

Título do capítulo CAPÍTULO 3 – ESTADO E POLÍTICA SOCIAL

Autores(as) Alexandre Marinho
André Gambier Campos
José Aparecido Carlos Ribeiro
José Valente Chaves
Luciana Jaccoud
Marta Arretche
Paulo Roberto Corbucci
Luciana Mendes Servo
Roberto Henrique Sieczkowski Gonzalez
Roberto Passos Nogueira
Ronaldo Seroa da Motta
Sérgio Francisco Piola
Eduardo P. S. Fiuza
Solon Magalhães Vianna

DOI

Título do livro BRASIL O ESTADO DE UMA NAÇÃO, 2007: ESTADO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: A EFICIÊNCIA DO SETOR PÚBLICO NO BRASIL

Organizadores(as) André Gambier Campos
Ricardo L. C. Amorim
Ronaldo Coutinho Garcia

Volume

Série

Cidade Brasília

Editora Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Ano 2007

Edição 1ª

ISBN 978-85-7811-009-3

DOI

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

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

3. ESTADO E POLÍTICA SOCIAL

O terceiro capítulo traz uma análise da atuação recente do Estado sobre a questão social (subcapítulo 1), focando principalmente as áreas de saúde (subcapítulo 2), educação (subcapítulo 3) e os programas de transferência de renda, mais ligados ao combate direto à pobreza (subcapítulo 4). Evidencia-se aqui o quanto essas ações do Estado, e mais especificamente do governo, têm ajudado a melhorar significativamente os quadros de pobreza e indigência até há pouco vigentes no país.

1. POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

1.1. INTRODUÇÃO

Sob diferentes perspectivas, a política social brasileira avançou muito desde a Constituição Federal (CF) de 1988. A população beneficiada cresceu, bem como a importância da proteção oferecida por seus programas e ações. Mesmo em um ambiente econômico caracterizado pela ausência de dinamismo, a política social conseguiu reduzir a pobreza e a desigualdade no Brasil, assegurando rendimento, educação, alimentação, saúde, segurança, moradia, entre outros bens e serviços.

Apesar desses avanços, a política social estruturada nas duas últimas décadas esteve sob fogo cerrado e permanente de alguns analistas. Uma das principais acusações imputadas foi a de inviabilizar a economia brasileira, seja por conta da proteção “excessiva” que seus programas e ações garantiam à população, seja por conta dos gastos públicos “elevados” que essa proteção demandava. De acordo com esses analistas, por um fator ou por outro, a política social seria a responsável pelo péssimo desempenho da economia brasileira do início dos anos 1990 até o começo dos anos 2000.

Tais críticas desconsideram as melhorias verificadas nas condições de vida da população brasileira. Não ponderaram também as inovações ocorridas na política social do país, que permitiram os avanços nos indicadores populacionais. A seguir, analisa-se o percurso histórico de algumas dessas inovações, que ganharam forma mais definida na CF de 1988.

1.2. A POLÍTICA SOCIAL DESDE 1930

Desde o início da década de 1930, moldou-se no país um sistema de proteção social com características bem peculiares. Por um lado, tal sistema vinculava-se ao assalariamento formal das áreas urbanas, onde apenas os empregados registrados e residentes nas cidades conseguiam amparo contra contingências diversas – como as necessidades de alimentação e assistência à saúde, rendimentos em caso de incapacidade, transporte, moradia, saneamento etc. Por outro lado, a utilização desse sistema dependia de contribuições prévias e regulares dos empregados e empregadores – apenas mediante o pagamento antecipado e constante é que os empregados urbanos conseguiriam usufruir de bens e serviços previdenciários e de saúde, por exemplo.

Ocorre que a dinâmica capitalista brasileira não viabilizou a extensão do assalariamento formal para além das áreas urbanas, de forma que os trabalhadores rurais permaneceram quase sempre à margem de tal sistema de proteção social. E, mesmo nas áreas urbanas, o capitalismo brasileiro não conseguiu impor o assalariamento como relação laboral básica, de modo que trabalhadores domésticos, autônomos, eventuais e outros tipos de trabalhadores também ficaram à margem do sistema de proteção social. Ademais, até no grupo de empregados registrados urbanos, a dinâmica capitalista instalada após 1930, baseada no uso de mão-de-obra instável e mal remunerada, não possibilitou o pagamento de contribuições regulares e substanciais. Em alguma medida, a precariedade da proteção social oferecida aos empregados – que podia ser notada na área previdenciária e de saúde, por exemplo –, derivava da fragilidade da própria estrutura de ocupações e remunerações – onde estava calcada boa parte do financiamento dos bens e serviços sociais.

Especialmente nas décadas de 1960 e 1970, o sistema de proteção social brasileiro passou por diversas mudanças. Ainda que em bases precárias, os trabalhadores rurais passaram a contar com um acesso crescente aos serviços previdenciários e de saúde. O mesmo ocorreu com os trabalhadores domésticos, situados nas áreas urbanas. Em paralelo, o sistema de proteção foi alvo de investimentos federais, que possibilitaram uma expansão dos serviços de educação e assistência, bem como uma construção ampliada de moradias e de estrutura de saneamento. Tal sistema também foi objeto de iniciativas de modernização administrativa, que unificaram e racionalizaram os serviços de previdência e saúde, entre outros.

Todavia, na década de 1980, a proteção social passou a enfrentar uma séria crise (que, aliás, iria aprofundar-se nos anos 1990). Pela primeira vez

na história recente do país, extensas parcelas de trabalhadores urbanos, que construíram suas trajetórias como empregados registrados, perderam esta condição. Podem-se mencionar duas conseqüências principais a partir daí: *a*) essas parcelas de trabalhadores perderam o amparo que possuíam contra as contingências enfrentadas em seu cotidiano; e *b*) o próprio sistema de proteção social perdeu parte de suas possibilidades de financiamento, historicamente calcado em contribuições sobre os salários dos empregados.

1.3. INOVAÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL PÓS-1988

A CF de 1988 trouxe em seu bojo um novo conceito de proteção – dever-se-ia garantir um conjunto de direitos básicos a todo e qualquer cidadão, independentemente de sua condição profissional-ocupacional e de seu histórico de contribuições.

Centrada nesse novo conceito (denominado *seguridade social*), a Constituição trouxe uma série de inovações importantes para o sistema de proteção brasileiro. Primeiramente, relativizou a vinculação estrita entre proteção e trabalho assalariado formal, de maneira que a segurança propiciada pela política social deixou de ser exclusividade de empregados registrados, alcançando outros grupos da população. Em paralelo, em algumas áreas, eliminou a necessidade de contribuições prévias e regulares – a saúde e a previdência rural praticamente perderam suas características contributivas desde então. Ademais, a Constituição reorganizou e integrou ao corpo estatal outras áreas, que se encontravam dispersas pelo tecido social – cite-se a assistência, que adquiriu condições para se tornar “política” de proteção social, propriamente dita. Preocupou-se também em homogeneizar o acesso a bens e serviços públicos – vedando, por exemplo, distinções de benefícios previdenciários entre regiões urbanas e rurais, entre grupos profissionais etc.

Finalmente, a Constituição dedicou-se a universalizar o acesso a bens e serviços públicos em áreas como a de educação básica e a de saúde, que ganharam uma amplitude até então desconhecida em termos de população atendida.

Para que essa universalização da proteção ganhasse maior fôlego, a CF de 1988 estabeleceu novas diretrizes para a estruturação da política social – entre as quais, destacam-se a ampliação e a diversificação das fontes de financiamento; a descentralização de programas e ações, com articulação e integração entre os entes federados; e a maior participação da sociedade civil organizada na sua implantação/fiscalização.

No que diz respeito ao financiamento, ressalta-se que a universalização do acesso a bens e serviços públicos demandava a definição de fontes de recursos mais amplas, diversificadas e estáveis que as até então existentes (desde a década de 1930, a política social brasileira teve como fonte principal a contribuição sobre os salários dos empregados urbanos). Nesse sentido, a Constituição definiu o chamado orçamento da seguridade social, distinto dos orçamentos fiscal e de investimentos das empresas estatais. Esse orçamento deveria resultar da consolidação de uma série de contribuições direcionadas aos programas e ações de proteção social – contribuições que incidiam não apenas sobre os salários dos empregados urbanos, mas também sobre o faturamento, o lucro e as importações das empresas, sobre a movimentação financeira das pessoas físicas e jurídicas, sobre receitas de concursos de prognósticos etc. A idéia era distribuir, de maneira eqüitativa, o custeio do sistema de proteção social por toda a sociedade – de forma a não onerar nenhum segmento específico e, ao mesmo tempo, assegurar diversidade e estabilidade às fontes de financiamento.

Quanto à descentralização de programas e ações, que requeria a atuação articulada e integrada de todos os entes federados, pode-se dizer que surgiu na esteira dos movimentos pela democratização do país na década de 1980. Como uma reação à centralização de recursos e iniciativas de política social na esfera federal durante o regime militar, a Constituição optou pela transferência de recursos e atribuições aos estados e aos municípios. Entendia-se que isso seria um modo de aproximar os programas e as ações sociais da população beneficiária, que teria então mais condições de acompanhar a sua formulação, implementação e fiscalização. Contudo, essa transferência da União para os estados e os municípios deveria ser cuidadosamente pactuada, permitindo o surgimento de um sistema de proteção social que se caracterizasse pelo compartilhamento de benefícios e responsabilidades entre todos os membros da federação. Mesmo com problemas derivados principalmente de desajustes na pactuação entre os entes federados, a descentralização avançou em determinadas áreas da política social – como as de saúde, educação e, mais recentemente, assistência.

O espaço aberto pela Constituição para a participação da sociedade civil na implementação e no controle dos programas e ações sociais também surgiu na esteira das mobilizações da década de 1980, visando maior democracia no Brasil. A idéia era que os organismos da sociedade, até por estarem próximos da população beneficiária, teriam plenas condições de acompanhar a implantação e realizar a fiscalização das iniciativas em diversas áreas da política social. Apesar de extremamente relevante – como pode demonstrar a atuação de vários conselhos de política social (conselhos federais, estaduais e municipais de educação, saúde,

previdência e assistência) –, a participação de organismos da sociedade civil apresentou alguns problemas na década de 1990. Desde os relacionados à falta de representatividade dos seus membros até outros associados à sua cooptação por interesses estritamente privados.

1.4. AS DIFICULDADES DA POLÍTICA SOCIAL NOS ANOS 1990 E 2000

Várias foram as dificuldades para a implementação das inovações da CF de 1988. O reduzido dinamismo econômico na década de 1990 foi uma delas. Eliminando as oscilações, o Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro cresceu, em média, apenas 1,6% ao ano entre 1990 e 1999 – umas das menores taxas registradas no país ao longo de todo o século XX. Este fato, derivado do modelo econômico de natureza liberalizante implantado no período, fez com que o sistema de proteção se defrontasse com duas ordens complementares de problemas. De um lado, mesmo com a diversificação de fontes de custeio instituída pós-1988, os recursos dos programas e ações sociais cresceram abaixo da expectativa inicial – seja pela retração do faturamento e do lucro das empresas, seja pela contração dos salários de seus empregados. De outro, o reduzido crescimento dos recursos se deu no mesmo momento em que a demanda social aumentou acentuadamente – tanto por conta do (correto) processo de implementação dos programas e ações previstos na Constituição, benefícios da previdência rural, Benefícios de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC) e assim por diante, quanto pela degradação do mercado de trabalho, que colocou os trabalhadores diante de novas e severas contingências (elevados índices de desemprego e informalização da mão-de-obra, bem como diminuição dos rendimentos dos trabalhadores em geral).

Nesse cenário de reduzido dinamismo econômico, a universalização da proteção social almejada pela CF de 1988 encontrou várias dificuldades, seja para alcançar um maior número de grupos da população, seja para protegê-los de um maior número de contingências. Até mesmo no caso de bens e serviços de saúde e educação básica, aos quais o texto constitucional atribui uma universalidade quase irrestrita, as dificuldades não resultaram menores. Diante disso, não foram poucos os analistas que defenderam uma focalização da proteção social no Brasil – de acordo com eles, dado os recursos limitados com que podiam contar os programas e ações sociais, dever-se-ia abrir mão das pretensões universalistas da Constituição, que atribuía direitos a todos os cidadãos brasileiros. Segundo os analistas, por supostos critérios de eficiência,

eficácia e efetividade, melhor seria direcionar os recursos apenas aos grupos da população estritamente caracterizados pela indigência e pobreza – que era a própria razão de ser de uma concepção minimalista da proteção social. Assim, a indigência e a pobreza ganharam uma centralidade ímpar nas discussões sobre a proteção social ao longo da década de 1990, relegando as posições que ressaltavam a importância da universalidade irrestrita de direitos de todos e quaisquer cidadãos, tal como defendida por uma concepção maximizadora da proteção social inscrita na CF de 1988.

Outras dificuldades para a implementação das inovações da CF de 1988 foram relacionadas ao processo de descentralização. Conforme mencionado, este processo demandava uma extensa pactuação entre União, estados e municípios, visando viabilizar um sistema compartilhado de proteção social, com responsabilidades claramente identificadas para cada ente federado e benefícios para toda a população brasileira. Ocorre que, em alguns momentos da década de 1990, essa pactuação não se realizou – e, de maneira abrupta e inconseqüente, a União transferiu aos estados e municípios as responsabilidades pela implementação de diversos programas e ações sociais (por vezes, sem transferir os recursos financeiros necessários e, outras vezes, sem que estados e municípios estivessem preparados para receber novas atribuições). Assim, nem sempre a descentralização avançou da forma originalmente prevista na Constituição.

Também estiveram associadas a uma espécie de privatização “a frio” (ou dissimulada, ou velada) de bens e serviços públicos outras dificuldades. Sem o aumento originalmente esperado de recursos destinados aos seus programas e ações (por conta do crescimento sofrível do PIB), algumas áreas da política social passaram a enfrentar dilemas complexos ao perseguir a universalização da proteção social. Nas áreas de educação básica, saúde e previdência, houve a incorporação de novos grupos da população, bem como a proteção contra um conjunto maior de contingências ao longo da década de 1990 – muitas vezes ao custo de uma degradação da qualidade dos bens e serviços oferecidos. Essa degradação esteve na raiz de uma privatização “a frio” dessas áreas da política social, focando a educação básica, saúde e previdência nos grupos populacionais caracterizados pela indigência ou pobreza – os demais grupos passaram a acessar, cada vez mais, bens e serviços privados, em busca de parâmetros minimamente adequados de qualidade. Pode-se dizer que a focalização da política social andou de braços dados com a sua privatização no período.

A título de complementação, as dificuldades decorrentes da insuficiência de recursos foram ainda mais agravadas, nos anos 1990, por um conflito de interesses internalizado pelo Estado brasileiro, que opôs a política social à

econômica. Esse conflito ficou particularmente visível com a instituição do Fundo Social de Emergência (FSE), que posteriormente se transformou no Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e na Desvinculação de Receitas da União (DRU) (no montante de 20,0% das receitas originalmente destinadas à previdência, à assistência, à saúde etc.). Estes instrumentos de política fiscal drenaram parcela importante dos recursos da política social – que foram direcionados ao reequilíbrio da dívida pública federal, que cresceu a passos largos a partir de 1995, dada a política de estabilização monetária vigente. Portanto, a ampliação/diversificação das fontes de custeio da política social brasileira, prevista pela CF 1988, teve seus resultados parcialmente descaracterizados, permitindo apenas uma universalização restrita da proteção social no Brasil – com problemas de natureza quantitativa (há grupos populacionais que permanecem sem proteção contra uma série de contingências sociais) e qualitativa (por vezes, a proteção oferecida pelos bens e serviços sociais deixam a desejar em termos de qualidade – ensejando tendências perversas de focalização e privatização).

1.5. EVOLUÇÃO DO GASTO SOCIAL NOS ANOS 1990 E 2000

Mesmo com recursos insuficientes para implementar as inovações da CF de 1988, é preciso ressaltar que o gasto social do Estado brasileiro ampliou-se entre a metade dos anos 1990 e 2000¹ – ainda que descontínua, de acordo com os diversos períodos.²

Durante o período 1995-1998, o gasto social federal (GSF) cresceu a uma taxa média anual de 6,2%, passando de R\$ 179,8 bilhões para R\$ 215,2 bilhões.³ Em termos *per capita*, esse crescimento foi mais modesto: 4,6% ao ano (a.a.) em média, indo de R\$ 1.131,71 em 1995 para R\$ 1.294,42 em 1998. Em alguma medida, a área social ganhou “importância” diante da macroeconomia, como mostra o crescimento da participação dos gastos sociais no PIB brasileiro no período – de 11,24% para 12,25%. A implantação progressiva de programas e ações na área social, tal como determinado pela CF, foi de grande relevância no

1 Período para o qual há informações minimamente confiáveis sobre gastos públicos no Brasil.

2 As informações sobre PIB, gastos e despesas apresentados nesta seção derivam de Castro, M. *et al. Gasto Social e Política Macroeconômica* (Trajetórias e Tensões no Período 1995-2005). Brasília, Ipea, Texto para Discussão (no prelo).

3 Todos os valores expressos em reais de dezembro de 2006, atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

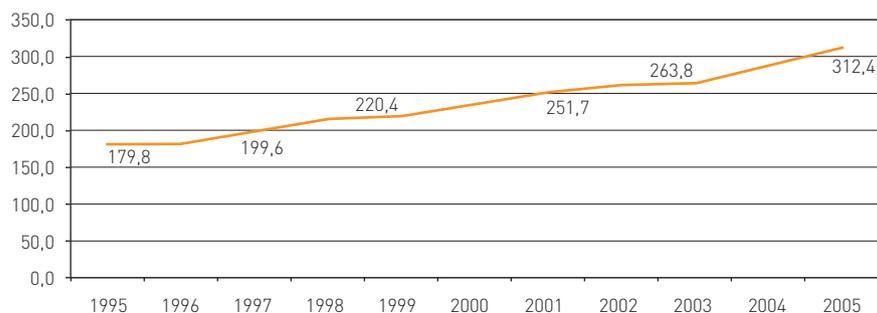
período. Pode-se citar como exemplo a previdência dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar, bem como o BPC para idosos e portadores de deficiências.

Ao longo do período 1999-2002, o aumento do GSF arrefeceu. Em valores totais, o GSF passou de R\$ 220,4 bilhões para R\$ 261,2 bilhões, o que significou uma variação média anual de 5,0%. Em valores *per capita*, o GSF foi de R\$ 1.306,05 para R\$ 1.480,80, com uma variação de 3,4% a.a. Esse arrefecimento explica-se pela instabilidade macroeconômica do período, resultante da crise da política de estabilização monetária vigente. Essa crise aumentou o gasto financeiro no conjunto de despesas do Estado, diminuindo as possibilidades de expansão do gasto social. Dessa forma, a participação deste último no PIB aumentou de forma modesta, entre 1999 e 2002.

No período 2003-2005, o GSF voltou a crescer a um ritmo mais acelerado: 6,2% médios anuais, passando de R\$ 263,8 bilhões para R\$ 312,4 bilhões. Em termos *per capita* também ocorreu um crescimento de 4,7% a cada ano, passando de R\$ 1.473,86 em 2003 para R\$ 1.696,13 em 2005. Apesar disso, não se verificou aí um movimento idêntico ao de 1995-1998, quando a área social ganhou maior “importância” diante da macroeconomia. A participação do gasto social no PIB do país cresceu de modo menos expressivo (de 12,95% para 13,82%). A explicação estaria na manutenção, pelo governo, da “essência” da política de estabilização herdada do final do período 1999-2002. Ao provocar um maior crescimento do gasto financeiro, tal política reduziu as chances de ampliação substancial do gasto social – que, não obstante, até conseguiu se expandir em certas áreas (como a assistência – que passou a proteger um contingente maior da população brasileira), mas não em todas as áreas da política social.

Gráfico 1 – Evolução do Gasto Social Federal

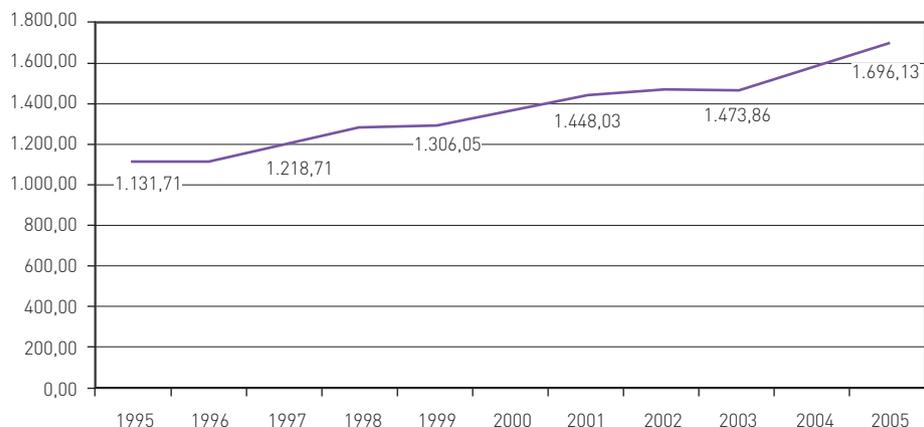
(Em R\$ bilhões de dez. 2006, IPCA/IBGE)



Fonte: Ipea/Disoc.

Gráfico 2 – Evolução do Gasto Social Federal per capita

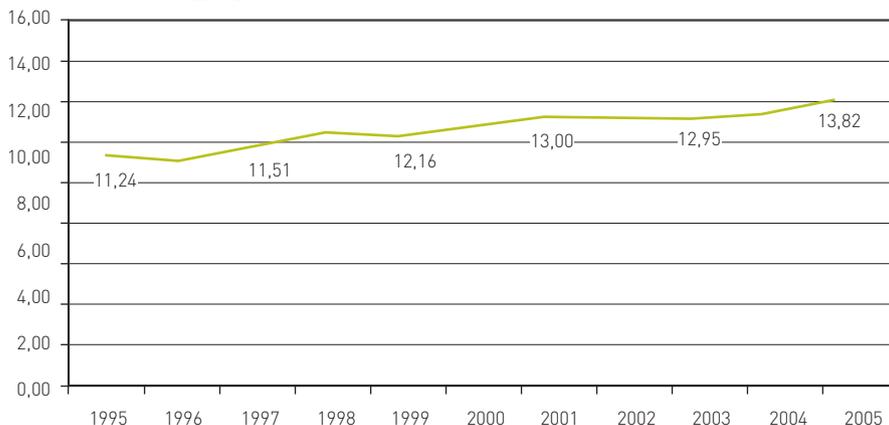
(Em R\$ de dez. 2006, IPCA/IBGE)



Fonte: Ipea/Disoc.

Gráfico 3 – Evolução da Participação do Gasto Social Federal no PIB

(Em %)



Fonte: Ipea/Disoc.

Alguns traços comuns desses três períodos devem ser destacados. Um primeiro foi o reduzido crescimento do PIB. Por contingências várias, a política de estabilização monetária inaugurada em 1994 passou por diversas mudanças em seus fundamentos. Durante o período 1995-1998 e o início do período 1999-2002, elas incluíam: câmbio valorizado, abertura comercial, restrição fiscal e juros elevados. No final do período 1999-2002 e início do período 2003-2005, alteraram-se para: metas de inflação, abertura comercial e juros elevados.

Um dos fundamentos que permaneceu como componente da política de estabilização foi a taxa de juros que, em seus níveis extremamente elevados,

ajudou a reduzir as possibilidades de crescimento do produto. Entre 1995 e 1999, a variação anual do PIB brasileiro foi de somente 2,0% em média. No período 2000-2003, 2,4%. Apenas de 2004 em diante é que essa taxa de variação do PIB alcançou patamares mais razoáveis: 4,5% a.a. em média.⁴ Para a área social, especificamente, as conseqüências do pífio crescimento do produto foram duas: por um lado, aumentaram as demandas sociais da população (por exemplo, a degradação do mercado de trabalho); por outro, os recursos das políticas sociais (necessários para lidar com essas novas demandas) não aumentaram na proporção inicialmente prevista pela CF de 1988.

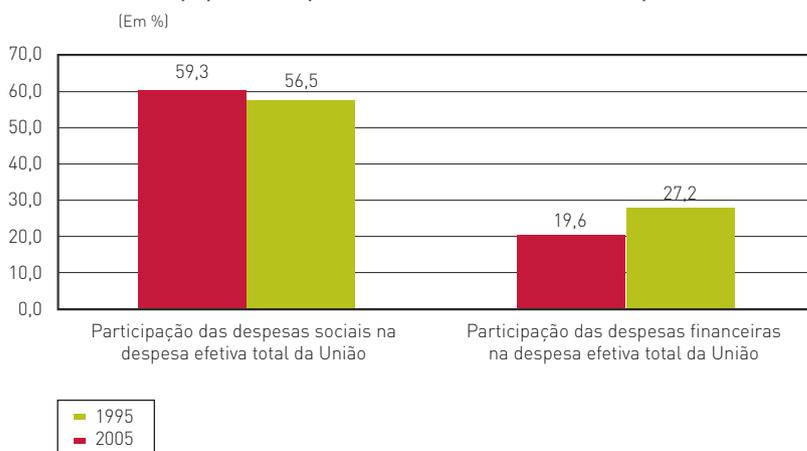
Outro traço comum aos períodos estudados foi o aumento da arrecadação de tributos federais, destinados à ampliação dos gastos sociais e (cada vez mais) à expansão dos gastos financeiros. Tomando-se a despesa efetiva total da União como parâmetro de comparação, verifica-se que a despesa federal com a implementação das políticas sociais diminuiu de 59,3% em 1995 para 56,5% em 2005 (apesar do aumento, absoluto e relativo, verificado anteriormente); enquanto a despesa financeira aumentou de 19,6% para 27,2%. A razão deste aumento esteve na utilização de juros elevados como um fundamento da política de estabilização monetária desde 1994 – mais e mais recursos foram direcionados à contínua tentativa de reequilíbrio da dívida pública federal. Ressalte-se que tais recursos originaram-se não da compressão de outros tipos de despesas da União, mas sim da maior arrecadação de tributos federais. Os tributos que aí se destacaram foram as contribuições sociais que a CF de 1988 havia originalmente destinado à ampliação das políticas sociais – como a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), além da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada *a posteriori*. Como já citado, o mecanismo que permitiu o financiamento de despesas financeiras com recursos que deveriam financiar as despesas sociais foi a chamada “desvinculação”, imposta sucessivamente por meio do FSE, do FEF e da DRU.

Por fim, outro traço comum aos períodos analisados – e que resultou dos traços anteriormente destacados – foi a universalização restrita das políticas sociais no Brasil. Mesmo em um cenário de reduzido incremento do PIB, a maior arrecadação de tributos possibilitou o crescimento do gasto social, mas não a

⁴ Estimando-se o crescimento de 5,21% do PIB no ano de 2007 – conforme o Boletim *Focus* do Banco Central do Brasil (BCB) divulgado em 14 de janeiro de 2008.

ponto de viabilizar (na íntegra) o amplo leque de proteções previsto na CF de 1988. Na verdade, ao longo dos anos 1990 e 2000, a concorrência do gasto social com o financeiro (quase sempre em detrimento do primeiro) propiciou uma universalização restrita das proteções – seja do ponto de vista quantitativo (há grupos que continuam a descoberto, como os trabalhadores por conta própria das áreas urbanas, que não contam com um efetivo amparo previdenciário) ou qualitativo (há bens e serviços com problemas de qualidade, como evidenciam, por vezes, as áreas de educação e saúde). Isso significa que, apesar de todo o avanço da política social brasileira pós-1988 (que se mostrou capaz de constituir um dos mais completos sistemas de proteção de que se tem notícia no hemisfério sul do planeta), ainda há que avançar mais nos próximos anos. Para tanto (e na linha do que preconizou originalmente a CF), os recursos destinados ao gasto social devem crescer no Brasil – incorporando, por exemplo, aqueles que são imprópriamente desviados para o gasto financeiro, por meio da DRU.

Gráfico 4 – Participação de Despesas Sociais e Financeiras na Despesa Efetiva Total da União



Fonte: Ipea/Disoc.

1.6. DINÂMICA DE ALGUMAS ÁREAS SOCIAIS EM 1990 E 2000

É importante traçar as linhas gerais da implementação da política social brasileira em algumas áreas específicas, mesmo que de maneira resumida. Iniciando pela *seguridade social*, cabe lembrar que a CF de 1988 atribuía grande importância à estruturação desta área. Reunindo a saúde, a previdência e a assistência social, a seguridade deveria contar com a gestão unificada (realizada por um ministério da seguridade social), acompanhada por um conselho paritário

(um conselho de seguridade, com a participação do Estado e da sociedade civil organizada) e com recursos próprios (originários de um orçamento da seguridade – autônomo em relação ao orçamento fiscal e de investimentos das estatais). Desse conjunto, pode-se afirmar que apenas o orçamento é uma realidade hoje – embora tal afirmação deva ser relativizada (afinal, ele existe mais como artifício de contabilidade pública do que como um mecanismo de financiamento, destinado a garantir efetividade aos programas e ações da seguridade). Quanto ao papel de mecanismo de financiamento, que deveria ser desempenhado pelo orçamento da seguridade, destaca-se ainda que a saúde, a previdência e a assistência social dependeram cada vez mais das contribuições sociais ao longo das décadas de 1990 e 2000 (os demais tributos – como os impostos – perderam a relevância que possuíam na estrutura de financiamento dessas áreas). Ademais, é preciso lembrar que, nesse período, parcela significativa das contribuições foi desviada para o financiamento de gastos financeiros (por meio do FSE, do FEF e da DRU), em vez de se destinar aos gastos sociais.

