18).⁶⁴ Qualificar o debate sobre o papel dos programas não contributivos de transferência de renda e seus beneficiários se coloca ainda como um desafio a ser enfrentado.

64. Essa visão é partilhada mesmo por certos gestores locais dos programas, como identificou, no caso do PBF, pesquisa realizada em 2006.

Concluindo esta seção, cabe destacar que ainda são expressivos os desafios aos quais deve opor-se a Assistência Social para consolidar seu papel no contexto da Seguridade Social e da garantia de proteções no campo da renda e dos serviços. Contudo, tais desafios são muito menos expressivos do que o eram há duas décadas. Os avanços realizados representam uma efetiva ruptura diante da trajetória anterior e efetivam o reconhecimento de que a proteção social no Brasil não se consolidará sem uma política de Assistência Social, operada sob princípios do direito social, da responsabilidade pública, da descentralização e da participação social.

6 A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: AFIRMAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO

As primeiras discussões sobre a temática da SAN remetem ao período que se seguiu à Primeira Guerra Mundial. Mas foi somente a partir da década de 1940 que ações ligadas à alimentação e à nutrição começaram a ser implementadas, por meio das instituições de Previdência Social que então se consolidavam. Cabe lembrar que este tema também foi impulsionado pelos estudos de Josué de Castro que, em 1946, publicou a primeira edição de *Geografia da fome*, sustentando seu aspecto essencialmente social, o qual deveria ser enfrentado por meio da implantação progressiva de políticas públicas e de políticas de salário mínimo. Entretanto, se esforços variados podem ser identificados desde então, foi apenas na década de 1990 que esta questão se destacou no âmbito do governo federal. No período pós-Constituinte, o tema da SAN emergiu, ora como parte da política de saúde, ora como ação assistencial, até afirmar-se, com a aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), como política de proteção social. Esta é a trajetória que será resgatada nesta seção.

6.1 Primeiras iniciativas no âmbito da alimentação e nutrição

Quando despontou como política pública, a Previdência Social não se restringiu, em sua origem, à cobertura dos riscos sociais clássicos – garantia de renda nas situações de incapacidade de trabalho por desemprego, invalidez, doença e morte –, mas passou, progressivamente, a abordar variados aspectos da vida do trabalhador, incluindo entre suas funções a manutenção da saúde (assistência médica), a habitação e a alimentação. Em 1940, foi criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), que veio a substituir o Serviço Central de Alimentação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (Iapi), que havia sido criado em 1939. O SAPS, que durou até 1967, foi responsável pela implementação de restaurantes populares, postos de subsistência, ações de educação nutricional, treinamento e formação de recursos humanos. Neste contexto, o problema da alimentação estava vinculado ao debate sobre as condições de vida do operariado nacional, que deveria ser enfrentado por instituições e políticas adequadas.

Mas a primeira ação mais efetiva nessa área foi desenvolvida apenas na década de 1970, com a criação, em 1972, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), órgão vinculado ao MS. Criado em um contexto em que a nutrição era vista como fator de influência sobre o desenvolvimento, o Inan passa a ocupar – ao longo dos 25 anos seguintes – papel central no governo federal no tocante à questão da SAN. O objetivo do Inan era a formulação de uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), e foi no âmbito desta instituição que o governo federal pôde implementar programas que tiveram continuidade nas décadas seguintes – alguns deles chegando aos dias atuais, a saber: Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE); Programa de Suplementação Alimentar (PSA), Programa de Complementação Alimentar (PCA); Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC) e Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT).

BOX 3

O Programa Nacional de Alimentação Escolar

O PNAE, mais conhecido como merenda escolar, é gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) e visa à transferência, em caráter suplementar, de recursos financeiros aos estados, ao DF e aos municípios destinados a suprir, parcialmente, as necessidades nutricionais dos alunos. É considerado um dos maiores programas na área de alimentação escolar no mundo e é o único com atendimento universalizado.

A Campanha de Merenda Escolar foi efetivamente instituída pelo Decreto nº 37.106, em março de 1955, sob responsabilidade do MEC. Mas sua origem data da década de 1940, quando o então Instituto de Nutrição defendia a proposta de o governo federal oferecer alimentação na escola. Entretanto, a falta de recursos financeiros não permitiu concretizar tal ideia. Porém, na década seguinte, foi elaborado o PNAN – denominado conjuntura alimentar e o problema da nutrição no Brasil. Neste plano, foi estruturado um programa de merenda escolar de responsabilidade pública e de âmbito nacional.

Em 1956, com a edição do Decreto nº 39.007, de 11 de abril de 1956, esta passou a se denominar Campanha Nacional de Merenda Escolar (CNME) e, em 1965, seu nome foi alterado para Campanha Nacional de Alimentação Escolar (CNAE) pelo Decreto nº 56.886/1965.

De 1954 até 1979, a campanha recebeu várias denominações, quando passou a se chamar PNAE, como hoje é conhecido.

Desde 1988, está assegurado, por meio da Carta Magna, o direito à alimentação escolar a todos os alunos do ensino fundamental por meio de programa suplementar de alimentação escolar a ser oferecido pelos governos federal, estaduais e municipais.

Elaboração: Disoc/Ipea.

Também no Inan foi elaborado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) em 1976. Com atuação direcionada para a questão da suplementação alimentar, racionalização dos sistemas de produção e comercialização de alimentos e, ainda, realização de atividades de apoio, o Pronan abrangia outros diversos programas e projetos. Este representou, junto à merenda escolar, uma novidade no

sentido de propor cobertura nacional no âmbito de programas de alimentação e nutrição. À diferença do PAT,⁶⁵ que seguia a trilha aberta pelos Iapis e pelo SAPS, de proteção ao trabalhador inserido ao sistema contributivo da proteção social, as novas iniciativas propunham-se a ampliar públicos e escalas de atendimento.

Também nesse sentido foi elaborada, já em 1985, no âmbito do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que visava atender às necessidades alimentares da população e atingir a autossuficiência na produção de alimentos. Este tema foi ponto de pauta na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, ocorrida em 1986 como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Na ocasião, a questão da SAN foi amplamente debatida e aprofundada, tendo sido proposta a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição – que seria ligado ao Inan –, além da criação de um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional – vinculado ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG). Esta estrutura deveria ser ampliada, posteriormente, para todos os estados brasileiros. Contudo, as recomendações da conferência não foram implementadas. Apesar disso, ainda durante o período do governo do então presidente José Sarney, foi lançado o chamado Programa do Leite, que atendeu, em determinado momento, cerca de sete milhões de crianças carentes por meio da distribuição de leite em todo o Brasil.

Em que pesem a condução de um conjunto de programas ligados à alimentação e à nutrição e a mobilização da sociedade civil em torno da consolidação de uma política, a década de 1980 foi marcada por iniciativas na SAN ainda limitadas, especialmente quando comparada à década seguinte, em que, mesmo com altos e baixos, tal política foi retomada como questão socialmente relevante.

6.2 A década de 1990

O início da década de 1990 não apontava em direção a um futuro promissor para a segurança alimentar e nutricional. De um lado, a CF não aportou garantias sobre o tema, a não ser no âmbito da merenda escolar,⁶⁶ não representando, assim, força de impulsionamento neste campo, como o foi frente a outras políticas sociais. De outro lado, os governos do período pouco atuaram, quando não

65. O PAT foi instituído pela Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, e visa proporcionar alimentação aos trabalhadores que recebem até cinco salários mínimos mensais. Este programa, estruturado na parceria entre o governo, a empresa e o trabalhador, tem como unidade gestora a Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT)/Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho (DSST)/MTE. O programa concede incentivos fiscais do governo federal às empresas para promoção da alimentação do trabalhador, que participa no custeio com, no máximo, 20% do valor da refeição.

66 "O Pnae tem caráter suplementar, como prevê o artigo 208, incisos IV e VII, da Constituição Federal, quando coloca que o dever do Estado (ou seja, das três esferas governamentais: União, estados e municípios) com a educação é efetivado mediante a garantia de 'atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade' (inciso IV) e 'atendimento ao educando no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde' (inciso VII)." Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=alimentacao_escolar.html>.

representaram retrocesso. No início da década, o governo de Fernando Collor, no contexto de enxugamento da máquina pública, enfraqueceu significativamente a área. Como afirma Valente (2005), o então presidente

(...) reestruturou os órgãos e instrumentos de políticas ligados à saúde e nutrição, extinguindo políticas como os programas de suplementação alimentar dirigidos a crianças menores de 7 anos, e enfraquecendo outras, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar, o Programa de Alimentação do Trabalhador e o Inan (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição).

