

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP
2005

SÔNIA MIRIAM DRAIBE¹

Este artigo foi preliminarmente apresentado no GT 12 - POLITICA E ECONOMIA, no XXIV Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, agosto de 2000.

¹ Professora e investigadora do Instituto de Economia e do NEPP - Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, Brasil. smdraibe@uol.com.br

**CICLOS DE REFORMAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM
AMBIENTE DE CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA: A
EXPERIÊNCIA BRASILEIRA RECENTE DE REFORMA DOS
PROGRAMAS SOCIAIS¹**

**CADERNO DE
PESQUISA
Nº 63**



UNICAMP

INTRODUÇÃO

É conveniente, para fins de exposição, examinar as trajetórias recentes das políticas sociais brasileiras através de *dois ciclos de reformas*, o que se dá nos anos 80, no quadro de instabilidade econômica e da democratização, e o da segunda metade dos anos 90, pautado pela complexa agenda da estabilização, reformas institucionais e consolidação democrática.

Com efeito, desde o final dos anos 70, a democratização projetou também para a área social uma *agenda reformista da transição democrática* (Draibe, 1997), cujo processamento, moldado sobretudo na Constituição de 88, esbarrou nas mesmas contradições e indefinições do movimento político maior em que se inscreveu, ainda que tenha introduzido mudanças significativas, entre elas a valorização do princípio do direito social; impulsos à universalização do acesso dos programas e, no caso da seguridade social, um certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema e a determinação de valores mínimos dos benefícios.

Entretanto, se é verdade que aquela agenda conferiu centralidade à questão social, é certo também que seu processamento foi parcial e modesto, provavelmente em consequência dos movimentos e sinais contrários emanados tanto das restrições econômicas quanto das distorções corporativistas dos interesses organizados. Vejamos:

- em que pese o esforço para ampliar e diversificar as fontes, o financiamento permaneceu ainda muito dependente de contribuições sociais e, em decorrência, das oscilações econômicas que afetam diretamente a massa salarial;
- em certa medida como decorrência do anterior, os recursos financeiros destinados às políticas sociais permaneceram muito centralizados no executivo federal, apesar da descentralização fiscal, de forte teor municipalista, realizada pela reforma tributária de 88;
- a permanência de fortes privilégios corporativos no sistema de políticas sociais. Em outras palavras, as diretrizes igualitárias e universalistas não foram suficientemente fortes para enfrentar a defesa corporativista de benefícios especiais e, em consequência, de comprometimento de parte dos recursos com privilégios de categorias sociais particulares.

Desde a metade da década dos 90, sob uma nova agenda tem início um outro ciclo reformista na área social, definido agora no ambiente mais amplo – e sem dúvida mais complexo – do ajustamento econômico, da complementação das reformas institucionais e da consolidação da democracia. Mais que pela introdução de algumas mudanças, a etapa se caracteriza pelo tensa

conciliação dos objetivos macroeconômicos da estabilização com metas de reformas sociais teoricamente voltadas para a melhora da eficiência e da equidade.

Considerados os dois períodos ou ciclos, não se pode deixar de constatar o modesto saldo das mudanças e inovações, apesar das alterações logradas. Com efeito, efetivamente reformada foi apenas a política de saúde, embora tenham sido significativas as mudanças no campo dos programas assistenciais e de enfrentamento da pobreza. A reforma da previdência é recente e parcial, nem mesmo tendo completado a etapa legislativa da implementação. Na política educacional, as importantes mudanças restringiram-se ainda praticamente ao ensino fundamental. Áreas como habitação, saneamento básico e transportes coletivos praticamente estiveram ausentes da agenda mudancista recente.

O quadro seguinte registra, nos dois ciclos referidos, as etapas de introdução e implementação de reformas nas políticas sociais setoriais.

Quadro 1

Brasil. Políticas e Programas Sociais: ciclos de reformas e status da implementação – 1980-1998

Áreas/Programas	Ciclos de reformas e <i>status</i> da implementação		
	1º Ciclo de reformas	2º Ciclo de reformas	Status da Implementação
	1985-1990	1990-1998	
Investimento em Recursos Humanos			
Educação			
<ul style="list-style-type: none"> ● Educ. Ens. Fundamental ● Educ. Ens. Médio ● Educ. Ensino Superior ● Ensino Técnico (2º grau) 	ausente da agenda ausente da agenda ausente da agenda ausente da agenda	reformada introduzida ausente da agenda introduzida	implementada em discussão ausente da agenda em discussão
Saúde	reformada	completa a implementação enfrentando forte dificuldades	em ajustamento
Previdência Social	parcialmente reformada	reabertura da agenda e discussão, sob forte oposição	parcialmente aprovada (legislativa)
Capacitação para o Trabalho			
<ul style="list-style-type: none"> ● Programa Público Federal ● Sistema S (empresarial) ● Prog. Capacitação de Jovens ● Prog. Alfabetização Solidária 	ausente da agenda ausente da agenda ausente da agenda ausente da agenda	introduzida ausente da agenda introduzida introduzida	completa a implementação ausente da agenda implementada implementada
Eliminação da Pobreza e Defesa de Direitos			
<ul style="list-style-type: none"> ● Assistência Social ● Programa de Combate Pobreza ● Programas de Crédito Popular ● Reforma Agrária 	reformada ausente da agenda ausente da agenda fracamente na agenda	em implmentação Introduzida introduzida fracamente na agenda	implementada implementação enfrentado fortes dificuldades em implementação implementação enfrentado fortes dificuldades
Defesa de Direitos de Minorias			
<ul style="list-style-type: none"> ● da Mulher ● Crianças e Adolescentes ● Negros 	introduzida introduzida ausente da agenda	em implementação em implementação ausente da agenda	em implementação em implementação ausente da agenda
Erradicação do trabalho infantil	ausente da agenda	Introduzida	em implementação (chances positivas)
Erradicação do Trabalho Escravo	ausente da agenda	em discussão	em discussão
Defesa dos Direitos Humanos	ausente da agenda	introduzido	em discussão

Este trabalho examina, sob tal perspectiva, o movimento de reestruturação dos programas sociais brasileiros, enfatizando o perfil e desempenho do gasto público social e as principais inovações e mudanças presentes nas áreas de educação, capacitação profissional, saúde, previdência social e programas de enfrentamento da pobreza.

1. O GASTO SOCIAL PÚBLICO BRASILEIRO: PERFIS E DESEMPENHO RECENTE

Ao se desencadear o primeiro ciclo de reformas dos programas sociais, três características destacavam-se, no gasto social público brasileiro: a incoerência entre um nível relativamente alto de despesas e a sua inefetividade; a significativa importância das contribuições e fundos sociais na composição e vinculação das receitas e, finalmente, a forte centralização federativa do financiamento e da execução dos recursos. Com efeito:

- na metade dos anos 80, o nível do gasto social brasileiro comparava-se ao alcançado por países de desenvolvimento social médio – cerca de 15% do PIB – mas destacava-se pela sua baixa efetividade, tendendo, proporcionalmente, a beneficiar menos os grupos mais necessitados da população (IPEA, 1998);
- no que se refere à *origem e composição das receitas* - muito pouco alteradas, aliás, nos dois ciclos posteriores de reformas - destacava-se a alta participação das contribuições sociais nos recursos públicos totais destinados à área social², correspondendo à metade das receitas federais totais e a cerca de 1/3 da carga tributária total do país³. A multiplicidade de *fundos sociais*⁴, além de vincular o gasto a programas específicos, tende a tornar a receita muito sensível aos movimentos da economia;

2 Estimativas referentes a 1986 indicavam que as contribuições sociais respondiam por aproximadamente 35% do total do gasto social público consolidado e por 70% do gasto social federal. Em 1988, as contribuições sociais alcançavam 6,3% do PIB, sendo que a destinada à seguridade social equivaliam a 4, 1% do PIB, enquanto toda a receita de impostos da União equivalia a 8,7% (Draibe et alii, 1994).

3 Em 1990, a carga tributária total correspondeu a 25,5% do PIB. 17,3% correspondiam a receitas federais das quais 8,6 eram formadas por tributos e 8,7% por contribuições sociais. As receitas estaduais correspondiam a 7,3% do PIB e as municipais a 0,8% (idem).

4 Tratam-se de fundos gerados por contribuições ou taxações especiais, sua execução sendo vinculada a fins específicos. Hoje ainda somam mais de 8, os mais importantes sendo o Fundo da Previdência e Assistência Social (para custear benefícios previdenciários); o FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (gerado por contribuições empresariais - o salário-educação, para apoiar o ensino fundamental); o FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (fundo patrimonial gerado por contribuição empresarial, destinado a amparar o trabalhador desempregado e a financiar a política habitacional); o FAT - Fundo de Apoio ao Trabalhador (destinado ao financiamento do seguro-desemprego) (Draibe et alii, 1994).

- na *dimensão federativa*, apesar do padrão ainda centralizado, a progressiva absorção, por parte de estados e municípios, desde 1998, de maiores responsabilidades no financiamento dos programas sociais, decrescendo em contrapartida o volume de recursos empenhados pelo governo federal nesses mesmos programas⁵ (Afonso, 1994; Rezende, 1995)

1.1. Distribuição federativa e composição setorial

Tanto a estrutura atual do gasto quanto as tendências recentes de desempenho confirmam, em boa medida, as observações anteriores. Com efeito, no período 1982-1992, embora ainda se verifique a predominância da participação da esfera federal, ganha destaque o crescente aumento da participação dos estados e municípios: enquanto a participação relativa do gasto municipal aumentou em seis pontos percentuais (10,6% a 16,5%), a dos estados cresceu cerca de 2% (Médici & Maciel, 1996).

Confirmam o esforço de gasto e a tendência à sua descentralização as informações referentes ao ano de 1995, apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 2

Brasil, 1995. Gasto Social Público Consolidado, segundo origem dos recursos*, por unidade da federação e área social - Composição e participação no PIB

R\$ milhões correntes e %

Áreas/ Programas	Gasto porcentual por área, nível de governo e % PIB						Consolidado (% PIB)
	Gov. Feder (F) % total federal	Estados (E) % total estadual	Município (M) %total munic	% PIB			
				F	E	M	
% Total do Gasto Social	59,5	23,7	16,7	12,4	4,9	3,5	20,9
Previdência Social	99,7	0,0	0,0	5,4	0	0	5,4
Benefícios a Servidores	56,9	36,8	6,2	2,6	1,7	0,2	4,7
Educação e Cultura	24,8	47,1	27,9	1,0	2,0	1,2	4,3
Saúde	62,9	20,6	16,3	2,1	0,7	0,5	3,3
Habitação e Urbanismo	3,8	13,8	82,3	0,4	0,1	0,9	1,1
Emprego/Defesa Trabalhador	98,0	1,9	-	0,4	0	0	0,4
Assistência Social	34,0	39,8	26,0	0,1	0,1	0,1	0,4
Transporte Urbano de Massa	17,7	15,1	67,0	0	0	0,2	0,4
Saneamento	23,7	20,6	55,6	0	0	0,1	0,2
Organização Agrária	94,9	5,0	-	0,1	0	0	0,1
Alimentação & Nutrição	95,9	0,9	3,0	0,1	0	0	0
Ciência & Tecnologia	100,0	-	-	0	0	0	0
Meio Ambiente	16,4	51,8	31,6	0	0	0	0
Capacitação Rec. Humanos	100,0	-	-	0	0	0	0

Fontes: IPEA/DIPOS, com base nos sistemas SIAFI/SIDOR para o Governo Federal, IBGE/DECNA, para os governos estaduais e municipais; IPEA/DIPES, para o PIB.

*No conceito de *origem de recursos* se indica de que esfera governamental provêm os recursos

5 Em 1988, por exemplo, a participação das esferas de governo no gasto público social de US\$67.5 bilhões foi, respectivamente, de 64,1% da União; 22,3% dos Estados e 13,6% dos Municípios (idem).