Essa questão do financiamento é relevante para a área de *previdência social*, que depende principalmente da contribuição sobre a folha de salários, paga por empregados e empregadores. Ao menos no que concerne ao regime geral, a previdência expandiu-se desde o início dos anos 1990. Além dos empregados e outros contribuintes urbanos, ela passou a atender os trabalhadores rurais em regime de economia familiar.⁵ Isso significou a ampliação da população protegida, de 35,8 milhões em 1995 para 47,1 milhões em 2005 – um incremento de 31,6% no número de trabalhadores diretamente amparados contra riscos previdenciários – ou 55,6% da população economicamente ativa (PEA) brasileira. Essa expansão teve em sua base não apenas a contribuição sobre a folha de salários, mas também outras contribuições sociais, tal como originalmente previsto pela Constituição. Em 2005, a previdência demandou gastos federais de R\$ 158,4 bilhões – ou 7,0% do PIB nacional.⁶ No entanto, nesse ano, 37,6 milhões de trabalhadores não estavam amparados contra riscos laborais (o que representava 44,4% da PEA). Esse contingente era formado por desempregados urbanos e rurais, bem como trabalhadores autônomos, empregados sem carteira e empregadores urbanos que não contribuía para o regime geral. A inclusão de todos esses trabalhadores na previdência social é um desafio importante, que demanda uma discussão da

5 Vale lembrar que, desde o início dos anos 1970, a previdência social já protegia os empregados rurais (mas não os trabalhadores em regime de economia familiar).

6 As informações sobre gastos federais e PIB desta seção estão em Castro *et al.* (2008).

estrutura de financiamento da área (envolvendo inclusive um debate da DRU, que atualmente desvia um montante não desprezível de recursos).

A área de *assistência social* também se ressentia da insuficiência de recursos para a ampliação da proteção. Apesar de a Constituição ter definido que a assistência não deveria se restringir às parcelas caracterizadas pela estrita insuficiência de renda – que demandam, na maioria das vezes, transferências diretas de recursos. Mas também deveria levar em consideração grupos marcados por vulnerabilidades (decorrentes de idade, maternidade, deficiências e outras condições) – que exigem a prestação de serviços de múltiplas espécies. Seja como for, dada sua dimensão no Brasil, a pobreza (compreendida enquanto insuficiência de rendimentos) permaneceu como um ponto fundamental de atenção da assistência social. Nesse sentido, ao longo dos anos 1990 e 2000, um conjunto de programas e ações foi implementado, expandindo a proteção da população. Por um lado, estiveram os benefícios não-contributivos de prestação continuada (BPC), para os idosos e os portadores de deficiências em situação de extrema pobreza. O número de benefícios passou de aproximadamente 350 mil em 1996 para 2,3 milhões em 2005 – um crescimento de quase sete vezes em dez anos. Por outro lado, os benefícios do Programa Bolsa Família (PBF) foram direcionados à população em condições de pobreza extrema. Esse programa surgiu em 2003, por meio da unificação de outras iniciativas de transferência direta de renda, e alcançou 11,1 milhões de famílias em 2006 – o que significou aproximadamente 53,6 milhões de pessoas (com grande proporção de crianças e adolescentes). Tal conjunto de iniciativas fez com que o gasto federal em assistência multiplicasse por 15 entre 1995 e 2005 (atingindo R\$ 18,8 bilhões nesse último ano – ou 0,83% do PIB brasileiro). De qualquer modo, não obstante o crescimento importante (e meritório) desse gasto, estima-se que hoje ainda haja 20,3 milhões de pessoas vivendo em condições de extrema pobreza em todo o Brasil.⁷ Isso é uma indicação de que há necessidade de ampliação/aprimoramento de programas e ações de assistência (entre outras áreas) – o que supõe, certamente, uma discussão da sua estrutura de financiamento (incluindo o debate da DRU, que drena recursos que seriam valiosos no combate à pobreza).

7 A referência deste número é a população brasileira que sobrevive com rendimentos mensais domiciliares *per capita* de até 1/4 de salário mínimo (SM), de acordo com os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do IBGE de 2006. Com alguma probabilidade, parcela desse contingente populacional já é beneficiária de programas e ações de transferência de renda da assistência social. O que pode ocorrer, neste caso, é que os valores transferidos sejam insuficientes para situar esse contingente acima da citada linha de extrema pobreza.

Na área de *trabalho e renda*, é necessário lembrar que a dinâmica do PIB deixou muito a desejar na década de 1990, bem como no início da atual. Isso resultou em um lento aumento da ocupação (especialmente da formalizada), um acelerado crescimento do desemprego (e de sua duração) e uma diminuição dos rendimentos do trabalho (enquanto média e também massa). Conseqüentemente, aumentaram as demandas dos trabalhadores por proteção social, ao mesmo tempo em que pioraram as condições de acesso a tal proteção – a área laboral é dependente de contribuições prévias. Em termos relativos, menos trabalhadores passaram a contribuir (e com menores valores) para os programas e ações e, simultaneamente, um menor número acessou seus benefícios. No caso do seguro-desemprego – a principal iniciativa na área laboral brasileira em termos de recursos –, o número de trabalhadores beneficiados passou de 4,8 milhões em 1995 para 5,6 milhões em 2005 (um incremento de 16,7% – muito abaixo do incremento do desemprego aberto, de 58,6%). A taxa média de cobertura restringiu-se a 64,7%, enquanto a taxa média de reposição da remuneração atingiu apenas 53,5%.⁸ Ademais, a duração do seguro-desemprego não acompanhou, no período, o aumento da duração do desemprego (nas grandes áreas metropolitanas, este tempo dobrou no caso do desemprego aberto e triplicou no caso do desemprego oculto). Ou seja, mesmo dentro do mercado formal de trabalho, o seguro-desemprego ainda representa uma proteção limitada para os trabalhadores – o que dirá para o mercado de trabalho como um conjunto (incluindo os trabalhadores informais – empregados sem registro ou por conta própria, que não contribuem para as políticas sociais, trabalhadores sem remuneração etc.). Assim, há necessidade de ampliação/aprimoramento de programas e ações laborais, o que exige, mais uma vez, uma discussão acerca da estrutura de financiamento da área (incluindo a DRU). Em paralelo, há necessidade de um debate sobre o papel dos fundos públicos na dinamização da economia e do mercado de trabalho no país. Neste sentido, particularmente relevante é o papel dos fundos administrados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) – como, por exemplo, uma parcela expressiva do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que pode ser direcionada para investimentos capazes de catalisar a expansão da ocupação e da renda. Com isso, diminuiria a excessiva (e, em alguma medida, indevida) pressão sobre programas e ações laborais, pois se reduziriam as demandas por proteção dos trabalhadores brasileiros.

⁸ A taxa de cobertura é a proporção entre o número de trabalhadores segurados e o número de trabalhadores demitidos sem justa-causa (que é o tipo de demissão que, via de regra, permite o acesso ao seguro-desemprego). Já a taxa de reposição é a proporção entre o valor médio do benefício de seguro-desemprego e o valor médio da remuneração dos trabalhadores no momento de sua demissão.

Por fim, dada a sua importância dentro da política social estruturada a partir da CF de 1988, as áreas de *saúde e educação* serão analisadas detalhadamente nas seções a seguir.

2. SAÚDE

2.1. INTRODUÇÃO

A importância social, econômica e política da saúde é, no Brasil, cada vez mais evidente. O valor social atribuído a essa questão é confirmado por pesquisas de opinião que colocam a saúde como o maior problema enfrentado no dia-a-dia, segundo 24,2% da população, seguido pelo desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%), violência (14%) (CONASS, 2003). Ou, ainda, como o pior dos problemas nacionais, junto com a violência, de acordo com 21% dos brasileiros (DATAFOLHA, 2007, *apud* SINMED-MG, 2007).

A relevância econômica da saúde se expressa na presença do setor na economia como um todo, nos gastos dos três níveis de governo e no balanço de pagamentos. A participação na economia já é superior a 7% do PIB. No orçamento público global (federal, estadual e municipal) o gasto com saúde só é superado por previdência e educação. No âmbito federal é ultrapassado apenas pelas despesas previdenciárias. No balanço de pagamentos, por sua vez, somente a importação de fármacos e medicamentos – sem incluir, portanto, equipamentos e outras tecnologias de ponta do setor –, tem apresentado um déficit superior a US\$ 3,5 bilhões nos últimos anos (GADELHA, 2008).⁹ Além disso, a saúde é o quarto item de gasto de consumo entre as famílias brasileiras precedido por alimentação, habitação e transporte, embora a dimensão percentual da participação de cada item varie segundo a renda.¹⁰

A importância política pode ser medida pelo tamanho da “bancada da saúde” no Congresso Nacional. Na legislatura atual, cerca de 260 parlamentares

9 Estimativas apresentadas por Gadelha (2008).

10 No caso da saúde, a participação relativa na renda familiar cresce à medida que a renda aumenta. É de 5% entre os 10% mais pobres e de 10% da renda entre os 10% mais ricos.

(JORNAL DO CFO, 2007) de diferentes partidos e posições ideológicas compõem a Frente Parlamentar pela Saúde (FPS).¹¹

Nos termos da CF de 1988, saúde é direito do cidadão brasileiro, assegurado por políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (artigo 196). Ao mesmo tempo, a CF determina que é dever do Estado garantir o exercício desse direito (artigo 196), por força de sua responsabilidade tanto no campo específico das ações e serviços públicos de saúde, exercida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como, no âmbito geral, ao promover o desenvolvimento social e atuar sobre os determinantes das condições de saúde. Embora livres à iniciativa privada (artigo 199 *caput*), as ações e serviços de saúde são de “relevância pública”, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (CF, artigo 197).

A seção 2.2 discute as condições de saúde coletiva e seus determinantes, com destaque para as mudanças verificadas nas últimas décadas no perfil epidemiológico da população. A seção 2.3 discorre sobre o sistema de saúde brasileiro, elencando algumas características básicas do seu desenvolvimento e as principais inovações trazidas pela CF de 1988, enquanto a seção 2.4 é dedicada ao papel do Estado na área da saúde como agente financiador, regulador e provedor de serviços de saúde. Considerações finais compõem a seção 2.5.

2.2. NÍVEL DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES

2.2.1. Considerações gerais

A melhoria do nível de saúde de uma população depende de inúmeros fatores. O acesso a bens e serviços de saúde é um deles. Mas, tão ou mais relevantes, sob a ótica coletiva, são os chamados determinantes socioestruturais relacionados ao padrão de desenvolvimento, entre os quais o grau de educação da sociedade, a renda e sua distribuição, e as condições ambientais, sobretudo as de saneamento básico. O nível de saúde da população é também influenciado

11 Um outro indicador do crescimento da importância política do tema está na Conferência Nacional de Saúde (CNS). Até 1986, esse fórum era exclusivamente técnico. A partir de 1990 passou a ter a participação paritária da sociedade civil, o mesmo acontecendo com os eventos similares estaduais e municipais. A última CNS (XII), realizada em novembro de 2007, contou com mais de 3 mil delegados.

por fatores comportamentais responsáveis pelo estilo de vida das pessoas, que pode ser mais ou menos saudável, afora as características individuais como idade, sexo, hereditariedade, raça/cor, fatores, que, ao contrário dos anteriores, estão fora do alcance de políticas públicas.

A saúde de uma população costuma ser medida pela sua ausência. Embora existam indicadores *positivos*, como a esperança de vida, paradoxalmente, as ferramentas mais utilizadas estão no seu oposto – a morte e a doença – medidas pelos coeficientes e taxas de mortalidade e morbidade.

A esperança de vida ao nascer¹² tem aumentado no mundo inteiro ao longo do tempo. No Brasil era ligeiramente inferior a 55 anos na primeira metade dos anos 1960, chegando a 72,3 anos em 2005 (IBGE). Países desenvolvidos já tinham alcançado esse nível de longevidade meio século antes, quando norteamericanos e dinamarqueses, por exemplo, já viviam, em média, 70,9 e 72 anos, respectivamente (BRASIL/EPEA, 1966). Mesmo quando o Brasil é confrontado com países com os quais tenha alguma relação, nem que seja de proximidade geográfica, a situação brasileira, de modo geral, ainda é desconfortável. Em 2003, na Argentina a esperança de vida era de 74 anos, no Chile, de 77 anos e no Uruguai, de 75 anos.

Há, contudo, diferenças significativas nesse indicador. Tanto entre sexos, consideradas naturais dentro de certos limites, como entre regiões e segmentos socioeconômicos, casos em que as desigualdades se tornam iníquas. As mulheres, como regra universal, têm vida mais longa (71 anos) do que os homens (67 anos). A esperança de vida entre os brasileiros ultrapassou os 70 anos na virada do milênio, marca atingida pela região Sul no começo dos anos 1990. Estimativas para 2005 apontam que apenas o Nordeste não alcançou o mesmo patamar, embora seja a região que apresente a melhor evolução desde 1991: 62,8 anos em 1991 para 69 anos em 2005.

2.2.2. A mortalidade infantil

Enquanto a esperança de vida é o mais conhecido dos indicadores *positivos* da situação de saúde coletiva, entre os *negativos* a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é, universalmente, um dos mais utilizados.

¹² Número de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL/IDB, 2006).

No Brasil, em meados dos anos 1960, a TMI era de 112 óbitos em cada mil crianças nascidas vivas (BRASIL/EPEA, 1966). Dados de 2005 indicam 21 – 1/1.000 – taxa próxima à da Inglaterra (21 – 8/1.000) no início dos anos 1960, quando Holanda e Suécia já tinham alcançado uma TMI em torno de 16/1.000 (BRASIL/EPEA, 1966). Taxas menores de 10/1.000 são comuns em países ricos, embora sejam encontradas em países latino-americanos como Cuba, Chile e Costa Rica.

A TMI no Brasil decresceu 37,4% entre 1996 e 2005, quando caiu de 33,7 por mil nascidos vivos para 21,1 por mil. A região Nordeste foi a que apresentou o declínio mais significativo (40,7%). Apesar dessa redução no risco de morte entre as crianças de menos de um ano de idade, persistem intensos contrastes regionais e interestaduais, dada a conhecida correlação entre saúde e desenvolvimento econômico: na região Nordeste, em 2005, a TMI (25,5 por mil) era 1,85 vez superior à da região Sul (13,8 por mil) – Departamento de Informática do SUS (Datasus)/ Secretaria Executiva (SE)/Ministério da Saúde (MS) e Indicadores e Dados Básicos para Saúde (IDB). A elevação dos níveis de educação geral da população constitui fator fundamental para o decréscimo da taxa de mortalidade na infância. Segundo estimativas do IBGE com base na Pnad de 2004, “a taxa de mortalidade infantil em crianças cujas mães tinham menos de três anos de estudo era 1,3 vez mais elevada do que as com oito anos ou mais de escolaridade” (IPEA, 2007).

Inúmeros fatores têm contribuído para a queda da mortalidade infantil. Entre os de ordem geral estão: *a*) tendência de queda da fecundidade (em 1940 cada mulher tinha, em média, 6,2 filhos – esse número, a partir de 2000, é inferior a 2,3 em média); *b*) aumento da escolaridade das mães; e *c*) melhoria das condições ambientais (saneamento básico, principalmente água) e nutricionais – estas últimas fortemente influenciadas pelas políticas de complementação de renda. Os fatores específicos incluem o aumento da cobertura da atenção básica, a ampliação da cobertura vacinal, inclusive com a incorporação de novas vacinas ao esquema básico, a extensão do período de aleitamento materno exclusivo, a utilização da Terapia de Reidratação Oral (TRO) e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Esses seis elementos estão, direta ou indiretamente, associados à estratégia Saúde da Família, iniciada na segunda metade da década de 1990.¹³

13 Estudo produzido pelo Ministério da Saúde (MACINKO; GUANAIS; MARINHO, 2006) mostra que o Programa Saúde da Família (PSF) teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil. A cobertura média do PSF, nos municípios estudados, em 2004, foi de 62,3%, em 2002 era de 54,8%. Segundo a mesma fonte, para cada 10% de aumento na cobertura do PSF, corresponde uma redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil. (BRASIL/ODM, 2007).

2.2.3. O novo perfil da mortalidade e da morbidade

À medida que uma proporção maior da população é capaz de sobreviver ao impacto das doenças transmissíveis, como decorrência do processo de desenvolvimento socioeconômico e do aumento da eficácia das ações de saúde pública, cresce de importância a mortalidade por doenças tais como câncer, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e diabetes.

Os cinco principais grupos de causas de morte na população em geral, conforme dados de 2004, têm sido os mesmos desde o início da década de 1990: doenças do aparelho circulatório (27,9%), neoplasias (13,7%), causas externas (12,4%), doenças do aparelho respiratório (10,0%) e doenças infecciosas e parasitárias (4,5%). Essa distribuição difere substancialmente da que prevalecia pelo menos até o fim da primeira metade do século XX, quando as doenças transmissíveis, então a principal causa de óbito na população como um todo, davam o traço predominante do perfil epidemiológico do Brasil.

O aumento das doenças crônicas e degenerativas em pessoas com mais de 60 anos não surpreende. Trata-se de fenômeno universal em países que controlaram, ou estão prestes a fazê-lo, as doenças típicas da pobreza e do subdesenvolvimento, como as infecciosas e as parasitárias. O inusitado no quadro sanitário nacional é o percentual, relativamente alto, de óbitos precoces em certa medida evitáveis, causado pelas doenças que seriam próprias de idades mais avançadas.

Doenças como neoplasias, diabetes e cardiovasculares ganharam novos recursos de diagnóstico e tratamento, ao mesmo tempo em que foi identificada grande parte dos fatores de risco que as envolvem, possibilitando assim a sua prevenção ou tratamento precoce. Não obstante, entre 1990 e 2004 a mortalidade específica por neoplasmas malignos em pessoas com menos de 50 anos de idade aumentou em todas as grandes regiões. Na média nacional, o indicador¹⁴ cresceu 16% ao passar de 13,15 para 16,58 óbitos por 100 mil habitantes. As doenças cardiovasculares tiveram comportamento similar no mesmo grupo etário, subindo 26% em média.

As chamadas *causas externas* respondem pela maior parte dos óbitos entre adolescentes e adultos jovens, afetando em graus diferentes homens e mulheres. Para os homens, em geral, é a segunda mais importante e equivalem a 18,3% do total de óbitos. Já entre as mulheres representam a quinta causa de

¹⁴ Óbitos por neoplasias malignas por 100 mil habitantes (maiores de 50 anos).

mortalidade¹⁵ (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS/DASS, 2005). Esse grupo de causas é responsável, a cada ano, pela morte de cerca de 125 mil pessoas no país (127.400, em 2004). Mais do dobro (2,7 vezes), portanto, do que a mortalidade por doenças infecto-contagiosas (46.067 óbitos no mesmo ano), conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Datasus. Nos anos 1960, a situação era diametralmente oposta: a mortalidade por doenças transmissíveis superava em 6,5 vezes a decorrente de acidentes, suicídios e homicídios (BRASIL/EPEA, 1966).

No campo das doenças crônicas não-transmissíveis, o conhecimento da distribuição dos seus fatores de risco é fundamental, principalmente os de natureza comportamental, como dieta, sedentarismo, uso do tabaco, do álcool e de outras drogas, pois é sobre esses fatores que a ação pública pode ser mais efetiva. No Brasil, o esforço para levar informação sobre fatores de risco à população em geral, e aos grupos mais vulneráveis em particular, tem se feito presente, mas ainda é insuficiente.

Embora essencial, a informação, por si só, não é suficiente se não gerar mudanças comportamentais positivas. Mesmo quando produz as mudanças desejadas no estilo de vida do público-alvo e contribui para diminuir a incidência da doença, os casos não evitados nem sempre encontram o atendimento adequado que necessitam. Esse paradoxo está presente, por exemplo, nos milhares de amputados a cada ano devido ao diabetes. Estudo multicêntrico promovido pelo MS publicado em 2006 (*apud The Review of Diabetic Studies*) mostra que apenas 58,2% dos 2.230 diabéticos de oito cidades brasileiras tiveram o pé examinado no ano anterior à pesquisa. Menos da metade (46,9%) realizou exame oftalmológico, fundamental na prevenção da cegueira, um dos efeitos adversos da moléstia.

No caso brasileiro, as doenças infecciosas e parasitárias podem ser agrupadas em cinco categorias, conforme sua inserção no cenário epidemiológico interno: *a) as erradicadas*, como a varíola, a poliomielite e a febre amarela urbana; *b) as declinantes*, como sarampo, raiva humana, difteria, tétano e coqueluche, todas controláveis por imunização e doença de Chagas e hanseníase; *c) as persistentes*, entre as quais, malária, tuberculose, hepatites virais (especialmente B e C), leptospirose, meningites, leishmaniose e febre amarela silvestre; *d) as emergentes*, doenças que surgiram ou foram identificadas nas duas últimas décadas do século XX, como a Aids, a partir de 1980, e a hantavirose, uma antroponose diagnosticada pela primeira vez no continente americano em 1993; e *e) as*

15 Em 2003, corresponderam a 4,7% do total; 32% foram causados por acidentes de transporte e 19,9% por agressões. Destes, 53,6% foram decorrentes do uso de arma de fogo.

reemergentes, doenças controladas no passado mas que voltaram a representar problema de saúde pública, como a dengue, a partir de 1982, e o cólera com um pico epidêmico de 60 mil casos em 1993, em populações de áreas com fortes deficiências de saneamento básico (FINKELMAN, 2002, *op. cit.*).

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. Em 2006, o número de casos foi de 540 mil com 43 óbitos. A letalidade (porcentagem de óbitos em relação ao total de casos), entretanto, está em queda, como decorrência, entre outros fatores, da melhoria no acesso dos doentes ao tratamento oportuno.

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 (intersetorial e entre níveis de governo) e tempestiva do Poder Público, a indispensável colaboração da população. Embora seja relativamente simples e sem maiores custos, essa colaboração nem sempre acontece na escala necessária, pois exige mudanças comportamentais.

A tuberculose, outra importante doença transmissível, está historicamente associada à pobreza, à desigualdade social, às más condições de vida e habitação e, mais recentemente, à Aids. A taxa de incidência (número de casos novos por 100 mil habitantes) aumentou entre 2000 e 2003, e desde então vem decrescendo. Em 2005, a incidência esteve ao redor de 40/100 mil habitantes.

Entre as doenças emergentes a Aids é a mais importante. No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado em 1980. A partir desse ano, o número de casos aumentou constantemente até 1998. Desde então, a mortalidade decaiu, por força do tratamento com anti-retrovirais, e a taxa anual de incidência não apresentou mudanças significativas. Não obstante, a magnitude social e econômica do problema não pode ser negligenciada.

2.3. O SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

2.3.1. Antecedentes

O sistema brasileiro de serviços de saúde, nas suas origens hegemonicamente privado, ancorado na medicina liberal e na filantropia, evoluiu, a partir

da criação do seguro social na segunda década do século XX, para um modelo no qual a saúde passou a ser um direito inerente à cidadania e garantido pelo Estado (CF, artigo 196).

Antes disso, com o aumento da oferta de bens e serviços de saúde, sobretudo a partir dos anos 1960, o perfil do sistema de saúde brasileiro tornou-se mais nítido, sobressaindo em quatro aspectos: exclusão, segmentação, hegemonia privada na oferta, e ênfase em ações de recuperação da saúde.

A exclusão, porque o crescimento da assistência médica após a criação do seguro social em 1923 se deu mediante a incorporação gradual de categorias profissionais do mercado de trabalho formal urbano, ignorando o resto da população. Essa característica começou a ser atenuada na década de 1960 mediante a implementação de sucessivas políticas públicas que estendiam a assistência médica previdenciária, ainda que de forma restrita, aos grupos desprotegidos.¹⁶ A partir de 1988, com a criação do SUS¹⁷, todos os brasileiros, independentemente de sua vinculação ao sistema previdenciário, passaram a ter direito ao atendimento à saúde.

A segmentação, por sua vez, ocorria em duas vertentes: a institucional e a de clientela. A primeira, em virtude da histórica vinculação da assistência médico-hospitalar ao sistema previdenciário e das funções de saúde pública (particularmente o controle de doenças transmissíveis) ao MS (diretamente ou por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde). A segunda – segmentação de clientela – decorria da existência de cinco categorias de pacientes, cada uma com “direitos” específicos e, por isso, recebendo serviços com diferentes padrões de qualidade: *a*) os denominados, segundo o jargão setorial, pacientes “*particulares*”, ou seja, aqueles com vontade e capacidade para pagar diretamente (*out of pocket*) os serviços providos pelo mercado; *b*) os portadores de algum plano ou seguro de saúde, aqui incluídos os servidores públicos; *c*) os previdenciários urbanos; *d*) os previdenciários rurais; e *e*) o resto da população dependente da filantropia e de uma rede pública de pequeno porte e baixa diversificação.

16 Nesse sentido, foram importantes tanto a extensão da assistência médica aos trabalhadores rurais por intermédio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), como, a partir de 1974, a ampliação para toda a população da assistência médica da previdência social, em casos de emergência.

17 Imediatamente antes do SUS, a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o desenvolvimento de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – inclusive com o apoio de recursos financeiros da previdência social – já procuravam atender, sem discriminação, toda a população.

A hegemonia privada na oferta de serviços médico-hospitalares e a ênfase na recuperação da saúde, uma constante ao longo da história do país, foram robustecidas a partir de 1974 graças à sinergia entre os financiamentos subsidiados do Fundo de Assistência Social (FAS) da Caixa Econômica Federal (CEF) para ampliar e modernizar a rede privada e a garantia de mercado proporcionada pelos contratos previdenciários de compra de serviços. No país como um todo, em que pesem o crescimento da rede pública e a queda em número dos leitos hospitalares privados desde 1984, o setor privado permanece majoritário. Em 2005, do total de leitos existentes no país, 66,4% eram privados.

2.3.2. Inovações constitucionais de 1988

A CF de 1988 deu à saúde tratamento compatível com a importância crescente assumida pelo tema entre os valores da sociedade brasileira, sendo responsável pelas seguintes inovações:

- a) inclusão da saúde no conceito de seguridade social com a assistência social e a previdência;
- b) criação de novos tributos sob a forma de contribuições sociais (federais) vinculadas à seguridade social, em orçamento próprio;
- c) reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, com o conseqüente dever do Estado na garantia desse direito; e
- d) instituição de um SUS tendo como princípios e diretrizes a universalidade, integralidade e igualdade na atenção; a descentralização com comando único em cada esfera de governo e a regionalização da rede de serviços, como forma de organização; e a participação popular como instrumento de controle da sociedade sobre o sistema.

Universalidade, integralidade e igualdade na atenção

Como valores sociais, o acesso universal e a integralidade e a igualdade na atenção refletem a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem-estar, em substituição a um sistema excludente e desigual que existia antes de 1988.

A universalidade é um dos predicados de sistemas organizados com base na solidariedade. Canadá, Suécia, Costa Rica e Reino Unido, entre outros países, são exemplos de sistemas assim estruturados (MENDES, 2006). Instituir sistemas

com base nesses valores significa organizá-los em função de necessidades e mediante subsídios cruzados: dos ricos para os pobres, dos jovens para os idosos, dos usuários mais freqüentes para os menos freqüentes, dos sãos para os doentes (EVANS, 1996; TITELMAN; UTHOFF; JIMÉNEZ, 2000, *apud* MENDES, 2006). Lord Beveridge, idealizador do sistema de saúde inglês, um dos mais conhecidos modelos de acesso universal, justificava o valor da universalidade ao expressar que serviços exclusivos para os pobres serão sempre serviços pobres.

A integralidade da assistência está definida no artigo 198 da Constituição (atendimento integral) e de forma mais explícita no artigo 7º da Lei nº 8.080/1990 como “o 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”. Estes dispositivos têm sido os principais fatores impedientes do sucesso de tentativas de restringir a abrangência dos serviços de atenção à saúde como instrumento de contenção de gastos.

O acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde está previsto na CF (artigo 196) e a igualdade no atendimento, na Lei nº 8.080/1990 (artigo 7º, IV) ao tratar dos princípios e diretrizes para a organização do SUS, como “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. A palavra *equidade* só aparece no capítulo da seguridade social como um requisito para a forma de participação no seu custeio (CF, artigo 194, § único), ainda que preceito de atendimento igualitário possa expressar o princípio de equidade horizontal (igual atenção para igual necessidade).

Descentralização e participação social

A descentralização, outra das diretrizes constitucionais para organização do SUS, foi uma das áreas em que mais se avançou, a despeito dos obstáculos para sua consecução. As dificuldades em implantar essa diretriz estão relacionadas fundamentalmente: *a)* à diversidade de capacidade técnica, administrativa e financeira, particularmente no caso dos municípios, contra-indicando, portanto, soluções ou estratégias uniformes para todo o país¹⁸; e *b)* impossibilidade e até mesmo inadequação, do ponto de vista técnico e econômico, de a maioria dos municípios ter sistemas auto-suficientes.