Entretanto, algumas iniciativas dessa década certamente repercutiriam, abrindo perspectivas para mudanças que se tornariam realidade alguns anos mais tarde. À época do governo de Itamar Franco, em 1993, o movimento cívico Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, encampado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, teve papel fundamental no que diz respeito ao encaminhamento de nova proposta de criação de um conselho voltado para esta temática – que possuía um escopo mais amplo do que a proposta anterior. O então presidente da República aprovou a instalação do Consea. O conselho, de caráter consultivo, tinha a atribuição de propor medidas de combate à fome e de promoção da SAN no país. Formado por oito ministros e 21 representantes da sociedade civil, subsidiou a elaboração do Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria e, motivado pela divulgação do Mapa da Fome – organizado pelo Ipea –, propôs a criação do Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (Prodea). Seu fundamento era a distribuição gratuita de alimentos às populações carentes, sendo operacionalizado pela Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) com participação dos governos estaduais e municipais e da sociedade civil, representada pelas comissões municipais de alimentação.

Outra importante realização nessa década foi a organização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSAN), em julho de 1994, cujo relatório final exprimia a preocupação com a concentração de renda e de terra, vista como um dos principais determinantes da fome e miséria no país. De fato, o período 1992-1994 foi marcado pela intensa mobilização da sociedade civil em torno do tema da fome e da miséria. Este tema emerge na cena pública impulsionada pela mobilização social em torno da demanda por ética na política e resultou “na tentativa de implantação, pela primeira vez, de uma política de combate à fome no País” (VALENTE, 2005).

No entanto, logo após a posse do presidente Fernando Henrique Cardoso, em janeiro de 1995, a MP nº 813 criou o programa Comunidade Solidária⁶⁷ – vinculado à Casa Civil da Presidência da República – e deu fim ao Consea.

67. De acordo com Peliano, Rezende e Beghin (1995), o Comunidade Solidária seria uma continuidade da atuação do Consea: “assiste-se, apesar da mudança de governo, a uma continuidade da linha de orientação das políticas públicas que visam ao enfrentamento da fome e da miséria”. Ver *Planejamento e políticas públicas*, nº 12, jan./jun. 1995.

O Comunidade Solidária incorporou o Prodea – programa que só viria a ser desativado em 2001 quando deu lugar a um conjunto de programas de transferência direta de renda a famílias carentes. Tem início um retrocesso em relação às conquistas alcançadas durante os anos imediatamente anteriores. Segundo Valente (2005),

(...) na perspectiva do governo FHC, o enfrentamento da questão da segurança alimentar e nutricional desaparece da agenda política desde o primeiro momento. É reduzido ao enfrentamento da fome e da desnutrição no contexto de propostas de redução da pobreza e da exclusão social.

No segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, outra medida veio alterar o cenário da SAN no país: a implantação de uma estratégia de combate à pobreza denominada Desenvolvimento Local Integrado Sustentável (Comunidade Ativa).

Em um período em que poucas áreas do governo federal mantinham discussão acerca da alimentação e da nutrição na perspectiva da segurança alimentar, esta questão subsistia no âmbito do MS. A Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Atan), vinculada ao MS, era composta por profissionais remanescentes do extinto Inan e deu início à construção do que viria a ser tornar conhecida como PNAN. Aprovada em 1999 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta política é fruto de conhecimentos, debates e experiências acumuladas desde a década de 1930, com os primeiros trabalhos de Josué de Castro. Construída na perspectiva da promoção do direito humano à alimentação e vigente até os dias atuais, a PNAN foi pioneira em sugerir a construção de uma política abrangente de SAN.⁶⁸ Foi também no âmbito da PNAN que o MS lançaria aquele que seria um dos principais programas de transferência de renda do governo FHC: o Bolsa Alimentação.

Criado em 2001, o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde – BA – foi criado pela MP nº 2.206, de agosto de 2001, sob responsabilidade do MS.⁶⁹ O programa era destinado às famílias de baixa renda com

68 A PNAN atesta, de acordo com seu documento base, o compromisso do MS com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, assim como o complexo quadro dos excessos já configurado no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta. A política possui sete diretrizes programáticas: *i)* estímulo a ações intersetoriais com vista ao acesso universal aos alimentos; *ii)* garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; *iii)* monitoramento da situação alimentar e nutricional; *iv)* promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; *v)* prevenção e controle dos distúrbios e das doenças nutricionais; *vi)* promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e *vii)* desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.

69 O BA foi instituído em substituição ao Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (ICCN) em 1998, dando andamento e atenção ao público materno-infantil, o MS instituiu o ICCN, voltado para o fortalecimento das ações de combate à desnutrição visando atender crianças na faixa etária de 6 a 23 meses, além de gestantes, crianças de até 59 meses e idosos. Para as crianças de 6 a 23 meses, eram distribuídos mensalmente 3,6 kg de leite em pó integral – ou 30 litros de leite fluido pasteurizado – e uma lata de óleo de soja. Recursos adicionais iguais a 50% do total transferido para atendimento nutricional destas crianças eram repassados para cada município e destinados ao atendimento a outros grupos populacionais (gestantes, mães amamentando, crianças com mais de 24 meses de idade e idosos) ou para que realizassem outras ações de promoção da alimentação e da nutrição adequadas.

Em 2001, o ICCN foi substituído pelo Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada à Saúde – o BA.

gestantes, nutrizes e crianças até 6 anos de idade em situação de risco nutricional e atuava em caráter complementar ao Bolsa Escola, voltado às famílias com crianças em idade escolar. Tinha como meta a diminuição das carências nutricionais de aproximadamente 3,5 milhões de pessoas pertencentes a famílias com renda mensal inferior a meio salário mínimo *per capita*. Cada família recebia mensalmente de R\$ 15,00 a R\$ 45,00, em função do número de crianças ou gestantes entre seus membros. Os benefícios eram pagos por meio de cartão magnético nos pontos de atendimento da Caixa Econômica Federal (CEF). Além das transferências monetárias, o BA estabeleceu a necessidade de contrapartida da família na forma de participação nas atividades básicas de saúde com caráter preventivo: imunização, pré-natal, atividades educativas em saúde e nutrição e acompanhamento do crescimento. Muito embora sua cobertura fosse limitada, o BA representou aumento substancial de recursos para combate às carências nutricionais e perdurou até o segundo semestre do primeiro ano do governo Lula, quando foi incorporado a um novo programa: o Bolsa Família. Nessa época, setembro de 2003, o número de beneficiários pelo BA era de 1,67 milhão de famílias (IPEA, 2002).

Conforme já tratado neste texto, o início do governo Lula foi marcado, entre outros fatos, pela criação do Ministério da Assistência Social (MAS) e Mesa. Nesse período, também foi reinstituído o Consea enquanto, paralelamente, era lançado o Fome Zero, identificado, desde o período de campanha para as eleições presidenciais como programa estratégico do governo que então se iniciava. No Fome Zero, o cartão alimentação fora criado a partir da concepção de que o direito à alimentação deve ser garantido pelo Estado a todos os cidadãos. Este novo programa de transferência de renda teve, no entanto, vida curta. Em outubro desse ano, foi integrado ao Programa Transferência Direta de Renda com Condicionalidades, PBF.

O PBF representou a ampliação do público-alvo e do valor médio dos benefícios até então pagos e impactou profundamente a organização da política de segurança alimentar, conforme será apresentado adiante. De acordo com Zimmermann (2008a), “o Programa Bolsa Família (PBF) tornou-se importante instrumento de combate à fome, cuja proposta vem sendo amplamente elogiada por cientistas sociais e por diversos meios de comunicação em âmbito nacional e internacional”. Sua gestão, inicialmente, estava a cargo de uma secretaria vinculada à presidência da República – fato que, somado a problemas de gestão relacionados ao Programa Fome Zero, acabou por contribuir para o desencadeamento de mudanças significativas. Em janeiro de 2004, era criado o MDS, resultado de uma *unificação* das atribuições do Mesa, MAS e da Secretaria do Programa Bolsa Família.

A MP nº 163 definia que, a partir de então, o MDS responderia pelas Políticas Nacionais de Assistência Social, de segurança alimentar de combate à fome e de transferência de renda.

Ainda no âmbito da SAN, a realização de duas conferências nacionais desde a reinstituição do Consea também tiveram grande relevância no cenário nacional. Em 2004 e 2007, respectivamente, foram realizadas as II e III CNASNs. Entre os temas debatidos na segunda conferência é possível citar a questão do direito humano à alimentação e as diretrizes para a política de SAN no tocante à produção e ao acesso a alimentos. Já na III conferência, os eixos de discussão giraram em torno da necessidade de superação de alguns entraves para a efetivação desta política. Entre os assuntos presentes, é possível destacar a SAN nas estratégias nacionais de desenvolvimento, a consolidação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), temas que serão abordados a seguir.