O comprometimento de cerca de 21% do PIB com programas sociais públicos, principalmente nas áreas de previdência social, benefícios a servidores, saúde, educação e cultura⁶ registra o razoável esforço de gasto social do país, em 1995. Do ponto de vista da descentralização, as informações disponíveis confirmam a tendência anteriormente assinalada, de maior participação de estados e municípios e, mais ainda, de descentralização da execução das despesas. Distinguindo os recursos pela origem e execução, o próximo quadro registra, em porcentuais do PIB, a participação relativa das unidades federadas no crescimento do gasto social consolidado, durante os anos 1994 e 1995.

Quadro 3

Brasil. Gasto Social Consolidado, por esfera de Governo, segundo a origem dos recursos e a responsabilidade da execução (em % do PIB)

Esfera de governo	Origem				Execução			
	1994		1995		1994		1995	
	% PIB	% Gasto Total	% PIB	% Gasto Total	% PIB	% Gasto Total	% PIB	% Gasto Total
União	12,3	62,4	12,8	62,4	11,2	56,7	11,6	56,5
Estados	4,3	21,9	4,4	21,7	5,1	25,8	5,2	25,6
Municípios	3,1	15,7	3,3	15,9	3,4	17,5	3,7	17,9
Total	19,7	100,0	20,5	100,0	19,7	100,0	20,5	100,0

Fonte: STN/IPEA/DIPOS

Do ponto de vista da equidade, vale a pena registrar as fortes discrepâncias do gasto entre regiões, os menos desenvolvidos apresentando valores per capita até duas vezes inferiores aos verificados nas regiões e estados mais ricos.

1.2. Evolução e dinâmica recente do gasto

A trajetória recente do gasto social permite extrair algumas conclusões importantes acerca das tendências atuais de crescimento das despesas sociais públicas:

- ao longo dos anos 80, o gasto social federal oscilou acentuadamente, porém não apresentou, como muitos países da região, tendência à queda. Alavancado por forte recuperação em 1986, sob o Plano Cruzado, atinge em 1989 um patamar superior ao apresentado em 1980 (Draibe, 1994);

6 Dado um PIB per capita de R\$4.186, em 1995, o gasto público social per capita estimado era de R\$868,90, cerca de 20% do total (IPEA, 1998 p: 20).

- nos anos 90, é sob o Governo Collor (1990-1992) que o gasto social federal sofre o mais forte impacto negativo, alcançando em algumas áreas, em 1992, cerca da metade do patamar de 1989:

Quadro 4
Brasil. Evolução do Gasto Social Federal, por área - 1989-1993 (Números Índices: 1989=100)

ÁREAS	1989	1990	1991	1992	1993
Saúde	100	71,2	59,2	52,2	68,6
Educação	100	79,1	57,0	49,2	73,1
Trabalho	100	233,7	160,5	150,1	103,7
Assistência	100	55,7	106,6	158,4	209,8
Previdência	100	86,9	77,8	84,1	119,0
Alimentação	100	95,4	50,3	15,3	50,7
Saneamento	100	78,4	93,1	67,5	67,8
Hab./Urbanismo	100	86,9	148,6	132,2	88,8

Fonte: IPEA/DIPOS- *Evolução do Gasto Social Federal*, FSP, 22/03/1997

- Um esforço de recuperação tem início já no governo Itamar Franco (1993/1994) e acentua-se entre 1994 e 1996, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso. As estimativas do IPEA apontam a seguinte evolução:

Quadro 5
Brasil. Gasto Público Federal total, per capita e em percentual do PIB, por diferentes anos e segundo a evolução no período. – 1994-1996

Gasto Social / tipos	1994	1995	1996	Evolução (nº índice)		
				1994	1995	1996
Gasto social total (em R\$ milhões correntes)	42 111,6	78 847,1	92 176,8	100	187,2	218,9
Gasto social per capita (em R\$ correntes)*	275,21	508,54	586,81	100	184,8	213,2
Gasto social total/PIB – Em (%)	11,7	12,0	12,3	100	102,7	104,8

Fonte: IPEA/DIPOS * Excluídas as despesas financeiras alocadas em programas sociais

- no plano do financiamento, apesar das mudanças constitucionais, o gasto social mantém sua dependência de fundos formados pelas contribuições sociais, que cresceram notavelmente no período 94-96, já sob impacto da estabilização promovida pelo Plano Real;
- registrou-se, no período recente (94-96) uma forte redução da despesa com pessoal ativo, no total dos gastos sociais federais, passando o dispêndio com essa rubrica de 12,4% em 1994 a 7,6% em 1996; já a despesa com pessoal inativo cresceu de 9,2% a 12,1% do total do gasto⁷;

7 O crescimento do pessoal inativo deve-se principalmente as incertezas acerca da reforma da previdência social; já a queda da despesa com ativos deve refletir principalmente às perdas salariais verificadas desde 1994 (IPEA, op. cit: 34).

- aumentou cerca de 22% a transferência de recursos federais para estados e municípios, principalmente devido ao aumento das transferências negociadas, o que sinaliza o esforço deliberado de descentralização da execução do gasto, já referido;
- entre 1986 e 1996, a mais forte alteração de estrutura do gasto social federal refletiu o acelerado crescimento da participação da Previdência Social (pública e privada) no gasto total, em função de vários fatores, entre eles o envelhecimento da população, a universalização dos direitos e a valorização dos benefícios definida pela Constituição de 88 e implementada a partir de 1992-1993. Assim, para um crescimento do gasto social federal de 68%, as despesas federais com benefícios previdenciários cresceram mais de 80%, enquanto o gasto não - previdenciário cresceu apenas 44%. Em consequência, este último passou de 43,4% do gasto total, em 1986, a tão somente 37%, em 1996 (IPEA, 1997);
- entre 1994 e 1996, também variam consideravelmente as evoluções setoriais do gasto social federal. Uma vez mais se verifica o forte crescimento da Previdência Social, nos três anos, e o recuo de recursos em áreas como a de educação, provavelmente em função do comportamento dos salários (que não cresceram) e da redução do pessoal, devido ao grande volume de aposentadorias.

As prioridades da política social federal revelam-se também através do comportamento do gasto de alguns programas. Assim, no período 1995-1996, além da área previdenciária, cresceram significativamente os gastos com qualificação profissional (60%), com saneamento básico (45%), ensino fundamental (26%), saúde (20%) e seguro-desemprego (15%)⁸. Entre 1996 e 1997, os benefícios monetários a idosos e inválidos cresceram cerca de 300% (IPEA, 1997).

Vejamos, agora, no plano real dos programas social, as principais mudanças recentemente verificadas.

2. REFORMAS RECENTES DOS PROGRAMAS SOCIAIS BRASILEIROS

É principalmente sob a ótica dos investimentos em recursos humanos e do esforço de enfretamento da pobreza que as mudanças recentes dos programas sociais brasileiros serão aqui analisadas. As áreas de política social privilegiadas são, basicamente, as de educação e

8 IPEA, *Evolução do Gasto Social Federal*, FSP, 22/03/1997

capacitação profissional, saúde, previdência social e programas de enfrentamento da pobreza – fundamentais para que se examine as reformas em curso sob o prisma da equidade e ampliação das oportunidades.

2.1. Sistema de ensino e reforma educacional

O país chega aos anos 90 com um sistema educacional público marcado por distorções e dificuldades, entre as quais destacam-se suas grandes dimensões⁹; uma cobertura educacional insuficiente em todos os níveis de ensino, com exceção do ensino fundamental; baixa qualidade do ensino ministrado e distâncias significativas entre os novos requisitos de formação de mão de obra e os conteúdos educacionais. Além disso, a acentuada heterogeneidade do sistema educacional traduz-se nas desigualdades de acesso, cobertura e desempenho escolar entre os grupos e categorias sociais; entre regiões e no seu interior; entre redes públicas municipais e estaduais. A agenda reformista que se arma na área envolve muitos, senão todos, esses aspectos e desafios.

2.1.1. Algumas características do sistema educacional brasileiro

O sistema educacional brasileiro é predominantemente público, nos níveis fundamental e médio, e privado, no nível superior¹⁰. Do ponto de vista da participação federativa, são os estados e os municípios que respondem pela oferta de ensino básico e secundário e, no caso dos municípios, pelo ensino pré-primário, o que retrata acentuada descentralização do sistema¹¹. Ainda assim, é forte o poder regulatório e econômico do governo federal e, portanto, a dependência dos entes subnacionais, particularmente os das regiões mais pobres do país. A descentralização da política educacional transformou-se em uma das principais diretrizes de reorganização do sistema, embora medidas concretas tenham sido implementadas apenas na metade dos anos 90.

9 Em 1997, o sistema educacional público e privado abrigava 46,5 milhões de alunos, 35 milhões dos quais freqüentavam o ensino fundamental, 5,1mi o médio e 1,6mi o superior.

10 Em 1994, a rede pública respondia por 84,1% das matrículas totais, contra 15,9% no privado; no ensino fundamental, respondia por 88,4% das matrículas e 86,3% dos docentes.

11 Os estados respondem por 64% das matrículas do ensino fundamental e por 90% do médio, enquanto os municípios respondem por mais de dois terços das matrículas pré-escolares. A União, seguida pelos estados, responde pela maior parte das matrículas públicas de ensino superior. Entretanto, há forte variação, entre as regiões, *da participação dos estados e municípios na oferta do ensino fundamental*. Enquanto os municípios são importantes provedores da oferta pública na região Nordeste (47%), nas regiões Sul, Norte, Centro-Oeste e Sudeste são minoritários, respondendo, respectivamente por 36%, 32%, 26% e 20% do total dos alunos matriculados. De todo modo, em 1994, os municípios já respondiam, no país, por cerca de 32% das vagas oferecidas no ensino fundamental.

- *Características do gasto educacional*

O *gasto público com educação* estava estimado, em 1995, em aproximadamente 5% do PIB e US\$223 por habitante, mas enquanto o gasto público anual por aluno do ensino fundamental foi da ordem de US\$870, o gasto por aluno universitário foi de US\$14.303 (Negri, 1996; Afonso, 1996).

Em 1995, registrando um já razoável índice de descentralização ----, a União respondia por 25% do total, enquanto estados e municípios respondiam, respectivamente, por 44% e 30% da execução das despesas. Mesmo as transferências efetuadas pela União em favor dos governos subnacionais representam apenas 12% do total dos gastos do governo geral consolidado (Afonso, op. cit: 12).

- *Principais indicadores educacionais*

Duas características destacam-se no comportamento dos indicadores educacionais, a aceleração da melhora no período recente e taxas mais acentuadas de melhora nos grupos etários mais jovens. Ainda assim, o perfil educacional da população mostra-se insatisfatório, principalmente quando medido em termos comparativos internacionais.

Com efeito, apoiado nas fortes taxas de expansão das matrículas nas décadas de 70 e 80, o acesso ao ensino fundamental universaliza-se, apresentando, nos anos 90, uma taxa de atendimento de mais de 95% da faixa etária de 7 a 14 anos (cerca de 36 milhões de alunos). Entretanto, é ainda muito baixa a terminalidade da educação básica - apenas cerca de 50% dos alunos que entram logram terminar aquele nível de ensino – assim como é ainda forte a defasagem série-idade entre os alunos desse nível de ensino. Provavelmente em decorrência dessas distorções, a taxa de *cobertura do ensino médio* seja notavelmente baixa, não ultrapassando 25% do grupo etário correspondente, embora a taxa de crescimento das matrículas tenha sido muito alta entre 1985 e 1994 (quando passam de cerca de 3 para mais de 5 milhões de alunos).

Entre 1980 e 1996, caiu também a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais, de 25,4% para 14,7%, embora as diferenças regionais mantenham-se altas, a respeito, a Região Nordeste ainda apresentando taxa de analfabetismo da ordem de 30%.