¹⁸ Possivelmente, por essa razão, a municipalização não era a intenção inicial do legislador que, até o final do processo constituinte, pretendia atribuir às administrações locais apenas a responsabilidade sobre a atenção primária. Somente na última versão da Carta é que a competência municipal foi ampliada e assumiu sua forma definitiva: “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento de saúde à população” (CF, artigo 30, VII).

A participação social (artigo 198, III), por sua vez, foi objeto de lei específica (Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Foram então institucionalizadas, em cada esfera de governo, duas instâncias participativas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Ambas já existiam muito antes do SUS. O que mudou com a Lei nº 8.142 foram, principalmente, *a*) a composição dos dois foros que passaram a incluir representação de usuários, “paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (Lei nº 8.142, artigo 1º, § 4º), *b*) a institucionalização desses colegiados nas três esferas de governo e *c*) o caráter deliberativo do Conselho de Saúde, que antes de 1990 era meramente consultivo.

2.4. O PAPEL DO ESTADO: FINANCIAMENTO, REGULAÇÃO E PROVISÃO

2.4.1. Por que o Estado?

Além de motivos de ordem institucional, política e social que podem respaldar, em cada país, a participação do Estado na área da saúde, há pelo menos três outras razões que justificam essa intervenção na provisão (direta ou indireta) de serviços, na regulação de diversos aspectos das atividades setoriais e no seu financiamento.

Em primeiro lugar, porque saúde contribui para melhores níveis de produtividade e bem-estar e os segmentos mais pobres da população nem sempre podem custear as ações e serviços para sua manutenção e, sobretudo, recuperação; algumas necessidades de saúde podem acarretar custos catastróficos até mesmo para as famílias de renda média alta. Segundo, porque ações e serviços de saúde são de *relevância pública* cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação controle e fiscalização (CF, artigo 197); ademais algumas dessas ações são classificadas como bens públicos (vigilância sanitária e epidemiológica) ou produzem externalidades (vacinação, por exemplo). Por fim, a presença do Estado se justifica pela assimetria de informação e demais falhas presentes no mercado da saúde.

2.4.2. O Estado financiador

Introdução

O financiamento da saúde é objeto de preocupação universal. Nos países desenvolvidos, que já investem parcela considerável (e crescente) do seu PIB no setor, as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência,

a efetividade e a equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-assistenciais não redundam, necessariamente, em melhores condições de saúde, nem resolve, por si só, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, além desses problemas, estão presentes outros, como a necessidade de estender cobertura assistencial a toda a população, de melhorar a qualidade dos serviços e atender ao financiamento setorial em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico.

O gasto com saúde vem aumentando em quase todos os países. Representava 3% do PIB mundial em 1948. Passou para 8,7% do PIB em 2004 (PAHO, 2007). No período 1998-2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde (5,71%) superou a taxa média de crescimento da economia mundial que foi de 3,63% (HSIAO, 2006).

De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas e de recursos geridos por operadoras de planos e empresas de seguros privados. O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000). Nos países de renda alta as fontes administradas pelo setor público se responsabilizam, em média, por mais de 60% do gasto total, enquanto nos países de renda baixa a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total (SCHIEBER *et al*, 2006). Na América Latina e no Caribe a participação de recursos públicos é, em média, inferior a 50%.

De acordo com estimativas da OMS, o Brasil gastou cerca de 7,9% do PIB com saúde em 2005. Desse montante, o gasto privado (das famílias e das empresas) responde por 55,9% do gasto total e o desembolso no ato (*out-of-pocket*)¹⁹, isoladamente, atinge cerca de 30% do total (OMS, 2008). Ou seja, como parcela do PIB o país gasta valores próximos aos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), mas, ao contrário destes, no Brasil a participação do gasto público, como percentual do gasto total, é muito menor²⁰ (tabela 1).

19 O gasto privado normalmente é dividido em duas modalidades: a) direta ou desembolso no ato é aquele que ocorre no ato do consumo dos serviços ou que depende do consumo de serviços; e b) pré-pagamento é aquele feito antecipadamente como prêmio de um plano ou seguro de saúde independente do uso.

20 Entre os países da OCDE o gasto público corresponde, em média, a 70% do gasto total com saúde.

| Tabela 1 – Gasto Total (público e privado) com Saúde em Relação ao PIB e Gasto Público em Relação ao Gasto Total com Saúde em Países Seleccionados (2005) | | |
|---|----------|--------------------|
| Países | % do PIB | % do Gasto público |
| Alemanha | 10,7 | 76,9 |
| Austrália | 8,8 | 67,0 |
| Bélgica | 9,6 | 71,4 |
| Brasil | 7,9 | 44,1 |
| Canadá | 9,7 | 70,3 |
| Espanha | 8,2 | 71,4 |
| Estados Unidos | 15,2 | 45,1 |
| Inglaterra | 8,2 | 87,1 |

Fonte: WHS (2008).

A comparação entre o gasto com saúde do Brasil e o nível alcançado em certos indicadores como expectativa de vida e mortalidade infantil coloca o Brasil em desvantagem em relação a outros países de renda média e da América Latina. Essas comparações, entretanto, devem ser analisadas com cautela, pois diversos fatores – grau de distribuição de renda, escolaridade das mães e saneamento básico, entre outros – influenciam os indicadores de saúde supramencionados (MEDICI, 2005; WORLD BANK, 2003).

Maior nível de gasto não redundava, isoladamente, em serviços de saúde mais eficientes, efetivos e equitativos. Na verdade, os modelos de financiamento e de organização dos serviços podem ter uma influência muito mais forte nos custos e nos resultados dos sistemas. O sistema americano, por exemplo, calcado fundamentalmente em seguros privados, despende, anualmente, 15% do PIB americano, mas os Estados Unidos têm a mais alta taxa de mortalidade infantil entre os países de renda alta e a mais baixa expectativa de vida (HSIAO, 2006). A Índia, cujo sistema é sustentado, basicamente, pelo pagamento no ato (*out-of-pocket*), gastou 4,8% do PIB com saúde em 2003, mas tem uma mortalidade infantil cinco vezes maior do que o Sri Lanka, país que despendeu 3,5% do PIB e têm serviços financiados, predominantemente, com recursos públicos (HSIAO, 2006).

O sistema de saúde do Brasil é pluralista, tanto em termos de segmentos de atenção à saúde, quanto de fontes de financiamento. Essa pluralidade se expressa nas quatro vias de acesso da população aos serviços de saúde: a) o SUS, de acesso universal,²¹ gratuito e financiado, exclusivamente, com recursos públicos (impostos

21 Atualmente, embora mais de 90% da população seja usuária 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 consolidados há mais tempo. Aqui, a maioria (61,5%) utiliza o SUS e outras modalidades (plano de saúde, pagamento direto). Os não usuários são 8,7% (CONASS, 2003).

e contribuições sociais); *b*) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; *c*) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientelas, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores, junto com o anterior formam os chamados sistemas de “clientela fechada”; e *d*) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (*out-of-pocket*) (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2006).

Na prática, o financiamento público, de algum modo, se estende a todos esses segmentos. Em alguns de forma mais direta e preponderante. Em outros, de forma indireta e mais parcial, por meio da possibilidade de descontar sem limites os gastos com médicos, laboratórios, hospitais e planos de saúde no cálculo do imposto de renda devido ou através de outras isenções fiscais, como as conferidas às instituições filantrópicas que operam na área.

Mudanças recentes no financiamento público

A aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, em 2000, conferiu maior estabilidade ao financiamento federal da saúde e propiciou alteração significativa na participação relativa dos estados e dos municípios no financiamento do SUS.²² Nos anos 1990, os recursos federais correspondiam a cerca de 73% do gasto público com saúde (BARROS; PIOLA; VIANNA, 1996). Em 2000, essa participação tinha decrescido para cerca de 60% (PIOLA; BIASOTO, 2001). Em 2005, a participação federal ficou em torno de 50%.

A EC nº 29, proporcionou um aumento nos recursos públicos destinados à saúde no período 2000-2005, tanto no volume total, como em valores *per capita*. Também cresceu o percentual do gasto do SUS em relação ao PIB.²³ As taxas de crescimento dos gastos com saúde nas três esferas de governo, contudo, não foram idênticas. Os recursos aplicados pelos estados e pelos municípios apresentaram taxas de crescimento maiores que as do governo federal.²⁴ O gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo foi estimado em R\$ 405,00, em 2005. Esse dispêndio cresceu 33,3% entre 2000

22 A EC nº 29, de 2000, vinculou recursos para ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo. Para a esfera federal a base foi o orçamento executado em 1999, mais 5%, para o ano 2000 e daí para frente seriam feitas correções com base no crescimento nominal do PIB. Para estados e municípios foram vinculados 12% e 15% da receita própria, respectivamente, partindo-se de um patamar de 7% em 2000. A própria emenda prevê a revisão/ confirmação dos critérios a cada cinco anos no máximo.

23 A despesa dos três níveis de governo com o SUS cresceu de 2,89% do PIB em 2000 para 3,47% em 2005.

24 Isso decorre, em parte do esforço maior exigido dos estados, Distrito Federal e municípios, pela EC nº 29.

e 2005, sendo que o gasto federal cresceu 11,12% e o gasto próprio de estados e municípios em torno de 66% (tabela 2).

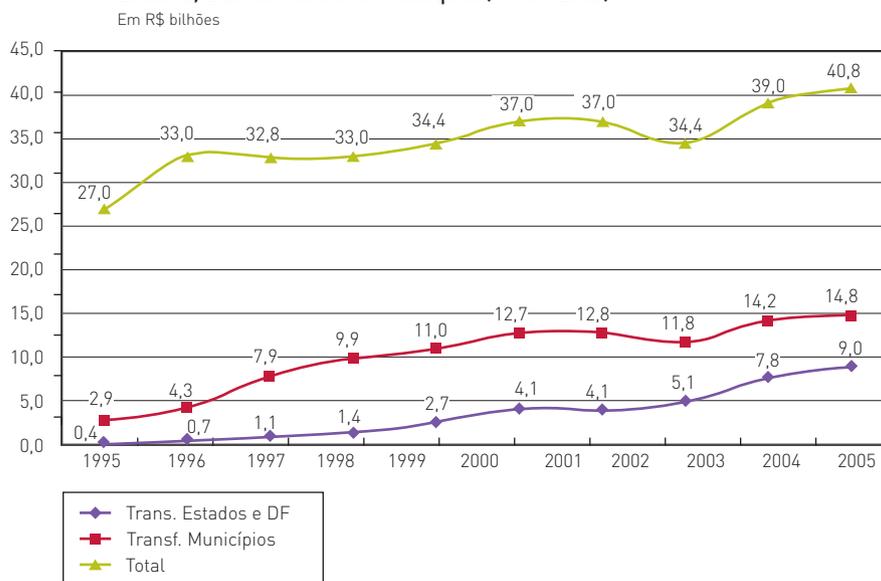
| Tabela 2 – Despesa per capita com Ações e Serviços Públicos de Saúde por Nível de Governo (2000-2005). (Em R\$ mil) | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Nível de Governo | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Var % |
| União | 181,49 | 184,77 | 185,12 | 175,07 | 195,14 | 201,68 | 11,12 |
| Estadual | 56,30 | 67,99 | 80,24 | 78,73 | 96,79 | 93,58 | 66,21 |
| Municipal | 65,92 | 76,34 | 89,84 | 87,45 | 97,67 | 109,40 | 65,95 |
| TOTAL | 303,71 | 329,10 | 355,19 | 341,25 | 389,59 | 404,66 | 33,24 |

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops).
Obs.: Valores deflacionados pelo IPCA Médio 2005.

Inovações na alocação de recursos federais

Alterações importantes ocorreram no perfil alocativo do gasto federal em saúde nos últimos anos. A primeira, decorrente do processo de descentralização, redundou em um aumento exponencial das transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios e uma diminuição nas aplicações diretas do MS. Em 1996 foram transferidos para execução de estados e municípios recursos da ordem de R\$ 3,3 bilhões (12,2% do gasto total do MS). Em 2005 foram transferidos R\$ 23,8 bilhões (58,3% do gasto total).

Gráfico 5 – Evolução da Despesa Total do Ministério da Saúde e das Transferências para Estados, Distrito Federal e Municípios (1996 - 2005)



Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)/Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor).
Elaboração: Ipea/Disoc.
Obs.: Valores deflacionados pelo IPCA-Médio 2005.

A segunda alteração decorreu da prioridade conferida à atenção básica. Com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) em 1996 e com a expansão do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF, as alocações para a área de atenção básica quase triplicaram entre 1996 e 2004. Passaram de R\$ 2,4 bilhões em 1996 (8,9% do gasto total do MS) para R\$ 6,4 bilhões em 2005 (15,7% do gasto total do MS). Outra área que apresentou sensível crescimento na alocação de recursos foi a de distribuição de medicamentos. Entre 1995 e 2005 essa área apresentou um crescimento de quase 163%. As aplicações do MS passaram de R\$ 1,08 bilhão em 1995 para R\$ 2,84 bilhões em 2005 (a preços constantes).

Financiamento público da saúde: Perspectivas

A EC nº 29, desde sua aprovação, não ficou imune a controvérsias decorrentes de interpretações divergentes por parte do governo federal e dos governos estaduais e municipais a respeito de alguns de seus dispositivos. As divergências vão desde o tipo de gasto que pode ser considerado como sendo em *ações e serviços públicos de saúde*²⁵ para efeito de cumprimento da emenda, até questões não menos cruciais como a forma de participação federal no financiamento e os critérios de rateio dos recursos da União para o Distrito Federal, estados e municípios e dos estados para seus municípios.

Desde 2003 tramitam no Congresso Nacional propostas de regulamentação da emenda. Todas essas propostas, além de procurarem resolver os principais problemas que têm gerado debates a respeito do cumprimento ou não da emenda, também buscam o aumento da participação federal no financiamento do setor, seja por meio de vinculação de percentual das receitas correntes brutas da União, seja por meio de vinculação de recursos adicionais oriundos de fonte definida.

Adicionalmente, os projetos de regulamentação buscam a melhoria da transparência na gestão pública, controle social e responsabilização, o que deve

25 De acordo com a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde: “Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios: (i) – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal; (ii) – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; (iii) – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. § Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT” Esta definição, contudo, não tem força de lei, o que permitiu que prosperassem interpretações divergentes sobre a matéria.

contribuir para um uso mais eficiente dos recursos públicos da saúde. Também estão previstas nos projetos a divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas, relatórios de gestão, avaliações dos conselhos de saúde e a realização de audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do Plano Plurianual (PPA), do plano de saúde e do orçamento anual.

A extinção da CPMF, em dezembro de 2007, trouxe dificuldades políticas inesperadas para a regulamentação da EC nº 29. Desta forma, ainda que haja relativo consenso no Poder Legislativo a respeito da necessidade de recursos adicionais para o SUS, o mesmo não pode ser dito a respeito da criação de uma nova fonte de recursos para atender a essa necessidade.

2.4.3. O Estado regulador

Regulação: conceitos, formas e alcance

A Política de Regulação, proposta no primeiro semestre de 2006, define a regulação estatal na saúde como a atuação do Estado “sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio de regulamentações e das ações que assegurem o cumprimento destas”. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde (MENDONÇA; MORAES; REIS, 2006, p. 38).

Assim, o objetivo principal da política seria a implantação de ações que regulem todos os prestadores, públicos e privados, buscando uma produção eficiente, eficaz e efetiva das ações de saúde (idem, p. 57).

Ou seja, de acordo com a política nacional, a regulação não se restringiria ao mercado, mas abrangeria todos os prestadores, públicos e privados, e o objetivo não seria somente a busca da eficiência econômica, mas, também, a eficácia e a efetividade das ações de saúde.

Como visto anteriormente, o sistema de saúde brasileiro tem uma configuração multifacetada, historicamente determinada, com larga participação do setor privado na provisão de serviços, na produção de insumos e produtos e no financiamento do setor. Entretanto, nos últimos anos, tem-se observado um aumento da participação do setor público tanto na provisão direta quanto no financiamento.

Tendo presente essas características, o sistema comporta regulações específicas, entre as quais se destacam a da saúde suplementar e do próprio SUS. Ademais, tem-se mostrado cada vez mais importante a regulação da incorporação tecnológica, particularmente de medicamentos, materiais e equipamentos. Como

serão explicitadas a seguir, as ações de regulação foram organizadas de forma separada, mas a interação e inter-relação entre os diversos segmentos sugerem a importância de uma ação regulatória mais sistêmica, inclusive abrangendo a chamada medicina liberal.

Regulando os subsistemas de saúde

Regulação no SUS – A regulamentação infraconstitucional do SUS tem início com a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, de 1990, tendo continuidade nas normas operacionais (NOB/SUS/1991, NOB/SUS/1993, NOB/SUS/1996, Noas/SUS/2001 e a Noas/SUS/2002) e, a partir de 2006, nos Pactos de Gestão. Esse complexo normativo tem como foco principal a questão da descentralização da gestão, a participação dos recursos federais no SUS, a definição de programas estratégicos e, mais recentemente, uma melhor definição das responsabilidades dos entes federativos e das metas do sistema.

Não obstante o seu caráter abrangente, o conceito de regulação, ao longo da implementação do SUS, ganhou diferentes conotações, mas com dominância da preocupação mais precípua com a regulação da assistência à saúde, particularmente com respeito ao acesso. Reconhece-se que assegurar um atendimento integral e equitativo depende da iniciativa reguladora do estado quanto à localização, ao dimensionamento e à operação de serviços públicos e privados, e com que padrão de qualidade devem ser prestados.

No caso do setor público, os instrumentos para a localização e o dimensionamento dos serviços seriam as Programações Pactuadas e Integradas (PPI), os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e os diversos pactos intergestores. Contudo, essa forma de regulação “nem sempre foi feita com critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre várias regiões” (SANTOS; ESCODA, 2004).

Ainda que a discussão sobre a regulação da assistência tenha ganhado maior destaque a partir de 2001, vários instrumentos reguladores dessa área vêm sendo implementados ao longo dos anos, antes mesmo do início da implementação do SUS. Herdada da medicina previdenciária, a tabela de procedimentos e os mecanismos de pagamento que remuneram prestadores de serviços de saúde, por exemplo, têm sido dois dos mais importantes instrumentos indutores de ações e serviços de saúde ao definirem os procedimentos a serem financiados e respectivos valores (SANTOS; MERHY, 2006, p. 34). Mais recentemente, por meio de incentivos financeiros, tem-se estimulado a constituição de equipes

de saúde da família, buscando reorientar o modelo de atenção. A regulação do acesso, por sua vez, tem na proposta de criação dos complexos reguladores, analisada mais adiante no tópico que trata do acesso à atenção secundária e terciária, uma das medidas mais importantes.

Regulando a saúde suplementar – A assistência à saúde intermediada por empresas de planos e seguros de saúde, está presente no Brasil há mais de 70 anos.²⁶ Porém, o crescimento desse subsistema de saúde, denominado saúde suplementar, ao longo da década de 1990, ocasionou uma pressão maior para que o segmento fosse melhor regulamentado (ALMEIDA, 1998; MACERA; SAINTIVE, 2004; PEREIRA, 2003).

A demanda por uma regulação mais sistemática da saúde suplementar surgiu, sobretudo, da pressão dos usuários e de órgãos de defesa do consumidor que reclamavam das decisões unilaterais das empresas de planos e seguros de saúde, particularmente em relação ao aumento de preços, restrição de cobertura, imposição de carências e rescisão imotivada de contrato. Ao ganhar espaço na mídia, essas queixas passaram a ser motivo de preocupação da classe política.²⁷

A Lei nº 9.656/1998, primeiro ato regulatório mais completo do segmento, criou o Conselho de Saúde Suplementar (Consu).²⁸ Esse órgão, que antecedeu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tinha a competência de regular a assistência à saúde provida por meio de planos e seguros de saúde. A referida lei instituiu, no âmbito do Consu, como órgão consultivo, a Câmara de Saúde Suplementar (CSS),²⁹ de modo a garantir a participação de representantes de empresas, consumidores e profissionais. A regulação econômica, no entanto, permanecia no âmbito do Ministério da Fazenda (MF), por meio do Conselho

26 A partir da análise de outros trabalhos, Carvalho e Cecílio (2007) afirmam que “as empresas de autogestões em saúde foram criadas a partir da década de 1930, as medicinas de grupo em 1956, no rastro da industrialização do ABC paulista, as cooperativas médicas (UNIMED) em 1967, como resposta ao surgimento dos grupos médicos e que o seguro saúde, embora legalizado desde 1966, só foi regulamentado a partir de 1977”.

27 “A aprovação da Lei nº 9.656/98 foi fruto da articulação dos movimentos dos consumidores de planos de saúde, dos portadores de patologia e dos médicos que se sentiam ameaçados. Os primeiros, em relação aos seus direitos de assistência, os últimos, em relação à sua autonomia profissional, tendo em vista a racionalização crescente das práticas das operadoras, atuando na lógica do mercado”. (Idem, *ibidem*).

28 Composto pelos Ministros Chefe da Casa Civil da Presidência da República (que preside o Conselho), da Fazenda, da Saúde, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão e contando com a participação do presidente da ANS.

29 Criada pela Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998 e alterada pela Medida Provisória (MP) nº 1685-4, de 27 de setembro de 1998.

Nacional de Seguros Privados (CNSP) e da Superintendência de Seguros Privados (Susep).

Contudo, esse modelo regulatório, no qual um ministério (MF) era responsável pela regulação econômica e o outro (MS) pela regulação da assistência à saúde, mostrou-se limitado. Por pressões diversas, sobretudo do próprio MS, buscou-se então unificar a regulação em um único órgão. A solução encontrada foi a criação da ANS (Lei nº 9.961/2000), como autarquia vinculada ao MS, mas com autonomia administrativa, financeira e política.

A ANS procura reduzir problemas de assimetria de informação que limitem a concorrência, impedir aumentos abusivos de preços e resolver questões relacionadas aos riscos.

Para reduzir a assimetria de informação, a agência tem buscado ampliar seu conhecimento do mercado, tanto em termos da obtenção de informações econômico-financeiras, quanto sobre os produtos comercializados pelas operadoras de planos e seguros. A recente criação de um índice de qualificação das operadoras, de modo a ajudar os consumidores na aferição dos produtos que lhes são oferecidos, é um dos resultados dessa estratégia.

No tocante à cobertura assistencial, a Lei nº 9.656/1998 eliminou algumas restrições e definiu um rol de coberturas obrigatórias. A aplicabilidade dessa lei, no entanto, ficou limitada, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), aos planos contratados depois de janeiro de 1999.³⁰

Na regulação sobre preços, por sua vez, a legislação estabeleceu a diferenciação de reajuste para contratos individuais e coletivos. Os primeiros seriam controlados pela ANS. Nos planos coletivos, os reajustes são livremente negociados entre as partes, cabendo à ANS monitorá-los ou acompanhá-los. Em 2006, 70,5% dos beneficiários estavam vinculados a planos coletivos e, no total, individuais novos respondiam por 23,7%. Considerando que a ANS não regula os preços dos contratos coletivos e para os contratos individuais novos ou adaptados segue uma regra de reajuste que leva em consideração os reajustes dos planos coletivos, pode-se dizer que seu papel ou poder de regular preço é bastante restrito.

³⁰ Segundo dados da ANS, em 2000, dos cerca de 34 milhões de vínculos a planos e seguros de saúde, quase 70% pertenciam a planos antigos. Em 2007, essa relação se inverte: 70% dos 45 milhões de vínculos já estavam ligados a planos novos. Em parte, isso se deve à suspensão da comercialização dos planos antigos pelas empresas. Além disso, em 2003, a ANS lançou o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos, que incentivava as pessoas a migrarem de planos antigos para planos novos.

Quanto às práticas anticoncorrenciais, o papel da ANS tem sido o de monitorar o setor. Cabe destacar, contudo, que a regulação da ANS, com exigência de 100% de garantias financeiras para as novas empresas, criando uma barreira à entrada, associada ao acompanhamento do desempenho econômico-financeiro, com intervenção e, em alguns casos, liquidação de determinadas carteiras, pode, em si, ser um fator que leve a uma concentração maior de mercado.³¹

Outro aspecto importante, mesmo que pouco relacionado com as falhas de mercado, refere-se à relação entre a saúde suplementar e o SUS. Scheffer e Bahia (2005, *apud* OCKÉ-REIS, 2006, p. 272-273) resumem essa questão nos seguintes termos:

“(...) para a legislação, as relações entre os recursos públicos com planos de saúde se resumem ao ressarcimento ao SUS, toda vez que o usuário é atendido em hospital público. (...) Mas o fato é que as relações público-privado não reguladas estendem-se ao atendimento, pelo SUS, da cobertura excluída pela saúde suplementar; à compra de planos privados para funcionários públicos; à renúncia fiscal; às isenções tributárias das filantrópicas e cooperativas; ao cotidiano e às práticas dos profissionais de saúde duplamente filiados; à defesa dos interesses de médicos-empresários e fornecedores de insumos; à incorporação irracional de tecnologia, somados a outros detalhes – a exemplo do grande número de secretários municipais de saúde e lideranças do movimento médico pertencentes aos quadros das cooperativas médicas e operadoras(...)”

Em síntese, mesmo se considerando os avanços obtidos na regulação da saúde suplementar, ainda há muito a ser feito em relação à atuação do Estado a nesse segmento, tanto na busca de eficiência econômica e efetividade, como nas relações entre esse subsistema e o SUS.

Incorporação de tecnologias e preços de medicamentos

Incorporação de tecnologias – Tecnologias em saúde incluem medicamentos, equipamentos, técnicas e procedimentos médicos, bem como outros recursos por meio dos quais a assistência médico-hospitalar e sanitária é prestada à população.³²

31 Em 2006, 0,6% das operadoras detinham quase 1/4 (21%) dos beneficiários de planos privados de assistência médica (ANS, 2006). Contudo, para afirmar que essas empresas tenham poder de mercado, dependeria de outros fatores como: *a*) não mobilidade dos beneficiários entre operadoras; *b*) segmentação de mercados; e *c*) diferenciação de produtos, entre outros. Com a existência de carência para utilização de determinados serviços, pode-se dizer que não há perfeita mobilidade do beneficiário entre operadoras. Há poucas análises com relação aos outros aspectos, mas pode-se, no mínimo, levantar a suspeita de que, pelo menos em âmbito nacional, algumas empresas tenham poder de mercado podendo determinar preços (ver OCKÉ-REIS, 2007).

32 Definição da Portaria nº 2.510/GM, de 19 de dezembro de 2005.

Em uma assistência cada vez mais especializada, procedimentos e insumos de ponta são, muitas vezes, incorporados ao sistema de saúde sem que seus benefícios tenham sido avaliados de forma mais consistente, inclusive em relação ao seu custo/efetividade. Além disso, o impacto das novas tecnologias é potencializado em função de outros fatores, tais como: *a)* o modelo de atenção à saúde, ainda muito voltado para o tratamento da doença e, por isso, com baixa prioridade para a promoção da saúde e prevenção das doenças; *b)* a força de penetração dos meios de comunicação de massa (mídia em geral) que, no seu papel legítimo, divulgam novidades tecnológicas muitas vezes ainda não autorizadas para o mercado nacional e, em muitos casos, novidades que ainda nem mesmo tiveram comprovada sua eficácia e segurança em seus países de origem; e *c)* o alto poder de indução do profissional médico para o uso de recursos de diagnósticos e terapêuticos avançados.

Dada a relevância da questão da incorporação tecnológica, algumas iniciativas vêm sendo adotadas pelo governo, como a criação, em 2003, do Grupo de Trabalho Permanente em Avaliação Tecnológica em Saúde, vinculado ao Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do MS, com o objetivo de definir as prioridades para estudos nessa área. Ainda nesse processo de institucionalização, foi criada a Comissão para Incorporação de Tecnologias do MS que “tem como missão deliberar sobre solicitações de incorporação de tecnologias, análise de tecnologias em uso, revisão e mudanças de protocolos em consonância com as necessidades sociais em saúde e de gestão do SUS e na Saúde Suplementar” (Portaria GM/MS 3.223, de 28 de Dezembro de 2006).

Preços de medicamentos – As estratégias tradicionais para lidar com preços no mercado farmacêutico contemplam dois grandes grupos de ações: *a)* as que fortalecem o poder de barganha do comprador, entre as quais a mais importante é a criação de sistemas público e/ou privado de financiamento; e *b)* as que objetivam a redução dos preços por meio de mecanismos capazes de compensar, reduzir ou suprimir as falhas de mercado, introduzindo maior concorrência, associados a políticas ativas sobre os preços e/ou margens de lucro (BERNARDO, 2003, p. 7).