6.3 A Losan e a consolidação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

O intervalo de tempo compreendido entre a II e a III conferências foi de fundamental relevância no contexto da SAN. Nesse período, foi aprovada a Losan, que criou o Sisan e trouxe muitas inovações para esta política. Sancionada em 15 de setembro de 2006, a Lei nº 11.346 firmou o compromisso do governo brasileiro em garantir a alimentação e a soberania alimentar como direito. Ademais, inaugurou nova etapa neste campo ao destacar a necessidade de formulação da política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – tema tratado na III.

BOX 4

Princípios e diretrizes do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Princípios que regem o Sisan de acordo com o Art. 8º do capítulo II da Losan:

I – universalidade e equidade no acesso à alimentação adequada, sem qualquer espécie de discriminação;

II – preservação da autonomia e respeito à dignidade das pessoas;

III – participação social na formulação, execução, acompanhamento, monitoramento e controle das políticas e dos planos de segurança alimentar e nutricional em todas as esferas de governo; e

IV – transparência dos programas, das ações e dos recursos públicos e privados e dos critérios para sua concessão.”

(Continua)

(Continuação)

Diretrizes que norteiam o Sisan de acordo com o Art. 9º do capítulo II da Losan:

I – promoção da intersetorialidade das políticas, programas e ações governamentais e não-governamentais;

II – descentralização das ações e articulação, em regime de colaboração, entre as esferas de governo;

III – monitoramento da situação alimentar e nutricional, visando a subsidiar o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo;

IV – conjugação de medidas diretas e imediatas de garantia de acesso à alimentação adequada com ações que ampliem a capacidade de subsistência autônoma da população;

V – articulação entre orçamento e gestão;

VI – estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e à capacitação de recursos humanos.”

Fonte: Brasil (2006a).

Um dos avanços alcançados com a nova lei foi o fortalecimento do Consea, com as atribuições de propor diretrizes para política nacional da área, assim como de articular, acompanhar e monitorar a implementação e a convergência de ações inerentes à esta política. De acordo com a lei, o Consea, entretanto, não é o único ator a realizar tais funções. O Sisan, instituído pela Losan, visa executar e acompanhar os programas de segurança alimentar, por meio de ações realizadas em parceria com as três esferas de governo (União, estados e municípios) e a sociedade civil.⁷⁰ Também foi previsto na Lei Orgânica a criação da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan). A Caisan foi criada em 2007 mediante o Decreto nº 6.273 e articula 19 ministérios com missão de promover a articulação e a integração dos órgãos e das entidades do governo federal ligados à temática.

De acordo com Maluf (2008),⁷¹ o Sisan caracterizar-se-ia como sistema aberto que pretende organizar e integrar as ações governamentais e não governamentais, assim como as políticas públicas de diversos setores, articuladas em uma política nacional. Tal abordagem em uma perspectiva sistêmica é recente no Brasil e, como destaca este autor, seu desenvolvimento conceitual vem se dando em paralelo às iniciativas que visam organizar as ações do Estado brasileiro neste campo. Revela-se, desse modo, uma dificuldade efetiva de consolidar o Sisan em contexto no qual as instituições e as ações respondem a iniciativas e objetivos

70. O Art. 10º da Losan determina que “o Sisan tem por objetivos formular e implementar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento e a avaliação da segurança alimentar e nutricional do país”. Este é composto pelo Consea, pela CNSAN, pelo Caisan, pelos órgãos e entidades de SAN da União, dos estados e dos municípios e pelas instituições privadas que demandem sua adesão.

71. Na concepção utilizada por Maluf, o sistema pode ser entendido como complexo de elementos em interação.

específicos e autônomos. Ao mesmo tempo, cabe lembrar que um sistema aberto apresenta um grau reduzido de autonomia e coesão, especialmente quando comparado a “sistemas fechados que organizam e implementam políticas ou programas específicos, quase sempre setoriais e com fundos orçamentários próprios”.

Por fim, pode-se citar, entre as diretrizes que norteiam o Sisan, a centralidade no aspecto da intersetorialidade dessa política – o que tem se convertido em desafio para seus atores. Concentrada atualmente em torno de três eixos principais: a produção e o abastecimento, o acesso à alimentação e a promoção da saúde e da nutrição. A política de SAN envolve um conjunto de ministérios e órgãos federais, tais quais a Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan)/MDS, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN)/MS, o MEC, o Mapa e o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), entre outros. Conforme será apresentado na seção 7, este formato de atuação resulta, muitas vezes, em pulverização das ações, o que pode pôr em risco o alcance de seus objetivos.

7 DESAFIOS PARA A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Muito embora a SAN tenha experimentado grandes avanços nos últimos anos, cabe afirmar que sua consolidação ainda é desafio a ser superado. Nesta seção, será mostrada, como um dos pontos nevrálgicos para efetiva institucionalização do Sisan, a dificuldade atual do governo federal em atuar de forma intersetorial, o que se revela pelos diversos ministérios que executam seus programas e ações de SAN sem referência à política ou a um contexto mais amplo e articulado. Em seguida, ainda nesta seção, uma breve reflexão sobre outra questão importante: apesar de caracterizar um avanço na área, a existência da Losan – e do Sisan – não é, por si só, suficiente para garantir a efetivação do direito à alimentação, conforme preconiza a atual Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

7.1 A questão da intersetorialidade

Preconizada pelo Consea e pelo Art. 9º da Losan, a intersetorialidade é uma das premissas básicas para a política de SAN e está ancorada na ideia de que, enquanto os diferentes setores do governo e da sociedade civil agirem isoladamente, não haverá efetivamente uma política neste campo. Em outras palavras, se faltam ações articuladas e coordenadas neste cenário, os esforços em curso também carecem de uma orientação mais eficiente no direcionamento dos recursos existentes em cada setor – materiais, humanos, institucionais. O Consea entende que as ações devem ser planejadas e priorizadas em conjunto e, haja vista o baixo grau de articulação percebido, tem insistido, desde sua reinstalação, para que os órgãos federais atuem de forma integrada e complementar.

O debate que antecedeu a aprovação da Lei nº 11.346/2006 (Losan) já foi marcado por grandes e intensas discussões sobre o tema da integração e intersetorialidade. A II CNSAN – cujo tema era A construção da política nacional de segurança alimentar e nutricional – deliberou, em 2004, pela instituição de um sistema sustentável, “garantindo a regulamentação das políticas de SAN como política pública integral, com Lei Orgânica e orçamento próprio, prevendo criação de fundo específico, com definição de ações, diretrizes, recursos e papel dos diferentes níveis de governo na obrigação do Estado de garantir o direito humano à alimentação” (CNSAN, 2004). A tramitação do projeto da Losan no Congresso Nacional durou cerca de um ano, tendo sido analisado e aprovado em caráter de urgência.

Pode-se afirmar que a Losan caracteriza-se como a maior conquista para a área até o presente momento. Apesar de não prever orçamentos específicos, como havia sido deliberado na II Conferência, este instrumento jurídico consagrou uma visão abrangente e está pautado pelos princípios do direito humano à alimentação – o que já era apontado na PNAN, aprovada pelo MS em 1999,⁷² – e à soberania alimentar. No entanto, mesmo após aprovação da Lei Orgânica e consequente instituição do Sisan, são muitos os desafios que ainda se interpõem para que a política esteja de acordo com o idealizado, entre estes, a falta de integração de setores, órgãos e esferas de governo.

Como uma política que envolve diversos ministérios e setores do governo, percebe-se uma forte tendência à fragmentação das ações, ocasionando, inclusive, limitada capacidade de atendimento. À exceção do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF),⁷³ do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) – que é garantido pela Constituição e atende atualmente aproximadamente 35,5 milhões de alunos por ano – e do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) – que é executado por meio de uma parceria interministerial –, as demais ações federais de SAN encontram-se pulverizadas entre vários ministérios, muitas das quais se focam em públicos-alvos extremamente reduzidos ou possuem um orçamento tímido.⁷⁴

Outro aspecto a destacar se refere à indefinição do conjunto de iniciativas que compõe a SAN. O fato de não haver relação oficial dos programas efetivamente pertencentes à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, faz que seja recorrente a elaboração de recortes discricionários para identificar os programas de SAN. Também compartilha deste problema o esforço de elaboração

72. A PNAN foi aprovada por meio da Portaria Ministerial nº 710, de 10 de junho de 1999, do MS. São seus principais objetivos: *i*) garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país; *ii*) promoção de práticas alimentares saudáveis; *iii*) prevenção e controle dos distúrbios nutricionais; e *iv*) estímulo de ações que propiciem o acesso universal aos alimentos.