Também o perfil educacional da população brasileira apresentou sensível melhora, quando medido em termos de anos de estudos da população adulta: entre 1980 e 1996, o número médio de anos de estudos da população de 25 anos ou mais passou de 3,9 para 5,7 anos para os homens e de 3,5 para 6,0 anos para as mulheres. Entretanto, esse nível é reconhecidamente baixo, inferior ao da maioria dos países latinoamericanos.

2.1.2. A reforma educacional recente

A reforma educacional integra a agenda de reformas institucionais hoje em curso no país, orientando-se por objetivos simultâneos de melhora da eficiência do sistema, da qualidade do ensino e da equidade do acesso. A estratégia reformista assenta-se em um conjunto relativamente integrado de linhas e frentes de ação, de âmbito geral, ainda que até agora tenha afetado principalmente o ensino fundamental. As principais dimensões e conteúdos das mudanças podem ser vistas no quadro seguinte:

Quadro 6

Brasil.Reforma educacional recente: dimensões e conteúdos

Dimensões das reformas	Conteúdos e orientações
Financiamento e gasto	<ul style="list-style-type: none"> ● redistribuição de recursos em benefício do ensino fundamental ● descentralização da execução do gasto ● reforço da progressividade e redistributividade dos recursos ● reequilíbrio regional da alocação
Estrutura organizacional e sistema decisório (redes e programas)	<ul style="list-style-type: none"> ● descentralização ● desconcentração dos recursos e funções
Relações público/privado	<ul style="list-style-type: none"> ● participação dos pais ● parcerias com a sociedade civil
Dimensão didático-pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> ● modernização dos conteúdos ● diversificação das carreiras ● criação de sistemas nacionais de capacitação docente;
Introdução de programas novos	<ul style="list-style-type: none"> ● programas de apoio ao ensino fundamental
Acompanhamento e controle qualitativo	<ul style="list-style-type: none"> ● criação de um sistema nacional integrado de avaliações educacionais

Além da modernização dos conteúdos e investimentos na qualidade do ensino¹², vale a pena destacar dois ou três exemplos do esforço mudancista recente.

12 Dois programas destacam-se, entre os destinados à melhora da qualidade do ensino fundamental. O *Programa TV Escola* constitui um complexo de ações televisivas destinadas à capacitação docente e à ampliação do acesso dos alunos às novas informações, organizando-se em torno a um canal de televisão, exclusivo para educação, cujos sinais são gerados pela Fundação Roquete Pinto para o satélite de comunicação Brasilsat-1 e transmitidos em circuito fechado, para todo o país. Em 1998, cerca de 1.500 filmes já haviam sido emitidos e o programa já se fazia presente em aproximadamente dois terços das escolas públicas brasileiras (50 mil estabelecimentos), atingindo cerca de 73% dos alunos (21,9 milhões) e 70% dos docentes (840 mil) do ensino fundamental público. O Programa Nacional do Livro Didático fornece cerca de 90 milhões de livros a todos os alunos do ensino fundamental das escolas públicas. Em 1996 e 1997, foram avaliados e distribuídos 100 milhões livros de Língua Portuguesa, Ciências, Matemática, História e Geografia, para os estudantes de 1ª a 4ª séries, iniciando-se também o processo para os livros de 5ª a 8ª séries. O gasto com o programa é da ordem de US\$100 milhões, beneficiando cerca de 34 milhões de alunos.

Novas orientações do financiamento e gasto educacional

- *Elevação do gasto e redução das desigualdades: a nova lei de financiamento do ensino fundamental: Fundo e Plano de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério – FUNDEF*

A medida mais radical de reforma da educação, aprovada em 1996 e iniciada em 1998, foi a criação do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), com o objetivo de disciplinar a distribuição dos recursos entre os entes federativos, introduzir progressividade na sua alocação e estimular a valorização salarial dos docentes.

Com efeito, o sistema de partilha federativa no financiamento do ensino fundamental foi fortemente alterado pela nova legislação, que começou ser implementada em janeiro de 1998: 60% do total de recursos constitucionalmente destinados à educação por estados e municípios - ou 15% das receitas e transferências fiscais disponíveis – foram centralizados, em cada estado, em fundo estadual a ser redistribuído ao próprio estado e aos municípios, em valores proporcionais ao número de alunos de primeiro grau efetivamente matriculados nas suas respectivas redes, segundo o parâmetro de US\$300 por aluno/ano. Ainda segundo a nova sistemática, pelo menos 60% dos recursos totais do fundo devem ser destinados à remuneração dos docentes de nível fundamental, o nível salarial mínimo sugerido sendo equivalente ao gasto anual *per capita* com alunos. Cabe à União complementar os fundos estaduais que, por insuficiência de recursos, não atinjam o patamar mínimo de gasto¹³.

13 Segundo projeções do MEC para 1998, 20 dos 26 estados brasileiros transfeririam recursos aos seus municípios, mas em 6 estados (São Paulo, Roraima, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais e Santa Catarina), o sentido seria o inverso, ou seja, os municípios "perderam" recursos em benefício da rede estadual dos respectivos estados, caso não ampliassem matrículas. FSP 19/03/1999.

Fortes reações cercaram a medida, logrando postergar por um ano sua implementação¹⁴. Entretanto, há apenas um ano do seu início, efeitos significativos da nova sistemática já puderam ser registrados, em especial *efeitos regionais redistributivos*¹⁵, *o aumento do gasto médio por aluno*¹⁶ e a *elevação dos salários docentes*¹⁷.

Também verificam-se *impactos do programa sobre a municipalização*¹⁸ e no plano da *qualidade do ensino*, através da *redução do número dos professores leigos e na melhora da qualificação dos docentes*¹⁹.

- *Descentralização e reforço da redistributividade do gasto*

A transferência e a delegação, para estados, municípios e as próprias escolas, de funções de execução do gasto pautaram a nova sistemática de implementação de quase todos os programas federais de apoio ao ensino fundamental. Modalidades radicais dessa descentralização podem ser verificadas no programa da Merenda Escolar, ou no programa de aquisição de equipamento para a TV Escola ou, ainda, no Programa Escola Pública – Gestão Eficiente, no âmbito do qual o MEC implantou, desde 1995, o Programa de Manutenção e Desenvolvimento de Ensino - PMDE, que transfere recursos diretamente à unidade escolar.

O *Programa de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino – PMDE*, atualmente *Programa Escola Pública – Gestão Eficiente*, foi iniciado pelo MEC em 1995 com a dupla orientação de

14 As resistências originaram-se em estados e municípios que, obviamente, perderiam recursos com a nova sistemática, por não oferecerem matrículas de nível fundamental na proporção de 15% de suas receitas. Em alguns casos, a reação expressou também a preocupação com a carência de recursos para o financiamento de outros níveis de ensino, em especial, a pré-escola e o ensino médio. (idem).

15 O movimento geral de transferências do FUNDEF, em 1998, foi da ordem de R\$13,3 bilhões ou, aproximadamente, US\$7,3 bilhões. Os efeitos redistributivos e a conseqüente redução de desigualdades regionais são claros: R\$2,02 bilhões foram transferidos a municípios que não alcançavam o patamar mínimo de recursos, dos quais R\$931,1 milhões (46%) foram para o Nordeste e R\$160,9 para o Norte (8%), as duas regiões que antes registravam menores gastos por aluno. A União participou com R\$500 milhões, nessas transferências, devendo destinar ao mesmo objetivo cerca de R\$900 milhões em 1999. (idem).

16 A *elevação do gasto per capita* com alunos foi da ordem de 22,7% no país, mas bastante acentuada nas duas regiões mais pobres, a Região Norte (47%) e a Região Nordeste (90%). Dos 5.506 municípios brasileiro, 2.703 (49%) - que atendem 10,9 milhões dos 32,3 milhões do ensino fundamental - aumentaram o gasto anual por aluno. Em 1997, a média do gasto por aluno desses municípios era de R\$167, passando em 1998 a R\$375, aumento da ordem de 129%.(idem).

17 O aumento médio, no país, foi de 10%, entre 1997 e 1998, mas em alguns municípios, foi notável: 270% em Girau do Ponciano, Alagoas; 195% em Boa Viagem, Ceará; 180% em Coroatá, Maranhão; 175% em Itabaiana, Sergipe; 165% em Redenção, Ceará; 150% em Santo Antônio de Jesus, Bahia e Barras, Piauí; 13% em Araci, Bahia; 1125% em Anápolis, Goiânia; e de 85% a 110% em Marapanim, Paraíba, Ceará - Mirim e Macaíba, Rio Grande do Norte. (idem).

18 Entre 1997 e 1998, o número de matrículas na rede municipal aumentou em 21,5%, enquanto que o da rede estadual caiu em 4,6%. Ainda que a participação das matrículas estaduais continuem majoritárias (53,3% em 1998), reduziu-se entretanto em 6%, que correspondem ao aumento da participação das matrículas municipais (46,7% em 1998). Aqui também vez os aumentos mais acentuados de crescimento da participação municipal foram nas regiões Norte (11,1%) e Nordeste (5,1%).(idem).

19 Registrou-se aumento de 7,6% da participação de professores com segundo grau completo e de 12% dos que fizeram pós-graduação. (idem).

reforçar a autonomia da escola e, simultaneamente, estimular e participação da comunidade de pais. O programa transfere, anualmente, recursos financeiros às escolas públicas municipais e estaduais de ensino fundamental com o objetivo de agilizar pequenas despesas de funcionamento da escola e manutenção física dos prédios escolares²⁰. Mobilizando a cada ano um valor da ordem de US\$250 milhões, destina a cada escola um montante de recursos definido segundo o porte do estabelecimento e sua localização regional²¹. Enquanto o primeiro critério garante uma orientação universalista ao repasse de recursos, o segundo enfatiza a ação redistributiva e compensatória de desigualdades regionais por parte do governo da União.

O PMDE estimula a maior participação da comunidade escolar - professores e pais de alunos - na gestão escolar. De fato, a legislação determina que os recursos do programa cheguem diretamente ao órgão colegiado da escola, em geral organizado nos moldes de associações de pais e mestres. Para cumprir a função de executor financeiro, o órgão colegiado deve ter personalidade jurídica adequada²².

Também a descentralização do *Programa da Merenda Escolar - PNAE* segue a lógica de autonomização tanto do município quanto da própria escola. O programa transfere anualmente recursos federais destinados à alimentação dos escolares do ensino público fundamental, na proporção de R\$ 0,13 por aluno (e, até 1998, R\$0,20 para alunos dos municípios mais pobres, pertencentes ao programa Comunidade Solidária). Entre 1995 e 1998, o programa alcançou cerca de 95% das escolas e passou de 180 para 200 dias de atendimento em cerca de 95% das escolas públicas municipais e estaduais de ensino fundamental de todo o país, distribuindo uma refeição diária a aproximadamente 35 milhões de alunos. Os recursos da Merenda Escolar são de origem fiscal e integram o orçamento do MEC. A evolução do gasto, em R\$milhões (milhões de Reais), no período recente, foi a seguinte; 1995 - 625,0 ; 1996 - 628,0; 1997 - 673,0; 1998 - 785,0. A previsão orçamentária para 1999 é de R\$903 milhões.

20 Em 1995 o PMDE transferiu US\$229 milhões à escolas e, em 1996, US\$269 milhões. Segundo a legislação que instituiu o programa, os recursos recebidos pelas escolas podem ser gastos nas seguintes rubricas: manutenção e conservação do prédio escolar; aquisição de material pedagógico e de consumo; capacitação e aperfeiçoamento de profissionais de educação; avaliação de aprendizagem; implementação de projeto pedagógico; desenvolvimento de atividades educacionais diversas. Em 1997, foram autorizados gastos com material permanente.

21 Os valores variam, por escola, de um mínimo de R\$500,00 (escolas com 100 alunos ou menos) a um máximo de R\$10.000,00 (escolas com 2 000 alunos ou mais), nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste, o valor é 50% maior, variando de R\$600,00 a R\$15.000,00.