No primeiro caso, o Estado atua indiretamente sobre os preços utilizando-se do poder de comprador. Apesar do grande poder de compra do sistema público, essa atuação ainda tem sido incipiente, principalmente quando comparada com outros países de sistemas de saúde de acesso universal. A alocação de recursos para a assistência farmacêutica passou de 4,07% em 1995, para 7,66% dos gastos do MS com ações e serviços públicos de saúde em 2005. Os gastos com medicamentos para programas específicos (Aids e doenças crônicas não-transmissíveis)

e os chamados medicamentos excepcionais,³³ têm aumentado, especialmente, não só porque esses insumos são mais caros, mas porque os grupos de interesse dessas áreas – movimentos sociais, Organizações Não Governamentais (ONGs) de portadores de patologias – exercem forte pressão em defesa de seus direitos (CONASS, 2007).³⁴

No segundo caso, a introdução dos genéricos, em 1999 (Lei nº 9.787), provocou um aumento da concorrência, e essa talvez tenha sido a mais importante medida regulatória até então tomada com vistas à redução de preços de insumos críticos no campo da saúde. Vieira e Zucchi (2006) analisando os diferenciais de preços entre os medicamentos genéricos e os de referência argumentam que os primeiros:

“(…) foram introduzidos, em média, com preços 40% menores do que os medicamentos de referência e esta diferença tendeu a aumentar ao longo do tempo. Comparando a diferença de preço do genérico em relação ao seu medicamento de referência observou-se aumento de 68% nos quatro anos seguintes ao seu lançamento”.

Outro mecanismo de regulação de preços passa pela via tributária. Em 2001, por exemplo, os medicamentos de uso continuado e os antiinfeciosos – inclusive antibióticos – foram desonerados do PIS/Cofins (Lei nº 10.147).

O MS tem buscado aumentar o conhecimento dos grandes compradores – particularmente gestores públicos das três esferas de governo – sobre os preços de mercado (via Banco de Preços em Saúde, administrado pelo MS, por exemplo). Contudo, as informações que alimentam esse banco de preços são voluntárias e usadas apenas como indicativo dos preços, não se constituindo referência obrigatória para aquisições.

2.4.4 O Estado provedor

Para proporcionar ações e serviços de saúde à população, o Estado pode organizar essa provisão de diversas formas, de acordo com diferentes modelos

33 Hormônios para crescimento, medicamentos para distúrbios de coagulação sanguínea etc, em geral de alto custo.

34 Mais recentemente o governo tem procurado facilitar o acesso a medicamentos por meio do programa Farmácia Popular. No programa Farmácia Popular 1, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma das executoras do programa, seria responsável por adquirir os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado e disponibilizá-los nas farmácias populares a preço de custo para a população. Em 2006 o governo criou o Farmácia Popular 2, que consiste em cadastrar farmácias da rede comercial para a venda de alguns medicamentos selecionados (para hipertensão e diabetes) a preços subsidiados.

assistenciais e com distintas composições de prestadores. Assim, a discussão do Estado provedor no Brasil procura explicitar como essa provisão, particularmente a médico-assistencial, está organizada, quem participa e como o Estado busca assegurar que o modelo proposto seja implementado.

Modelo assistencial

O modelo assistencial pode ser compreendido como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde, isto é, seu provimento, numa dada área e num determinado tempo, para uma dada população (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998). O modelo em implantação no SUS está ancorado nos princípios da regionalização e hierarquização dos serviços, sendo usualmente representado como uma pirâmide³⁵ em que a base corresponde aos serviços de atenção primária e o topo aos de alta complexidade.

As principais críticas ao modelo assistencial vigente no Brasil até o início da década de 1990 incluíam: *a*) a fragmentação do cuidado centrado em hospitais e procedimentos pontuais; *b*) a orientação voltada para o atendimento da demanda espontânea e das condições agudas; e *c*) a baixa prioridade para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desde então inúmeras mudanças positivas foram introduzidas sem corrigir, porém, todos os problemas: expandiu-se a atenção básica de saúde, mas a articulação desse nível de atenção com os demais (média e alta complexidade) persiste como problema. A promoção da saúde e a prevenção de doenças estão tendo maior espaço, mas a mudança do perfil epidemiológico, com a progressiva predominância de doenças crônicas, requer uma nova forma de organização/provisão dos serviços de saúde. Finalmente, para alguns agravos, a ação intersetorial requerida ainda é insuficiente.

A atenção básica e o papel do Programa de Saúde da Família (PSF) – A estratégia para mudança de modelo, como resposta às diretrizes constitucionais de universalidade e integralidade, enfatiza o fortalecimento da atenção

35 “Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura (...) uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional (...) haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados” (CECÍLIO, 2007).

primária, preconizando como atributos fundamentais deste nível, a sua definição como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, a responsabilidade em desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde, de prestar atenção à maior parte das necessidades de saúde e a atribuição de filtrar o acesso aos outros níveis de atenção.

A partir de 1994, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a dar prioridade à atenção básica, com a adoção do PSF, por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município – *per capita* (ESCOREL *et al.*, 2007).

Inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. E, desde 1999, passou a ser considerado pelo MS estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.³⁶

O PSF, contudo, ainda se mostra débil num ponto vital: o desempenho dos seus médicos. Para alcançar metas de cobertura e de eficácia no atendimento básico, são exigidas do médico de família habilidades distintas daquelas enfatizadas na maioria dos cursos de medicina. O médico de saúde da família não pode se limitar a um atendimento curativo em função de uma emergência qualquer. Como membro da equipe do programa, seu papel é pró-ativo: atua na prevenção das doenças e na promoção da saúde comunitária, mediante atividades comunicativas, e nas mais diversas ações técnicas. Espera-se, assim, que os médicos de família adotem uma abordagem abrangente dos problemas de saúde, incluindo a visão do impacto desses problemas na comunidade; mantendo um relacionamento contínuo com seus pacientes; e prestando cuidados centrados não na doença, mas na pessoa do paciente e no seu contexto familiar. Infelizmente, o sistema curricular dos cursos de medicina ainda não está orientado para dar uma resposta adequada à exigência de um novo perfil de habilidades dos médicos.³⁷

Essa questão, contudo, deve ser examinada levando em consideração as condições do mercado de trabalho dos médicos e suas aspirações profissionais.

36 De 1999 a 2007, ocorreu um expressivo aumento do número de equipes atuantes – de 4.945 para 27.324 –, em um maior número de municípios – de 1.646 para 5.125 –, com conseqüente aumento da população coberta – de 8,8% para 46,6% em todas as regiões do Brasil – fonte: MS/Departamento de Atenção Básica (DAB)/SAS.

37 A experiência do PSF tem posto em debate a questão de como reordenar as estratégias pedagógicas de capacitação dos médicos, não só na fase de graduação, mas também na residência médica e nos cursos de especialização.

Sabe-se que parte considerável dos médicos que, a cada ano, ingressam no PSF das secretarias municipais de saúde é formada por jovens recém-graduados, atraídos por uma experiência de trabalho desafiadora e que costuma ser bem remunerada em relação à média dos empregos médicos. No entanto, eles vêem o programa apenas como uma etapa de seu desenvolvimento profissional. Passado algum tempo, saem do PSF em busca de formação em outra especialidade ou de outro tipo de função no sistema privado. É grande, conseqüentemente, a rotatividade dos médicos no programa, seja por insatisfação com as condições de trabalho, seja por não se sentirem integrantes de uma especialidade médica plenamente reconhecida e valorizada.

O acesso à atenção secundária e terciária – Estudo realizado em 2004 observou que o acesso à atenção secundária, apesar do crescimento significativo do PSF e da rede básica, persiste como a grande dificuldade para garantir o atendimento nas especialidades médicas e para a realização de exames de apoio diagnóstico de média complexidade (SCOREL *et al.*, 2007).

A procura preferencial pelos serviços de urgência é, em geral, atribuída à incapacidade das equipes de saúde da família ou da rede básica de resolver grande parte dos problemas que afligem a população, quer seja por meio das atividades que desenvolvem, quer seja referenciando oportunamente os que necessitam a outras unidades assistenciais.

Tal desarticulação é exacerbada pela insuficiência ou inadequação da oferta de serviços de média complexidade, decorrentes em grande parte do subfinanciamento deste nível de atenção. Mas não é só isso: estudo realizado por técnicos do MS em 2006 evidenciou a concentração espacial das consultas especializadas, quando comparada aos parâmetros assistenciais de cobertura adotados como referência para a programação assistencial.³⁸

A pesquisa *A saúde na opinião dos brasileiros* realizada pelo Instituto *Vox Populi* em 2003, por iniciativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde Conass e com o apoio do MS, mostrou que a principal dificuldade apontada pela população no atendimento provido pelo SUS é o tempo de espera para realização de procedimentos. Essa demora é percebida também através de reclamações sobre “falta de profissionais” e de sugestões como “contratar mais médicos”, “construir

³⁸ De acordo com estudo realizado por André Bonifácio (MS/SE/DAD); Cristina Amaral (MS/GAB); Lúcia Queiroz (MS/SAS/NAEM); Roberto Esteves (UNICAMP/FCM/DMPS) e Sérgio Gaudêncio (MS/GAB/AISA), 16,1% do total de municípios com mais de 25 mil habitantes não ofereceram, em 2005, nenhuma consulta em sete especialidades selecionadas pelo grupo - cardiologia, endocrinologia, nefrologia, dermatologia, neurologia, oftalmologia e ortopedia, sendo poucos os que registraram serviços em todas elas.

mais hospitais e postos”, “equipar hospitais e postos de saúde”. Nada indica que essa percepção tenha se alterado nos últimos quatro anos. Segundo a pesquisa, cerca de 67 % dos entrevistados que foram a algum estabelecimento do SUS apontaram o tempo de espera (para obter consultas, exames, internações e outros serviços) como o principal problema que enfrentaram no sistema público de saúde. A magnitude dessa questão é de tal ordem para o usuário que o segundo problema (tratamento descortês ou desrespeitoso) foi de apenas 5% da “soma ponderada das respostas (múltiplas) espontâneas” (CONASS, 2003).

O SUS, infelizmente, não monitora de forma sistemática os prazos de espera para internações, consultas ou exames, e nem o tamanho das filas³⁹ para esses procedimentos, salvo no caso de transplantes de órgãos. Ao contrário, a experiência internacional sobre filas em saúde é bastante expressiva e amplamente divulgada. Como também o é a investigação de caráter teórico, gerencial e empírico para compreender e tratar este problema,⁴⁰ Austrália, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos (esse último país, no que se refere aos transplantes), por exemplo, oferecem na internet dados bastante detalhados sobre as filas de espera, que permitem ao cidadão comum acompanhar, por exemplo, quantas pessoas, e por quanto tempo, estariam esperando por um determinado tipo de cirurgia, em uma determinada área do seu território, ou em determinada instância do sistema de saúde.

A ausência de dados oficiais abrangentes para o Brasil sobre filas de espera pode ser suprida por alguns estudos realizados no Ipea, visando estimar, entre outros parâmetros relacionados com as filas, os tempos de espera para alguns procedimentos selecionados – internações e transplantes (MARINHO, 2004); transplantes (MARINHO, 2006); e gravidez, parto e puerpério (MARINHO; CARDOSO, 2006). Os resultados dos estudos citados demonstram, de um modo geral, que os tempos de espera nas filas do SUS são elevados. Para os transplantes, com exceção do coração, todos os prazos são superiores a um ano, podendo chegar a mais de cinco anos para rim.

A discussão em torno da garantia de atendimento em todos os níveis de serviços envolve, entre outros elementos, a regulação do acesso. No SUS essa regulação tem como uma de suas principais estratégias a criação de complexos

39 A fila não se limita a uma fila de espera (*waiting line*) no sentido de agendamento para atendimento posterior, com espera fora do sistema, mas, pelo contrário, implica a presença física (*queuing*) do paciente, freqüentemente em condições precárias, em macas ou leitos improvisados, situação particularmente perversa no caso de pacientes graves, crianças e idosos.

40 Uma visão geral inicial teórica sobre o tema encontra-se em Cullis, Jones e Propper (2000).

reguladores,⁴¹ que devem se organizar a partir da articulação e integração de centrais de atenção pré-hospitalar e de urgências, centrais de internação, centrais de consultas e centrais de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Todos esses instrumentos, bem como dos diversos sistemas logísticos, quando for o caso, devem ter como referência a PPI.⁴²

A regulação do acesso em municípios com mais de 100 mil habitantes

Levantamento realizado pela Coordenação de Regulação e Avaliação do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação do MS, em agosto de 2005, entre os municípios com mais de 100 mil habitantes, reportou, entre outros, os seguintes achados:

- a) apenas 38% dos municípios com mais de 100 mil habitantes tinham processos de regulação do acesso estruturados ou em estruturação e, na maioria dos casos, restritos a centrais de busca ativa de vagas;
- b) dos municípios com mais de 250 mil habitantes, 41,8% possuíam Centrais de Regulação para internações eletivas e 56,7% para internações de urgência, embora nem todas estivessem informatizadas;
- c) desses municípios, 70,1% possuíam Centrais de Marcação de Consultas Especializadas e 59,7% de exames e outros procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico; e
- d) dos municípios com mais de 100 mil habitantes, 50,7% possuíam ou estavam elaborando projetos com vistas à implantação de protocolos assistenciais.

Organização de redes – A percepção dos problemas citados anteriormente, relacionados à atenção básica e ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, bem como a mudança do perfil epidemiológico do país, têm estimulado a busca de novos modelos organizacionais da rede de serviços de saúde.

No caso da mudança do perfil epidemiológico, um dos primeiros aspectos a ser considerado é a predominância relativa das condições crônicas entre as causas de adoecimento no Brasil, compatível com a proporção cada vez maior de idosos na população. Condições crônicas demandam cuidados por tempo prolongado, envolvendo profissionais de diferentes especialidades e diversos tipos de estabelecimentos – clínicas, hospitais, outras unidades para apoio diagnóstico e terapêutico. O modelo assistencial hoje prevalente não está estruturado de forma a prover todos esses serviços de forma articulada e oportuna, prestando-se melhor à atenção a casos agudos, de curta duração e de abordagens dependentes de pequena variedade de recursos.

Para fazer frente a essas questões, tornam-se cada vez mais recorrentes as propostas de organização e regulação de redes assistenciais. No mundo inteiro,

41 “Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS” (MS, 2006).

42 Estabelecida pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS) nº 1, de 1996.

a estruturação de redes tem sido a estratégia para organizar serviços de saúde de maneira racional e efetiva. Em 2005 e 2006, este conceito foi trabalhado pelo MS e traduzido em uma série de portarias relacionadas a áreas tidas como de alta complexidade (cardiologia, nefrologia, oncologia etc.), tendo em comum o estabelecimento de critérios para cadastramento de unidades, segundo quantitativos populacionais e tipos de procedimentos a serem por elas realizados. A percepção de técnicos das secretarias de saúde é de que o potencial estruturante desta abordagem ficou limitado por sua desvinculação da atenção primária e da ausência de referência territorial.

Concomitantemente, outros conceitos para a organização de redes de atenção vêm sendo elaborados e trabalhados em outras instâncias e instituições,⁴³ com a finalidade de: *a)* garantir o acesso efetivo aos serviços; *b)* incorporar a resolutividade como atributo da rede de serviços e não mais de um estabelecimento ou de um nível de atenção; e *c)* reposicionar o usuário, que passa a ser o foco principal do sistema.

Nos novos conceitos de rede de atenção há a exigência de uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção. É enfatizada também a estruturação de “sistemas logísticos”, tais como sistemas para aquisição e dispensa de medicamentos, sistemas de informação, sistemas de transporte; e de “sistemas de gestão”, designação genérica que envolve, entre outros, protocolos clínicos, linhas de cuidado, planejamento e regulação assistencial (regulação de acesso, contratualização e controle).

Formas de provisão – Além das questões discutidas anteriormente, as especificidades e dificuldades do modelo assistencial estão relacionadas ao formato institucional e organizacional das unidades da rede de serviços, particularmente as hospitalares, e de como os gestores do SUS se relacionam com essas unidades.

No caso brasileiro, o Estado provê serviços médico-hospitalares direta e indiretamente. Na modalidade direta os serviços são proporcionados à população por unidades ambulatoriais e hospitalares que pertencem à administração pública de qualquer das esferas de governo da federação. Por sua vez, a modalidade

⁴³ O Conass, por exemplo, propôs a adoção do seguinte conceito de “rede de atenção”, qual seja, “a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população” (Conceito elaborado por Eugênio Vilaça Mendes, apresentado na Oficina de Trabalho do Conass, em setembro de 2006).

indireta abrange os serviços oferecidos por entidades privadas que mantêm convênios ou contratos com o gestor público de saúde, já que o setor privado detém a maior parte da oferta, principalmente na área hospitalar.

Em 2005, o setor privado como um todo operou 57,6% dos cerca de 330 mil leitos disponíveis para o SUS.⁴⁴ O segmento privado sem fins lucrativos contribuiu com 37,2% do total de leitos, enquanto o segmento com fins lucrativos teve uma participação bem menor, 20,4%. A participação pública, 42,4% do total, é compartilhada entre a União (4,1% dos leitos), estados (17,6% dos leitos) e municípios (20,7% dos leitos).⁴⁵

Desde o início do processo de implementação do SUS, o número absoluto de leitos para internação (disponíveis ou não ao SUS) vem decrescendo no setor privado e aumentando no setor público. Entre 1990 e 2005, houve um decréscimo de 28% no número de leitos do setor privado e um aumento 19,3% no setor público. Contudo, o setor privado ainda se mantém à frente em termos da oferta total de leitos: em 2005, de um total de aproximadamente 440 mil leitos, 66,4% estavam localizados nesse setor, em estabelecimentos com e sem finalidade lucrativa.

Cabe salientar que a diminuição na capacidade instalada de leitos não corresponde, necessariamente, a uma diminuição da produtividade. Com efeito, o setor hospitalar vem passando por uma espécie de “reestruturação produtiva”, em que a diminuição do número absoluto de leitos é acompanhada do crescimento de sua produtividade, mediante a diminuição do tempo médio de internação e da execução em ambulatório de procedimentos que antes exigiam internação.

Para algumas especialidades a redução do número de leitos foi resultante direta da política de saúde. É o caso, por exemplo, dos leitos psiquiátricos,⁴⁶

44 A categoria “leitos disponíveis ao SUS” é comumente usada para caracterizar aqueles leitos que podem ser utilizados por pacientes do SUS. Esta categoria decorre de duas situações: *a*) quando alguns estabelecimentos públicos (estatais, mas não de acesso universal), como, por exemplo, os hospitais das forças armadas, alocam parte de seus leitos para o SUS; e *b*) nos hospitais privados contratados refere-se aos leitos colocados à disposição do SUS, uma vez que geralmente a maior parte é destinada para pacientes de planos de saúde e aos que pagam diretamente pelos serviços prestados.

45 A participação privada também pode ser auferida pela proporção de internações providas pelo SUS. Em 2005, 57,2% de 11,4 milhões de internações registradas no sistema do MS foram realizadas por entidades privadas. Os estabelecimentos sem fins lucrativos (conveniados) contribuíram com 39,8% do total de internações (4,54 milhões), enquanto os estabelecimentos com fins lucrativos (contratados) contribuíram com apenas 17,4% (1,99 milhão) de acordo com o Datasus.

46 Assim, entre 1992 e 2002, o número de leitos de psiquiatria em hospitais contratados pelo SUS diminuiu em quase 40%, passando de 58.499 para 35.946.

visto que a política de saúde passou a enfatizar o atendimento ambulatorial dos problemas de saúde mental. Já o crescimento da participação do setor público no número total de leitos deve-se, sobretudo, à esfera municipal, como consequência do processo de descentralização do SUS. Entre 1992 e 2005, o número de leitos municipais praticamente duplicou, passando de 35.861 para 70.078 (crescimento de 95,4%), enquanto o total de leitos do setor público passou de 135.080 para 148.966, com um crescimento de 10,3%.

Cumprе ressaltar que no setor público há quatro vezes mais estabelecimentos sem internação (unidades dedicadas unicamente ao atendimento ambulatorial) do que no setor privado. Segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE, em 2005, as três esferas de governo detinham em conjunto 55 mil estabelecimentos desse tipo, enquanto a iniciativa privada detinha apenas 14 mil. Todavia, a oferta privada deve ser maior, pois nas 14 mil unidades não estão incluídos os consultórios médicos isolados, de atividade liberal, que não constam do levantamento do IBGE.

Modelos institucionais

O modelo institucional típico do setor público no SUS tem sido o da chamada administração direta na qual o próprio órgão público, ministério ou secretaria de saúde oferece serviços assistenciais e preventivos por meio de unidades que compõem sua estrutura organizacional. Nesse modelo se enquadra a maior parte das unidades públicas como hospitais, centros e postos de saúde e outros serviços ambulatoriais. O modelo tem sido constantemente criticado, sobretudo no caso dos hospitais, principalmente por duas de suas principais características: reduzida autonomia gerencial e rigidez de métodos e processos.

Conforme pesquisa financiada pelo Banco Mundial, divulgada em 2004/2005,⁴⁷ a instância diretiva das unidades hospitalares públicas realiza funções gerenciais quase simbólicas (COSTA; RIBEIRO, 2004). Entre outras limitações apontadas pelo estudo, os dirigentes de unidades de saúde da administração direta não podem, por iniciativa própria e/ou com a agilidade necessária, gerenciar seus recursos humanos, demitindo e contratando de acordo com a necessidade da organização, ou definir incentivos para premiar desempenho. A restrição alcança também a gestão e a negociação de outros contratos para aquisição de materiais e equipamentos, entre outras competências inerentes

⁴⁷ Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social.

à gestão. Essa falta de autonomia gerencial e orçamentária é um dos maiores problemas enfrentados pelos dirigentes dessas unidades, confirmada em outro relatório do Banco Mundial (WORLD BANK, 2007).

Para corrigir ou, pelo menos, atenuar essa deficiência histórica, foram criadas no passado modalidades de administração pública indireta. As mais antigas são as *autarquias* que desfrutam de autonomia patrimonial, financeira, orçamentária e imunidade tributária. Aumentar a eficiência do setor público foi a motivação central para a pletera de modelos institucionais que tiveram início nos anos 1960, consolidaram-se em 1967 com a reforma administrativa (Decreto-Lei nº 200) e se expandiram nos anos seguintes.

Assim, convivem hoje no setor público federal, paralelamente à rede de serviços da administração direta de saúde, modelos como os de *sociedade de economia mista* (Grupo Conceição, em Porto Alegre), *fundação* (Fiocruz), *autarquia* em regime especial, como as agências regulatórias – ANS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – e o *serviço social autônomo* (Rede Sarah).

A despeito do variado *menu* de modelos, o fato é que administrar com eficiência persiste como um desafio para os gestores das três esferas de governo. Para maximizá-la muitos gestores do SUS entendem como indispensável conferir maior autonomia às unidades hospitalares. Por sua complexidade técnica e administrativa há um consenso de que os hospitais deveriam ter mais liberdade não só para gerir seus próprios orçamentos, como também para efetuar certos tipos de compras e contratar e capacitar recursos humanos. Entretanto, parece não haver consenso quanto à prerrogativa de dispensar quadros excedentes ou que demonstrem desempenho insuficiente.

Dois outros modelos institucionais que passaram a integrar mais recentemente a agenda política, as organizações sociais e a fundação estatal serão tratados a seguir.

As organizações sociais – Na segunda metade dos anos 1990, a defesa de uma administração pública gerencial, contraposta ao modelo “burocrático” tradicional, conduziu, em decorrência da política de reforma do Estado, a proposta de criação da Organização Social (OS), um tipo de entidade que adota um estilo gerencial privado, mas que atua sob controle do poder público mediante contrato de gestão.

Quando qualificada como OS, uma entidade privada sem fins lucrativos estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato

de gestão, pelo qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público.⁴⁸

Houve um grande esforço por parte do governo da época em implantar a proposta nos setores educacionais e de saúde. Contudo, a idéia foi recebida com indiferença pelo Ministério da Educação (MEC) e, na área de saúde, enfrentou a oposição de gestores e trabalhadores que denunciaram a iniciativa como privatizante. No final da década de 1990, com um formato um pouco diferente, o modelo de OS acabou sendo adotado pelo governo do Estado de São Paulo, que qualificou uma dezena de entidades sem fins lucrativos para administração de hospitais na periferia da região metropolitana (IBAÑEZ *et al*, 2001).

Os hospitais estaduais incluídos no novo regime foram colocados sob a gestão de OSs e metas de desempenho foram fixadas no contrato de gestão.⁴⁹ A Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, que criou o regime na administração pública de São Paulo, trata a relação com a OS como uma parceria semelhante à que o SUS mantém em seus convênios com entidades sem fins lucrativos e dispensa o gestor da necessidade de licitação (mas preceitua a divulgação a todos os interessados).⁵⁰ A caracterização jurídica das OSs paulistas é a de entidades privadas que prestam serviços sob incentivo público, de acordo com os princípios que regem o SUS, conforme determinado no contrato de gestão.

As OSs realizam com o SUS uma “parceria completa” de serviços, com base fundamentalmente em patrimônio público, posto à disposição da entidade em regime de comodato.⁵¹ Não representam, portanto, uma modalidade institucional de mediação de mão-de-obra, mas sim uma delegação efetiva de poder e de recursos para a realização de cuidados de saúde completos, em hospitais e outras unidades. Dessa forma, funcionam nas mesmas bases técnicas dos demais agentes contratados e conveniados do SUS, mas têm a particularidade de uma gestão monitorada de acordo com metas e indicadores. Uma restrição importante, no caso de São Paulo, é a impossibilidade de a OS atender pacientes privados (planos de saúde e particulares), o que elimina o

48 Mare (1997, p. 14).

49 As entidades foram selecionadas com base numa convocação pública, sendo delas exigida a comprovação de experiência de, no mínimo, cinco anos na área de gestão hospitalar.

50 A legislação federal vigente já admitia essa exceção da necessidade de licitação para vincular a OS a um contrato de gestão (artigo 24, XXIV, da Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998, que alterou a Lei nº 9.666, de 21 de junho de 1993).

51 A cessão de recursos humanos previstos nessa lei é facultativa, com algumas restrições quanto à remuneração.

problema da *dupla porta*, fator não desprezível de discriminação no acesso e de desigualdades na atenção.

A intenção de aumentar a eficiência de gestão seria a motivação central para adoção do modelo da OS em função de sua maior flexibilidade. Contudo, o modelo teve uma vantagem adicional: como a parceria não caracteriza uma terceirização de força de trabalho, os recursos públicos que custeiam o contrato estão fora dos limites fixados na Lei de Responsabilidade Fiscal, em relação aos gastos diretos com pessoal e com serviços de terceiros.

Entretanto, duas questões fundamentais devem ser bem estudadas: o grau de eficiência e o nível de satisfação do usuário que podem ser observados nas OSs, quando comparados às modalidades diretas de provimento de serviços de saúde pelo Estado e a outras entidades que compõem o setor complementar do SUS. Aqui o conceito de eficiência pode ser tomado no sentido usual que se propagou num dos *slogans* da reforma do Estado: “fazer mais com menos”, ou seja, com menos recursos financeiros, humanos e materiais.

Há indícios concretos que as OSs fazem mais com menos? Um estudo realizado por Ibañez *et. al.* (2001), mostrou que os padrões de despesa das unidades hospitalares sob regime de OS são relativamente altos. As receitas obtidas com internação, recebidas do SUS (MS) na forma de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), correspondem de 28% a 48% das despesas globais com cada internação. A diferença é coberta com recursos da secretaria estadual. Em comparação, nos hospitais filantrópicos, as receitas provenientes do SUS cobrem, em geral, mais de 50% das despesas realizadas com internação. Segundo o estudo, embora configurado numa avaliação preliminar, esse dado “aponta para a preocupação futura de manutenção do sistema”. Contudo, uma avaliação realizada em 2005 pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, comparando 13 hospitais em regime de OS com 13 hospitais da administração direta, indicou que os primeiros apresentavam um custo médio por internação 24% menor.⁵²

52 Atualmente a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo opera em regime de OS um número razoável de unidades: 19 hospitais (4.300 leitos), três ambulatórios e um laboratório de análise clínica. Em 2006, a prefeitura da capital, inspirada no exemplo estadual, qualificou cinco entidades como OS para operar unidades da rede municipal do SUS. Por sua vez, os governos de outras unidades federadas, como Bahia, Pará e Tocantins, vêm mantendo algumas unidades hospitalares sob o mesmo modelo. O Estado da Bahia vem seguindo tanto o caminho da publicização do modelo federal, quanto o caminho de gerência privada adotada pelo Estado de São Paulo.

Fundação estatal – A proposta mais recente para equacionar a crônica deficiência administrativa de recursos humanos e de qualidade dos serviços prestados pelas unidades públicas é a recriação do modelo fundacional, com uma nova marca: *fundação estatal*. As vantagens da *inovação* estariam, à primeira vista, no fato de esse modelo, ao contrário do original, operar sob contrato de gestão (cumprimento de metas), mas, supostamente, com liberdade para fixação de salários e maior flexibilidade do que a administração direta para demitir quadros improdutivos ou em excesso. Tais prerrogativas estavam presentes no modelo fundacional antigo, mas, ou foram suprimidas ao longo do tempo (política salarial própria, por exemplo) ou não foram utilizadas (demissões).