73. O PBF não será abordado nesta seção haja vista o destaque e o enfoque dado a este programa no presente capítulo. Também não é considerado o PRONAF que, devido a sua interface com a questão agrária, é tratado no capítulo de Desenvolvimento Rural, deste periódico.

74. Mais detalhes sobre o orçamento da SAN podem ser encontrados em publicações do Consea. Ver também a edição nº 16 deste periódico.

do orçamento da política que é desenvolvido por um GT do Consea com objetivo de selecionar conjunto de programas/ações prioritários do Plano Plurianual (PPA) relacionados à SAN para buscar intervenção efetiva na elaboração da Lei Orçamentária e acompanhar sua execução no ano seguinte.

Muito embora a maior parte dos programas ainda careça de maior articulação intersetorial, um destes pode ser citado como destaque neste contexto de promoção da intersetorialidade: o PAA. É possível afirmar que o PAA é “resultado do processo de proposições e da reflexão dos movimentos sociais e do Consea” nos últimos anos (BRASIL, 2008b). Esta experiência, relatada no box 5, é exemplo de como as ações de SAN podem ser bem-sucedidas quando planejadas e executadas de forma articulada e integrada. Esta é a missão da Caisan.

BOX 5

Programa de Aquisição de Alimentos

Com cinco anos de existência em 2008, o PAA pode ser considerado bom exemplo de ação que reúne premissas pautadas pelo Consea, tais como: *i*) a aproximação de setores da SAN no tocante a planejamento e coordenação de ações; e *ii*) a identificação de frentes de ação em comum formulando objetivos e definindo instrumentos de forma integrada. O programa tem se consolidado como um dos mais importantes no âmbito da SAN e de apoio ao desenvolvimento rural.

Operacionalizado pela CONAB com recursos do MDS¹ e MDA², o PAA visa criar incentivos à agricultura familiar por meio de quatro modalidades (compra direta, compra com doação simultânea, formação de estoque pela agricultura familiar e incentivo à produção e ao consumo de leite) em que são adquiridos alimentos de agricultores familiares que são destinados às famílias em situação de insegurança alimentar.

Dados do MDS dão conta que, entre 2003 e 2008, o PAA já investiu aproximadamente R\$ 1,5 bilhão na agricultura familiar. Nesse período, calcula-se que mais de 430 mil agricultores familiares foram beneficiados.

Fonte: Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/>>.

Notas: ¹ Desde 2003 são alocados recursos no orçamento do MDS, que desenvolve ações no âmbito do PAA por meio de parcerias com a CONAB, com governos estaduais e municipais. Os recursos do MDS são destinados à compra de alimentos para doação. Fonte: Secretaria de Agricultura Familiar/MDA.

² Em 2006, o MDA passou a ter dotação orçamentária própria para este programa que é operacionalizada por intermédio da CONAB no contexto de formação de estoques. Os recursos do MDA são destinados à compra de alimentos para venda. Fonte: Secretaria de Agricultura Familiar/MDA.

7.2 O Direito humano à alimentação adequada

Conforme breve reflexão feita na seção 6 deste capítulo, a SAN, por meio dos dispositivos legais que entraram em vigor após 2003, vem se consagrando como uma política de Estado. Contudo, ainda há um longo caminho pela frente até que o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional esteja efetivamente em funcionamento, de acordo com os princípios e as diretrizes, ambos expressos na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional.

Nesse sentido, a análise de outras políticas sociais sugere que enquanto não for garantido o *status* de direito constitucional e não houver uma base de financiamento legal para garantir adesão de estados e municípios, a SAN corre o risco de ficar aquém do esperado tanto pelo governo quanto pela sociedade civil. Esta constatação tornou-se ponto de pauta na agenda do Consea para o ano de 2009. O conselho estabeleceu como meta garantir a aprovação da PEC nº 47 – que tramita no Congresso Nacional desde 2003 e visa incluir o direito humano à alimentação adequada e saudável entre os direitos sociais estabelecidos no Art. 6º da Constituição.⁷⁵ Aprovada em fevereiro de 2007 pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados, a PEC, de autoria do senador Antônio Carlos Valadares, aguarda,⁷⁶ desde então, a instalação de uma Comissão Especial para sua relatoria e encaminhamentos.

Se aprovada, a PEC nº 47 será um instrumento importante para conquista do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) – uma das premissas que pautam a Losan e que possui duas dimensões indivisíveis: “direito a estar livre da fome e da má-nutrição e o direito a uma alimentação adequada” (ABRANDH, 2007). Tal direito é reconhecido no Art. 11 do Pacto Internacional dos Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)⁷⁷ – do qual o Brasil é signatário –, bem como na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Art. 25. Cabe acrescentar, ainda, que o Brasil se comprometeu, junto a ONU e ao lado de outros 187 países, a implementar o DHAA em seu território de maneira progressiva, por meio de um instrumento chamado diretrizes voluntárias. Trata-se de um documento que visa

(...) proporcionar uma orientação prática aos Estados na implementação da realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional, como meio para alcançar os compromissos e objetivos do Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação (ONU, 2005).

Explicitar o direito à alimentação na CF/88 significará também grande avanço para a questão da exigibilidade deste direito, questão que tem envolvido sobremaneira tanto a sociedade civil quanto o Ministério Público Federal (MPF) nos últimos anos. Este último possui, desde 2004, um grupo de trabalho instituído⁷⁸ especialmente “com o objetivo de debater e propor metas e procedimentos para atuação coordenada dos procuradores dos direitos do cidadão em todo o país, no

75. A estratégia adotada pelos conselheiros é de criar uma campanha que conte com o apoio das instituições que compõem o próprio Consea, a fim de mobilizar parlamentares em prol da aprovação da proposta.

76. De matéria semelhante, tramita também a PEC nº 064/2007 – de autoria do deputado Nazareno Fonteles – que foi apensada à PEC nº 47/2003 para ser analisada em conjunto pela comissão especial a ser constituída.

77. De acordo com o Art. 11 do PIDESC, “o direito à alimentação adequada se realiza quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção”.

78. O GT foi criado pela Portaria PFDC nº 1, de 9 de setembro de 2004.

tocante a algumas das muitas dimensões deste abrangente tema” (BRASIL, 2006b). O entendimento comum – que também é partilhado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU – é de que o Estado, como ator fundamental para garantia da SAN de sua população, possui o dever de respeitar, proteger e realizar – facilitar e/ou prover – o DHAA.

À guisa de conclusão, esta seção destacou, entre os desafios a serem enfrentados para consolidação da Política Nacional de SAN, duas questões primordiais: *i*) a atuação do governo federal caracterizada, atualmente, pela dificuldade em exercer a intersectorialidade preconizada na Losan; e *ii*) a expectativa pela incorporação da alimentação entre os direitos constitucionais dos brasileiros, a fim de garantir os mecanismos para sua exigibilidade. Pode-se, todavia, apontar ainda para necessidade de outras conquistas, algumas delas expostas como prioridades pela III CNSAN, tais como: *i*) criação de uma estratégia de implementação da Política Nacional de SAN, de implementação do plano nacional e contando com avaliação das ações, do programa e das metas; *ii*) construção e manutenção do Sistema de Monitoramento do Sisan como uma ação nas três esferas de governo; *iii*) criação e estruturação de sistemas estaduais, distrital, territoriais e municipais de SAN; e *iv*) criação de um Fundo Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – que seria gerido pelo Consea – e de fundos estaduais e municipais como elementos componentes do Sisan.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como ponto referencial de análise as mudanças efetivadas no âmbito das políticas de Assistência Social e SAN a partir das determinações constitucionais, este capítulo procurou apresentar um quadro da evolução destas políticas nos últimos 20 anos. As transformações foram significativas e ainda estão em curso. O texto constitucional reconheceu a Assistência Social como política pública não contributiva de Seguridade Social, garantindo o direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, bem como o direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e pessoas com deficiência em situação de extrema pobreza. Representou, assim, um alargamento dos direitos sociais e do campo da proteção social pública no país, cujos impactos foram relevantes tanto no que diz respeito ao desenho das políticas quanto à definição dos beneficiários e dos benefícios. No entanto, as transformações observadas no período em foco vão além das determinações da Constituição de 1988 no campo da Seguridade Social. Os direitos de cidadania, englobando as garantias no campo social, ultrapassam-na, indicando o compromisso do Estado e da sociedade no combate à pobreza, na redução das desigualdades e na promoção do bem-estar social.