22 Nos dois primeiros anos de operação do PMDE, as Secretarias Estaduais e, em larga medida, as Prefeituras, além de convenientes, operaram também como executoras do gasto, dado o alto percentual de escolas de suas respectivas redes que não possuíam colegiados ou cujos órgãos de representação não estavam devidamente registrados. Também a inadimplência de muitas prefeituras junto ao governo federal fez com que secretarias estaduais de educação assumissem a função de conveniente para efeitos de repasse de recursos para as escolas municipais, nestes casos as Prefeituras enquadrando-se como subconveniente. Já em 1997, participaram do programa apenas as escolas que possuíam órgãos colegiados devidamente registrados como figuras jurídicas sem fins lucrativos. A partir de 1998, as transferências passaram a ser diretas para os colegiados de pais – agora criados na quase totalidade de escolas – sem a intermediação do convênio entre níveis de governo.

O processo de descentralização acelerou-se nos últimos anos, a municipalização do programa passando de 1532 município em 1994 para 4.134 em 1998, ou seja, aproximadamente 80% dos municípios brasileiros. Também a modalidade de descentralização para a unidade escolar avançou, estando presente hoje em 27% das escolas do país.

Resultados positivos da descentralização em termos da eficácia e efetividade dos programas têm sido evidenciados em estudos e pesquisas recentes (NEPP, 1998), apontando para melhoras da cobertura e regularidade dos serviços. Dada a heterogeneidade regional e das próprias redes escolares, são ainda insatisfatórios os efeitos sobre a qualidade do ensino. Programas nessa direção, em especial os de capacitação docente e melhora do material didático²³, têm sido implementados pelo MEC, entre os quais o programa de Educação à Distância – TV Escola²⁴ e, mais recentemente, o Programa Nacional de Informática na Educação – PROINFO²⁵.

- *Mudanças nas relações público/privado e incremento da participação social no sistema educacional público*

A privatização strictu sensu ou mesmo a *descentralização por envolvimento do setor privado*, com ou sem fins de lucro, não têm orientado a política governamental dirigida ao ensino público de nível elementar e médio. Aliás, o movimento recente foi mesmo o de redução da participação do setor privado na oferta de vagas, no caso do nível fundamental.

Entretanto, a relação do estado com o setor privado, na área educacional, tem se modificado fortemente em dois campos. De um lado, pela visível tendência de *aumento da participação* dos pais na gestão escolar, através dos conselhos escolares e colegiados de pais e mestres, aos quais a política governamental tende a transferir recursos e delegar crescentes funções. De outro, pelo forte aumento da *participação de ONGs e do setor empresarial* em atividades de apoio à rede pública de educação²⁶. No caso das ONGs, a participação é bastante variada²⁷ e realizada, na maioria das vezes, em parceria ou contrato com o setor público, que financia parte ou toda a ação.

23 Além do livro didático, o MEC distribui material escolar e de manutenção a escolas públicas..

24 Iniciado em 1996, o Programa do KIT Pedagógico distribuiu aparelhos de TV, vídeo e antena parabólica a cerca de 52 mil escolas (praticamente a totalidade das escolas com mais de 100 alunos). O equipamento destina-se a apoiar o Programa TV Escola, de capacitação docente.

25 O PROINFO teve início em 1997 com o objetivo de implantar a informática como instrumento de apoio ao processo ensino-aprendizagem e à modernização da gestão escolar. Na primeira etapa, distribuiu cem mil microcomputadores a seis mil escolas, e implantou duzentos Núcleos de Tecnologia Educacional - NTE para capacitar mil multiplicadores, atuantes junto a 25 mil professores e 6,4 mil técnicos.

26 Atuando junto às redes públicas, em atividades de capacitação, produção de material didático, avaliações, projetos educacionais especiais com alunos, as fundações ligadas às grandes empresas contam já com uma associação nacional, o Grupo de Fundações Educacionais – GIFE, que articula suas ações e interesses.

27 Reforço da aprendizagem, capacitação docente, produção de material didático, avaliações de projetos etc.

No caso do ensino superior, as propostas de reformas adquirem especificidade, ainda que até agora careçam de nitidez. O gasto per capita (por aluno) muito alto e a forte participação das universidades no gasto público federal são os principais argumentos apontados seja para demandar maior eficiência do sistema universitário, seja para apoiar a proposta de recuperação de custos (através do pagamento das matrículas ou de algum mecanismo do tipo da *tuition*), recorrentemente apresentada como alternativa para a correção da outra forte distorção presente no sistema universitário brasileiro: as universidades públicas são, em geral as de melhor qualidade, mas são frequentadas principalmente por estudantes oriundos de famílias de média e alta renda, que tiveram acesso a escolas privadas de excelência no ensino elementar e médio e, por isso, têm êxito nos concorridos concursos de entrada na rede pública. Setores mais carentes do alunado freqüentam a rede privada de ensino superior, em geral de má qualidade.

A introdução do pagamento das taxas universitárias não é, entretanto, posição dominante na agenda governamental e enfrenta forte resistência de diferentes grupos da sociedade além, obviamente, da corporação docente, que nela vê forte mecanismo de privatização²⁸. A autonomia de gestão – concretizada através da fixação de um porcentual de receitas – foi a inovação introduzida na área desde meados da década passada. Experimentada com relativo êxito por universidades públicas estaduais, não se espalhou entretanto pela rede federal, também por resistências das próprias universidades²⁹.

Em síntese, ainda que tenha se mostrado efetiva apenas no nível do ensino fundamental, podem já ser creditados alguns sucessos à reforma educacional:

- êxitos quantitativos e de impactos redistributivos e sobre a equidade
 - avanço da universalização do ensino fundamental e aumento da cobertura do ensino médio
 - maior redistributividade de regional e individual do gasto
- êxitos qualitativos: melhora dos conteúdos e dos processos educacionais
- êxitos político-institucionais:
 - aumento da credibilidade da política e das autoridades educacionais
 - ampliação da coalizão de apoio às mudanças na área

28 Dada a baixa proporção do gasto que a cobrança das matrículas eventualmente cobriria (de 15 a 20%, segundo algumas estimativas), o cálculo político da relação custo X benefício não chega a motivar outros atores.

29 Também no plano do ensino fundamental e médio, foram poucas e não exitosas as experiências de contratação do setor privado para gerenciar as unidades escolares. Neste caso, a agenda atual de mudança parece optar pela introdução de conteúdos e práticas gerenciais na cultura interna da rede escolar pública, através de cursos de capacitação de diretores.

- democratização da informação
- melhoras dos sistemas de avaliação e controles dos resultados educacionais
- melhora da quantidade, qualidade e agilidade das informações e estatísticas educacionais
- introdução e ampliação dos sistemas de avaliações educacionais nos três níveis de ensino

Entretanto, é grande ainda a margem de melhoras a ser perseguida pelo impulso mudancista. Como já se disse, os níveis médio e superior de ensino carecem ainda de projetos estruturados e coerentes de mudanças. No caso do nível médio, apesar do crescimento recente das matrículas, a cobertura é ainda muito insuficiente, além de que este nível de ensino se ressentia da falta de recursos adequados para seu financiamento atual e sua expansão futura.

Finalmente, a todos os níveis do sistema, a questão da melhora da qualidade impõe-se como central, no encaminhamento futuro da agenda setorial.

Em outro plano, voltado mais diretamente para o mercado de trabalho, o investimento em recursos humanos envolve os programas de capacitação profissional, e sua reestruturação atual, face aos novos requisitos do padrão de crescimento.

2.2. Formação e Capacitação de Mão de Obra

Desde meados dos anos 80, frente às taxas crescentes e oscilantes de desemprego, a questão da capacitação profissional e de programas de estímulo a formas autônomas de trabalho é introduzida na agenda social, mas seu processamento só se dará nos anos 90, através da criação e implementação de programas inovadores nesse campo. Entre as inovações institucionais recentes, está a introdução de programas do tipo "produtivo", cujo objetivo é a geração de emprego e oportunidades de geração de renda, assim como melhora da "empregabilidade" das pessoas³⁰.

- *Programas de capacitação profissional*
- Plano Nacional de Educação Profissional - PLANFOR

Englobando e ampliando os anteriores planos estaduais de qualificação profissional, o *Plano*

30 Além de programas de capacitação, têm sido introduzidos ou reforçados programas de crédito popular.

Nacional de Educação Profissional - PLANFOR foi proposto para o período 1966-1999 como um dos projetos prioritários do governo federal com o objetivo de qualificar, a cada ano, a partir de 1999, 20% da PEA, porcentual aproximadamente 4 vezes superior ao atual. De responsabilidade da SEFOR - MTb (Secretaria de Formação e Desenvolvimento Profissional do Ministério do Trabalho), seu financiamento usa recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Entre seus *objetivos gerais*, pretende:

- qualificar ou requalificar a FT, com foco na empregabilidade e nas potencialidades dos mercados regionais e locais de trabalho;
- elevar o nível de escolaridade da PEA, através da erradicação do analfabetismo e da elevação da sua escolaridade até pelo menos o nível básico;
- estimular e apoiar a oferta de emprego e de oportunidade de geração de renda, através de alternativas de trabalho autogerido, associativo ou em micro e pequenos empreendimentos.

A sua *estratégia de implementação* é descentralizada e repousa em três eixos: os *Planos Estaduais de Qualificação*³¹, as *parcerias* com toda a rede de instituições de educação profissional do país³² e o *mecanismo dos conselhos e comissões* como base do processo decisório (o CODEFAT e as Comissões Estaduais).

No plano conceitual, o PLANFOR indica o conceito de *empregabilidade* como básico para a orientação da política de capacitação, assim como aponta como núcleo da formação profissional a *conjugação das habilidades básicas, específicas e de gestão*.

O programa cresceu aceleradamente entre 1996 e 1998, assim como os recursos nele investido, como se verifica pelo quadro abaixo: crescimento do programa tem sido acelerado - atingiu cerca de 1,2 milhões de trabalhadores em 1996 e aproximadamente 1,8 milhões em 1997 – cobrindo cerca de 12% dos desempregados (aproximadamente 5% do total dos ocupados).

31 Coordenados pelas respectivas Secretarias Estaduais do Trabalho, sob orientação das Comissões Estaduais e Municipais de Emprego e financiados com recursos do FAT, iniciados em 1994.

32 Integrada pelos seguintes conjunto de agências formadoras: os sistemas de ensino técnico federal, estadual e municipal; as universidades públicas e privada; as entidades do Sistema S (SENAI/SESI, SENAC/SESC; SENAR; SENAT/SEST, SEBRAE); os sindicatos de trabalhadores; as escolas e fundações de empresa; organizações não governamentais; escolas ligadas ao ensino profissional livre.

Quadro 7**PLANFOR. Evolução do número de treinandos e do investimento – 1994-1998
Nos abs. e variação anual**

PLANFOR Brasil	Nº Treinados (em MIL), variação anual (em %)						
	1994	1995	1996	1997	95/94	96/95	97/98
	83,1	153,4	1.193,1	1.800,0	185%	778%	51%
PLANFOR Brasil	Investimentos (em R\$ MIL) e variação anual (em %)						
	14.932,3	28.214,2	226.442,2	-	189%	803%	-

Fonte: MT/Sefor, 1998 in Azeredo, B (1998), p.201

- *Programas do Conselho da Comunidade Solidária: Capacitação Solidária e Alfabetização Solidária*

Por sua vez, o Conselho da Comunidade Solidária implementa, desde 1996, dois programas voltados especialmente para a capacitação de jovens carentes, público-alvo praticamente desprovido de proteção social: o *Programa Capacitação Solidária*, destinado à iniciação profissional de jovens pobres residentes nas regiões metropolitanas e o *Programa de Alfabetização Solidária*, destinado à alfabetização de jovens residentes nos municípios do Norte e do Nordeste que apresentam as mais altas taxas de incidência de analfabetismo jovem e adulto.