As características institucionais desse novo tipo de entidade prestadora de serviços públicos são: *a)* personalidade jurídica de direito privado, adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil; *b)* autonomia gerencial, orçamentária e financeira; *c)* patrimônio e receitas próprias; *d)* integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS (ou outra área de serviços não exclusivos do Estado); *e)* contrato de gestão com o órgão público dirigente da área (metas e indicadores); *f)* submissão ao sistema de controle interno de cada poder federativo; *g)* receitas constituídas pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades (não consta do orçamento do ente federativo correspondente); *h)* recursos humanos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva, sendo assegurada previdência complementar; *i)* concurso público para a seleção de pessoal; e *j)* obrigatoriedade de obediência a um conjunto de normas de licitação pública.

A fundação estatal é instrumento de ação do Estado, que pode criá-la, mantê-la ou extingui-la, conforme a conveniência e o interesse público. Ela não se desliga da vontade do Estado e goza de autonomia parcial, nos termos outorgados pela respectiva lei autorizadora, sendo supervisionada por órgão da administração direta ou entidade da administração indireta, em cuja área de competência estiver inserida a sua atividade. Sujeita-se, ainda, à fiscalização do sistema de controle interno de cada poder e ao controle externo (MP, 2007).

Como já acontece com as OSs paulistas e as unidades da administração direta, a fundação estatal federal só poderá prestar serviços ao SUS, sendo por conseguinte vedado reservar leitos e fazer outros atendimentos para planos de saúde e particulares de modo a maximizar suas receitas. Tampouco pode exigir qualquer complementação de pagamento na prestação de serviço previsto dentro da programação do SUS. No entanto, nada impede que capte recursos de outras

fontes para financiar atividades como pesquisa e ensino ou que obtenha rendas extraordinárias na venda de serviços diversos – desde que não sejam de atenção à saúde –, como qualquer outra fundação de direito privado usualmente o faz.⁵³

A fundação poderá contar com servidores públicos cedidos. Contudo, a admissão de novos trabalhadores será realizada sempre de acordo com o que está regulamentado na lei do emprego público (contratação celetista), que obriga a realização de prova escrita, com ou sem avaliação de títulos, em conformidade com a complexidade do emprego a ser exercido.⁵⁴ De qualquer forma, o fato de os trabalhadores serem admitidos sob vínculo celetista não irá conferir ao gestor da unidade o direito de demitir sumariamente qualquer um deles, como pode acontecer numa empresa privada. Será necessário abrir processo administrativo para avaliar se há justa causa para a demissão. Em relação a essa questão, que concerne à falta de estabilidade do trabalhador da fundação estatal, é importante levar-se em conta que, desde a EC nº 19, o servidor estatutário é igualmente suscetível de demissão por insuficiência de desempenho.

Pactuação e contratualização

No processo de desenvolvimento do SUS, o MS tem procurado implantar o que pode ser denominado gestão por objetivo. A idéia é promover mudanças comportamentais, sobretudo entre gestores e gerentes, que contemplem claramente o alcance de metas e indicadores específicos em cada área assistencial. Também está sendo reforçada a prioridade de elaboração de planos de ação anuais para cada nível de gestão do SUS.

As palavras-chave desse novo processo de gestão por objetivo são *pactuação* e *contratualização*. Quando a gestão por objetivo é aplicada à definição conjunta de prioridades e metas entre diferentes níveis da gestão do SUS, fala-se de *pactuação*. A *contratualização*, por sua vez, é entendida como a relação que se estabelece

53 A figura da fundação estatal, como mencionado no início deste subcapítulo, não é exatamente uma novidade. Seus contornos jurídicos são, na verdade, uma versão renovada da fundação pública de direito privado, um componente da administração pública indireta, regulamentado em 1967 (Decreto-Lei nº 200). O que o governo federal pretende fazer agora é implementar uma previsão constitucional (dada pelo inciso XIX, do artigo 37), definindo as áreas de atuação das fundações estatais, que passam a ser entidades dedicadas à realização de serviços em áreas como saúde, cultura, desporto e assistência social. Trata-se de áreas de ação não-exclusivas do Estado, nas quais o poder público precisa de maior agilidade, qualidade e atualização tecnológica na prestação de seus serviços, com a mesma (ou quase) agilidade da iniciativa privada.

54 A suspensão do *caput* do artigo 39 da Constituição, modificado pela EC nº 19, por decisão do STF, em 2 de agosto de 2007, devido a vício de processo legislativo, estabeleceu um sério empecilho para desenvolver esse aspecto da gestão de pessoal nas fundações estatais, dado que, até nova revisão constitucional, os concursos para empregos públicos (celetistas) estão suspensos.

entre um provedor de serviços (de natureza pública ou privada) e o gestor do SUS, definindo os objetivos e metas a serem alcançados num dado período.

A era das pactuações – No entendimento dos gestores do SUS, a indução de mudanças por meio de Normas Operacionais esgotou-se em 2004. Foi então concebido um novo instrumento, o Pacto pela Saúde, entre as instâncias de governo, respeitando-se as diferenças regionais e estabelecendo o alcance de resultados como base para o controle e a avaliação (Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006).

Esse pacto é, na verdade, a somatória de três outros: o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. O primeiro define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional, cabendo a cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a sua adaptação às condições locais. O segundo é a reafirmação do SUS como uma política de Estado, dos princípios que o norteiam – universalidade, integralidade, equidade e participação social – do compromisso das três esferas de governo com o seu financiamento e do propósito de reinclusão desses temas na pauta política. O terceiro trata dos temas que eram objeto das antigas normas operacionais – descentralização, regionalização, financiamento – e preserva muitos dos conceitos nelas formulados, mas com uma abordagem bastante diferente, sobretudo mais flexível.

As principais mudanças decorrentes da nova estratégia foram:

- a) o desaparecimento da figura da *habilitação* de municípios e estados a alguma condição de gestão;
- b) o deslocamento do estabelecimento de critérios e regras do nível federal para as CIB's em cada estado; e
- c) os acordos relativos às diretrizes e aos processos essenciais ao funcionamento do sistema passaram a ser prioritários, enfatizando a responsabilidade e as atribuições das três instâncias de governo.

Não menos importante foi a alteração no mecanismo de financiamento federal do SUS, fazendo com que as transferências aos entes subnacionais passassem a ser condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado e ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão.

No SUS, todas as decisões relacionadas à proposição, implementação e regulamentação de políticas são discutidas nas Comissões Intergestores

Tripartite (CITs) e nas (CIBs).⁵⁵ Apesar dos avanços observados no processo e dos esforços desses colegiados, a gestão compartilhada do SUS tem sido criticada em alguns aspectos: *a)* abstração dos termos acordados. Como todas as decisões das Comissões Intergestores são estabelecidas por consenso, muitas vezes perdem qualquer efeito operacional, pelo cuidado excessivo em contemplar todas as partes envolvidas; *b)* demora na implementação de medidas relevantes. O fluxo que as diversas proposições devem seguir, no âmbito do SUS, inclui a sua aprovação em diversos colegiados nas três esferas de governo, precedidos de longos períodos de negociação entre as partes interessadas. Tal formalidade retarda com frequência a introdução, alteração ou correção de ações, necessárias ao melhor funcionamento do sistema; e *c)* inexistência de contrato ou pacto que realmente defina as responsabilidades administrativas, assistenciais e financeiras das três instâncias gestoras do SUS, por regiões e para populações definidas.

O processo de contratualização – As características e as questões relacionadas à contratualização de serviços no SUS dependem da natureza do prestador contratado. Prestadores cuja natureza jurídica é privada lucrativa não tiveram ainda, a rigor, o processo de contratualização iniciado pelo SUS, restringindo-se ao seu credenciamento. Esses prestadores de serviços se vinculam ao SUS por meio da venda dos serviços, que são pagos por produção, pelos gestores estadual ou municipal, de acordo com a tabela do SUS.

No caso dos hospitais de ensino, que podem ser de natureza privada ou pública, o processo de contratualização é definido como “(...) o meio pelo qual o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos”.⁵⁶

A partir de 2004, em acordo com o MEC, passaram a ser aplicadas a esses hospitais normas de contratualização pública.⁵⁷ A contratualização é precedida pelo reconhecimento dessas unidades como hospitais de ensino médico, mediante certificação de comissão específica.

55 A CIT conta com representação de gestores das três esferas de governo. As CIBs, órgãos colegiados do SUS em cada estado, contam com representação de gestores estaduais e municipais. Esses colegiados têm tido o importante papel de foros de consenso técnico-político.

56 Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004.

57 Para financiar as atividades explicitadas no contrato de gestão com o hospital universitário, é feito um repasse fixo mensal para os procedimentos de média complexidade. Somente os procedimentos de alta complexidade e custo continuam sendo pagos por produção.

No caso dos hospitais privados sem fins lucrativos – filantrópicos –, em 2005, o MS estabeleceu um Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).⁵⁸ Esse processo segue, em linhas gerais, o modelo que já vinha sendo discutido com os hospitais de ensino. Apesar de ser um avanço em relação ao pagamento por produção – que é adotado para os hospitais privados lucrativos –, os prestadores criticam o fato de algumas questões ainda não estarem claras nesse processo, como, por exemplo, as regras de reajuste dos valores do contrato. No caso de outros hospitais públicos, particularmente os hospitais federais e alguns hospitais estaduais, a discussão sobre contratualização foi acoplada a propostas de modelos institucionais de gestão dessas unidades.

2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em países cujas condições de saúde são reconhecidamente superiores às vigentes no Brasil, as taxas de mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis são bem mais elevadas. Assim como acontece em países desenvolvidos, outros, como Cuba e Costa Rica, ambos com diferentes estratégias políticas, conseguiram alcançar um quadro sanitário similar ao de nações muito mais ricas.⁵⁹ A alta prevalência de doenças não-transmissíveis pode indicar uma entre duas situações possíveis: o alcance de um estágio de desenvolvimento socioeconômico onde a presença de doenças infecciosas e parasitárias não é mais que residual independentemente do modelo de sistema de saúde adotado – ou a construção de sociedades que, mesmo quando pobres, não têm o grau de desigualdade presente em outros países mais ricos.

O Brasil encontra-se numa posição epidemiológica intermediária onde tanto a mortalidade quanto a morbidade por doenças crônicas e degenerativas crescem de forma gradual, mas ainda são relativamente altas a mortalidade e a morbidade por doenças infecciosas e parasitárias.

As doenças não-transmissíveis (câncer, diabetes, cardiovasculares etc.), aumentarão inexoravelmente, nas próximas décadas, como um fenômeno natural compatível com o crescente envelhecimento da população. Contudo, a

58 Portaria nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

59 Em Cuba as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são de 305 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto a mortalidade por neoplasias atinge 143,2/100 mil. No Brasil as mesmas taxas são, respectivamente, de 157,2/100 mil e 76,6/100 mil.

velocidade dessa tendência e o grau de impacto dessas doenças, sobretudo na população com menos de 60 anos, dependerão, em grande parte, de um lado, de novas tecnologias, e de outro, do esforço da sociedade para reduzir os fatores de risco os quais estão, geralmente, associados às circunstâncias de vida e trabalho, tais como: condições socioeconômicas, *stress*, obesidade, sedentarismo, dieta inadequada, tabagismo, consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Mas o que causa maior perplexidade, por sua atipicidade, é o crescimento das seqüelas das diferentes formas de violência, principalmente as decorrentes de agressões e de acidentes de trânsito. Embora seja a terceira causa de mortalidade geral, a participação relativa das causas externas na mortalidade geral em 2004 (14,2% do total de óbitos) está bastante próxima da segunda causa: neoplasias (15,7%). Essa pequena diferença, pouco mais de 1 ponto percentual (p. p.), já foi bem maior.

Em contrapartida a mortalidade na infância está em queda. Em 1990, o Brasil apresentava uma taxa de mortalidade em menores de cinco anos igual a 53,7 óbitos em cada mil crianças nascidas vivas. Seguindo o compromisso internacional assumido pelo país – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de reduzir em 2/3 a mortalidade de crianças menores de cinco anos até 2015, a taxa antevista para esse ano deverá ser inferior a 18 por mil.⁶⁰

Nesse cenário, o Estado brasileiro no exercício de seu papel no financiamento, provisão de serviços e regulação do sistema de saúde, acumulou avanços importantes, porém, sem deixar de conviver com inúmeros desafios. Entre os principais avanços destacam-se:

- a) A abolição do *apartheid* decorrente da segmentação, em categorias com diferentes direitos, ou mesmo sem nenhum, entre os que se valiam da proteção do Estado para a satisfação de suas demandas médico-hospitalares, dependendo do seu grau de inserção na economia: os trabalhadores urbanos, os trabalhadores rurais e os, assim chamados, indigentes. Essa discriminação desapareceu com a criação do SUS, ainda que persista outra menos ostensiva – mas bem mais complexa – própria de sistemas como o brasileiro, onde a oferta do sistema de saúde como um todo é fragmentada (SUS, segmento de planos e seguros de saúde e segmento privado autônomo) e o financiamento público de forma direta ou indireta.

⁶⁰ Avaliação realizada em 60 países quanto ao alcance desse objetivo inclui o Brasil entre os sete países (Bangladesh, Egito, México, Indonésia, Filipinas e Nepal) em condições de cumpri-lo: a perspectiva é de o Brasil alcançar, em 2015, a segunda menor taxa mortalidade na infância entre os países avaliados (ODM 2007, *op. cit.*).

ta (isenções e/ou subsídios) perpassa, com maior ou menor intensidade, todos os segmentos do sistema nacional.

- b) O segundo êxito está em duas vertentes: a primeira é o crescimento da participação relativa do setor público, na cobertura do sistema de saúde. Em 1998, o SUS respondia por 56,1% dos atendimentos. Esse percentual passou para 61,3%, em 2003. Embora em valores absolutos todas as três modalidades (SUS, pré-pagamento e pagamento direto) tenham crescido no período, o número de atendimentos cresceu 44,5% no SUS contra 21% e 6,2%, respectivamente, do atendimento de planos (pré-pagamento) e de pagamento direto (*out of pocket*). (PORTO; ANTOS; UGÁ, 2006) A segunda vertente está na melhoria, ainda que lenta, na década de 1990, do grau de equidade/igualdade na saúde em diferentes dimensões (oferta,⁶¹ acesso/utilização, financiamento, qualidade da atenção, situação de saúde e seus determinantes) (NUNES *et al*, 2001, *op. cit.*).
- c) O terceiro avanço se deve ao próprio modelo organizacional do SUS, que reduziu drasticamente os paralelismos e superposições de ações entre instâncias de governo, quando não as situações de conflito em um contexto institucional onde convivem competências concorrentes. Muito fortes no passado, essas situações praticamente inexistem hoje. Significativo também foi o esforço realizado na expansão da atenção básica de saúde e eleição do programa de saúde da família como um dos vetores mais fortes para a reorganização da prestação de serviços.

Apesar desses avanços (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), 18 anos depois do início da estruturação do SUS, questões fundamentais para a sua consolidação ainda persistem parcialmente irresolutas. O financiamento é uma delas, e continuará sendo, dado o caráter finito dos recursos. Mas não é, obrigatoriamente, a mais importante: ganhos de eficiência poderiam ser alcançados com medidas de gestão, freqüentemente subestimadas, que independem de incrementos orçamentários sempre necessários e desejáveis, porém difíceis, para dizer o mínimo, no cenário fiscal vigente.

De qualquer forma, a questão dos recursos financeiros é uma das poucas onde foi possível estabelecer consenso entre os diferentes atores sociais, públicos e

61 Salvo na distribuição de recursos humanos onde aumentou concentração espacial de médicos e de dentistas.

privados comprometidos com o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. O desafio remanescente é obter a aprovação no Congresso da lei complementar que regulamenta a EC nº 29, dando condições de um acompanhamento mais efetivo e transparente do comprometimento dos recursos públicos para o SUS e para a definição de critérios ancorados na equidade para as transferências de recursos para os entes subnacionais.

As maiores dificuldades no processo de construção de um sistema público de saúde, que combine eficiência e equidade, estão no campo da provisão de serviços de saúde. É justamente nesse campo que estão presentes questões tão relevantes quanto a garantia de financiamento, mas que, embora longe de serem consensuais, começam a encontrar espaço na agenda política nacional.

Tais dificuldades não decorrem apenas, vale insistir, da reconhecida escassez de recursos. São também devidas à enorme heterogeneidade nacional e seus rebatimentos setoriais; à organização política federativa onde as três instâncias de governo têm responsabilidades concorrentes no campo da saúde nem sempre claramente reguladas; e, sobretudo, a problemas generalizados de gestão, parte deles oriunda de fatores como influência política na escolha de gerentes, rigidez administrativa dos modelos institucionais e na política de recursos humanos.⁶²

A regulação, o terceiro grande campo da ação do Estado na saúde, talvez seja a mais complexa. Não só por compreender quatro áreas – o SUS propriamente dito, as modalidades de pré-pagamento (saúde suplementar), o setor privado de pagamento direto e os medicamentos e outros insumos e tecnologias setoriais em geral –, mas porque cada área exige *expertises* variadas, cada uma com suas próprias complexidades.

Em relação à regulação do mercado privado de serviços médico-hospitalares, o Estado brasileiro tem tido um duplo comportamento. Seus esforços estão concentrados no chamado sistema de saúde suplementar (planos de saúde). Entretanto, é quase ausente no chamado setor privado autônomo, ao contrário do que ocorre em outras áreas sociais e econômicas.

Um ponto fundamental para aumentar a efetividade do SUS é a reorientação do seu modelo de atenção para que possa melhor responder às novas exigências decorrentes do quadro epidemiológico com o predomínio das doenças crônicas

⁶² Um dos problemas é a dificuldade em recrutar recursos humanos, fora das profissões de saúde, como administradores e economistas, por exemplo. Para categorias profissionais como as mencionadas, trabalhar no sistema público de saúde parece ser a última opção.

não-transmissíveis e à necessidade de garantir de forma mais efetiva e oportuna o princípio da integralidade da atenção.⁶³

As dificuldades de acesso à atenção ambulatorial em clínicas básicas ou especializadas sejam para consultas ou para exames de diagnose e terapia, e a falta de garantias efetivas de atendimento são problemas enfrentados no cotidiano pelos usuários do SUS. As garantias de atendimento poderiam ser melhor explicitadas, pactuando-se, por exemplo, os prazos máximos aceitáveis para o atendimento de determinados grupos de patologias. Garantir o atendimento também depende da disponibilidade de serviços. Contudo, ao contrário dos serviços de atenção básica, nos quais a capilaridade deve ser maximizada, os serviços de média e alta complexidade, por seu custo mais elevado e necessidade de escala ótima de produção, devem ser mais concentrados. Exigem, por conseguinte, sua organização em redes de atenção e o reforço de instrumentos regulatórios para facilitar e garantir o acesso adequado da população.

3. EDUCAÇÃO

3.1. INTRODUÇÃO

A educação é atualmente reconhecida como uma das bases sobre as quais se assenta o desenvolvimento político, social e econômico das sociedades nacionais. Embora não haja relação de causa e efeito evidente, é insofismável que não é possível obter elevado grau de desenvolvimento econômico sem um forte investimento na educação de qualidade para toda a população.

Ao longo deste subcapítulo, que está estruturado em três seções, além desta introdução, será possível constatar que o Brasil tem avançado no tocante à universalização do ensino fundamental, mas, ao mesmo tempo, serão identificadas fragilidades sistêmicas como o baixo rendimento dos estudantes, os elevados índices de reprovação e evasão escolar, e como essas fragilidades estão associadas à situação econômica dos alunos, sobretudo aqueles assolados pela pobreza e pelas precárias condições de vida.

⁶³ Integralidade no atendimento é aqui entendida como a oferta de todos os serviços e procedimentos necessários ao tratamento de determinada patologia.

A primeira seção abordará a organização, a distribuição de responsabilidades e o papel de cada ente federado no sistema educacional brasileiro. Na segunda seção, serão analisados os principais níveis de ensino que compõem a educação escolar, a partir de seus problemas e das estratégias de intervenção adotadas pelo poder público. Por fim, discorre-se sobre o processo de montagem da estrutura jurídico-legal de financiamento da educação no Brasil, a natureza das fontes e o volume de gastos realizados pela União.

3.2. RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DOS ENTES FEDERADOS

Com a promulgação da CF de 1988, a nova estrutura de gestão e de distribuição de responsabilidades passou a questionar o padrão tradicional, de caráter centralizador e extremamente permeável aos interesses particularistas, que até então havia moldado a atuação governamental na área de educação. A Carta Magna conferiu claro direcionamento em favor da municipalização da gestão do sistema educacional e, ao mesmo tempo, definiu fontes de recursos financeiros e regimes de colaboração entre as esferas de governo para a consecução das novas incumbências.

No decorrer dos anos de 1990 foram tomadas diversas iniciativas para retirar a descentralização do plano discursivo e aprofundar esse processo. Nesse sentido, um dos principais elementos consistiu na criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef). Além disso, o governo federal alterou e instituiu novos mecanismos de repasses de recursos aos demais entes federados, que balizaram o redesenho de programas e ações sob a responsabilidade do MEC.

Deu-se início então a um longo processo de discussão e negociação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394), conhecida por LDB, que foi sancionada somente em 1996. Ambos os diplomas legais significaram avanços em relação ao reconhecimento da educação enquanto direito social, ao atribuírem ao Estado e à família a responsabilidade pelo seu provimento, bem como ao tornar obrigatória a escolaridade mínima de oito anos (ensino fundamental) a todos os brasileiros de 7 a 14 anos, e aos que não tiveram oportunidade de fazê-lo na idade adequada.

No intuito de viabilizar o cumprimento desses mandamentos legais, a nova Constituição ampliou a vinculação de recursos à educação, especificou fontes de financiamento e estabeleceu a gratuidade do ensino em estabelecimentos oficiais. A CF de 1988 também estabeleceu competências e responsabilidades das três esferas de governo em relação aos níveis de ensino (ver quadro 1).

Quadro 1 – Competências das três esferas de governo na área de educação

| ESFERA | COMPETÊNCIAS |
|---------|--|
| UNIÃO | <p>CF de 1988 – “A União organizará o sistema federal de ensino e o dos Territórios, financiará as instituições de ensino públicas federais e exercerá, em matéria educacional, função redistributiva e supletiva, de forma a garantir equalização de oportunidades educacionais e padrão mínimo de qualidade do ensino mediante assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios” (Constituição Federal 1988, Tít. VIII, cap. III, seção I, artigo 211, § 1º).</p> <p>LDB – A União incumbir-se-á de:</p> <ul style="list-style-type: none">I – elaborar o Plano Nacional de Educação, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;II – organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais do sistema federal de ensino e o dos Territórios;III – prestar assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o desenvolvimento de seus sistemas de ensino e o atendimento prioritário à escolaridade obrigatória, exercendo sua função redistributiva e supletiva (Lei nº 9.394, de 1996, Tít. III, artigo 9º). <p>LDB – “O Sistema Federal de ensino compreende:</p> <ul style="list-style-type: none">I – as instituições de ensino mantidas pela União;II – as instituições de educação superior criadas e mantidas pela iniciativa privada;III – os órgãos federais de educação” (Lei nº 9.394, de 1996, Tít. IV, artigo 16)<p>LDB – “Caberá à União assegurar, anualmente, em seu Orçamento Geral, recursos suficientes para manutenção e desenvolvimento das instituições de educação superior por ela mantidas” (Lei nº 9.394, de 1996; Tít. V, cap. IV, artigo 55).</p><p>A União, de acordo com o § 3º da EC nº 14/1996, complementarará os recursos do Fundef sempre que, em cada estado e no Distrito Federal, seu valor por aluno não alcançar o mínimo definido nacionalmente.</p> |
| ESTADOS | <p>CF de 1988 – “Os Estados e DF atuarão prioritariamente no ensino fundamental e médio” (CF de 1988, Tít. VIII, Cap. III, Seção I, artigo 211 §3º).</p> <p>LDB – “Os Estados incumbir-se-ão de:</p> <ul style="list-style-type: none">II – definir, com os Municípios, formas de colaboração na oferta do ensino fundamental, as quais devem assegurar a distribuição proporcional das responsabilidades, de acordo com a população a ser atendida e os recursos financeiros disponíveis em cada uma dessas esferas do Poder Público;VI – assegurar o ensino fundamental e oferecer, com prioridade, o ensino médio.” (Tít. IV, artigo 10) <p>LDB – “Os sistemas de ensino dos Estados e do DF compreendem:</p> <ul style="list-style-type: none">I – as instituições de ensino mantidas, respectivamente, pelo Poder Público estadual e pelo DF;II – as instituições de educação superior mantidas pelo Poder Público municipal.III – as instituições de ensino fundamental e médio criadas e mantidas pela iniciativa privada;IV – os órgãos de educação estaduais e do Distrito Federal, respectivamente.” (Tít. IV, artigo 17) <p>A forma de distribuição do Fundef entre os estados e seus municípios será proporcional ao número de alunos matriculados nas respectivas redes de ensino. (Lei n.º 9.424/96, artigo 2º)</p> |

(continua)

[continuação]

| | |
|------------|---|
| MUNICÍPIOS | <p>CF de 1988 - "Os municípios atuarão prioritariamente no ensino fundamental e na educação infantil" (CF de 1988, Tít. VIII, Cap. III, Seção I, artigo. 211, §2º)</p> <p>CF de 1988 - Compete ao Município - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental (artigo 30, VI, Cap. IV)</p> <p>LDB - "Os municípios incumbir-se-ão de:</p> <ul style="list-style-type: none">I - organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais dos seus sistemas de ensino, integrando-os às políticas e planos educacionais da União e dos Estados;V - oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas, e, com prioridade, o ensino fundamental, permitida a atuação em outros níveis de ensino somente quando estiverem atendidas plenamente as necessidades de sua área de competência e com recursos acima dos percentuais mínimos vinculados pela Constituição Federal à manutenção e desenvolvimento do ensino" (Tít. IV, artigo 11) <p>LDB - "Os sistemas municipais de ensino compreendem:</p> <ul style="list-style-type: none">I - as instituições do ensino fundamental, médio e de educação infantil mantidas pelo Poder Público municipal.II - as instituições de educação infantil criadas e mantidas pela iniciativa privada;III - os órgãos municipais de educação" (Tít. IV, artigo 18) |
|------------|---|

Fonte: Ipea/Disoc, 2000.

Conforme mostra o quadro 1, compete à União a manutenção das instituições federais de ensino superior e escolas técnicas federais, além do exercício das funções supletiva e redistributiva, nos demais níveis de ensino, por meio de transferências de recursos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, cabendo aos estados atuar prioritariamente nos ensinos fundamental e médio. A LDB é mais específica e lhes atribui ofertar o ensino médio e, em colaboração com os municípios, assegurar o ensino fundamental. Aos municípios, por sua vez, a Carta Magna delega a responsabilidade pela manutenção, em regime de colaboração, de programas voltados à educação infantil e ao ensino fundamental. A LDB ratifica essas responsabilidades e os proíbe de atuar em outros níveis de ensino sem antes terem atendido plenamente as necessidades de suas áreas de competência.

A CF estabeleceu que os recursos públicos devem destinar-se às escolas públicas. No entanto, entidades comunitárias, confessionais ou filantrópicas que não têm finalidade lucrativa e que apliquem seus excedentes financeiros em educação poderão beneficiar-se das fontes oficiais. A LDB reiterou esse dispositivo, mas impôs critérios para fins de controle sobre a aplicação dos recursos, mediante prestação de contas ao poder público.

A EC nº 14, de 1996, assegurou que 60% dos recursos destinados à manutenção e ao desenvolvimento do ensino fossem alocados ao ensino obrigatório, por intermédio do Fundef, regulamentado pela Lei nº 9.424/1996.

Foi reiterado pela LDB o dispositivo constitucional que atribui à União a incumbência de “assegurar processo nacional de avaliação do rendimento escolar no ensino fundamental, médio e superior, em colaboração com os sistemas de ensino, objetivando a definição de prioridades e a melhoria da qualidade do ensino” (artigo 9º, VI). Desse modo, no início dos anos de 1990 o MEC implementou o Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) e, na segunda metade dessa década, o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) – destinado aos concluintes desse nível de ensino – , bem como um sistema de avaliação do desempenho dos alunos do ensino superior, conhecido por Provão, que foi substituído, em 2004, pelo Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade).

Cabe ressaltar que a CF e a LDB reconhecem a autonomia do município como unidade federada, atribuindo-lhe, inclusive, maiores responsabilidades. Essa ampliação de competências aumentou o risco, para boa parte dos municípios brasileiros, de gerir com eficiência e eficácia o maior aporte de recursos em seus orçamentos, viabilizado pela CF de 1988. Isso é particularmente válido para municípios mais pobres e interiorizados, conforme constatado pelo MEC, justamente porque deixavam de pleitear recursos federais por não estarem aptos a encaminhar suas demandas segundo os padrões adotados pela burocracia estatal. Em razão disso, o MEC passou a prestar assistência técnica a esses municípios, na elaboração de projetos dessa natureza.