Nesse sentido, como lembra Gilberto Bercovici (2008), nossa CF/88 é o que se chama em direito constitucional, de uma *constituição dirigente*. Ou seja, esta acolhe um projeto de organização do Estado e da sociedade dialogando, de forma mais efetiva, com um projeto de país. Nesse sentido, podemos entender que a criação do PBF e a implementação de um amplo processo de afirmação e institucionalização da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ao mesmo tempo em que respondem às iniciativas da sociedade e dos governos no sentido de ampliar a ação pública visando enfrentar situações específicas de vulnerabilidade social, atendem ao projeto mais inclusivo de sociedade sustentado pela Carta constitucional. Pode-se lembrar, entre outros, dos preceitos constitucionais relacionados ao valor da cidadania e da dignidade humana, afirmado no Art. 1º da Constituição, e dos objetivos fundamentais da República, entre estes, promover o bem-estar, erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades sociais, afirmados no Art. 3º.

Nas duas décadas analisadas, pode-se afirmar que as determinações constitucionais em muito contribuíram para alteração do formato do sistema brasileiro de proteção social. As políticas aqui tratadas constituíam-se em áreas pouco expressivas no conjunto das políticas sociais brasileiras. Atualmente, estas se organizam com objetivos, público-alvo e formas de financiamento e de gestão próprias, cujo impacto social pode ser positivamente avaliado, seja diante dos indicadores de pobreza e indigência, da ampliação de cobertura de programas e serviços de proteção social ou dos indicadores de segurança alimentar. Reflete este esforço o aumento progressivo no gasto federal destinado a estas políticas, mesmo que este não alcance todos os programas e que mantenha trajetória muitas vezes descontinuada.

Contudo, se a afirmação dessas políticas registra importantes avanços, as resistências, as dificuldades encontradas e os desafios apresentados mostram-se igualmente expressivos. De fato, deve-se citar que tais avanços não se fizeram sem encontrar significativas resistências. A afirmação da garantia de renda como papel da Assistência Social no contexto da seguridade tem sido objeto de críticas variadas, assim como a ampliação da cobertura dos serviços, seja assistenciais, seja nos campos que compõem os três eixos principais da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (a produção de alimentos, o abastecimento, o acesso à alimentação e a promoção da saúde e da nutrição). Resistências também se expressam diante do necessário aumento do gasto público e ao crescimento da intervenção do Estado no campo social, processos que fazem parte da consolidação destas políticas. Da mesma forma, observam-se oposições aos esforços em tornar mais transparente o acesso às isenções fiscais e tributárias operadas. De fato, são inúmeros os atores e os aspectos que envolvem a consolidação destas políticas, mobilizando posições e interesses diversos e mesmo antagônicos, provocando um contexto muitas vezes adverso ao seu desenvolvimento.

No âmbito das dificuldades enfrentadas, estas não são menores. Foram lembradas, no decorrer do texto, a necessidade de reconhecimento de direitos de acesso em certos campos, a questão da descentralização, o aperfeiçoamento do processo de gestão e do cofinanciamento, a consolidação institucional e a integração coordenada das ações entre as três esferas de governo e destas com a rede privada e, por fim, o objetivo da intersectorialidade. A questão da oferta de serviços também se destaca como uma questão maior. Largamente dependente dos problemas aqui citados, a organização adequada da oferta de serviços apresenta ainda dificuldades relevantes no que diz respeito ao conhecimento da rede instalada e sua potencialidade e ao dimensionamento da demanda social existente para os diversos tipos de proteções e serviços. Outro entrave neste campo se refere ao estabelecimento de padrões de qualidade para oferta de serviços, assim como a integração da rede e seu acompanhamento e avaliação, visando à garantia destes padrões.

Dada a gravidade do quadro social, em que pesem os avanços já realizados, os desafios que se colocam são muitos e importantes, e de seu enfrentamento depende a evolução da proteção social brasileira. Sem dúvida, cada uma das dificuldades citadas constitui-se desafio a ser avaliado. Contudo, cabe lembrar o desafio maior, que se refere à necessidade de ampliar os conhecimentos e aprimorar as estratégias para enfrentar o conjunto de situações sociais que se incluem como objeto das políticas de proteção social aqui analisadas. As características da pobreza e da vulnerabilidade que devem ser enfrentadas pelas políticas sociais são distintas e exigem não apenas mecanismos específicos de intervenção, como instrumentos específicos de gestão e financiamento. A própria falta de renda que dá acesso aos programas de garantia de renda (BPC e PBF) pode advir de um conjunto bastante variado de situações: desde situações pontuais de desemprego, esgotado o acesso do seguro-desemprego, até situações permanentes de inserção precária no mercado de trabalho ou de não inserção por motivos ligados à incapacidade. Da mesma forma, a demanda por serviços pode estar associada desde conjunturas específicas – por exemplo, as ligadas à migração recente ou ao desemprego temporário – a contextos pouco reversíveis associados à perda de autonomia e à instalação de níveis altos de dependência, ou mesmo a situações de graves violações de direitos. Operar com tão diferentes situações de vulnerabilidade e demanda de proteção social exige uma permanente qualificação do setor público, ampliando o conhecimento e aprimorando a gestão e, ao mesmo tempo, reafirmando o compromisso público no enfrentamento da pobreza e da desigualdade, na promoção de oportunidades e no aumento do bem-estar social.

É importante destacar finalmente que, mesmo diante das dificuldades encontradas e dos desafios existentes, a Constituição de 1988 permitiu que importantes avanços sociais fossem realizados com aporte de um formato inovador de políticas públicas. E seu projeto generoso e inclusivo continua sendo alicerce para construção de alternativas e caminhos, no campo da Seguridade Social e da consolidação do sistema brasileiro de proteção social.

REFERÊNCIAS

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). *O DHAA, a San, a saúde e a promoção da alimentação saudável e adequada*. Curso Formação em Direito Humano à Alimentação Adequada. Brasília, 2007.

ALMEIDA, M. H. T. *Federalismo e proteção social: a experiência brasileira em perspectiva comparada*. São Paulo: USP, 2000. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/federalismodef.pdf>>.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan, São Paulo: FAPESP, 2000.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação & Sociedade*, Campinas, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

BELIK, W.; GRAZIANO DA SILVA, J.; TAKAGI, M. Políticas de combate à fome no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, n. 4, p. 119-129, dez. 2001.

BERCOVICI, G. Vinte anos da Constituição Federal (1988/2008): avanços e desafios para as políticas públicas e o desenvolvimento nacional. In: VINTE ANOS DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988/2008): AVANÇOS, LIMITES, DESAFIOS E HORIZONTES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O DESENVOLVIMENTO NACIONAL, 4., 2008, Brasília, DF. *Anais*. Brasília: Ipea, 2008.

BOSCHETTI, I. *Seguridade Social e trabalho: paradoxos das políticas de previdência e Assistência Social no Brasil*. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2006.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 525, de 1º de julho de 1938*. Instituiu o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) e fixa as bases da organização do serviço social em todo o país. Brasília: Congresso Nacional, 1938. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=100867>>.

_____. Assembleia Nacional Constituinte (ANC). *Regimento Interno da Constituinte*. Brasília: Senado Federal, 1987a. Disponível em: <http://apacche.camara.gov.br/portal/arquivos/Camara/internet/constituicao20anos/publicacoes/regimento-interno-da-assembleia-nacional/Regimento%20ANC_Resolu%C3%A7%C3%A3o%202-1987.pdf>.

_____. Assembleia Nacional Constituinte (ANC). *Substitutivo da Comissão de Sistematização às emendas de plenário*. Brasília: Senado Federal, 1987b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-244.pdf>>.

_____. *VII Comissão da Ordem Social*: anteprojeto da comissão. Brasília: Senado Federal, 1987c. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-187.pdf>>.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988a.

_____. Assembleia Nacional Constituinte (ANC). *Projeto de Constituição (C)*: redação final. Brasília: Senado Federal, 1988b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-314.pdf>>.

_____. *Lei nº 8.742/1993*. Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília, 1993.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Norma Operacional Básica*: NOB/Suas. Brasília, 2005. Disponível em: <www.servicosocial.ufsc.br/ferramentas/ferramentas/upload/arquivos/d/nov-versao_final.pdf>.

_____. *Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006*. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>.

_____. Brasil. Ministério Público Federal (MPF). *Manual de atuação*: Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Brasília, 2006b.