O primeiro, financiado por exclusivamente privados, tem por objetivo a capacitação de jovens do grupo etário de 14 a 21 anos, residentes nas regiões metropolitanas – com o objetivo de facilitar sua inserção no mercado de trabalho. Entre 1996 e 1999, capacitou aproximadamente 22 mil jovens. Já o segundo, apoiado em recursos públicos e privados, objetiva minimizar ou reverter o quadro de altas taxas de analfabetismo de jovens de 12 a 18 anos nos municípios que concentram as mais altas taxas de analfabetismo daquela faixa etária – passo indispensável para qualquer esforço de capacitação profissional desses grupos. Entre 1997 e 1998, alfabetizou cerca de 200 mil jovens.

2.3. A Política de Saúde. Panorama geral da reforma sanitária e de sua implementação

Até os anos 80, a política de saúde operou, no país, através de um quadro institucional muito fragmentado, segmentado também pela dicotomia entre prevenção e cura³³. Entre suas principais características, cabe destacar:

33 O próprio setor público dividia-se entre a medicina preventiva/coletiva (a cargo do Ministério, das Secretarias da Saúde de estados e de alguns municípios grandes e médios) e a curativa/individual sob responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social - o INAMPS, integrante do Sistema Nacional de Previdência Social. Estados e municípios médios e grandes atuavam também na área hospitalar.

- no *modelo assistencial*, o predomínio da medicina urbana e curativa, operada em hospitais, em detrimento das ações preventivas e básicas, principalmente as de atendimento da população rural
- na *composição da oferta*, articulação do setor público e setor privado na prestação dos serviços, o segundo respondendo por 70% de serviços médicos³⁴ contratados pelo setor público e, desde o final dos anos 80, por mais de 30% do mercado de saúde.
- no *acesso aos serviços*, a tendência de universalização a partir do segmento do seguro social.

2.3.1. O primeiro ciclo de reforma: anos 80

O forte movimento social de apoio à reforma sanitária, desde o final dos anos 70, orientou-se pelos seguintes e principais princípios:

- descentralização, com ênfase na unidade federada e aumento do papel dos municípios
- integração de autoridade gestora em cada nível de governo
- participação da sociedade civil como forma de controle social
- integração, de forma sistêmica, das ações preventivas e curativas.

Já no ambiente da democratização do país, a vitoriosa reforma culminou com a consagração, na Constituição de 88, da nova armação institucional, denominada Sistema Unificado de Saúde – SUS, integrada à Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social³⁵ e apoiada no direito universal da população à saúde. Entre as características organizacionais da nova política, devem ser enfatizados:

- No *modelo assistencial*. Sistema de livre demanda e acesso universal da população a qualquer tipo e nível de complexidade dos serviços;

34 Em 1978, 67,1% dos estabelecimentos tinham convênios com o setor público e esta proporção se reduziu a 57,8% em 1984, provavelmente em decorrência da deterioração dos repasses financeiros do setor público e do bias dos convênios públicos com as entidades filantrópicas, cuja participação sobe de 69,3% para 72,9% no mesmo período. No atendimento ambulatorial, é o vigoroso crescimento relativo do setor público - que cresce a uma taxa de 19,3% entre 1978-1985 – e a redução relativa da participação do setor privado - que cresce a uma taxa de apenas 2,3% ao ano.

35 A seguridade social compreende as ações integradas dos poderes públicos e da sociedade para que sejam assegurados os direitos de saúde, previdência social e assistência social. A Constituição destaca, entre os objetivos da seguridade social: I - a universalidade da cobertura e do atendimento; II - a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, IV - a irredutibilidade do valor dos benefícios; V - a equidade na forma de participação no custeio; VI - a diversidade da base de financiamento; VII - o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados.

- No *plano organizacional*. Sistema estruturado de acordo com os princípios da descentralização e municipalização, hierarquização, regionalização, integração e comando único.
- No *sistema de financiamento*. Recursos da seguridade (contribuições sobre folha de salários), fontes fiscais (receitas de impostos e taxas dos governos federal, estaduais e municipais), contribuição sobre faturamento das empresas (CONFINS), imposto sobre lucro líquido e, finalmente, recursos originados em outras fontes (jogos de azar, impostos sobre produtos nocivos etc).
- Na *distribuição federativa das competências*. Competências comuns da União, dos Estados e dos Municípios: cuidados com a saúde, assistência pública aos necessitados e proteção às pessoas portadoras de deficiências. Supõe-se a descentralização e a municipalização das ações básicas e preventivas e a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, na prestação dos serviços de atendimento à saúde da população.

A descentralização do SUS foi lenta. Em 1994, foram definidas as *modalidades de descentralização e gestão*: a *gestão incipiente*³⁶, a *gestão parcial*³⁷ e a *gestão semi-plena*³⁸, mas

36 Na qual os municípios que a ela se habilitam podem assumir, *progressivamente*, as seguintes prerrogativas e responsabilidades: contratar e autorizar o cadastramento de prestadores; programar e autorizar a utilização de AIH (Autorizações de Internação Hospitalar) e dos procedimentos a serem prestados por unidade; controlar e avaliar os serviços ambulatoriais hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; demonstrar disposição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas e/ou federais; incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e zoonoses; e desenvolver ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e portador de doenças ocasionadas pelo trabalho". Nessa modalidade, os estados, através dos Conselhos Estaduais de Saúde, credenciam e avaliam a atuação dos municípios e partilham com cada município da gestão das cotas de pagamento dos serviços hospitalares (AIH).

37 Na qual o município habilitado deve assumir de imediato todas as atribuições da gestão incipiente e, ainda, receber mensalmente recursos federais destinados ao pagamento dos serviços prestados pelas unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município. Nesta modalidade de gestão parcial, cabe à Secretaria Estadual de Saúde: responsabilizar-se pela programação integrada com os municípios, abrangendo manutenção e investimento e gestão dos recursos próprios e transferidos; cadastrar, programar e distribuir quotas hospitalares e ambulatoriais; controlar e avaliar a rede de serviços; coordenar a rede de referência estadual e gerir sistemas de alta complexidade; coordenar ações de vigilância epidemiológica, hemocentros e rede de laboratórios; formular, executar e controlar vigilância da condições de trabalho.

38 Na condição de gestão semi-plena, a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; bem como a execução e o controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, controle de vetores e zoonoses e de saúde do trabalhador em seu território. Assim, nessa modalidade o município é totalmente responsável pela gestão e prestação de serviços em seu território. Seu credenciamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde e o total das transferências de recursos financeiros para custeio corresponderão aos tetos ambulatorial e hospitalar previamente acordados. Recursos adicionais são previstos, nesta modalidade, tanto como incentivo quanto para apoiar as ações mais complexas.

até o final de 1997, apenas pouco mais da metade dos municípios já se enquadrava nas mesmas³⁹.

O financiamento do sistema revelou crescente instabilidade e insuficiência de recursos. Além da forte dependência para com a União, dois processos pressionaram especialmente o SUS: a eliminação da folha de pagamentos como fonte para a saúde, em 1993⁴⁰ e, desde 1994, as restrições do ajustamento fiscal e a operação do Fundo Fiscal de Emergência.

2.3.3. O segundo ciclo de reformas do SUS

Desencadeado em 1995 e 1996, a fisionomia do SUS vem sendo alterada por um conjunto de medidas, cujos eixos e principais conteúdos estão registrados no quadro seguinte:

Quadro 8
Brasil. Reformas recentes da Política de Saúde: dimensões e conteúdos

Dimensões das reformas	Conteúdos e orientações
Financiamento e sistema de transferências	<ul style="list-style-type: none"> ● Diversificação/ampliação das fontes - CPMF ● Redistribuição de recursos em benefício da atenção básica - PAB ● Introdução do per capita individual como parâmetro de transferência intergovernamental – PAB
Autonomização e descentralização da gestão e do gasto	<ul style="list-style-type: none"> ● novas modalidades de descentralização e enquadramento dos municípios (NOB 96)
Focalização das ações básicas e da população carente	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa do Médico de Família ● Programa de Agentes Comunitários de Saúde ● PAB ● Farmácia Básica
Programas Prioritários	<ul style="list-style-type: none"> ● Combate à Mortalidade Infantil ● Saúde da Mulher
Reorganização do aparato regulatório do Estado	<ul style="list-style-type: none"> ● Modernização dos sistemas de regulação e controles

39 Dos aproximadamente 5100 municípios brasileiros, 57% estavam enquadrados em gestão incipiente ou parcial (2.941 municípios) e apenas 2% em gestão semi-plena (137 municípios, cobrindo cerca de 16% da população), enquanto 40% ainda permaneciam sem nenhum enquadramento.

40 -A implementação, desde 1991, das decisões constitucionais acerca de valores dos benefícios previdenciários levou à extinção da folha de pagamentos como fonte para a saúde, tendo cessado, em 1993, as transferências da seguridade social para custear do SUS.

- *Diversificação de fontes e critérios de transferências de recursos*

As instáveis bases de financiamento do SUS suscitaram uma nova e específica fonte de recursos, aprovada em 1996, sob forma de imposto do cheque, a CPMF⁴¹.

- *Aceleração da descentralização*

Em 1996, foi alterada a sistemática de descentralização e enquadramento, agora simplificada para apenas duas modalidades de gestão: a *Plena de Atenção Básica* - dotada de menor grau de autonomia - e a *Plena do Sistema Municipal* (ou Estadual, no caso do enquadramento dos estados) – que supõe a assunção total da gestão da saúde por parte do município. Ao final do ano de 1998, do total de 5.506 municípios, 5.136 (93%) estavam já enquadrados, sendo 4.665 na modalidade Plena de Atenção Básica e 471 na Plena do Sistema Municipal.

- *Focalização das ações básicas e da população carente. Programas prioritários.*

- *PAB e a Farmácia Básica*

Com o objetivo de preservar e ampliar o espaço da atenção básica, foi introduzida, em 1997, uma nova sistemática de repasse de recursos aos estados e municípios, através do *PAB - Piso de Atenção Básica*, que destina um valor de no mínimo R\$10,00 (cerca de US\$8,80) por habitante/ano para custear ações básicas de saúde⁴². O mecanismo do PAB eleva o patamar de gasto de um número expressivo de municípios, - especialmente o que não gastavam com saúde um valor correspondente ao piso⁴³. A *Farmácia Básica*, por sua vez, destina medicamentos a aproximadamente 4 mil municípios com menos de 21 mil habitantes, cobrindo aproximadamente 33 milhões de habitantes, em volume correspondente a R\$2,00 por habitante/ano.

- *Focalização da população pobre: Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família*

Seguramente, a inovação programática e de concepção mais forte corresponde ao PSF -

41 Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira. Tendo enfrentado fortes resistências, a nova contribuição foi ainda assim renovada por duas vezes; em 1999, aprovou-se também a elevação da sua alíquota, de 0,2% a 0,38% sobre as transações financeiras.

42 São as seguintes as ações que podem ser custeadas com os recursos do PAB: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; visita/atendimento ambulatorial e domiciliar pela equipe de Saúde da Família;; vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência ao pré-natal; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atendimentos básicos por profissionais de nível médio; atividades dos Agentes Comunitários de Saúde; assistência a parto domiciliar por médico do PSF; primeiro atendimento de urgência (pronto atendimento). Além desses, estão contemplados também os seguintes componentes: saúde bucal; combate às carências nutricionais; Vigilância Ambiental; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica e Farmácia Básica

43 De fato, dado o piso de R\$10,00/ano, para muitos municípios o valor recebido pelo PAB aumenta de 2 a 9 vezes o que recebiam anteriormente. Em consequência dessa maior redistributividade, verifica-se, entre os municípios, uma redução de 25 para 2,5 vezes da diferença de recursos recebidos pelo Ministério da Saúde.

Programa Saúde da Família e, neste, ao Programa Agentes Comunitários de Saúde. Saúde da Família.