É, pois, sob esse arcabouço jurídico-legal que se moldam as ações e iniciativas educacionais das três esferas de governo, assim como a atuação do setor privado. Com base nesse enquadramento, serão analisados, na seção a seguir, os principais avanços da educação no Brasil, a partir do início dos anos de 1990, bem como os desafios atuais para a sociedade brasileira.

3.3. AVANÇOS E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO NO BRASIL

Mesmo o país tendo ampliado de forma significativa, nas últimas décadas, sua capacidade de oferta de educação básica, o nível médio de escolaridade da população brasileira ainda se encontra abaixo do desejável, tanto na comparação com os vizinhos sul-americanos, quanto em relação ao que estabelece a CF de 1988. Do mesmo modo, os índices de desempenho e proficiência escolar são muitíssimo baixos e, em grande medida, responsáveis pelas reduzidas taxas de conclusão da escolarização obrigatória. Avaliações internacionais, a exemplo do Programa Internacional de Avaliação de Alunos (Pisa), revelam que os estudantes brasileiros apresentam níveis muito baixos de proficiência escolar.

Mesmo os de renda mais elevada têm desempenho inferior ao de estudantes europeus pertencentes às camadas mais pobres.

Se a variável renda não altera significativamente a taxa de frequência ao ensino fundamental, quando se comparam os grupos de maior e de menor rendimentos, o mesmo não pode ser dito em relação à permanência, ao desempenho e à progressão dos estudantes no sistema de ensino, pois os mais pobres apresentam índices de repetência e evasão escolar muito acima dos registrados pelos estratos de maior renda.

Apesar do grande avanço que significou a quase universalização do acesso ao ensino fundamental, na faixa etária de 7 a 14 anos, cuja relevância não pode ser menosprezada, essa conquista não se mantém por muito tempo, posto que somente 53% dos que ingressam nesse nível de ensino logram concluí-lo. Esse processo excludente se estende aos níveis de ensino superiores, de modo que não mais de 37% desse universo obtêm o diploma de ensino médio. A deserção, contudo, é diferenciada, atingindo fortemente os mais pobres, que estão mais propensos a abandonar a escola ao longo desse percurso.

Os altíssimos níveis de reprovação, evasão e repetência escolar constituem uma verdadeira chaga nacional, pois além de implicar desperdício de recursos, também, e principalmente, jogam por terra oportunidades de superação da pobreza, redução das iniquidades sociais e, em última instância, comprometem o processo de desenvolvimento do país.

3.3.1. Analfabetismo

Embora a taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos ou mais, no Brasil, tenha diminuído de 17,2% em 1992 para 10,4% em 2006, ainda é bastante elevada, inclusive quando comparada à de países sul-americanos, como Argentina (2,8%, em 2001) e Chile (4,3%, em 2002). Em 2006, havia no país cerca de 14,3 milhões de analfabetos. Mas, assim como ocorre com a maioria dos indicadores educacionais, a distribuição desse elevado contingente de pessoas faz-se de forma bastante desigual em termos regionais, em relação à localização domiciliar (rural/urbana) e pelas faixas etárias.

A taxa de analfabetismo na região Nordeste superava em quase quatro vezes a registrada no Sul. Na área rural, não saber ler nem escrever atinge 25% da população, proporção cinco vezes maior que a das áreas metropolitanas. Quando se consideram as faixas etárias da população, constata-se que as pessoas de 40 anos ou mais apresentam taxa de analfabetismo da ordem de 19,0%, ou seja, muito acima dos 2,9% registrados entre jovens de 15 a 24 anos. Essa diferença

indica que a política de expansão do atendimento escolar nas últimas décadas, que tem como finalidade atender a quase totalidade dos jovens e adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos, tem se mostrado efetiva. Por sua vez, a existência de um elevado percentual de analfabetos entre os adultos de 40 anos ou mais resulta não apenas do acesso restrito dessas gerações à educação formal no passado, mas também ao fato de os programas de alfabetização implementados nas últimas décadas terem sido incapazes, por razões variadas, de saldar essa dívida educacional.

Em que pese a pertinência das alterações introduzidas no Programa Brasil Alfabetizado, em 2007, a efetividade dessa iniciativa ainda vem sendo comprometida pela baixa mobilização de jovens e adultos analfabetos. Exemplo disso é que somente 3,9% dos jovens de 15 a 24 anos freqüentavam cursos de alfabetização, enquanto a proporção entre pessoas de 25 anos ou mais era ainda menor (2,6%). Além disso, elevados índices de evasão – cerca de 50% – também comprometem a efetividade do programa.

Cabe destacar, no entanto, que estão em curso ações voltadas a assegurar a ampliação do nível de escolaridade dos alfabetizados na modalidade de educação de jovens e adultos (EJA), mediante o ingresso desses estudantes no ensino fundamental. Conforme apontam diversos estudos, iniciativas dessa natureza reduzem as chances de os recém-alfabetizados retornarem à sua condição anterior. Em relação ao Brasil Alfabetizado, as estimativas são de que 70% dos egressos desse programa tenham prosseguido nos estudos.

3.3.2. Educação infantil

Embora a Constituição brasileira tenha definido que apenas o ensino fundamental tem caráter obrigatório, a LDB estabeleceu como formação mínima a educação básica, que abrange, além do ensino fundamental, a educação infantil (crianças com até seis anos de idade) e o ensino médio (adequado à faixa de 15 a 17 anos). Imbuídos de dar cumprimento à CF de 1988, os governos municipais concentraram investimentos na oferta de ensino fundamental e, conseqüentemente, o grau de cobertura das crianças de 0 a 3 anos permaneceu como o mais baixo entre os níveis de ensino que integram a educação básica.

Situação bastante diferente é observada entre as crianças da faixa etária de 4 a 6 anos. Neste caso, a proporção que freqüentava a escola alcançou cerca de 71%, em 2006, índice que superou em larga margem a meta de 60% estabelecida pelo Plano Nacional de Educação (PNE), tornando factível o alcance da taxa

de 80% em 2011. Entretanto, a frequência à escola nessa faixa etária revelava diferenças consideráveis em função do nível de renda das famílias, como pode ser observado na tabela 3.

| Tabela 3 – Taxa de Frequência à Educação Infantil de Crianças de 0 a 6 anos, segundo Características Determinadas – Brasil (1995-2006) | | | | |
|---|---------------------|-------------|---------------------|-------------|
| Características | 0 a 3 anos de idade | | 4 a 6 anos de idade | |
| | 1995 | 2006 | 1995 | 2006 |
| Brasil | 7,6 | 14,4 | 53,5 | 71,5 |
| Cor branca | 8,7 | 19,0 | 56,3 | 75,5 |
| Preta ou parda | 6,2 | 11,2 | 50,5 | 69,2 |
| Situação do domicílio | | | | |
| Urbano | 9,2 | 18,6 | 59,4 | 77,1 |
| Rural | 2,7 | 5,6 | 35,9 | 60,6 |
| Grandes regiões | | | | |
| Norte | 5,6 | 9,0 | 55,1 | 62,4 |
| Nordeste | 7,1 | 11,0 | 56,1 | 74,6 |
| Sudeste | 8,3 | 21,1 | 55,1 | 76,4 |
| Sul | 8,6 | 20,9 | 45,1 | 63,3 |
| Centro-Oeste | 5,5 | 15,9 | 48,0 | 63,3 |
| Faixa de rendimento familiar <i>per capita</i> | | | | |
| Até 1/2 SM | 5,1 | 10,2 | 42,6 | 67,6 |
| 3 SM ou mais | 22,6 | 38,7 | 83,2 | 95,3 |

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1995 e 2006/IBGE.
Obs.: Exclusiva a população rural da região Norte.

A taxa de frequência de crianças pertencentes a famílias com renda familiar *per capita* inferior a 1/2 SM era de apenas 10,2% em 2006, enquanto as de famílias com renda *per capita* de 3,0 SMs ou mais apresentavam taxa de frequência 3,8 vezes maior. Em relação à pré-escola, adequada às crianças de 4 a 6 anos, também são identificadas diferenças em função da renda familiar, ainda que em proporção menor que a observada nas creches. Além das desvantagens educacionais a que estão submetidas essas crianças, o fato de não terem acesso à creche também pode agravar sua condição socioeconômica, uma vez que a ausência de oferta desse nível de ensino pode dificultar a inserção das mães no mercado de trabalho.

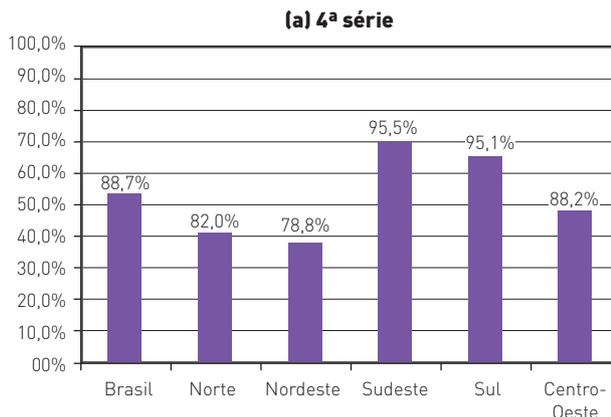
O principal limitante à expansão da educação infantil continuava a ser a inexistência de fonte de recursos financeiros específica para fazer frente à crescente demanda. Isso fica evidenciado pelo fato de que os recursos do MEC destinados à educação infantil correspondiam a apenas 0,3% de seu

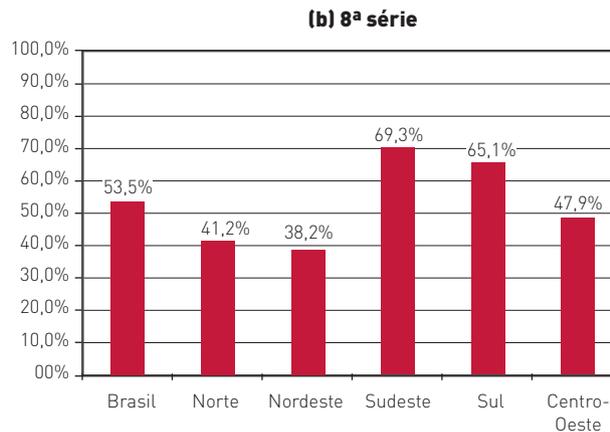
orçamento, enquanto a maior parte dos recursos federais destinados às creches estava alocada na área de assistência social. Mas, com a inclusão desse nível de ensino no escopo do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), torna-se factível a ampliação substancial da oferta de vagas em creches públicas ou conveniadas.

3.3.3. Ensino fundamental

A quase universalização do acesso à escola, nos anos de 1990, à população de 7 a 14 anos, correspondeu a um dos principais avanços da sociedade brasileira no campo educacional. Ao progresso alcançado no tocante à oferta de vagas, no entanto, sobrepõem-se novos desafios. Além de ainda haver uma porcentagem residual de crianças e jovens fora da escola, proporção elevada dos que estão matriculados não aprende ou progride lentamente, repete o ano e termina por abandonar os estudos. Os fatores que contribuem para a persistência dessas disfunções estão relacionados à qualidade do ensino, gestão das escolas e sistemas de ensino, e também às condições de acesso e permanência dos alunos, em grande medida ditadas por suas condições socioeconômicas. Esse conjunto de fatores concorre para a baixa efetividade do ensino fundamental, evidenciada pelas taxas de conclusão desse nível de escolarização, em suas etapas intermediária e final (gráfico 6).

GRÁFICO 6 – Taxa Média Esperada de Conclusão da 4ª e 8ª Séries do Ensino Fundamental Brasil e Grandes Regiões (2004-2005)





Fonte: MEC/Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais (Inep).

Conforme observado no gráfico 6, a taxa média nacional de conclusão do ensino fundamental é extremamente baixa, na medida em que pouco mais da metade dos que ingressam na primeira série conseguem concluir esse nível de ensino. No entanto, encontram-se em situação ainda mais desvantajosa os estudantes residentes nas regiões Norte e Nordeste, cujas taxas de conclusão situavam-se em torno de 40%.

Pode-se afirmar que, atualmente, a universalização do ciclo educacional obrigatório, no Brasil, não tem como principal limitante a oferta de vagas, mas sim as condições intra e extra-escolares que afetam o desempenho e a trajetória dos estudantes, razão pela qual o índice de conclusão no ensino fundamental é muito baixo. Para parcela considerável dos que conseguem concluir esse nível do ensino, o percurso torna-se mais longo que o inicialmente apresentado como possível e desejável. O tempo médio de conclusão das oito séries amplia-se para cerca de dez anos: índice que encobre profundas desigualdades regionais. Enquanto no Sudeste, são necessários nove anos, no Nordeste, a média chega a 11 anos. Apesar disso, a situação presente evidencia avanços em relação a 1991, quando menos de 38% dos estudantes concluíam o ensino fundamental em 11,7 anos.

A elevada ineficiência do fluxo na escolarização obrigatória guarda estreita relação com o baixo rendimento dos alunos, aferido por intermédio dos exames de proficiência. Os resultados do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica – Saeb, realizado em 2003, mostram que ainda é elevado o contingente de alunos com desempenho insuficiente, sendo particularmente grave no âmbito das redes públicas de ensino. Cerca de 60% dos alunos oriundos dessas escolas, matriculados na 4ª série, situavam-se nos estágios “crítico” ou

“muito crítico” em língua portuguesa, o que demonstra sérias deficiências em leitura e interpretação de textos simples. Apesar de o desempenho de alunos da 8ª série, nessa mesma disciplina, ter sido substancialmente melhor, verifica-se que há aumento da diferença entre os resultados das redes pública e privada. Semelhantes desigualdades no desempenho escolar entre as redes de ensino podem ser observadas em matemática, com o agravante de que é crescente, na 4ª e 8ª séries, a proporção de estudantes nos estágios “crítico” e “muito crítico”.

Em conformidade com o que estabeleceu a CF de 1988, o ensino fundamental assume *status* de prioridade na política educacional do MEC, a partir de meados dos anos de 1990, ficando evidenciada pelas seguintes iniciativas que balizaram a atuação do governo federal na área educacional: *a*) criação de fundo que assegurou ao ensino fundamental 60% dos recursos vinculados à educação; *b*) manutenção da universalização dos principais programas/ações de assistência ao estudante do ensino fundamental; *c*) incremento à descentralização, iniciada a partir de 1993, da gestão de grande parte dos programas pela transferência de recursos aos governos subnacionais e às próprias unidades escolares; *d*) focalização regional como critério para a alocação de recursos federais; *e*) incentivos financeiros e assistência técnica a estratégias de correção do fluxo escolar; e *f*) focalização socioeconômica, mediante a ampliação de recursos para garantia de renda mínima vinculada à educação, com a instituição do PBF, a partir de 2001. Além dessas iniciativas, também foram desenvolvidas ações voltadas às inovações tecnológicas, visando à melhoria da qualidade dos processos de ensino e aprendizagem, como o TV-Escola, o Programa de Apoio Tecnológico e o Programa Nacional de Informática na Educação (Proinfo).

Uma das prioridades do governo atualmente tem sido o investimento na formação de professores, uma vez que o país não conseguiu assegurar a todos os estudantes da educação básica a oferta de ensino por professores com a formação mínima estipulada pela legislação educacional. De acordo com os dados do Censo Escolar de 2006, cerca de 15% das 866 mil funções docentes das últimas séries do ensino fundamental (5ª a 8ª) e 5% das quase 520 mil funções docentes do ensino médio são ocupadas por professores que não possuem escolaridade de nível superior, requisito obrigatório para o magistério nesses níveis de ensino.

Além de dar continuidade às ações de formação e capacitação de docentes iniciadas na segunda metade dos anos 1990, a exemplo do Proformação, que se destina aos professores que atuam nas séries iniciais do ensino fundamental, o MEC instituiu em 2005 o Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB), tendo como foco principal a capacitação de professores que atuam na educação básica.

3.3.4. Ensino médio

A LDB reiterou as funções da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tendo por fundamento o regime de colaboração entre estas esferas federativas. Ao tratar dos níveis e das modalidades de educação e ensino, essa lei introduz o conceito de educação básica, que tem início na educação infantil, para as crianças de 0 a 6 anos de idade, passa pelo ensino fundamental obrigatório e, como etapa final, incorpora o ensino médio e estabelece sua progressiva obrigatoriedade e gratuidade.

No que se refere, especificamente, ao ensino médio, a LDB propõe a reestruturação para esse nível, visando atender às diferentes manifestações e solicitações, não satisfeitas com a educação média profissionalizante, proposta pela Lei nº 5.692/1971. A aplicação da nova lei ao ensino médio resultou na separação entre o ensino profissionalizante e o propedêutico. O curso profissionalizante, de nível técnico, passa a ser complementar ao ensino acadêmico, deixando, assim, de existir a equivalência entre ambos.

O ensino médio foi relegado a uma posição secundária no âmbito das ações do MEC por não ter caráter obrigatório e não ser de competência direta da União. Nos estados vinha subsistindo apesar da inexistência de recursos assegurados e instalações apropriadas, restando-lhe, em grande medida, a ocupação de espaços ociosos deixados pelo ensino fundamental diurno, a despeito da demanda crescente por esse nível de formação.

Na segunda metade da década de 1990, o MEC iniciou a implementação das mudanças introduzidas pela nova LDB, com destaque para as ações voltadas à melhoria e à expansão do ensino médio, entre as quais uma série de medidas preparatórias para empreender a reforma deste nível de ensino. Contudo, os sistemas de ensino e as escolas encontraram dificuldades em processar a necessária ruptura com o paradigma curricular anterior, baseado na memorização de conhecimentos. Incorporar uma prática pedagógica orientada a estimular o desenvolvimento de habilidades e competências nos alunos tem sido um dos grandes desafios para a efetiva concretização da reforma do ensino médio.

A instituição do Enem, referida anteriormente, teve como propósito avaliar as competências e habilidades desenvolvidas pelos estudantes ao término da educação básica. Apesar de não ter caráter obrigatório, esse exame passou a ser utilizado como critério de ingresso ao ensino superior por um número significativo de instituições, o que provavelmente contribuiu para a ampliação, a cada ano, do universo de estudantes abrangidos.

Ao fim dos anos de 1990, o ensino médio passou a ser um dos objetos centrais da política educacional do governo federal. Em parte, isso pode ser atribuído à contínua e crescente pressão de demanda por vagas nesse nível de ensino, resultante da quase universalização do acesso e melhoria da progressão escolar no ensino fundamental.

Mas alguns desafios nem por isso foram superados. Questões fundamentais que perpassam o ensino médio brasileiro estão relacionadas a problemas sociais diversos, que dificultam a eficácia da política educacional *stricto sensu*. Assim, diferentemente do que ocorre em relação à frequência ao ensino fundamental, no caso do ensino médio evidenciam-se profundas desigualdades regionais, ainda que estas tenham sido reduzidas ao longo do período sob análise. A taxa de frequência na região Nordeste correspondia, em 1995, à metade da média nacional e a pouco mais de 1/3 dos índices registrados nas regiões Sul e Sudeste. Essas diferenças reduziram-se ao longo do período 1995-2005, em virtude de o avanço verificado na região que se encontrava em situação mais desfavorável ter sido o dobro daquele registrado pela região melhor posicionada.

A frequência ao ensino médio guarda estreita relação com a renda familiar. Por exemplo, a proporção de jovens de 15 a 17 anos pertencentes ao 1º quinto de renda, que frequentam o ensino médio, correspondia, em 2006, a 1/3 daqueles que se situavam no quintil superior da renda. Ressalte-se que esse índice médio ainda encobre desigualdades regionais. Enquanto na região Sudeste a proporção era de cerca de dois em cada cinco jovens, no Norte essa proporção se reduzia quase à metade, conforme pode ser constatado na tabela 4.

Tabela 4 – Taxa de Frequência Líquida no Ensino Médio de Pessoas de 15 a 17 Anos, por Quintos de Rendimento Mensal Familiar *per capita* – Brasil e Grandes Regiões (2006)

| Brasil e regiões | Todas | 1º quinto | 2º quinto | 3º quinto | 4º quinto | 5º quinto |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Brasil | 46,9 | 24,5 | 38,2 | 52,3 | 63,2 | 77,2 |
| Norte | 34,7 | 17,8 | 28,5 | 44,5 | 55,9 | 75,9 |
| Nordeste | 33,0 | 20,8 | 32,1 | 45,4 | 62,4 | 73,1 |
| Sudeste | 57,7 | 35,3 | 47,0 | 57,2 | 66,2 | 78,8 |
| Sul | 54,8 | 29,7 | 40,8 | 55,9 | 60,2 | 77,6 |
| Centro-Oeste | 48,0 | 26,1 | 36,9 | 44,8 | 58,5 | 74,0 |

Fonte: IBGE/Pnad.
Elaboração: Ipea/Disoc.

Desigualdade semelhante pode ser verificada na comparação entre as áreas rural e urbana. A frequência ao ensino médio de jovens residentes em áreas rurais correspondia, em 2006, a pouco mais da metade da taxa

registrada entre residentes de áreas urbanas (50,3%). Apesar da evidência de que ainda é aguda a desigualdade no acesso a esse nível do ensino, o avanço verificado nos últimos dez anos foi significativo, pois, em 1996, a taxa de freqüência desse segmento populacional correspondia a aproximadamente 1/3 da taxa registrada entre jovens das áreas urbanas. Semelhante tendência de redução das desigualdades pode ser constatada quando se comparam as taxas de freqüência ao ensino médio entre brancos e negros, e entre homens e mulheres, no mesmo período.

Os resultados do Saeb também demonstraram que, infelizmente, decresceu o nível médio de desempenho dos estudantes ao longo do período 1995-2003. No entanto, o pior é que quando estes dados são desagregados, segundo as redes de ensino, observa-se que os estudantes das escolas privadas melhoraram seu desempenho, ao passo que no conjunto dos estudantes de escolas públicas ocorreu o oposto. Uma possível explicação para esse fenômeno é a de que a expansão ocorrida nesse período tenha incorporado estudantes, antes alijados, em condições socioeconômicas menos favoráveis e, via de regra, com menores chances de acesso a um ensino de melhor qualidade, dada a necessidade de trabalhar durante o dia e estudar no período noturno.

3.3.5. Educação superior

O acesso à educação superior, no Brasil, ainda é bastante restrito, não apenas quando comparado ao de países desenvolvidos, mas também em relação a diversos países latino-americanos. Além disso, mostra-se bastante desigual quando se comparam segmentos populacionais segundo níveis de renda, raça/cor, localização regional e situação domiciliar (rural/urbana).

O modelo de expansão da educação superior, adotado no período 1995-2002, que incentivou a expansão do setor privado, guardava em si mesmo limites de ordem econômica impostos pela queda do poder aquisitivo da classe média brasileira. Isso pode ser corroborado pelo fato de a oferta de vagas ter crescido muito além do aumento da demanda. Se, em 1995, cerca de 18% das vagas ofertadas no ensino superior privado não haviam sido preenchidas, em 2006 já somavam aproximadamente 45%. Trata-se, pois, de uma coexistência aparentemente paradoxal, entre a baixa inserção de jovens de 18 a 24 anos na educação superior e o elevado nível de ociosidade das vagas ofertadas pelo conjunto das instituições privadas. A explicação para esse fenômeno aponta para, pelo menos, três possíveis causas, sendo duas delas de natureza intra-sistêmica: distorção idade-série na educação básica e insuficiente oferta de vagas pelos sistemas

públicos de educação superior. A terceira está relacionada com o empobrecimento da classe média brasileira, ao longo dos anos de 1990.

Em relação às causas intra-sistêmicas, a baixa progressão e a evasão verificadas nos ensinos fundamental e médio têm impactos sobre os níveis de acesso e permanência na educação superior. De acordo com estimativas do Inep somente 37% dos estudantes que iniciam o ensino fundamental concluem o ensino médio (IPEA, 2005). Portanto, o universo de potenciais demandantes de educação superior, que dispõem do requisito mínimo para tal, restringe-se a pouco mais de 1/3 dos jovens brasileiros que tiveram acesso à educação básica. Para essa minoria que consegue superar um conjunto de obstáculos colocados ao longo de sua trajetória escolar, a obtenção do diploma de nível médio não assegurará o ingresso na educação superior. A necessidade de ingressar no mercado de trabalho, que se torna mais premente com o avançar da idade, constitui uma das principais causas da interrupção dos estudos de boa parte dos concluintes do ensino médio.

As condições socioeconômicas da maioria dos que concluem o ensino médio, associadas à reduzida oferta de vagas pelos sistemas públicos de educação superior, constituem fatores limitantes de suas expectativas de acesso à educação superior. A disputa dessas cobiçadas vagas públicas e gratuitas também se mostra bastante desigual entre os estudantes que freqüentam o ensino médio privado e público diurno, e aqueles matriculados no ensino público noturno. Estudo do Inep, realizado a partir dos dados do Saeb de 2003, identificou que 76% dos estudantes que tiveram desempenho “muito crítico” nesse exame provinham do ensino noturno, sendo que 96% destes eram oriundos de escolas públicas. Em contrapartida, 76% dos estudantes que tiveram desempenho adequado estudavam em escolas privadas e 89% freqüentavam aulas no período diurno.

Mesmo sendo reduzidas as possibilidades de acesso à educação superior a estudantes pertencentes aos estratos inferiores de renda, sua participação no total de matrículas das instituições públicas é maior que nas privadas. De acordo com dados da Pnad de 2004, a freqüência de estudantes com renda domiciliar *per capita* de até 1 SM em instituições públicas equivalia a 15,3% do total de matriculados, enquanto nas instituições de ensino superior (IESs) privadas esse índice era de apenas 7,1%. Em sentido oposto, os que auferiam renda *per capita* de 10 SMs ou mais correspondiam a 3,6% do total de estudantes matriculados nas redes públicas, contra 5,2% nas privadas.

Assim como ocorre em relação à variável renda, as oportunidades de acesso à educação superior para a população negra são maiores no âmbito das instituições públicas. A presença de estudantes afro-descendentes em instituições de ensino superior públicas correspondia, em 2004, ao dobro da registrada nas instituições privadas. A menor incidência de negros nas IES privadas contribuiu para que sua frequência à educação superior correspondesse, naquele ano, a apenas 30% da observada entre os estudantes brancos. Essa situação reflete um avanço em relação a 1995, quando então a proporção situava-se em 21%, apesar de ser ainda bastante desigual.

A política para a educação superior, implementada no período 1995-2002, fundada na expansão do setor privado, foi acompanhada da redução dos gastos do MEC em relação ao Produto Interno Bruto (PIB),⁶⁴ (ver seção financiamento e gasto). O crescimento da educação superior privada também foi favorecido por certa desregulamentação do setor, no que se refere à flexibilização dos requisitos para a criação de cursos e instituições. A decisão do governo federal de extinguir o então Conselho Federal de Educação (CFE), em 1994, e de instituir em seu lugar o Conselho Nacional de Educação (CNE), sem o poder deliberativo do antecessor, conferiu ao MEC maior autonomia na condução do processo de expansão do ensino de graduação. O objetivo principal dessa medida foi expandir a oferta de vagas sem, no entanto, ampliar os gastos da União. Para tanto, foram agilizados e facilitados os processos de autorização, reconhecimento e credenciamento de cursos e instituições, por parte do CNE, o que favoreceu consideravelmente a expansão desse nível do ensino por intermédio da iniciativa privada.

Na pós-graduação *stricto sensu*, contudo, a oferta de vagas continuou a ser feita predominantemente pelas redes públicas de ensino superior (federal e estaduais). Assim, o conjunto das instituições privadas respondia, em 1995, por 12,7% das matrículas em cursos de mestrado e por 9,4% das de doutorado; em 2004, essa participação ampliou-se substancialmente no caso dos mestrados (23,2%), mas manteve-se praticamente inalterada no que concerne aos cursos de doutorado (9,9%). Esses dados revelam que a expansão desse nível do ensino superior não segue a tendência verificada no âmbito da graduação, em que predomina a oferta pelo setor privado, provavelmente em decorrência de requisitos de natureza estrutural (corpo docente titulado, linhas de pesquisas instituídas, laboratórios etc.), sem os quais os novos cursos têm poucas chances de reconhecimento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), e dos altos custos de manutenção de programas de mestrado e doutorado.

64 Ver seção financiamento e gasto

3.3.6. Educação profissional

Em 1997, foi implementada uma reforma da educação profissional de nível médio, no âmbito da rede federal, no sentido de separar a parte acadêmica da formação profissional: Os principais argumentos que respaldaram essa mudança foram: *a)* alto custo aluno/ano – aproximadamente dez vezes maior do que no ensino médio regular; *b)* perfil da maioria dos alunos que freqüentam essas escolas e centros – provenientes de classe média e média alta –, e elevado índice de ingresso no ensino superior, em vez de voltar-se ao mercado de trabalho; e *c)* dificuldade da gestão centralizada, a partir de Brasília, sobre unidades escolares que se espalham pelo país, mas que fazem parte da administração direta do MEC.

A reforma da educação profissional instituída pelo Decreto nº 2.208/1997 separou os ensinos profissional e médio regular, de modo a estabelecer dois sistemas paralelos. A educação profissional passou a compreender três níveis, que não constituem progressão obrigatória: *a)* básico, com duração variável, independente de escolaridade, não sujeita à regulamentação curricular; *b)* técnico, destinado aos matriculados ou egressos do ensino médio, com organização curricular independente deste; e *c)* tecnológico, correspondente ao nível superior, destinado aos egressos do ensino médio ou técnico.