_____. *Resolução nº 5, de 15 de setembro de 2006*. da CIT. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), 2006c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/suas/departamento-de-gestao-do-suas/comissao-intergestores-tripartite-cit/resolucoes/resolucoes-cit-2006/do1-79.pdf/view>>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social*: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Brasília, 2007a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Matriz de informação de informação*. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/mi2007/home/login.php>>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Bolsa Família é reajustado em 8%*. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/noticias/bolsa-familia-e-reajustado-em-8/?searchterm=valor%20m%E9dio%20do%20benef%EDcio>>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *In: PAA 5 ANOS: BALANÇO E PERSPECTIVAS. Anais...* Brasília: PAA, 2008b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Governo federal cancela 400 mil benefícios do Bolsa Família*. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/noticias/governo-federal-cancela-400-mil-beneficios-do-bolsa-familia>>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *O que são condicionalidades?* Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades/o-que-sao-condicionalidades>>. Acesso em: 11 set. 2009b.

CASTRO, J. A. *et al.* *Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005*. Brasília: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, n. 1.324).

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL (CEDEPLAR). SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO (SAGI). MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). *Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família (AIBF)*. Minas Gerais, out. 2007. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/institucional/secretarias/secretaria-de-avaliacao-e-gestao-da-informacao-sagi/arquivo-sagi/pesquisas>>.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA e o Caribe (CEPAL). *La protección socia e de cara al futuro*. Montevideo, Uruguai: CEPAL, 2006.

CONGRESSO EM FOCO. 27 maio 2008. Disponível em: <congressoemfoco.ig.com.br/Noticia.aspx?id=22466>.

COUTO, B. R. *O Sistema Único de Assistência Social: uma nova forma de gestão da Assistência Social*. Brasília, ENAP, 2007.

IBGE. *Pesquisa das Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos no Brasil 2006*. Rio de Janeiro, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEDURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CNSAN), 2. 2004, Olinda. *Anais eletrônicos*. Olinda, 2004. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/Outros/IIConferencia.pdf>>.

IPEA. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH). Ministério das Relações Exteriores (MRE). *A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação no Brasil*. Brasília, 2002.

_____. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, Edição especial, 2007.

_____. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, nº 16 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/082/08201002.jsp?ttCD_CHAVE=2965>.

JACCOUD, L. *Pobres, pobreza e cidadania: os desafios recentes da proteção social*. Brasília: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, n. 1372).

LAVINAS, L. Inclusão e progressividade: os desafios da Seguridade Social brasileira. In: TONELLI VAZ, F.; MUSSE, J.; SANTOS, R. F. (Org.). *20 anos de Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social*. Brasília: ANFIP, 2008, p. 89-96.

MALUF, R. S. *Contribuições para a construção do Sistema Nacional e dos Sistemas Estaduais de SAN*. Publicação eletrônica: 2008. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/Consea/static/eventos/Oficina/Contribui%E7%F5es%20para%20a%20constru%E7%E3o%20do%20Sistema%20Nacional%20e%20dos%20Sistemas%20Estaduais%20de%20SAN1.pdf>>.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. *Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate*. Brasília: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1283).

MOTTA, L. E. Acesso à justiça, cidadania e judicialização no Brasil. *Achegas.net*, n. 36, p. 1-38, 2007. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/36/eduardo_36.pdf> Acessado em: 7 abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). *Diretrizes voluntárias: em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional*. Roma, 2005. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/Outros/diretrizesvoluntarias.pdf>>.

PELIANO, A. M. *Desafios e perspectivas da política social*. Brasília: Ipea, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.248).

PELIANO, A. M.; REZENDE, L. F. L.; BEGHIN, N. O Comunidade Solidária: uma estratégia de combate à pobreza. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 12, jun./dez. 1995.

SANT'ANA, S. M. *Bolsa Família e a tripla perspectiva sobre justiça social como redistribuição*. Brasília: International Poverty Center, PNUD, Ipea, 2008.

SANTOS, L. M. P. et al. *Desafios na gestão do Programa Bolsa Família em municípios de muito baixo IDH*. Brasília: International Poverty Center, PNUD, Ipea, 2008.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SOARES, F. V. et al. *Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade*. Brasília: Ipea, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.228).

SOARES, S. *Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade*. Brasília: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.293).

SOARES, S.; RIBAS, R. P.; SOARES, F. V. *Focalização e cobertura do Programa Bolsa-Família: qual o significado dos 11 milhões de famílias*. Rio de Janeiro: Ipea, 2009 (Texto para Discussão, n. 1.396).

SPOSATI, A. A Assistência Social e a trivialização dos padrões de reprodução social. In: SPOSATI, A.; FLEURY, S.; FALCÃO, M. C. (Org.). *Os direitos dos (des) assistidos sociais*. São Paulo: Cortez, 1989, p. 5-30.

_____. O modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS, Unesco, 2009.

SUPLICY, E. M. *Renda de cidadania: a saída é pela porta*. São Paulo: Cortez, Perseu Abramo, 2002.

_____. *Suplicy: Fundo de Cidadania pode financiar educação com recursos do pré-sal*. Brasília, 18 set. 2008. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/Agencia/verNoticia.aspx?codNoticia=78479&codAplicativo=2>>.

VALENTE, F. L. S. *A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002*. Publicação eletrônica: 2005. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/download/pol_inseg_alimentar_Flavio_Valente.pdf>. Acesso em: 14 set. 2009.

ZIMMERMANN, C. R. Desafios à implantação do direito à alimentação no Brasil. *Democracia Viva*, Ibase, n. 39, p. 14-17, jun. 2008a.

_____. Populações tradicionais e a renda básica de cidadania. In: BEZERRA, C. V.; COSTA, S. M. A. (Org.). *Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada: experiências e desafios*. Passo Fundo: Ifibe, 2008b, p. 39-68.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

Aben	Associação Brasileira de Enfermagem
ABESC	Associação Brasileira de Escolas Superiores Católicas
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
Abra	Associação Brasileira de Reforma Agrária
ABRANDH	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos
Abruem	Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADC	Ação Declaratória de Constitucionalidade
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
Adin	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Associação Nacional dos Delegados de Polícia Federal
AEC	Associação de Educação Católica do Brasil
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AGU	Advocacia-Geral da União
AI	Anistia Internacional
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIPD	Ano Internacional das Pessoas Deficientes
AIS	Ações Integradas de Saúde
Aisa	Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde
AM	Amazonas
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
Ancine	Agência Nacional do Cinema
Ande	Associação Nacional de Educação
Andes	Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior
Andifes	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

Anpae	Associação Nacional de Política e Administração da Educação
ANPED	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANSEF	Associação Nacional dos Servidores da Polícia Federal
ANUP	Associação Nacional das Universidades Particulares
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Amapá
APAC	Autorizações para Procedimento de Alta Complexidade
Arena	Aliança Renovadora Nacional
Atan	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
Ater	Assistência Técnica e Extensão Rural
BA	Bahia
BA	Bolsa Alimentação
Bacen	Banco Central do Brasil
BE	Benefício Eventual
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Mundial
BN	Biblioteca Nacional
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BNDPJ	Banco Nacional de Dados do Poder Judiciário
BNH	Banco Nacional da Habitação
BO	Boletim de Ocorrência
Bope	Batalhão de Operações Policiais Especiais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVJ	Benefício Variável Jovem
CA	Comunidade Ativa
CACD	Concurso de Admissão à Carreira de Diplomata
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
Caisan	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões

Capex	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CB	Corpo de Bombeiros
CCJ	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CCJC	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CCP	Comissão de Conciliação Prévia
CDAF	Compra Direta da Agricultura Familiar
CDHM	Comissão de Direitos Humanos e Minorias
CE	Ceará
CE	Comissão de Educação, Cultura e Esporte
CEB	Comunidade Eclesial de Base
Cebas	Certificado Entidade Beneficente de Assistência Social
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEC	Comissão de Educação e Cultura
CECF	Conselho Estadual da Condição Feminina
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
Cedeplar	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG
Cedes	Centro de Estudos Educação e Sociedade
CEF	Caixa Econômica Federal
Cefam	Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
Ceme	Central de Medicamentos
Cenimar	Centro de Informações da Marinha
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CERAC	Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade
CERD	Convenção da ONU para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
CESEC	Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
CFEMEA	Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CGPAN	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CGRH	Coordenação-Geral de Recursos Humanos

CGT	Central Geral dos Trabalhadores
CGU	Corregedoria-Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CIE	Centro de Informações do Exército
CIM	Centro de Integração da Mulher
Cipa	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Cisa	Centro de Informações de Segurança da Aeronáutica
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CJF	Conselho da Justiça Federal
Claves	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMB	Confederação das Misericórdias do Brasil
CMM	Conferência Mundial da Mulher
CNA	Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil
CNAE	Campanha Nacional de Alimentação Escolar
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação Racial
CNCDO	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNDA	Conselho Nacional de Direitos Autorais
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNEC	Campanha Nacional das Escolas da Comunidade
CNFCP	Centro Nacional de Folclore e Cultura Popular
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNIM	Conselho Nacional de Incorporação de Medicamentos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça

CNME	Campanha Nacional de Merenda Escolar
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CNPC	Conselho Nacional de Política Cultural
CNPIR	Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CNRA	Campanha Nacional pela Reforma Agrária
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Curso Normal Superior
CNSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CNSS	Conselho Nacional de Seguridade Social
CNSS	Conselho Nacional do Serviço Social
CNTE	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
Codi	Centro de Operações de Defesa Interna
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
Conade	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência
CONAMP	Associação Nacional dos Membros do Ministério Público
Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conapir	Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Concine	Conselho Nacional de Cinema
CONED	Congresso Nacional de Educação
Confenem	Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino
Conjuve	Conselho Nacional de Juventude
Consan	Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional
Consea	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CONSEP	Conselho Estadual de Segurança Pública
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
Corde	Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
Coter	Comando de Operações Terrestres
CP	Conselho Pleno
CP	Código Penal
CPB	Confederação dos Professores do Brasil
CPC	Comando de Policiamento da Capital
CPI da Terra	Comissão Parlamentar de Inquérito da Terra
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPM	Código Penal Militar
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPP	Código de Processo Penal
CPPM	Código de Processo Penal Militar
CPR	Cédula de Produto Rural
CPR-Doação	Compra da Agricultura Familiar com Doação Simultânea
CPR-Estoque	Formação de Estoque pela Agricultura Familiar
CPT	Comissão Pastoral da Terra
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CREDUC	Crédito Educativo
CSJT	Conselho Superior da Justiça do Trabalho
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CSN	Conselho de Segurança Nacional
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
CTV	Comissão Teotônio Vilela
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CVCM	Combate à Violência contra as Mulheres
DAD	Departamento de Apoio à Descentralização

DARF	Documento de Arrecadação da Receita Federal
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DCA	Departamento da Criança e do Adolescente
DCNEM	Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio
DDA	Doença Diarreica Aguda
Deam	Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres
DEM	Democratas
DESC	Direitos Econômicos Sociais e Culturais
DF	Distrito Federal
DFID	Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
Dieese	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socio-econômicos
Disoc	Diretoria de Estudos e Políticas Sociais
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DOI	Departamento de Operações Internas
DOPS	Delegacia de Ordem Política e Social
DOU	Diário Oficial da União
DPT	Difteria, Coqueluche e Tétano
DPU	Defensoria Pública da União
DRE	Desvinculação de Recursos para os Estados
DRU	Desvinculação de Recursos da União
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DSST	Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
DVS	Destaque de Votação em Separado
EaD	Educação a Distância
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EFPP	Entidade Fechada de Previdência Privada

EJA	Educação de Jovens e Adultos
Emater	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
Embrafilme	Empresa Brasileira de Filmes
Embratur	Empresa Brasileira de Turismo
EME	Estado-Maior do Exército
EMG	Estado-Maior Geral
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
Enade	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENAMAT	Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento dos Magistrados do Trabalho
Enapan	Encontro Nacional de Parlamentares Negros
ENC	Exame Nacional de Cursos
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ENS	Escola Normal Superior
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPU	Encargos Previdenciários da União
ES	Espírito Santo
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESG	Escola Superior de Guerra
FAESP	Federação da Agricultura do Estado de São Paulo
Fasubra	Federação das Associações dos Servidores das Universidades Brasileiras
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBH	Federação Brasileira dos Hospitais
FBN	Fundação Biblioteca Nacional
FBPF	Federação Brasileira para o Progresso Feminino
FCB	Fundação do Cinema Brasileiro
FCBIA	Fundação Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FCP	Fundação Cultural Palmares
FCRB	Fundação Casa de Rui Barbosa
Feas	Fundo Estadual de Assistência Social

Febem	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
Febraban	Federação Brasileira dos Bancos
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FENAFISC	Federação Nacional de Auditores Fiscais da Previdência Social
FETRAF	Federação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura Familiar
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Fies	Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior
Finsocial	Fundo de Investimento Social
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fipe	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
Fipir	Fórum Intergovernamental de Promoção da Igualdade Racial
FMAS	Fundo Municipal de Assistência Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
FNC	Fundo Nacional de Cultura
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FNDEP	Fórum Nacional de Defesa da Escola Pública
FNM	Federação Nacional dos Médicos
FNP	Fundação Nacional Palmares
FNPS	Fórum Nacional da Previdência Social
FNS	Fundo Nacional da Saúde
FNSP	Fundo Nacional de Segurança Pública
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
FSESP	Fundação Serviço de Saúde Pública
Funabem	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funarte	Fundação Nacional de Arte
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Fundacen	Fundação de Artes Cênicas

FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
Fundescola	Fundo de Fortalecimento da Escola
Funpen	Fundo Penitenciário Nacional
Funrural	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
FUNSAT	Fundação Social do Trabalho
GEE	Grau de Eficiência da Exploração
Getam	Grupo Especial Tático Móvel
GETAT	Grupo Executivo das Terras do Araguaia – Tocantins
GFIP	Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social
GO	Goiás
GPAE	Grupamento de Policiamento em Áreas Especiais
GPS	Gasto Público Social
GSE	Grupamento de Socorro de Emergência
GSF	Gasto Social Federal
GT	Grupo de Trabalho
GTDEO	Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego e na Ocupação
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
GTRPS	Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social
GUT	Grau de Utilização da Terra
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
HEM	Habilitação Específica para o Magistério
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
Iapas	Instituto de Administração da Previdência Social
Iapi	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBAC	Instituto Brasileiro Arte e Cultura
Ibase	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ibope	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IBPC	Instituto Brasileiro do Patrimônio Cultural
Ibram	Instituto Brasileiro de Museus
ICCN	Incentivo de Combate às Carências Nutricionais
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IE	Imposto sobre a Exportação
IES	Instituição de Ensino Superior
Ifes	Instituições Federais de Ensino Superior
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IGE	Incentivo Financeiro ao Aprimoramento da Gestão dos Estados e do Distrito Federal
IGP	Índice Geral de Preços
IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
IGPM	Inspetoria-Geral das Polícias Militares
IHG	Instituto Histórico e Geográfico
II	Índice sobre Importações de Produtos Estrangeiros
ILANUD	Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquent
IML	Instituto Médico Legal
Inacen	Instituto Nacional de Artes Cênicas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inan	Instituto de Apoio ao Desenvolvimento e à Preservação da Natureza
Inan	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INC	Instituto Nacional do Cinema
Ince	Instituto Nacional do Cinema Educativo
Incrá	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
INL	Instituto Nacional do Livro
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Inspir	Instituto Interamericano pela Igualdade Racial
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
Inter	Instituto Jurídico das Terras Rurais
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
Ipase	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEC	Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil
Iphan	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IPi	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPM	Inquérito Policial Militar
IR	Imposto de Renda
IRA	Infecção Respiratória Aguda
IRBR	Instituto Rio Branco
Irfam	Instituto de Regularização Fundiária da Amazônia
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISE	Institutos Superiores de Educação
ISEB	Instituto Superior de Estudos Brasileiros
ISP	Instituto de Segurança Pública
ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ISSP	International Social Survey Programme
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
IUPERJ	Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro
IVA-F	Imposto sobre Valor Agregado Federal
Jecrim	Juizados Especiais Criminais
JME	Justiça Militar Estadual
JT	Justiça do Trabalho
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LBV	Legião da Boa Vontade
LC	Lei Complementar

LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LO	Lei Orgânica
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
LONMP	Lei Orgânica Nacional do Ministério Público
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
Losan	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MA	Maranhão
Mapa	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MAS	Ministério da Assistência Social
Master	Movimento dos Agricultores Sem-Terra
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MD	Ministério da Defesa
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDE	Manutenção e Desenvolvimento do Ensino
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEAF	Ministério Extraordinário para Assuntos Fundiários
MEC	Ministério da Educação
MEI	Microempreendedor Individual
Mesa	Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate à Fome
MG	Minas Gerais
MinC	Ministério da Cultura
MIRAD	Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário
MJ	Ministério da Justiça
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MMDS	Movimento da Mulher Democrática Social
MNBA	Museu Nacional de Belas Artes
MNU	Movimento Negro Unificado
MP	Medida Provisória