O *Programa Saúde da Família - PSF* exprime uma estratégia de implantação da atenção comunitária, visando a reorientação da atenção básica, o fortalecimento de sistemas locais de saúde e, no limite, a própria mudança do modelo assistencial vigente⁴⁴. Nos primeiros meses de 1998, 1.472 equipes do PSF atendiam 6,6 milhões de pessoas ou 1,47 milhão de famílias em 567 municípios (aproximadamente em 81% da meta daquele ano).

O *PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde* treina e mobiliza pessoal da própria comunidade para realizar ações educativas e básicas de saúde junto às famílias pobres, especialmente da zona rural⁴⁵. Desde 1995, seu crescimento foi bastante expressivo, passando de 34 mil a 88 mil o número de agentes e de 22 milhões a 41 milhões a população coberta (26% da população total, em 1998).

Entre as fortes inovações desses programas, duas seguramente representam, senão um avanço, pelo menos uma correção de insuficiências do SUS: a *adscrição territorial da clientela*⁴⁶ e a opção pela *unidade familiar* como unidade de referência⁴⁷.

Central nas ações programáticas dos dois programas anteriormente citados – *PACS* e *PSF* – o *PRMI* é também integrado pelo Programas Nacional de Imunizações – através das tradicionais e exitosas Campanhas Nacionais de Vacinações⁴⁸ - e os programas de Combate às Carências Nutricionais, de Saneamento Básico e de Assistência Integral à Saúde da Criança e da Mulher,. Alguns resultados positivos têm sido creditados a tais orientações⁴⁹.

- *Reorganização do aparato regulatório do Estado*

Provavelmente uma das iniciativas mais decisivas do novo ciclo de mudanças da política de saúde diz respeito à modernização dos códigos e dos sistemas de regulação e controles públicos sobre a prestação privada dos serviços médico-sanitários. O amplo, forte e diversificado mercado

44 Cada equipe do PSF é formada por médico generalista, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, devendo cobrir mil famílias ou cerca de 4.500 habitantes/ano e referenciar-se a uma unidade básica de saúde, que assegura o acesso do paciente na rede do SUS. Em termos de financiamento, se prevê o teto de R\$22.500,00/equipe/ano ou R\$5,00 habitante/coberto.ano.

45 Cada agente tem a responsabilidade de atender 167 famílias, sendo remunerado à base de um salário-mínimo/mês. De início, o PCAS implantou-se nas regiões Norte e Nordeste, mais tarde se estendendo às outras regiões e aos municípios do Comunidade Solidária.

46 A unidade de saúde da família trabalha com uma definição de território de abrangência e cada equipe é responsável por área de residência de 600 a 1000 famílias, variação que leva em conta as diversidades regionais.

47 A inscrição da população se faz via *cadastro das famílias* pelas equipes do PSF/PACS, com ênfase nos componentes familiares, a morbidade referida às condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas de residência.

48 O governo federal realiza, desde princípios dos anos 80, campanhas nacionais de vacinações, de grande eficiência. Em 1997, as coberturas foram de 79% contra a poliomielite, 92,9% contra o sarampo, 64,5% contra coqueluche, tétano e difteria e 100% contra a tuberculose.

49 A mortalidade infantil registrou redução de 48,4 para 33,7 óbitos em cada mil nascidas vivas, entre 1995 e 1997.

de saúde pautou-se, tradicionalmente, por uma sistema de normas e instituições bastante frouxo e tradicional, de baixa efetividade para disciplinar o mercado e garantir os direitos dos consumidores.

Medida importante foi, em 1998, a aprovação, pelo Congresso, *da nova lei que regulamenta os seguros privados*, cujas inovações principais foram a extensão da cobertura do risco para tratamentos de enfermidades crônico-degenerativas e AIDS, além da exigência de contrapartida financeira das seguradoras, quando seus segurados se utilizam dos serviços públicos de saúde.

No plano dos sistemas de controles e vigilância, o principal significado das mudanças é o reforço dos controles próprios da vigilância sanitária e a agilização dos procedimentos de autuação dos infratores, em especial no campo dos medicamentos.

Em boa medida, o comportamento do gasto reflete e reforça tais tendências.

2.3.3. O gasto com saúde: nível, composição e desempenho recente

O gasto público total com saúde oscilou, entre 1995 e 1997 entre 3,4% e 3,2% do PIB, respectivamente. Somado ao gasto privado (1,9% do PIB, em 1997), tem-se um gasto total de 5,1% do PIB (IPEA, 1998; MS,1998). Sua evolução recente revela duas tendências nítidas: o crescimento do gasto, que muda de patamar e, em termos de composição, as maiores participações dos governos sub – nacionais no gasto público total.

2.3.3.1. A evolução do gasto

A forte oscilação e o crescimento do gasto social total e per capita são as duas claras tendências de evolução do gasto com saúde, nas duas décadas consideradas. Veja-se, por exemplo, as informações referentes à década passada:

Quadro 9
Gastos Públicos com Saúde nas Esferas de Governo 1980-1990

(Em US\$ milhões médios de 1992)

Anos	Gastos Federais	Gastos Estaduais	Gastos Municipais	Gastos Totais	Gastos Federais p/capita (US\$)	Gastos Totais p/capita (US\$)
1980	7.356,3	1.666,3	687,5	9.710,1	61,82	81,59
1981	6.846,3	1.560,1	641,7	9.048,1	56,46	74,62
1982	7.148,3	1.379,0	755,1	9.282,4	57,86	75,13
1983	5.715,6	1.291,0	632,1	7.638,7	45,41	60,68
1984	5.956,6	1.470,0	728,5	8.155,1	46,44	63,58
1985	6.857,3	1.553,6	827,5	9.238,4	52,47	70,69
1986	7.340,9	1.962,9	1.061,7	10.365,6	55,13	80,03
1987	10.624,4	906,4	982,2	12.513,0	78,31	92,23
1988	10.030,2	-59,0	1.535,0	11.506,2	72,56	83,24
1989	11.320,3	1.159,2	1.260,4	13.979,8	80,37	99,26
1990	9.451,6	1.621,1	1.424,0	12.496,7	65,86	87,13

Fonte: Médici, 1999 (Balanços Gerais da União)

Veja-se em seguida os dados relativos ao período 1989-1998, em US\$ milhões médios de 1996 :

Quadro 10
Brasil: Gasto com Saúde da União, Estados e Municípios

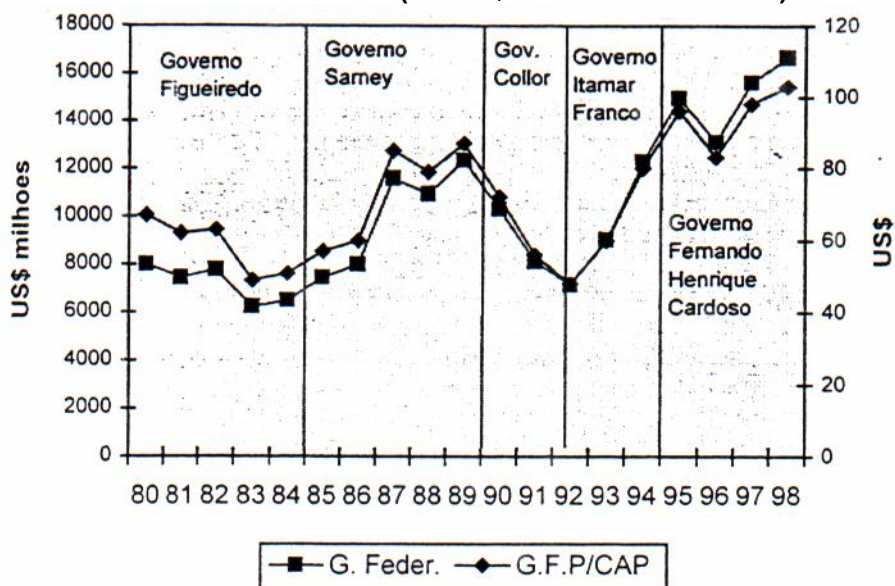
(Em US\$ milhões médios de 1996)

Anos	União		Estados		Municípios		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1989	12,3	82,0	1,3	8,7	1,4	9,3	15,0	100,0
1992	7,2	72,0	1,5	15,0	1,3	13,0	10,0	100,0
1995	14,9	60,6	5,5	22,4	4,2	17,0	24,6	100,0
1998(*)	16,7	66,8	4,5	18,0	3,8	15,2	25,0	100,0

Fonte: Médici, 1999 (*) estimativas baseadas em orçamentos

O confronto das duas séries mostra significativa elevação do nível do gasto, entre os anos 80 e o final dos 90, da ordem de 70%. Também em termos relativos, a variação é importante: em média, o gasto per capita, no período 1980-1990, foi de 2,44% do PIB, enquanto na segunda metade dos anos 90 é de aproximadamente 3,3% do PIB. O gráfico seguinte registra a evolução do gasto entre 1980 e 1998, por períodos de governo:

Gráfico 1
Evolução do Gasto Federal com Saúde e do Gasto per capita com Saúde
Brasil: 1980-1998
(Em US\$ de dezembro de 1996)



Fonte: Médici 1999.

2.3.3.2. Descentralização federativa e mudanças de composição do gasto

Foi acentuada a *descentralização* do gasto com saúde, ao longo da estrutura federativa de governos. É ainda forte a participação do governo federal, mas refletindo provavelmente a rápida municipalização do SUS, a participação dos municípios aumentou em mais de 60% entre 1989 e 1998, enquanto a dos estados cresceu em 50%.

A descentralização, entretanto, vai além, expressando-se também na menor participação da União na *execução do gasto*, mesmo quando se mantenha alta sua participação no financiamento do sistema (origem dos recursos), como se verifica pelo quadro seguinte:

Quadro 11

Brasil. Participação dos entes federados no gasto público consolidado com saúde - 1995

Base da participação	Gov. Federal	Estados	Municípios
Participação pela origem dos recursos	63,0%	19,7%	16,4%
Participação na execução do gasto	58,0%	21,5%	20,5%

Fonte: IPEA/DIPOS, 1998

Enfim, o período recente registra também mudanças importantes na composição interna do gasto público com saúde, reflexo do ajustamento geral do setor público. Com efeito, quando se acompanha a *evolução dos componentes do gasto público federal*, nos anos de estabilidade (1994-1996), verifica-se a significativa redução das despesas com pessoal, a quase nula e

decrecente participação do investimento⁵⁰ e o aumento da carga de amortização da dívida, alterações entretanto acompanhadas de esforço inequívoco de manutenção do patamar de despesas com a atenção médica e do aumento significativo das transferências negociadas a estados e municípios. É o que mostra o quadro abaixo:

Quadro 12

Brasil. Evolução do gasto com saúde segundo componentes do gasto - 1994-1996

Componentes do Gasto	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)
Pessoal	26,1	18,4	18,0
Despesas Correntes (AIH/ Atend. Ambulatorial)	61,3	60,2	62,1
Investimentos	1,2	1,2	0,6
Despesas de Capital (amortizações)	2,5	9,3	3,0
Transferências negociadas	9,0	11,0	16,2
Total	100	100	100

Fonte: IPEA/DIPOS, 1998

Os recursos públicos destinados à saúde têm sido insistentemente criticados, pela sua insuficiência, mesmo quando tenham aumentado substantivamente. As correções de ineficiência por isso mesmo têm constituído objetivo permanente, na implementação do SUS. Mas sem dúvida, a preservação e aumento de recursos de área tão crítica, do ponto de vista social, durante o período de severo ajustamento fiscal e forte recessão confere interessante e importante especificidade ao caso brasileiro.

2.3.4. Dimensões do SUS: alguns indicadores de cobertura, produção e produtividade

Em boa medida, o movimento de reformas traduziu-se alterações significativas nas dimensões do sistema de saúde e nos indicadores de produção e produtividade.