A partir de 2003 retomou-se a discussão sobre a orientação da política de educação profissional, particularmente em sua relação com o ensino médio. Por intermédio do Decreto nº 5.154/2004, possibilitou-se diversas formas de articulação entre os ensinos técnico e acadêmico, sendo a principal delas a que prevê a reintegração entre ambos, conforme modelo vigente até 1997.

A ampliação da oferta de vagas em instituições públicas vem sendo viabilizada pelo Plano de Expansão da Educação Profissional e Tecnológica, cuja Fase I foi iniciada em 2006, e deverá resultar na duplicação, até o ano de 2010, da capacidade de atendimento das redes públicas. Assim, estão previstas as seguintes ações: *a)* criação de 210 novas unidades na rede federal; *b)* incorporação de escolas agrícolas vinculadas ao Ministério da Agricultura – Comissão Executiva do Plano da Lavoura Cacaueira (Ceplac); e *c)* fortalecimento das redes estaduais e municipais de educação profissional.

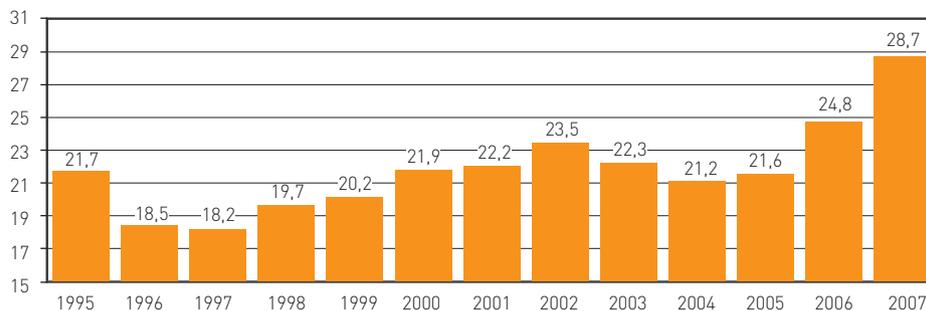
As novas escolas da rede federal deverão ser criadas em um novo modelo de gestão e integrar os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (Ifet). Os cursos deverão sintonizar-se com as demandas locais e regionais, bem como atender aos arranjos produtivos locais. Sua distribuição deverá romper com a atual concentração territorial da oferta, buscando a interiorização e a

formação de pólos de educação profissional. Nesse sentido, a atual política para a educação profissional consiste numa inflexão em relação à orientação até então vigente, regulamentada pela Lei nº 9.949/1998, que visava inibir a expansão da rede federal de educação profissional.

3.4. FINANCIAMENTO E GASTO

Um dos principais limitantes da expansão e melhoria da qualidade dos bens e serviços educacionais situa-se no volume de recursos que financiam as políticas federais na área de educação. Admite-se, em alguns estudos publicados recentemente, que o montante de recursos disponibilizado pelo MEC seria insuficiente para desencadear um verdadeiro processo de coordenação e colaboração entre as esferas administrativas. Os gastos globais do MEC, no período compreendido entre 1995 e 2007, apresentados no gráfico 7, mostram que a média anual situou-se em torno de R\$ 21,9 bilhões (em valores atualizados pelo IPCA Médio de 2007), sendo que o maior valor foi atingido nesse último ano (R\$ 28,7 bilhões). Observa-se, também, que os gastos não apresentam crescimento contínuo, mas sim, oscilação com três picos distintos: 2002, 2006 e 2007. No entanto, a tendência identificada, entre o início e o final desse período, é a de uma curva ascendente.

Gráfico 7 – Gastos do Ministério da Educação (1995-2007)
Em R\$ bilhões

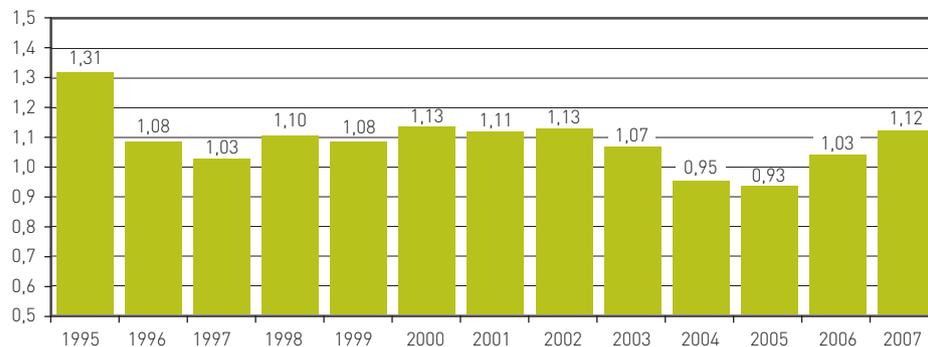


Fonte: Siafi/Sidor.
Elaboração: Ipea/Disoc.
Obs.: Em valores constantes, atualizados pelo IPCA médio de 2007.

Quando os gastos são analisados em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), verifica-se que, em que pese o fato de nos dois últimos anos ter registrado elevação contínua dessa proporção, o percentual atingido em 2007 ainda se situa bastante abaixo do primeiro ano da série, conforme pode ser observado no gráfico 8.

Gráfico 8 – Gastos do Ministério da Educação como Proporção do PIB

[Em %]

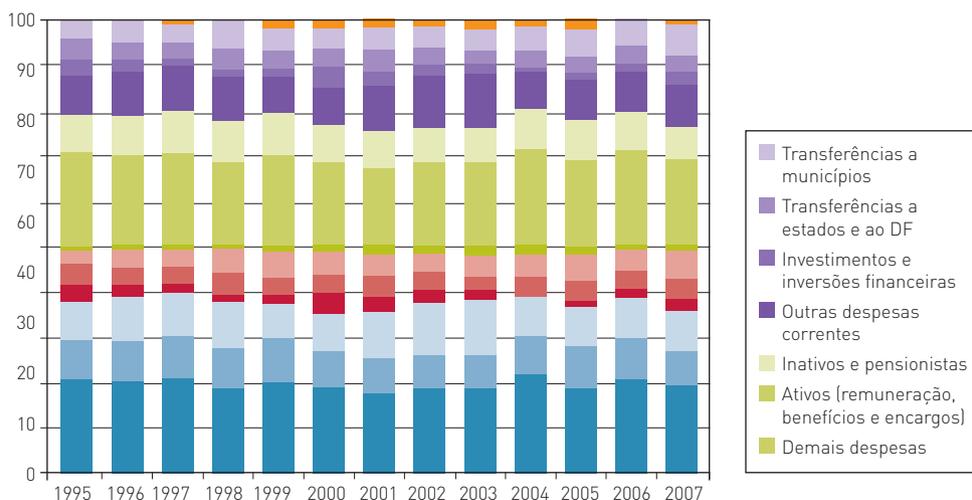


Fonte: Siafi/Sidor.
Elaboração: Ipea/Disoc.

A análise dos gastos segundo a natureza da despesa também indica alterações quanto à sua composição, conforme mostra o gráfico 9. Nesse caso, chama a atenção o fato de as despesas com pessoal e os encargos sociais com ativos, inativos e pensionistas terem sido reduzidos de 59,1% para 53,1% do total. Esses gastos também se moveram com viés de baixa nos últimos anos. Em 2007, os dispêndios com pessoal ativo representaram cerca de 38,5% dos gastos do MEC e os com inativos e pensionistas consumiram algo em torno de 14,6%, ambos em queda no período.

Gráfico 9 – Gastos do Ministério da Educação segundo a Natureza da Despesa – 1995-2007

[Em %]

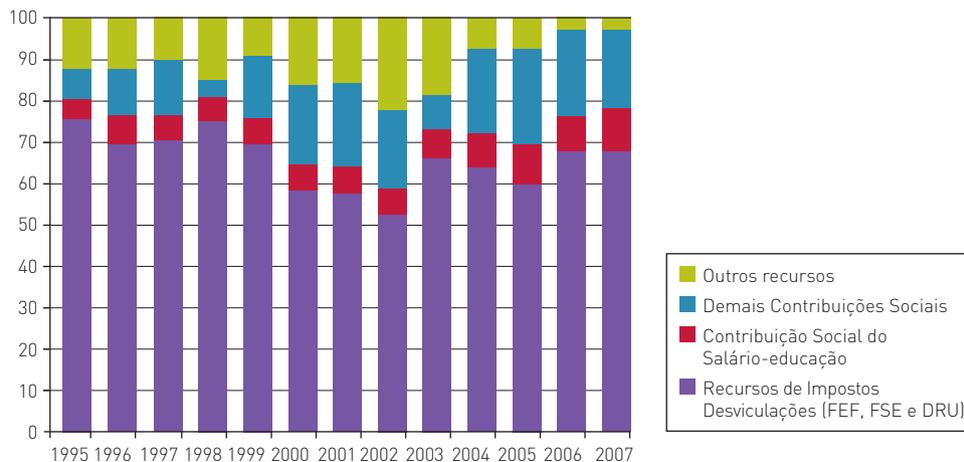


Fonte: Siafi/Sidor.
Elaboração: Ipea/Disoc.

Os dados apresentados também mostram que tem aumentado a participação relativa e os montantes das transferências intergovernamentais (a estados, ao Distrito Federal e aos municípios). Essa proporção foi ampliada de 15,2% em 1995, para 21%, em 2007. Isso evidencia que o processo de descentralização continua em expansão, especialmente em favor dos municípios cujas transferências foram ampliadas de 5,7% para 12,8% dos gastos do ministério.

O gráfico 10 apresenta as fontes de financiamento do MEC, evidenciando que a participação percentual dos recursos de impostos, mais as desvinculações (FSE, FEF e DRU) e as contribuições sociais oscilaram bastante no período analisado. Os impostos mais os recursos derivados das desvinculações representavam 75% em 1995 e 68% em 2007. Sendo que, entre 2000 e 2002, ficaram sempre abaixo do patamar de 60%. O mesmo ocorreu com as contribuições sociais, que se apresentaram como importantes fontes complementares. Em 2002 as mesmas contribuíram com 12% e em 2007, com 29% do volume de recursos despendido pelo ministério. Vale ressaltar que a contribuição social vinculada à educação, o salário-educação, que representava 5% dos recursos em 1995, contribuiu em 2007 com 10% do volume que financiou as ações do MEC. Esta contribuição é de relevante importância para o MEC, por tratar-se de fonte exclusiva da área de educação e 1/3 da mesma é administrada por esse ministério. O salário-educação, previsto no artigo 212 da CF, é uma fonte de recursos destinada exclusivamente ao ensino fundamental da rede pública, com base na alíquota de 2,5% incidente sobre o valor total das remunerações pagas ou creditadas pelas empresas, a qualquer título, aos segurados empregados, ressalvadas as exceções legais. A distribuição dos recursos do salário-educação é automática e estabelecida no aparato institucional.

Gráfico 10 – Gastos do Ministério da Educação segundo as Principais Fontes de Recursos – 1995-2007
(Em%)



Fonte: Siafi/Sidor.
Elaboração: Ipea/Disoc.

| Quadro 2 – Estrutura de financiamento da educação por esfera de governo | | |
|--|--|--|
| UNIÃO | ESTADOS | MUNICÍPIOS |
| ORÇAMENTÁRIOS (Tesouro) Ordinários do Tesouro Vinculação da receita de impostos (18%) para Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE) | ORÇAMENTÁRIOS (Tesouro) Vinculação da receita de impostos (25%) para MDE Subvinculação do FUNDEF | ORÇAMENTÁRIOS (Tesouro) Vinculação da receita de impostos (25%) para MDE Subvinculação do FUNDEF |
| CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS Salário-Educação/quota Federal (1/3) CSLL Cofins Receitas brutas de prognósticos | TRANSFERÊNCIAS Salário-educação/quota federal Orçamentários da União Aplicação do Salário-Educação/quota Federal e outras fontes do FNDE | TRANSFERÊNCIAS Salário-educação/quota Estadual Salário-educação/quota federal Salário-Educação/quota municipal Orçamentários do Estado Orçamentários da União Aplicação do salário-educação/quota federal e outras fontes do FNDE |
| MISTO Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza | CONTRIBUIÇÃO SOCIAL Salário-educação/quota estadual (2/3) | |
| OUTROS Operações de crédito Renda líquida da loteria federal Renda de órgãos autônomos Aplicação do salário-educação/quota federal e outras fontes do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) Diretamente arrecadados Diversos | OUTROS Diretamente arrecadados Operações de crédito Diversos | OUTROS Diretamente arrecadados Operações de crédito Diversos |

Fontes: CF, LDB e demais leis ordinárias.
 Elaboração: Ipea/Disoc.

A criação do Fundef, em 1996, objetivava garantir um gasto mínimo por aluno e um piso salarial para o magistério. Esse fundo reafirmou a necessidade de estados, Distrito Federal e municípios cumprirem os dispositivos da CF de 1988, relativos à vinculação de 25% de suas receitas de impostos e das que lhes forem transferidas, à manutenção e ao desenvolvimento do ensino, além de obrigar esses entes federados, a partir de 1998, a alocar 60% daqueles recursos (ou 15 p.p.) no ensino fundamental.

A emenda de criação do Fundef determinou como competência dos estados, DF e municípios a responsabilidade de arcar com os recursos necessários à constituição do fundo. No entanto, em decorrência dos desníveis socioeconômicos entre os entes federados, que acarretam baixo gasto por aluno/ano, principalmente nas regiões Nordeste e Norte, o dispositivo legal previu como papel da União a responsabilidade pela complementação de recursos ao Fundef, sempre que, em cada estado e no Distrito Federal, seu valor por aluno não alcançasse o mínimo definido nacionalmente. Reconhece-se, assim, que a acentuada desigualdade socioeconômica regional, em particular as diferenças na capacidade de financiar

a educação, é um dos principais obstáculos à universalização do acesso e à melhoria da qualidade do ensino fundamental.

Conforme mostram os balanços do Fundef, referentes a 2006 foram significativas as diferenças nos gastos por aluno, realizados por intermédio dos 27 fundos estaduais. Por exemplo, o valor aplicado pelo Maranhão correspondeu ao piso estabelecido pelo MEC, mas, para atingir esse mínimo, foi necessária complementação da União, equivalente a R\$ 691,93. Roraima atingiu R\$ 2.294,00 e, na mesma região, o Pará despendeu apenas R\$ 733,46. Sem dúvida, diferentes aportes de recursos financeiros têm distintos efeitos sobre a quantidade e a qualidade das instalações e equipamentos escolares, salários de professores etc.

De acordo com Vazquez (2007), o Fundef não foi capaz de reduzir as desigualdades quanto aos gastos com educação, entre as 27 unidades federadas, na medida em que, no estado com menor valor de gasto por aluno/ano, este era de 56,3% da média nacional, ao passo que o maior valor era de 4,3 vezes essa média. Esse fato é parcialmente explicado pela alocação dos recursos federais, referentes à complementação da União aos estados. Pelo mecanismo de redução do valor mínimo de aplicação pelo fundo, com base no qual seriam definidas as unidades federadas aptas a receber a complementação federal, diminuiu o número de beneficiários e do montante a ser transferido pela União aos fundos estaduais. Assim, o papel da União na redução das desigualdades estaduais de gasto foi bastante reduzido no período de vigência do Fundef.

3.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços da educação brasileira nas últimas duas décadas refletem, em grande medida, as prioridades conferidas pelo poder público no que concerne à vinculação de recursos financeiros. Desde a aprovação da Lei Calmon, em 1983, passando pela CF de 1988 e incluindo o Fundef, teve-se como pressuposto a necessidade de assegurar um patamar mínimo de gastos com a educação. Essa estratégia revelou-se bem-sucedida para efeito da expansão da oferta de matrículas, particularmente no ensino fundamental, embora não tenha sido suficiente para assegurar um padrão mínimo de qualidade do ensino, inferido a partir de resultados de avaliações nacionais e internacionais de desempenho dos estudantes.

Os anos de 1990 foram marcados pelo movimento em prol da descentralização da gestão do sistema educacional brasileiro, mediante a transferência de recursos financeiros aos entes federados e, no limite, às escolas, no sentido

de compartilhar responsabilidades e, assim, aumentar a eficiência do gasto e assegurar a chegada dos recursos às escolas.

Os principais avanços do Brasil no campo educacional referem-se à ampliação do acesso a todos os níveis e modalidades de ensino, enquanto os maiores desafios estão relacionados aos imperativos de assegurar a todos os jovens brasileiros a conclusão da escolarização obrigatória, na idade adequada, e, no mínimo, de promover a alfabetização de todos aqueles que, por algum motivo, não puderam concretizá-la na idade adequada. A superação de desafios dessa envergadura implicará, necessariamente, a atuação conjunta das três esferas de governo e o envolvimento da sociedade civil como um todo, na medida em que pressupõe a intervenção em uma realidade social pouco permeável às mudanças, na qual se insere essa problemática educacional que tem longevidade semelhante à da nação brasileira.

4. POLÍTICAS DE GARANTIA DE RENDA

4.1. INTRODUÇÃO⁶⁵

A pobreza e a indigência, entendidas como situações sociais marcadas pela carência de recursos e pela vulnerabilidade social, têm se imposto como questões centrais do debate público brasileiro e sido efetivamente objeto de um conjunto de intervenções de governo. Desde a CF de 1988, assiste-se à ampliação dos programas de garantia de renda, incluindo a emergência de benefícios monetários de natureza não-contributiva operados pelo governo federal, e que podem ser considerados hoje parte importante do sistema de proteção social e da seguridade social brasileira.

A operação desses benefícios tem promovido uma ampliação do debate sobre aspectos centrais da nossa proteção social. Temas referentes ao papel a ser desempenhado pelo patamar não-contributivo, sua articulação com o conjunto de benefícios previdenciários, seu impacto distributivo e sua influência sobre o comportamento dos beneficiários e sobre sua situação de carência vêm sendo amplamente discutidos. De fato, as mudanças observadas nos últimos 20 anos têm recolocado a questão sobre em qual patamar de proteção (e de desproteção) social

65 Em linhas gerais, este subcapítulo baseia-se no texto de Jaccoud (2008), de onde foram selecionadas e adaptadas partes.

a sociedade está operando e qual o seu impacto no tratamento da pobreza, seja no combate das situações de ausência ou insuficiência de renda, seja no objetivo de evitar a instalação das situações de carência. Mais ainda, tais mudanças têm permitido aprofundar o debate sobre a necessidade de ampliação e qualificação da ação social do Estado, parte de uma discussão mais ampla sobre a capacidade da sociedade brasileira de conviver com níveis praticamente inigualáveis de desigualdade, bem como sobre o potencial de antagonismo e de conflito que essa desigualdade contém.

Este subcapítulo está organizado em seis seções e tem como objetivo analisar a trajetória recente das políticas de proteção social,⁶⁶ observando-se a ampliação da cobertura para riscos relacionados à perda da capacidade de trabalho e o surgimento de um pilar de garantia de renda à população em situação de extrema pobreza.⁶⁷ Como produto desse processo, tem-se assistido à emergência no país de um sistema de proteção social que busca compatibilizar programas de naturezas diversas em um movimento de expansão que, apesar de desigual, parece ocorrer também em outras áreas da política social.⁶⁸

Após esta introdução, realiza-se um rápido retrospecto da evolução recente da seguridade social. Na terceira seção, segue-se um esforço de análise da garantia de renda operada pelo governo federal, a partir da identificação da origem e dos objetivos dos diferentes programas que a compõem. Os programas serão analisados diferenciando-os em dois grupos. De um lado, os programas de transferência de renda de natureza não-contributiva que visam garantir uma renda à população pobre. Estão neste grupo os programas vinculados à comprovação de insuficiência de renda – o BPC e o PBF. De outro, os programas contributivos que têm por objetivo aportar recursos nos casos de perda da capacidade de trabalho. Compõem este grupo os diferentes regimes da previdência social, dos quais será destacado apenas o regime geral.

Na quarta seção, será focado o público coberto por esses programas e o tipo de proteção que recebem. Pretende-se identificar as características das populações beneficiárias no que se refere a sua participação no mercado de trabalho. Enquanto

66 O termo proteção social será aqui utilizado de maneira reduzida, ou seja, em referência aos programas que têm como objetivo garantir segurança de renda: aqueles que visam manter a renda das pessoas que têm interrompida sua atividade produtiva por motivos de desemprego, doença, invalidez ou aposentadoria, assim como os programas que aportam ajuda financeira às pessoas e famílias que não têm renda ou cuja renda se revela insuficiente.

67 Sobre o tema, ver Jaccoud (2008), de onde foram extraídas e adaptadas partes para compor este subcapítulo.

68 Uma ampla avaliação da política social brasileira para o período 1995-2005, seu processo de expansão e os limites em que ele tem operado podem ser encontrados em Ipea (2007).

as transferências realizadas pela previdência social e pelo BPC visam proteger populações reconhecidas como dispensadas ou impossibilitadas, temporária ou definitivamente, de arcar com sua sobrevivência pelo próprio trabalho, o PBF alcança principalmente aquelas famílias cujos membros adultos estão em idade economicamente ativa e participam do mercado de trabalho. Em seguida, na quinta seção, procurar-se-á analisar a articulação entre proteção social e seus diferentes programas e a sua relação com o trabalho, enfocando tanto a vinculação entre as formas de trabalho e o formato da proteção via seguro e assistência social, quanto a participação das categorias indigente e pobre no mercado de trabalho. Por fim, na conclusão, serão discutidas sucintamente algumas propostas visando ao aperfeiçoamento dos programas de proteção social tendo em vista o objetivo de universalizar a cobertura e ampliar o combate à pobreza e à vulnerabilidade.

4.2. A EVOLUÇÃO RECENTE DA SEGURIDADE SOCIAL

A CF é o marco central para analisar a evolução recente da proteção social no Brasil. Instituído novas regras para os benefícios vinculados à previdência social, criando benefícios no âmbito da assistência social e assegurando a sua integração sob o princípio da seguridade social, a CF alterou o quadro da proteção social com expressivos impactos tanto em termos de ampliação da cobertura quanto em termos redistributivos. Com a introdução da chamada previdência rural, flexibilizou-se a forma de contribuição do trabalhador rural em regime de economia familiar, ultrapassando os limites da concepção estrita de seguro social até então em vigor. Essa nova categoria de segurado passa a ser regida por princípios diferenciados, que desvinculam o acesso ao benefício da comprovação de contribuição individual ao regime previdenciário e o associam à comprovação da inserção naquele regime de produção. Paralelamente, a implantação do BPC, assegurando uma renda mensal de cidadania a todos os idosos e pessoas com deficiência em situação de pobreza, também significou uma relevante inovação. Ela praticamente garantiu a universalização da cobertura da população idosa pela proteção social, além de atender, de maneira inovadora no país, as pessoas com deficiência em famílias pobres independentemente de qualquer contribuição.

Se tais inovações tiveram um impacto positivo na ampliação da cobertura dos programas de segurança de renda à população brasileira, reformas implementadas durante a década de 1990 buscaram atuar no sentido contrário. A adoção de medidas restritivas, em que pese não terem alterado a configuração e as características de base da previdência social (IPEA, 2007), significaram a

ampliação da desproteção para alguns grupos de trabalhadores. Entre elas, deve ser destacada a substituição da comprovação de tempo de serviço por tempo de contribuição para acesso à aposentadoria, fazendo crescer o risco de perda da condição de segurado e dificultando o acesso aos benefícios previdenciários.⁶⁹

No campo dos benefícios assistenciais, reformas também foram implementadas, permitindo o aparecimento e a posterior consolidação de novos benefícios. Ao contrário dos programas contributivos, que têm longa história no Brasil, as transferências de renda não-contributivas têm origem bastante recente. Elas emergem, na esfera federal, no início dos anos 2000, operando novos tipos de benefícios monetários, não previstos pelo texto constitucional. Quase simultaneamente, entre abril de 2001 e janeiro de 2002, o governo federal instituiu os programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás.⁷⁰

Os programas de transferência de renda, que haviam sido acrescidos, em 2003, do chamado Cartão Alimentação,⁷¹ foram unificados, em 2004, pelo PBF. Esse programa garantiu a implementação de um benefício básico voltado às famílias mais pobres independentemente da composição familiar. Ao lado dele, instituiu-se um piso variável, vinculado à existência de crianças e adolescentes na família, com idade até 15 anos. Uma ampliação do PBF foi criada em dezembro de 2007, quando estabeleceu-se um novo benefício variável, visando incluir os adolescentes de 16 e 17 anos das famílias beneficiárias.

4.3. A COBERTURA DOS BENEFÍCIOS CONTRIBUTIVOS E OS NÃO-CONTRIBUTIVOS

Em seu novo formato, a garantia de renda no campo da seguridade social vem operando por meio de uma política contributiva e por programas assistenciais, de natureza não-contributiva e seletiva, dirigida a um público

69 Sobre as reformas previdenciárias implantadas durante a década de 1990, ver Fagnani (2007). Sobre seu impacto restritivo no que diz respeito ao acesso, ver ainda Matijascic, Kay e Ribeiro (2007) e Campos e Pochmann (2007).

70 Esses programas tinham em comum a mesma definição de população beneficiária (famílias de renda mensal inferior a 1/2 SM *per capita*, o que correspondia, na época, a R\$ 90,00). O Bolsa Escola e o Bolsa Alimentação compartilhavam também os valores dos benefícios (R\$ 15,00 por criança, até um total máximo de R\$ 45,00), e o fato de beneficiarem apenas famílias que tivessem crianças em sua composição.

71 Sobre a evolução desses programas, ver Ipea (2007).

geralmente definido sob condições de renda.⁷² Essas ações perseguem objetivos distintos: enquanto o seguro social visa evitar as situações de ausência de renda nos casos da perda da capacidade de trabalho, os programas assistenciais buscam fazer frente às situações em que a pobreza já está instalada, independentemente da capacidade de trabalho do beneficiário. Observando sua trajetória desde a década de 1990, nota-se a afirmação progressiva dessas duas vertentes de garantia de renda, tornando-as responsáveis por um patamar progressivo de cobertura, em que pese a manutenção de um elevado grau de desproteção.

A previdência social que emerge da Constituição mantém-se organizada sob a base da contribuição de empregados e empregadores, garantindo proteção aos riscos sociais para os trabalhadores com contratos formais de trabalho.⁷³ Para os demais grupos de trabalhadores, a lei institui tratamento distinto. A grande inovação instituída com a ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais em regime de economia familiar significou a inclusão de milhões de famílias na previdência social, com a quase universalização de sua cobertura no meio rural. Entretanto, quadro diferente se desenha para os trabalhadores urbanos não atrelados a contratos formais de trabalho. Este configura um grupo ainda majoritariamente excluído da proteção previdenciária. Analisando as taxas de contribuição à previdência social das ocupações não assalariadas, Campos e Pochmann (2007) concluem que menos de 11% desses trabalhadores (ocupados por conta própria, em emprego sem carteira, em atividades em produção para o próprio consumo, em construção para próprio uso ou sem remuneração) mantinham-se, em 2006, como contribuintes. A baixa taxa de contribuição é reforçada pelo expressivo número de desempregados no mercado de trabalho assim como pela alta rotatividade no emprego que, segundo aqueles autores, comprometem a permanência da filiação previdenciária e, em consequência, a garantia da proteção social decorrente.

O caminho da inclusão previdenciária vem sendo perseguido pelo Ministério da Previdência desde 2004, com medidas como o Super Simples – que busca ampliar a cobertura dos empregados sem carteira –, a adoção e incentivos tributários para a formalização dos empregados domésticos e, mais recentemente,

72 Além desses dois modelos, cabe destacar a existência de um terceiro formato de políticas de garantia de renda, constituída pelos programas universais de transferência de renda (MOREL, 1999). Distintos do seguro social e da assistência social, programas dessa natureza ainda não operam no Brasil, como destacam Lavinas e Cavalcanti (2007).

73 Cabe lembrar que a CF de 1988 reconheceu o seguro-desemprego como parte da proteção previdenciária.

a instituição do regime simplificado de aposentadorias, que reduziu a alíquota de contribuição para autônomos, estudantes e donas de casa.⁷⁴ Contudo, a baixa renda, a precariedade dos vínculos trabalhistas e a incerteza ocupacional que caracteriza as atividades de grande número de trabalhadores urbanos tornam a instituição de uma cobertura universal de base contributiva no país pouco exequível.