MP	Ministério Público
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF	Ministério Público Federal
MPM	Ministério Público Militar
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPPE	Ministério Público de Pernambuco
MPS	Ministério da Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra
MT	Mato Grosso
MTb	Ministério do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
MUP	Movimento de Unidade Popular
Naem	Núcleo de Acompanhamento dos Estados e Municípios
NEV	Núcleo de Estudos da Violência
NINSOC	Núcleo de Gestão de Informações Sociais
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
Oban	Operação Bandeirantes
OCB	Organização das Cooperativas Brasileiras
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OEA	Organização dos Estados Americanos
OGU	Orçamento Geral da União
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não Governamental

ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PA	Pará
PA	Pronto Atendimento
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PAB	Piso Assistencial Básico
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
Pair	Programa de Ações Integradas e Referência de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Território Brasileiro
PAIUB	Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
PAS	Plano Amazônia Sustentável
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PB	Paraíba
PBF	Programa Bolsa Família
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PC	Polícia Civil
PCA	Programa de Complementação Alimentar
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCC	Primeiro Comando da Capital
PcD	Pessoa com Deficiência
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional
PDC	Partido Democrata Cristão
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PDRI	Programa de Desenvolvimento Rural Integrado
PDS	Partido Democrático Social
PDS	Projeto de Desenvolvimento Sustentável
PDT	Partido Democrático Trabalhista

PE	Pernambuco
PEA	População Economicamente Ativa
Peas	Pesquisa das Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PED	Pesquisa de Emprego e Desemprego
Peti	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PF	Polícia Federal
PFL	Partido da Frente Liberal
PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PGRM	Programas de Garantia de Renda Mínima
PIA	População em Idade Ativa
PIAPS	Programas Sociais de Prevenção à Violência
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIDCP	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais
PIN	Programa de Integração Nacional
PIS	Programa de Integração Social
PJ	Pessoa Jurídica
PJ	Polícia Judiciária
PL	Projeto de Lei
PL	Partido Liberal
Planfor	Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador
PLR	Participação nos Lucros ou Resultados
PLS	Projeto de Lei do Senado
PM	Polícia Militar
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PME	Pesquisa Mensal de Emprego
PMERJ	Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro
PMS	Pesquisa Mundial de Saúde
PN DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS

PNAA	Programa Nacional de Acesso à Alimentação
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNBB	Programa de Nutrição Brasil – Banco Mundial
PNBE	Programa Nacional de Bolsa Escola
PNC	Plano Nacional de Cultura
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNE	Plano Nacional de Educação
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNLCC	Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPD	Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNRA	Plano Nacional de Reforma Agrária
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNSP	Plano Nacional de Segurança Pública
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
POI	Programação e Orçamentação Integrada
Polamazônia	Programa de Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia
Polocentro	Programa de Desenvolvimento dos Cerrados
Polonordeste	Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste
PPA	Plano Plurianual
PPA	Plano de Pronta Ação
PPD	Pessoa Portadora de Deficiência
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPP	Paridade do Poder de Compra

PPS	Partido Popular Socialista
PR	Paraná
PrevSaúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRF	Polícia Rodoviária Federal
Proar	Programa de Acompanhamento de Policiais Militares Envolvidos em Ocorrências de Alto Risco
Procanor	Programa de Apoio às Populações Pobres das Zonas Canavieiras do Nordeste
Procera	Programa de Crédito Especial para Reforma Agrária
Prodasen	Secretaria Especial de Informática do Senado
Prodea	Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos
Prodecer	Programa de Desenvolvimento dos Cerrados
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Proger	Programa de Geração de Emprego e Renda
ProJovem	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
Pró-Leitura	Fundação Nacional Pró-Leitura
Proler	Programa Nacional de Incentivo à Leitura
PRONAC	Programa Nacional de Apoio à Cultura
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PRONAF M	Programa de Fortalecimento da Infraestrutura e Serviços Municipais
Pronaica	Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
Pronan	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
Pronasci	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
ProRural	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
Proterra	Programa de Redistribuição de Terras e de Estímulo à Agroindústria do Norte e Nordeste
ProUni	Programa Universidade para Todos
Provale	Programa Especial para o Vale do São Francisco
PROVAP	Programa de Valorização da Pequena Produção Rural
PRT	Procuradoria Regional do Trabalho
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PSB	Proteção Social Básica

PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Programa de Suplementação Alimentar
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PSPS	Plano Simplificado de Previdência Social
PT	Partido dos Trabalhadores
PTA	Plano de Trabalho Anual
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PUA	Pacto de Unidade e Ação
Rais	Relação Anual de Informações Sociais
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Reuni	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RFB	Receita Federal do Brasil
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RJ	Rio de Janeiro
RJU	Regime Jurídico Único
RMV	Renda Mensal Vitalícia
RO	Rondônia
Rotas	Rondas Ostensivas Tobias de Aguiar
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
Sabren	Sistema de Assentamentos de Baixa Renda
SAC	Serviços de Ação Continuada
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
Sagi	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SAM	Serviço da Assistência ao Menor
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SBT	Sistema Brasileiro de Televisão
SC	Santa Catarina
SDM	Coordenadoria Geral de Monitoração e Controle
SDT	Secretaria de Desenvolvimento Territorial
SE	Secretaria Executiva
Seade	Sistema Estadual de Análises de Dados
SEAF	Seguro da Agricultura Familiar
Sebrae	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEC	Secretaria de Estado de Cultura
SECAD	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade
SEDH	Secretaria Especial dos Direitos Humanos
Sedim	Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher
Selic	Sistema Especial de Liquidação e de Custódia
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
Senai	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENARC	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
Seplan	Secretaria de Planejamento
SEPLANSEG	Secretaria de Planejamento de Ações Nacionais de Segurança Pública
Seppir	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
Sesan	Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SESC	Serviço Social do Comércio
Sesi	Serviço Social da Indústria
Sesu	Secretaria de Educação Superior
SFC	Sistema Federal de Cultura
SFH	Sistema Financeiro de Habitação
Siafi	Sistema Integrado de Administração Financeira

Sidor	Sistema Integrado de Dados Orçamentários
Sigplan	Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
Simplex	Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
Sinase	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
Sine	Sistema Nacional de Emprego
Sinpas	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
Sinpra	Sistema Nacional de Cadastro para o Programa de Reforma Agrária
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
Sipra	Sistema de Informações de Projetos de Reforma Agrária
SIRH	Sistema de Informações sobre Recursos Humanos
Sisan	Sistema Nacional de Segurança Alimentar
SIT	Secretaria de Inspeção do Trabalho
Sivam	Sistema de Vigilância da Amazônia
SM	Salário Mínimo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SNBP	Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas
SNC	Sistema Nacional de Cultura
SNDH	Secretaria Nacional de Direitos Humanos
SNI	Serviço Nacional de Informações
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SP	São Paulo
SPDCA	Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
SPHAN	Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
SPS	Secretaria de Previdência Social
SRB	Sociedade Rural Brasileira

SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSP	Secretaria de Segurança Pública
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STM	Superior Tribunal Militar
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
Suas	Sistema Único de Assistência Social
Sucam	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Sudene	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
Supra	Superintendência de Reforma Agrária
Sursis	Suspensão Condicional da Pena
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
TCG	Termos de Compromisso de Gestão
TCO	Termo Circunstanciado de Ocorrência
TDA	Título da Dívida Agrária
TEN	Teatro Experimental do Negro
TJ	Tribunal de Justiça
TME	Taxa de Mortalidade Específica
TMI	Taxa de Mortalidade na Infância
TRF	Tribunal Regional Federal
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UAB	Universidade Aberta do Brasil
Ubes	União Brasileira de Estudantes Secundaristas
UDN	União Democrática Nacional
UDR	União Democrática Ruralista
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	Unidade da Federação

ULTAB	União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil
UnB	Universidade de Brasília
UNE	União Nacional dos Estudantes
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Uniafro	Programa de Ações Afirmativas para a População Negra nas Instituições Federais e Estaduais de Educação Superior
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unifem	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Editorial

Njobs Comunicação

Coordenação

Cida Taboza
Jane Fagundes
Fábio Oki

Revisão

Ângela Pereira da Silva de Oliveira
Cindy Nagel Moura de Souza
Clícia Silveira Rodrigues
Cristiana de Sousa da Silva
Danúzia Maria Queiroz
Lizandra Deusdará Felipe
Luanna Ferreira da Silva
Regina Marta de Aguiar
Olavo Mesquita de Carvalho

Editoração Eletrônica

Andrey Tomimatsu
Danilo Tavares

Capa

Fábio Oki

Livraria

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3315 5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius

Ipea - Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Secretaria de
Assuntos Estratégicos

Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius
Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus
Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius Politicus Socius

ISSN 1518428-5