Cobertura e indicadores de desempenho. Com a implantação do SUS, o "mercado de saúde" passou a envolver três subsistemas: o de alta tecnologia, atendendo a 3% da população e consumindo cerca de 35% dos recursos do SUS; o nível intermediário, cobrindo cerca de 22% da população, atendido basicamente pelo setor privado, através dos seguros de saúde, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e dos grupos de autogestão⁵¹; e o de atendimento universal, do próprio SUS, cobrindo aproximadamente 110 milhões de pessoas, atendidas em

50 Atualmente, o programa mais destacado de investimentos é o Projeto Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS, implantado em 1997. Financiado com empréstimo do BID, prevê investimentos de US\$ 650 milhões, em três anos, em projetos de readequação física e tecnológica da rede assistencial, ao Programa de Saúde da Família, aos serviços hematológicos e hemoterápicos e a laboratórios de saúde pública.

51 Este foi, aliás, o segmento que mais cresce, tendo passado de aproximadamente 22,4 milhões da população, em 1987, a 35 milhões, em 1995.

todos os níveis de complexidade, em situação em geral precária e de qualidade muito heterogênea.

As enormes dimensões do SUS podem ser verificadas através dos seguintes indicadores:

<u>SUS, 1992: Indicadores de capacidade e produção</u>	
Clientela	
clientela potencial (população total)	150.000.000
clientela estimada do sistema público	110.000.000
Equipamentos/Produção de serviços	
Nº postos de saúde	49.676
Nº internações	19.864.441
% da população	13,3%
Nº de consultas médicas	394.575.147
% da população total	264,2%
Nº de leitos hospitalares	544.357
% da população total	0,36%

Entre os anos 70 e os anos 90, a *capacidade instalada do sistema de saúde* cresceu vigorosamente. O número de *centros e postos de saúde* aumentou mais de 13% entre 1976 e 1986 (de 13.133 a 30.672) e mais 60% nos anos seguintes, chegando a 50 mil em 1992. A maior parte desse crescimento se deu em unidades sem internação – que passa de 7.823 a 42.246 entre 1976 and 1992 – embora a taxa de internação por 100 habitantes tenha crescido de 11,0 em 1981 a 13,3 em 1992.

O número de *leitos hospitalares* apresentou tendência similar de crescimento: a relação de 3 leitos/1.000 habitantes de 1960 sobe para 4,2 em 1982 e a 3,6 em 1986, permanecendo a mesma até 1992. Nesse movimento, cai a participação relativa do setor público, que antes respondia por 27% dos leitos hospitalares (1976) e, em 1992, respondia apenas por 24,8%, mas em todos os casos, verifica-se melhora da posição relativa das regiões menos desenvolvidas, principalmente no período 1990-1994. O número de *consultas médicas per capita* (habitante/ano) elevou-se de 0,9 em 1981 a 2,6 em 1992.

A quantidade de *peçoal de saúde* – médicos, enfermeiros e pára - médicos – cresceu também durante entre 1981 e 1992, quando o número total de postos de trabalho passou de 515.800 para 1.438.708 e o de médicos cresceu de 155.819 a 293.204.

Indicadores da descentralização. O setor público respondia, em 1992, por 54% do total de

estabelecimentos de saúde, mas a participação do setor privado cresceu expressivamente, passando de 22% a 45% entre 1980 e 1992, principalmente no segmento hospitalar, 78,2% do qual sob sua administração no último ano do período. Porém, desde o início da implantação do SUS, a mais significativa mudança do sistema de saúde foi a *descentralização da participação pública, sob a forma da municipalização, isto é, do aumento da participação dos municípios na oferta global dos serviços*.

De fato, entre 1980 e 1992, aumentou a participação das redes municipais no *total de estabelecimentos* aumentou de 14,6% a 37,6% e nos públicos, de 26,6% a 69%; no emprego total público de saúde, de 16% a 44% (Costa, 1999) .

A tendência à municipalização mostrou-se acentuada também no período posterior. De fato, entre 1991 e 1994, a rede hospitalar municipal passou de 4,4% a 8,1% do total de internações do SUS, do mesmo modo que aumento de 3,9 a 7% a sua participação na oferta total de leitos⁵².

2.3.5. Os desafios atuais

A reforma sanitária dos anos 80 legou, para a atual década, um sistema de saúde de enormes dimensões, organizado segundo princípios generosos e universalistas de atenção e dispensa de serviços, mas cuja implementação mostrou-se complexa, de difícil consecução. Entre os desafios enfrentados pela agenda atual de mudanças, destacam-se;

- uma universalização excludente, uma vez que incorpora contingentes anteriormente excluídos, mas "expulsa" para o segmento privado proporção equivalente de antigos usuários;
- a insuficiência e a baixa qualidade dos serviços prestados, gerando insatisfação crescente com o atendimento.

No plano do perfil e dinâmica da política de saúde, aquelas dificuldades inegavelmente derivam de fortes limitações e problemas, entre os quais destacam-se:

- um modelo assistencial fundado na livre demanda, do qual estão absolutamente ausentes claros princípios de adscrição de clientela e de identificação da "porta de entrada", apenas

⁵² No mesmo sentido, sua participação nas despesas com internações do SUS passa, no mesmo período, de 2,9 para 5,4%. Decresceram, nos dois indicadores, as participações da rede hospitalar federal (a 1% ou menos) e da rede contratada/filantrópica (de 80,6% a 72,2% nas internações e de 78% a 65% nas despesas com internações). Também é expressiva a municipalização, quando examinada pela participação da rede hospitalar municipal na oferta de leitos, tendo crescido de 3,9 a 7%, entre 1991 e 1994. (Ipea,1995: 10.8).

recentemente delineados;

- a lentidão do processo de descentralização, tanto de enquadramento dos municípios nas modalidades mais autônomas de gestão descentralizada ⁵³; quanto do aumento da proporção das transferências diretas de recursos aos fundos estaduais e municipais, com a proporcional redução da remuneração aos prestadores de serviços⁵⁴;
- distorções e insuficiência do investimento, acarretando a implantação incompleta das redes intermediárias e básicas de serviço, o que tende a sobrecarregar e comprometer a efetividade do sistema hospitalar;
- insuficiência mas principalmente, ineficácia dos recursos: o alto custo do sistema, como um todo, convive com níveis absolutamente insatisfatórios de remunerações de pessoal e de serviços;
- antiquadas e inadequadas de organização e gestão do sistema e de suas unidades organizacionais.

Não se pode deixar de reconhecer, então, a natureza paradoxal da trajetória recente da política de saúde, no Brasil, e a ambivalência com que vêm sendo avaliados tanto o processo quanto seus resultados: para alguns sinaliza a urgência de uma outra e distinta pauta de reformas, que reverta os princípios de organização do SUS, em especial o seu universalismo e gratuidade; já para outros, trata-se antes e apenas, de corrigir e ajustar o modelo atual que, em grande medida, não teria podido ainda revelar todas as suas virtudes e potencialidades.

Para além da polarização, é indiscutível que a agenda mínima atual da área impõe a busca de soluções para pelo menos quatro aspectos essenciais: no plano dos recursos e gasto, a combinação virtuosa de mais recursos, mais regularidade e sobretudo, melhor eficiência do gasto; no plano do modelo assistencial, a introdução de algum tipo de filtro à demanda⁵⁵; no plano das relações público/privado, o fortalecimento da capacidade regulatória dos estados e, enfim, no plano da gestão do sistema (nos seus vários níveis), a modernização e profissionalização dos procedimentos.

53 Mesmo com a aceleração introduzida pela NOB 96, a proporção dos enquadrados na modalidade Plena do Sistema Municipal era de apenas 8% (411 municípios), enquanto os enquadrados na gestão Plena da Atenção Básica (3.706) alcançavam 72% do total.

54 As transferências "fundo a fundo" somente foram regulamentadas em agosto de 1994. Em dezembro de 1996, essas transferências diretas e automáticas representavam ainda apenas 23% dos recursos destinados à assistência médica (Levcovitz, 1997: 236).

55 Piola & Viana remetem ao conceito de *gatekeeper* (e da correlata adscrição de clientela) para traduzir apropriadamente a idéia de filtro à demanda, lembrando o papel assim cumprido pelo *general practitioner* do sistema britânico de saúde. Registram ainda que o Programa de Saúde da Família, de algum modo, opera como tal. Outras experiências de mesmo sentido têm sido implementadas, entre elas o PAS – Programa de Assistência à Saúde, do município de São Paulo. (Piola & Vianna & Reis 1998).

2.4. A Reforma da Previdência Social

Apenas ao final de 1998, o sistema previdenciário brasileiro passou por uma reforma significativa, embora parcial. Ajustamentos e alterações ocorreram, entretanto, no primeiro ciclo de reformas e mesmo na primeira metade dos anos 90. Algumas características permitem identificar os fatores que, dinamicamente, vêm colocando em desequilíbrio o sistema, no período recente.

2.4.1. Características gerais

O sistema previdenciário brasileiro, nos seus dois ramos – o dos segurados do setor privado e os funcionários públicos dos três níveis de governo – abrange aproximadamente 32 milhões de segurados e envolve gastos da ordem de 10% do PIB, equivalentes à metade do gasto social consolidado dos três níveis de governo. O quadro seguinte registra estas e outras dimensões:

Quadro 13

Brasil: Dimensões do Sistema de Previdência Social – INSS e Funcionários Públicos

Dimensões	Regime Geral. (A)	Regime dos Servidores Públicos			Total B = I + II	Total A+B
		Fed. (I)	Est/Mun)II)			
Contribuintes (1996) (em 1,000)	28,278	953	2,837	3,790	32,068	
Beneficiários (1996) (em 1,000)	16,912	892	2,000	2,892	19,804	
Receitas (1998) (em US\$ 1,000)	38,347	2,197	3,351	5,548	43,894	
Gastos (1998) (em US\$ 1,000)	44,859	17,481	16,796	34,276	79,135	
Gastos como % do PIB (1998)	5.95	2.32	2.23	4.54	10.49	
Gastos como % do gasto público (1995)	43.5% ¹ 25.9 ²	21.4 ¹	34.9 ³ 0.08 ⁴	22.4 ²	48.5 ²	

Fonte: Beltrão & Barreto, 1997 e MPAS. Anuário Estatístico da Previdência Social, 1997.

1 - % do gasto social federal

3 - % do gasto social estadual

2 - % do gasto social consolidado

4 - % do gasto social municipal

O *segmento privado*, gerido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, opera à base do regime de *repartição simples e contribuição definida*. Ao avançar para a década dos 80, além de diferenciar-se significativamente dos regimes correspondentes aos funcionários públicos – civis e militares - outros três grandes traços o distinguem:

- a forte desigualdade com que protegia trabalhadores urbanos e rurais⁵⁶;

⁵⁶ Ao longo do período 1930-1980, o sistema foi incorporando as mais diversas categorias de trabalhadores e assalariados de classe média, através de uma sequência de incorporação não muito distinta da observada em outros países. Reformas ocorridas em 1967 e 1977 lograram harmonizar e unificar os distintos regimes dos trabalhadores urbanos, padronizando contribuições e regras de cálculo de benefícios. Apesar da manutenção de iniquidade internas quanto aos tipos de benefícios, o sistema atingiu um grau bastante elevado de homogeneidade, salvo no tocante aos trabalhadores rurais.

- uma cobertura ampla de riscos, no plano urbano, com exceção do seguro-desemprego, introduzido apenas na 2ª metade dos anos 80 e fora do sistema previdenciário;
- fato de que foi sobre seu subsistema de assistência médica que se apoiou o processo de universalização da política de saúde no país.

Já os *regimes correspondentes ao funcionalismo público* especificavam-se, entre outras, pelas características seguintes:

- pela ausência de qualquer regra atuarial e vinculação entre contribuições e benefícios;
- pela heterogeneidade de regras, contribuições e benefícios entre os três níveis de governo, entre as diferentes carreiras do funcionalismo e entre os diferentes organismos da administração direta e da administração indireta dos respectivos governos;
- por um sistema de direitos / privilégios facilitador da aposentadoria precoce, das taxas integrais e mesmo superiores de reposição.