À guisa de um balanço geral, no que diz respeito à cobertura, a previdência social ampliou a população protegida que passou, entre 1995 e 2005, de menos de 36 milhões para mais de 47 milhões de pessoas. Contudo, estima-se que, em 2005, 38 milhões de trabalhadores (44% da PEA) não contavam com amparo (previdenciário).⁷⁵

Ao lado da previdência social, a Carta Constitucional instituiu uma segunda garantia de renda vinculada à seguridade social, o BPC. De natureza não contributiva, esse benefício assistencial visa à proteção dos inativos – idosos e deficientes – em situação de indigência. O BPC garante uma renda de solidariedade nacional via pagamento de um benefício mensal no valor de 1 SM aos idosos (com 65 anos ou mais) e às pessoas com deficiência consideradas incapacitadas para a vida autônoma e para o trabalho e em situação de extrema pobreza. A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) regulamentou o BPC fixando o acesso ao benefício para aqueles cuja renda familiar *per capita* for inferior a 1/4 do SM. O BPC foi o primeiro benefício assistencial implementado no país em escala nacional, tendo começado a operar em 1996.⁷⁶

A ampliação da proteção social no campo dos benefícios não-contributivos foi realizada mais recentemente pelos chamados programas de transferência de renda. Apesar de sua origem estar largamente assentada em uma busca de alternativa ao modelo universalista de proteção social que emergiu da Constituição, essa iniciativa se consolidou nos últimos anos por meio do PBF e vem, em larga medida, se integrando àquele modelo. É o que se pode deduzir ao observar o público coberto hoje pelo PBF, distinto tanto daquele que contribui para a previdência social quanto

74 Ver, a respeito, Ipea (2007b).

75 Ver a respeito capítulo XX desta publicação.

76 Devido à expressiva cobertura dos idosos rurais pela previdência rural, o BPC se caracteriza hoje como um benefício quase que integralmente urbano e atende parte da população idosa urbana não segurada pela previdência social. Em 2006, oito em cada dez idosos brasileiros recebiam benefícios da seguridade social, sendo que esse número subia para nove em cada dez residências com presença de idosos (IPEA, 2007a).

dos beneficiários do BPC. Visando garantir uma renda mínima a toda a população em situação de extrema pobreza, o PBF alcança principalmente famílias cujos membros adultos estão em idade economicamente ativa e participam do mercado de trabalho.

Herdeiro dos programas de transferência de renda implementados no final dos anos 1990 em diversas cidades brasileiras, e, após 2000, pelo governo federal, o PBF introduz uma relevante inovação em relação aos anteriores. Os primeiros programas federais beneficiavam principalmente famílias em situação de pobreza que contavam com crianças em sua composição, reafirmando assim a idéia da vulnerabilidade pela idade como condição para a legitimidade da transferência de renda. O PBF, ao contrário, mantém uma faixa de proteção que beneficia qualquer família, independentemente de sua composição. Como mostra o quadro 3, atualmente, as famílias cuja renda *per capita* é inferior a R\$ 60,00, tendo ou não crianças, têm acesso ao chamado piso básico do programa, no valor de R\$ 58,00. Juntamente com esse piso o programa opera também com dois pisos variáveis: um no valor de R\$ 18,00, para cada criança ou adolescente de até 15 anos, no limite de três filhos por família, e o outro no valor de R\$ 30,00, para cada jovem entre 16 e 17 anos, no limite de até dois jovens por família.⁷⁷ Esses dois pisos são concedidos para as famílias com renda mensal até R\$ 60,00 que tenham crianças e também para as famílias com renda mensal *per capita* entre R\$ 60,01 e R\$ 120,00. Os valores pagos pelo PBF variam, assim, entre R\$ 18,00 e R\$ 172,00, de acordo com a renda mensal da família e o número de crianças e jovens.

Quadro 3 – Tipos de benefícios concedidos pelo Programa Bolsa Família – janeiro de 2008

| Benefícios | Famílias com renda de até R\$ 60,00 reais <i>per capita</i> | Famílias com renda entre R\$ 60,01 e R\$ 120,00 reais <i>per capita</i> e com crianças de 0 a 15 anos |
|---------------------------------------|---|---|
| Piso básico | Benefício fixo de R\$ 58,00 | – |
| Piso variável: crianças | Benefício de R\$ 18,00 por criança (máximo de 3 crianças) | Benefício de R\$ 18,00 por criança (máximo de 3 crianças) |
| Benefício variável jovem (BVJ) | Benefício de R\$ 30,00 por jovem (máximo de 2 jovens) | Benefício de R\$ 30,00 por jovem (máximo de 2 jovens) |
| Valor máximo do benefício por família | R\$ 172,00 | R\$ 114,00 |

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
Elaboração: Ipea/Disoc.

77 O BVJ passou a ser implementado a partir de março de 2008.

Assentado no princípio da solidariedade nacional, o PBF, representa um avanço na proteção social e na seguridade social do país.⁷⁸ Pela primeira vez, a política social brasileira opera um programa de distribuição de renda à população pobre, independentemente de comprovação de incapacidade para o trabalho ou de afirmação de mérito. Na história da assistência social, a identificação do “pobre merecedor” sempre organizou as práticas de ajuda, seja ela pública ou privada. Por esse meio era identificada a população pobre desobrigada de cobrir suas necessidades pelo exercício do trabalho – crianças, deficientes, idosos ou mulheres com filhos – ou a população trabalhadora vítima de situações trágicas ou episódicas que legitimassem a oferta do benefício monetário – secas, morte, acidentes etc. O acesso convencional dos trabalhadores a benefícios monetários da seguridade social deveria se fazer pela previdência social, enquanto mantinha-se, para a parcela da população em idade ativa (PIA), mas sem trabalho estável ou remunerado que lhe desse acesso ao seguro social, a suspeita da corrupção moral – indigência, preguiça, indolência, ou irresponsabilidade, justificando a ausência de qualquer proteção social garantida pelo Estado.

A inovação representada pelo PBF significa o reconhecimento da relevância e da legitimidade de garantir um aporte de renda a todos aqueles que estejam abaixo de um patamar de renda considerado mínimo. Tal garantia não precisa estar submetida à existência de características específicas como exercer ou não uma atividade remunerada, habitar área urbana ou rural ou ter ou não filhos.⁷⁹ Embora as restrições representadas pelo limitado valor do benefício ofertado (cujo valor médio era de R\$ 72,00 em dezembro de 2007) e pela ausência de uma regra de indexação, a instituição do PBF parece efetivamente configurar a formação de um novo pilar no sistema de proteção social no país.⁸⁰

A cobertura desse conjunto de programas de segurança de renda é, hoje, expressiva. Como pode ser observado na tabela 5, em dezembro de 2007,

78 Apesar de ser operado por uma gestão própria e independente, esse programa é aqui entendido como um programa do campo da assistência social – e, em decorrência, da seguridade social devido ao fato de: *a*) ser um benefício não-contributivo; *b*) operar no âmbito da segurança de renda; *c*) ter cobertura universal no grupo beneficiário; e *d*) não contrariar os princípios que regem a seguridade social expressos no artigo 194 da CF. Em que pese ser um benefício assistencial, o PBF a ainda não pode ser identificado como um direito social.

79 Mesmo que o valor do benefício varie em função da composição da família, o piso básico independe dessa composição, como já citado.

80 Cabe lembrar que o caráter condicionado dos benefícios do PBF no que se refere a famílias com crianças (a grande maioria das famílias beneficiárias) pode vir a representar uma restrição na configuração desse novo patamar de garantia de renda. Mas até o momento, as condicionalidades não têm sido usadas em seu potencial punitivo e sim geridas em favor da inserção dos membros dessas famílias em outros campos da política social.

considerando o PBF, o BPC e o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), a seguridade social brasileira operou mais de 36 milhões de benefícios, dos quais mais de 27,9 milhões (78%) eram de até 1 SM e cerca de 17 milhões tinham o valor de 1 SM.

Tabela 5 – Benefícios Previdenciários e Assistenciais: Número Total e Benefícios no Valor de até 1 Salário Mínimo – dezembro de 2007

| Benefícios | PBF – Programa Bolsa Família | Benefícios assistenciais ^a | Benefícios previdenciários – RGPS | Total |
|---|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------|
| Número de benefícios emitidos | 11.043.076 | 3.080.821 | 22.066.263 | 36.026.502 |
| Total dos benefícios com valor igual ou menor que 1 SM | 11.043.076 | 3.080.764 | 14.010.026 | 27.954.453 |
| Percentual dos benefícios com valor igual ou menor que 1 SM | 100,0 | 99,9 | 63,5 | 77,7 |

Fonte: MDS (2007).

Elaboração: Ipea/Disoc.

Nota: ^aConsideram-se aqui os benefícios do BPC e os benefícios referentes à Renda Mensal Vitalícia (RMV).

O PBF atendeu, em dezembro de 2007, cerca de 11 milhões de famílias em todo o país, estimando-se um alcance para 54 milhões de pessoas. O BPC distribuiu no mesmo período 2,7 milhões de benefícios, sendo que, destes, 1,3 milhão eram para idosos e 1,4 milhão para pessoas portadoras de deficiência que as incapacitavam para o trabalho. Somando aos beneficiários do BPC aqueles que ainda recebem a antiga RMV,⁸¹ o número de pagamentos no campo desses benefícios assistenciais sobe para 3,1 milhões.

Entre os benefícios previdenciários pagos pelo RPS,⁸² aqueles de 1 SM representaram 63,5% do número de benefícios pagos no mês de julho, cobrindo praticamente 14 milhões de beneficiários. Cabe lembrar que entre os benefícios previdenciários predominam os de aposentadoria e pensões por morte, somando mais de 90% do total.⁸³

81 A RMV foi substituída pelo BPC em 1996. A partir de então foram canceladas novas concessões, passando a ser pagos somente os benefícios já concedidos.

82 Além do RGPS, a previdência social opera ainda os Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) e com regimes complementares. A previdência básica, formada pelo RGPS e administrada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), atende obrigatoriamente aos empregados do setor privado (regidos pela CLT), de empresas estatais, trabalhadores rurais do Regime de Economia Familiar, assim como os por conta própria e contribuintes avulsos. Este é o principal pilar da previdência social. Os RPPS englobam os regimes de previdência para servidores públicos civis e militares em níveis federal, estadual e municipal. Há RPPSs nos 27 estados e no Distrito Federal e em mais de 2.100 municípios, atendendo, em 2005, 6% dos segurados da previdência social. Por fim, a previdência complementar tem por objetivo conceder benefícios opcionais complementares aos segurados da previdência dos empregados do setor privado.

83 Os demais benefícios previdenciários são os auxílios por motivo de doença, acidente ou reclusão e o salário-maternidade. Somam-se a eles os benefícios acidentários, também de pequena expressão.

Contudo, apesar da relevância da cobertura garantida pela seguridade social e de seus impactos redistributivos,⁸⁴ é importante ampliar o debate sobre o papel dos programas que operam benefícios monetários em face 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 ampla discussão do papel das políticas de solidariedade nacional na garantia de rendas mínimas nas diversas situações de vulnerabilidade social e pobreza.

4.4. POBREZA, POBREZAS E GARANTIA DE RENDA

Do quadro de cobertura apresentado anteriormente, destacam-se não apenas a diferenciação do objetivo dos programas contributivos e não-contributivos que compõem hoje a proteção social brasileira no campo da garantia de renda como também a diferença de público-alvo. De fato, aqueles programas beneficiam populações distintas no que se refere a sua participação no mercado de trabalho. Os benefícios sob responsabilidade da previdência social assim como o benefício assistencial de prestação continuada, o BPC, visam proteger as populações reconhecidas como dispensadas ou impossibilitadas, temporária ou definitivamente, de arcar com sua sobrevivência pelo próprio trabalho. O Bolsa Família, por outro lado, alcança principalmente aquelas famílias cujos membros adultos estão em idade economicamente ativa e participam do mercado de trabalho. Assistiu-se, assim, nos últimos 20 anos, a uma ampliação da cobertura para riscos relacionados à perda da capacidade de trabalho, sob a qual se voltam benefícios contributivos e não-contributivos, ao mesmo tempo em que inaugurou-se um novo pilar garantindo renda à população em situação de ausência ou insuficiência de renda.

O surgimento de benefícios monetários não ancorados na contribuição social ou na comprovação do exercício do trabalho legítimo faz emergir tensões expressivas no campo da proteção social. De acordo com Morel (1999), a assistência social, ao contrário do seguro social, não responde ao princípio da reciprocidade. De fato, além de estar assentada na separação entre os que pagam e os que recebem, a assistência social exige a comprovação do estado de necessidade. A ausência de contrapartida apresenta poucos problemas

84 Um amplo conjunto de estudos vem se debruçando sobre o impacto distributivo desses programas. Pode-se citar, entre outros, Soares *et al.* (2006) e Soares *et al.* (2007).

quando os benefícios assistenciais são dirigidos aos idosos, cuja contribuição ao desenvolvimento social já teria sido dada; às crianças, cuja contribuição ainda será efetuada; e aos doentes ou inválidos, para quem tal demanda pode ser suspensa. O debate torna-se mais intenso quando esses benefícios atendem a PIA e em condições de trabalho.

A longa crise econômica vivenciada pelo país durante as décadas de 1980 e 1990, associada à redução da criação de postos de trabalho formais e à queda da renda média do trabalho (THEODORO, 2003) permitiu tomar corpo a instituição de uma política de garantia de renda para um espectro ampliado da população. Entendida como uma medida pontual de luta contra a pobreza, essa nova política terminou por efetivar o reconhecimento de novos interesses e a garantia de proteção às parcelas mais vulneráveis da sociedade. Nesse contexto, a assistência social passou a se responsabilizar por um braço distinto e complementar da proteção social, atingindo uma população impossibilitada de obter renda satisfatória via sua inserção no mercado de trabalho, assim como de assegurar-se, via cotização, de proteção social nas eventualidades da incapacidade para o trabalho.

Entretanto, a ampliação do escopo da cobertura dos programas de garantia de renda ainda não está consolidada. A adoção dos benefícios assistenciais depende da clara afirmação de um projeto político amplo, que mobilize um novo patamar de intervenção do Estado no campo social. Esse papel “reparador” ou compensatório precisa ampliar sua legitimidade ao combater situações de carência e limitações de autonomia consideradas socialmente injustas. Contudo, essa não é uma trajetória simples, no caso do Brasil, não apenas pelos debates em torno da consolidação e ampliação do PBF como também da continuidade da previdência rural e do BPC.

4.5. POBREZA E MERCADO DE TRABALHO

O debate em torno do PBF ainda vem sendo caracterizado por uma visão uniforme sobre pobre e pobreza. É importante aprofundar o debate sobre as formas e características desse processo, assim como destacar sua relação com o mercado do trabalho. Em um contexto econômico marcado por forte degradação do mercado de trabalho e em um tecido social caracterizado por uma enorme heterogeneidade, avançar no debate sobre o público potencial coberto pelo PBF pode permitir uma clareza maior no papel de proteção social que esse programa está exercendo e que poderá exercer.

As tabelas 6 e 7 trazem informações sobre as ocupações dos chefes em idade ativa que fazem parte da PEA, assim como sobre a renda média *per capita* de seus domicílios no ano de 2006.

Observa-se na tabela 6 a posição na ocupação do conjunto dos chefes de família com idades de 16 a 59 anos pertencentes à PEA, segundo a faixa de renda de suas famílias.⁸⁵ Considerando todas as faixas de renda, vê-se que o maior grupo de chefes de família está ocupado em empregos com carteira (35%), seguidos pelos por conta própria (26%) e pelos empregados sem carteira (15%). Apenas 4% são desempregados e menos de 2% trabalhadores sem remuneração.

Tabela 6 – Distribuição dos Chefes de Domicílios^a, segundo a Posição na Ocupação, por Estratos de Renda Domiciliar *per capita* – 2006 (Em %)

| Posição na ocupação | Total de pessoas | Renda domiciliar <i>per capita</i> (SM) | | | |
|-----------------------------------|------------------|---|------------|----------|-----------|
| | | 0 -- 1/4 | 1/4 -- 1/2 | 1/2 -- 1 | 1 ou mais |
| População total | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| Doméstico sem carteira | 3,33 | 5,55 | 5,73 | 4,14 | 1,50 |
| Doméstico com carteira | 1,60 | 0,44 | 1,70 | 2,19 | 1,48 |
| Funcionário público e militar | 7,20 | 0,71 | 2,55 | 4,73 | 11,74 |
| Empregados sem carteira | 15,16 | 23,65 | 22,04 | 15,74 | 10,43 |
| Empregados com carteira | 35,08 | 5,94 | 30,07 | 40,84 | 39,84 |
| Empregador | 6,19 | 0,76 | 1,48 | 2,90 | 11,01 |
| Conta-própria | 25,69 | 39,39 | 29,00 | 25,27 | 21,79 |
| Sem remuneração | 1,75 | 6,91 | 2,11 | 1,29 | 0,78 |
| População desocupada/desempregada | 3,99 | 16,66 | 5,33 | 2,91 | 1,43 |

Fonte: IBGE/Microdados da Pnad de 2006.

Elaboração: Ipea/Núcleo de Gestão de Informações Sociais (Ninsoc)/Disoc.

Nota: ^a Participantes da PEA com idade entre 16 a 59 anos.

Ao considerar apenas as famílias cuja renda familiar encontra-se abaixo de 1/4 de SM, observa-se que 40% de seus chefes estão ocupados por conta própria, 30% são empregados sem carteira (incluindo os domésticos sem carteira) e mais de 17% são desempregados. É interessante também observar que 6% das famílias cujos chefes estão ocupados em empregos com carteira encontram-se em situação reconhecida como de indigência.

Cabe lembrar que quando a pesquisa da Pnad foi a campo, o SM era de R\$ 350,00, e, portanto, o corte de 1/2 SM equivalia, em valores nominais, a R\$ 175,00. Nesse sentido, boa parte das famílias com renda entre 1/4 e 1/2 SM era público-alvo do PBF, que, desde abril de 2006, utilizava como valor para acesso

⁸⁵ De acordo com a metodologia adotada pelo IBGE, considera-se que existem famílias conviventes no mesmo domicílio. Contudo, devido ao fato de que, em 2006, 72% dos chefes das famílias conviventes eram filhos e 26,7% eram parentes do chefe do domicílio, optou-se, no texto, por tratar indistintamente famílias e domicílios.

à renda familiar *per capita* até R\$ 120,00.⁸⁶ Nesse grupo, como também pode ser visto na tabela 6, altera-se significativamente a ocupação dos chefes de família com relação ao observado no estrato anterior. O maior grupo passa a ser de empregados com carteira (30%), seguidos dos ocupados por conta própria, (29%) e, só depois, pelos empregados sem carteira (22%). Os chefes de família desempregados representam apenas 5% nesse grupo de renda.

Complementando os dados apresentados, a tabela 7 permite visualizar a frequência das famílias nas diferentes faixas de renda com relação à posição na ocupação dos chefes da família. Observa-se que, de acordo com a Pnad de 2006, pouco menos de 10% das famílias cujos chefes participavam da PEA estavam em situação de indigência. Entretanto, mais de 40% das famílias cujo chefe estava desempregado se encontravam nesse grupo. Praticamente o mesmo se observa nas famílias onde o chefe trabalha sem remuneração.

Nas famílias brasileiras onde os chefes trabalham como doméstico sem carteira, 16% estão em situação de indigência. O mesmo acontece nas famílias onde o chefe trabalha como empregado sem carteira ou por conta própria.

Tabela 7 – Distribuição dos Chefes de Domicílios^a, segundo Estratos de Renda Domiciliar *per capita*, por Posição na Ocupação – 2006 (Em %)

| Posição na ocupação | Total de pessoas | Renda domiciliar per capita (SM) | | | |
|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------|----------|-----------|
| | | 0 -- 1/4 | 1/4 -- 1/2 | 1/2 -- 1 | 1 ou mais |
| População total | 100,00 | 9,79 | 17,46 | 26,50 | 46,25 |
| Doméstico sem carteira | 100,00 | 16,31 | 30,01 | 32,92 | 20,77 |
| Doméstico com carteira | 100,00 | 2,70 | 18,48 | 36,18 | 42,64 |
| Funcionário público e militar | 100,00 | 0,97 | 6,19 | 17,40 | 75,44 |
| Empregados sem carteira | 100,00 | 15,27 | 25,39 | 27,52 | 31,82 |
| Empregados com carteira | 100,00 | 1,66 | 14,97 | 30,86 | 52,52 |
| Empregador | 100,00 | 1,21 | 4,17 | 12,39 | 82,24 |
| Conta-própria | 100,00 | 15,01 | 19,71 | 26,07 | 39,22 |
| Sem remuneração | 100,00 | 38,67 | 21,11 | 19,55 | 20,67 |
| População desocupada/desempregada | 100,00 | 40,82 | 23,29 | 19,33 | 16,57 |

Fonte: IBGE/Microdados da Pnad de 2006.

Elaboração: Ipea/Ninsoc/Disoc.

Nota: ^a Participantes da PEA com idade entre 16 a 59 anos.

86 Cabe observar que se decidiu por utilizar, neste trabalho, as faixas de renda de 1/4, 1/2 e 1 SM por dois motivos. O primeiro se refere ao fato de que essa classificação tem sido a mais usual nas análises sobre pobreza e indigência no Brasil. O segundo se deve a dificuldades metodológicas e analíticas que poderiam advir aqui da utilização dos valores nominais então usados pelo PBF. Devido à não disponibilidade, até a conclusão desse artigo, dos dados do Suplemento da Pnad de 2006 (que permite a identificação dos beneficiários do PBF), uma separação das famílias entre as que têm renda abaixo ou acima de R\$ 120,00 não permitiria informar, por exemplo, quais estariam acima desse patamar devido ao recebimento do PBF ou quais estariam abaixo mesmo computado aquele benefício entre suas fontes de renda. Optou-se, assim, por não associar os dados apresentados ao corte de renda de acesso ao PBF.

Nota-se na tabela 7 que 64% das famílias cujos chefes estavam desempregados mantinham-se com rendas abaixo de 1/2 SM, assim como 60% das famílias em que o chefe estava trabalhando sem remuneração. Neste mesmo patamar de renda estavam 46% das famílias cujo chefe dedicava-se ao trabalho doméstico sem carteira e 20% dos que eram trabalhadores domésticos com carteira. Nas famílias em que os chefes estavam ocupados em outros empregos sem carteira e por conta-própria, o percentual de pobreza era, respectivamente, de 41% e 35%.

A tabela 7 mostra ainda que, em 2006, 27,25% dos chefes de família economicamente ativos e na faixa de idade de maior atividade – entre 16 e 59 anos – pertenciam a famílias em que a renda mensal média não alcançava a metade do SM. Os dados da Pnad informam com clareza a relação entre o desemprego do chefe da família e as condições de pobreza e indigência da família.

Paralelamente, aponta-se uma nítida vinculação entre a pobreza e indigência e a inserção em certas ocupações. Observa-se que o fato de trabalhar não diminui necessariamente o risco de pobreza, devido à precariedade das ocupações e a suas fracas remunerações, mesmo entre os empregados com carteira.

É essa população de trabalhadores pobres e suas famílias que estão sendo incluídos no sistema de proteção social pelo PBF. Circulando entre situações de desemprego, trabalho sem remuneração, ocupações incertas, empregos precários e rendas insuficientes, a população em situação de pobreza está submetida a vários tipos de vulnerabilidade.

O duplo papel dos sistemas públicos de garantia de renda – disponibilização de uma renda mínima aos cidadãos e enfrentamento das situações de ausência de renda por perda da capacidade de trabalho – assume, assim, em face da precariedade do mercado de trabalho no Brasil, um papel ainda mais estratégico do que ocorre em países mais desenvolvidos. É o que revelam os estudos que buscam avaliar o impacto das transferências de renda previdenciárias e assistenciais no quadro de pobreza e indigência no país. As estimativas apontam que, na ausência de tais transferências, o patamar de indigência no país dobraria, assim como cresceriam de forma expressiva os percentuais de pobreza.⁸⁷ Sem os benefícios operados pela seguridade social, a pobreza ultrapassaria a metade da população em algumas regiões, e a indigência dobraria em todas elas (ver JACCOUD, 2006).

87 Ver a respeito, entre outros, Delgado (2005), Ipea (2007), Ipea (2007a), Lavinias e Cavalcanti (2007).

Cabe ressaltar que o papel dos sistemas de proteção social não se limita a beneficiar os indivíduos em situação de pobreza.⁸⁸ Seu papel preventivo, operado pelos programas de seguro social, tem permitido enfrentar a insegurança e a precariedade relacionadas aos riscos da população trabalhadora e de suas famílias de caírem em situação de pobreza, na medida em que suas condições de trabalho estivessem comprometidas pela idade, doença, invalidez ou desemprego. Porém, esse papel não pode resumir o conjunto da intervenção pública no campo da garantia de renda. Os inúmeros exemplos de programas que beneficiam os trabalhadores ativos e suas famílias nos diversos países ganham progressivo destaque num mundo do trabalho em rápida mudança. Esse debate é ainda mais relevante no Brasil onde tais transformações se associam à reprodução de formas tradicionais de inserção precária no mercado de trabalho e a uma sempre surpreendente resistência à desconcentração das rendas nacionais, dentro e fora do âmbito do trabalho.

4.6. CONCLUSÃO: OS DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL

Depois de considerar a trajetória recente de avanços da proteção social no Brasil no que se refere à garantia de renda, destacado seu formato inconcluso e expostos alguns de seus problemas, fica a tarefa de refletir sobre os desafios atuais no enfrentamento das questões da pobreza, da desigualdade, da vulnerabilidade e dos riscos sociais a partir das políticas de previdência e assistência social.

Em relação à segurança de renda para as situações relacionadas à perda da capacidade de trabalho, o desafio maior é o da universalização da cobertura previdenciária no país, dada a fragilidade relativa da capacidade contributiva de parte expressiva da PEA. Além das iniciativas do Ministério da Previdência Social (MPS) no sentido de ampliar a cobertura dos trabalhadores de micro e pequenas empresas e dos autônomos e domésticos, diversos analistas e instituições vêm apresentando propostas para a ampliação da cobertura e mesmo a universalização da proteção social.

88 Não apenas no Brasil o papel preventivo das políticas de proteção social tem sido destacado. Um exemplo pode ser dado pelos estudos realizados na última década sobre a relação entre crescimento do desemprego e crescimento da pobreza. Atkinson (1998), por exemplo, analisando as taxas de crescimento da pobreza e desemprego em diversos países da Europa, mostra que a correlação não é positiva onde os benefícios e a cobertura dos programas de garantia de renda são amplos. Analisando a pobreza no Sul e no Norte da Itália, Paugam (2005) observa que ela é mais forte no Sul, mesmo entre os desempregados. A explicação é encontrada na cobertura do seguro-desemprego dos trabalhadores do Norte, em geral vinculados aos ramos industriais. A variação encontrada entre países e mesmo em diferentes regiões de um mesmo país na evolução da pobreza em quadros de ampliação do desemprego aponta para a influência efetiva dos instrumentos e das políticas de proteção social.

Entre as propostas debatidas durante o ano de 2007, podem-se citar:

- a) a instituição de um piso previdenciário básico universal financiado com recursos do orçamento da seguridade social;
- b) a instituição de um sistema onde toda contribuição, independente do tempo de cotização ou do seu valor, tenha como contrapartida um acréscimo no valor futuro do benefício;
- c) a criação de mais faixas de alíquotas de contribuição e elevação do teto de contribuição, desvinculando-o do teto do benefício;
- d) a ampliação do conceito de segurado especial; e
- e) a instituição de subvenções para alíquotas contributivas de modo a garantir o acesso universal a benefícios previdenciários mínimos.⁸⁹

Quanto à garantia de renda à população em situação de extrema pobreza, novas propostas também merecem ser discutidas. A necessidade de aumento no valor do benefício do PBF tem sido levantada em vários fóruns de debates. Segundo a Pnad, estima-se que em 2006 existiam 21,7 milhões de pessoas vivendo em situação de indigência, ou seja, com uma renda familiar *per capita* mensal abaixo de 1/4 de SM. Dada a ampla cobertura do programa e sua boa focalização, reconhecida em diversos estudos e avaliações (ver SOARES *et al.*, 2007), pode-se sustentar a hipótese de que o baixo valor do benefício não esteja permitindo a saída de um número expressivo de beneficiários desta situação.

A experiência de outros países tem demonstrado que a regra de perda integral do benefício em função de ter se alcançado o teto máximo de renda para acesso pode ser um problema para a expansão dessa medida de garantia de renda. Uma proposta passível de discussão seria o aumento do valor máximo do benefício associado a um teto de renda onde o valor a ser efetivamente recebido seria calculado pela diferença entre a renda existente na família e o teto de renda a ser garantido pelo Estado. É importante lembrar a necessidade de instituição de um mecanismo de indexação do valor do benefício PBF.

Propostas existem e apresentam alternativas diversas e efetivas visando à universalização da proteção social e à consolidação da seguridade social no país. Mais do que necessário, é urgente avançar nesse debate tendo como

⁸⁹ Ver, a respeito, Matijascic, Kay e Ribeiro (2007), Delgado (2007), Cardoso Júnior e Magalhães (2007) e Lúcio (2007).

objetivo reforçar o papel do novo regime de políticas sociais na ampliação da solidariedade e da inclusão social.

Contudo, cabe ainda ressaltar, em que pese sua relevância, que as políticas e os programas de proteção social não podem ser mais do que uma parte da ação pública que objetiva combater as situações de indigência e pobreza e ampliar o bem-estar da população brasileira. A busca por melhoria das condições de vida depende também da construção de políticas que ampliem as oportunidades dos grupos que têm encontrado maiores dificuldades de inserirem-se no sistema produtivo. Este objetivo deve ser capaz de inspirar um amplo debate nacional e fazer com que se organize no país um modelo de desenvolvimento comprometido com sua realização.