No Regime Geral, o *custeio do sistema* se faz com base em contribuições sobre a folha salarial: o empregado paga de 8 a 11% de seu salário, respeitada a sua faixa de rendimentos, e os empregadores, de 21 a 23% da folha, variação que contempla as diferenças de risco da atividade laboral⁵⁷. A participação do Estado restringe-se a gastos administrativos e de pessoal e, no plano federal, ao pagamento das pensões dos funcionários públicos federais. Já no caso dos *funcionários públicos*, os regimes são diferenciados: os três níveis de governo dispõem de sistemas próprios de aposentadorias e pensões, para os quais os funcionários ativos contribuem com alíquotas variadas⁵⁸.

Em relação aos benefícios, vale lembrar que somente após a Constituição de 88, equipararam-se os segurados urbanos e rurais. Chamam ainda a atenção a variação e as desigualdades dos tipos e valores das aposentadorias: por invalidez; por idade⁵⁹, por tempo de serviço⁶⁰, proporcionais (a tempo de serviço) e especiais⁶¹. Incluiu também, entre 1974 e 1994, uma

57 Duas outras contribuições empresariais, incidentes respectivamente em 2% sobre o faturamento da empresa (COFINS) e em 10% sobre o lucro líquido (Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas), também se destinam à Seguridade, em princípio para financiar as áreas de Saúde e Assistência Social.

58 Embora seja freqüente a de 6%, na última década elevaram-se as alíquotas até o patamar de 11%, aproximadamente o mesmo do Regime Geral. Os governos, enquanto "empregadores", geralmente não contribuem.

59 Até 1988, as idades previstas para as aposentadorias compulsórias eram de 70 anos para homens e 65 anos para mulheres; depois daquela data, passaram a respectivamente, 65 e 60.

60 35 anos no caso de homens e 30 anos, no das mulheres. São muito raros os países que ainda preservam este tipo de benefício.

61 Professores aposentam-se com 30 anos (homens) ou 25 anos (mulheres).

espécie de “pensão social” - a Renda Mensal Vitalícia - destinada a idosos e inválidos carentes, não habilitados para aposentadorias e pensões⁶².

Quanto aos *funcionários públicos*, contam com aqueles mesmos tipos de aposentadorias, mas ainda:

- aposentam-se com o valor integral do seu último salário, mais um acréscimo de 20%, no caso dos funcionários federais. Não estão, portanto, sujeitos a nenhum teto de benefício;
- suas aposentadorias são indexadas aos salários dos ativos, sendo corrigidas sempre que aqueles também o forem.

Em parte por essa razão, os regimes de funcionários públicos passaram a ser gradativamente financiados apenas com recursos fiscais, perdendo-se a relação entre contribuição e benefícios. Nos anos 90, são estes sistemas públicos os que apresentam as mais graves situações de bancarrota financeira⁶³.

2.4.2. Principais fatores de desequilíbrio dinâmico do sistema

- *A questão demográfica e a relação com o mercado de trabalho.*

O crescimento do sistema previdenciário foi acelerado, particularmente no que tange aos segurados do Regime Geral: em 1970 somavam 7,6 milhões, em 1980 são já 23 milhões, achegando a 32 milhões em 1990. Os beneficiários apresentam uma curva menos acentuada de crescimento até a década dos 80, quando então ingressam em rota vertiginosa de aumento, seu contingente passando de 9 milhões em 1980, a aproximadamente 13 milhões em 1990 e a mais de 16 milhões, em 1996.

Entre os segmentos de beneficiários que mais cresceram, estão os trabalhadores rurais: estes, que não passavam de 4 milhões em 1991, ultrapassam os 6 milhões em 1994. Em decorrência, os benefício rurais passaram a representar cerca de 40% do número total de benefícios e aproximadamente 50% dos benefícios de valor mínimo (iguais a um salário mínimo). Estes números revelam um quadro particular e interessante. Em função das mudanças introduzidas pela Constituição de 1988 – a ampliação dos direitos dos trabalhadores rurais a uma gama maior de benefícios; a elevação ao patamar mínimo de um salário mínimo todos os benefícios e,

62 Em 1993, tal benefício foi substituído pelo *benefício do idoso*, no valor de 1 sm concedido, sob teste de meios, a idoso carente cuja renda familiar per capita não ultrapasse 25% do salário mínimo.

63 Em 1998, os estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Piauí, Espírito Santo e Alagoas consumiam já, respectivamente, 36%, 35%, 35%, 34% e 30% das suas receitas totais com inativos e pensionistas. Apenas dois outros, Ceará e Bahia, consumiam até 10% das receitas. OESP 29/11/1998.

enfim, a facilitação das regras de concessão – o que ocorre no país, nos primeiros anos dos 90, é a *onda de incorporação dos trabalhadores rurais* ao sistema previdenciário, movimento que até então, como já se disse, havia sido restrito. Sem dúvida, este é um crédito do ciclo democratizante de reformas dos anos 80.

Mas o crescimento do sistema deve ser examinado também sob prisma dos fatores de ordem estrutural que contribuem para o desequilíbrio financeiro da previdência social. De um lado, tem-se a relação com o mercado de trabalho, mais precisamente, com a tradicionalmente baixa cobertura da PEA pelo sistema previdenciário, em razão principalmente das grandes dimensões do mercado informal de trabalho, como mostra o quadro seguinte:

Quadro 14

Brasil. Porcentuais da População Economicamente Ativa segundo natureza da inserção no mercado de trabalho e vinculação com a previdência social . 1981-1997 (em %)

PEA/PEO	1981	1985	1989	1991	1993	1995	1997
Com carteira (% na PEO)	-	55,8	58,8	58,8	53,8	48,4	46,5
Contribuintes	49,9	47,2	50,6				
Não Contrib.	50,1	52,8	49,4			55,6	

Fonte: PNAD/IBGE citado em Câmara dos Deputados, 1992. Relatório Britto

A modesta recuperação da cobertura da PEA, na segunda metade dos 80, parece ter se revertido fortemente nos anos 90, em consequência da desestruturação do mercado de trabalho provocada tanto pelas mais altas taxas de desemprego quanto pela mais forte taxa de informalização das relações de trabalho. A cobertura previdenciária, que havia girado em torno a 50% na década anterior, em 1995 reduz-se a aproximadamente 44%. Com certeza, reside nessa relação negativa com o mercado de trabalho um dos principais fatores que, hoje, tendem a desequilibrar financeiramente a previdência social.

Outros fatores de desequilíbrio – também de ordem estrutural - têm origem nas tendências recentes da *transição demográfica* e o conseqüente *envelhecimento da população*. Além do crescimento da participação das pessoas de 60 anos e mais na população total, aumenta também a esperança de vida e – no que interessa diretamente à previdência social – o número de anos de usufruto do benefício da aposentadoria⁶⁴. Em decorrência, a *taxa de dependência* do sistema previdenciário, que foi de 3,18 em 1980, hoje encontra-se no patamar de 2,5 contribuintes ativos para cada beneficiário, próxima da de países com estruturas etárias mais velhas, como o Japão, os EEUU, a França e a Alemanha. As projeções indicam que esta relação poderá chegar a 1,2 em 2020 ou até menos, caso não aumentem as taxas de

64 As projeções mostram que a população idosa, com 65 anos e mais, deverá atingir 8,7 milhões no ano 2000 2, em 2020, cerca de 18 milhões.

formalização do mercado de trabalho ou não mudem rapidamente as regras da concessão de benefícios (Barreto, 1997; Além & Giambiagi, 1997; Camarano, 1998).

- *O desequilíbrio financeiro da Previdência Social – 1994-1997*

Até os anos 80, o sistema previdenciário brasileiro viveu sua fase áurea, ou seja, incorporou contribuintes a taxas mais altas do que as de crescimento da PEA e dos beneficiários – típica situação dos sistemas jovens, de regimes demográficos positivos e de crescimento do emprego. A inflexão da tendência tem início nos anos 80, quando a estagnação da PEA e a transição demográfica pressionam a relação contribuintes ativos X beneficiários, no mesmo momento em que, em direção contrária, estavam sendo recompostos os valores dos benefícios, em obediência às determinações constitucionais.

Os efeitos sobre o equilíbrio financeiro do sistema são expressivos. É verdade que, em sentido estrito e técnico, o Regime Geral não atingiu situação de falência. Ao contrário, entre 1994 e 1997, o seu comportamento financeiro foi positivo, refletindo os ganhos derivados da estabilização. Entretanto, a redução paulatina desses ganhos sinalizou, já em 1996, uma elevação do risco de déficits⁶⁵.

Entretanto, uma série mais longa é capaz de demonstrar que, desde o final dos anos 80, receitas e despesas do sistema vinham em rota crescente de desequilíbrio, ao qual se chegou, com efeito, em 1996. Quando se somam as responsabilidades previdenciárias da União, verifica-se que o déficit já se fazia sentir desde 1994, multiplicando-se por quatro em quatro anos⁶⁶:

Quadro 15

Brasil. Receitas arrecadadas e Despesas da Previdência Social 1989-1997 em R\$ milhões

Arrecadação/Despesas	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Arrecadação líquida*	33,8	34,7	36,6	34,4	33,6	35,9	33,4	39,4	44,6	45,3
Despesa com benefícios**	19,5	21,6	22,7	24,8	26,7	33,8	33,7	39,4	44,6	45,3
Saldo	14,2	13,0	13,8	9,5	6,8	2,0	(97)	(1,0)	(1,1)	(4,6)

Fonte: MPAS, 1998 * Arrecadação total menos transferências a terceiros

** Inclui benefícios assistenciais e benefícios de responsabilidade do Tesouro Nacional

O agravamento da situação, no caso do Regime Geral, foi acompanhado, nos 4 ou 5 últimos anos, pela crescente consciência do absoluto desequilíbrio que cerca os regimes previdenciários dos funcionários públicos.

65 -A arrecadação das contribuições previdenciárias cresceu acima da inflação, em 26%, 11% e 4% respectivamente, em 1995, 1996 e 1997.

66 Segundo estimativas de 1998, somados os gastos com aposentadorias e pensões da União, dos estados e dos municípios, o déficit alça a R\$ 42,2 bilhões, cabendo à União R\$18,3, aos estados R\$13,5 e aos municípios, R\$2,5 bilhões (FSP, 6/11/98)

2.4.2. Ciclos e agendas de reformas: objetivos e principais medidas

Três objetivos foram perseguidos pelos reformadores dos anos 80, no campo da previdência social: universalizar e tornar mais eqüânime o sistema; corrigir as principais distorções internas; diversificar as fontes de financiamento, de modo a protegê-lo das mais fortes oscilações da economia.

Entre as inovações e alterações introduzidas pelas Constituição de 88, registram-se:

- estabelecimento do conceito de Seguridade Social (abrangendo previdência, saúde e assistência) como fundamento do sistema;
- redução da desigualdade entre segurados urbanos e rurais;
- estabelecimento de piso mínimo para benefícios previdenciários (1 sm), afrouxando portanto os vínculos contributivos;
- introdução do princípio da seletividade, com o objetivo de reforçar a proteção aos segmentos de menores rendas, entre os segurados;
- especialização da folha de pagamentos como base para as contribuições exclusivas da previdência, e diversificação de fontes para outras áreas da Seguridade Social (Saúde e Assistência)

Entre 1998 e 1993, foram implementadas essas medidas e o resultado mais palpável, como vimos, fez-se sentir na elevação do patamar de gastos do sistema, a um nível para o qual as fontes de receitas, pressionadas também pelo mercado de trabalho, pareciam e parecem ainda insuficientes, assim também gradativamente percebida pelos atores sociais. Nos anos 90, ao abrir-se uma nova agenda reformista nesse campo, pode ela contar com uma base difusa de descontentamentos e frustrações.

Abrindo o segundo ciclo, um esforço de construção consensual de projeto de reforma foi realizado entre 1992 e 1993, no meio parlamentar. Mas apenas em 1995 foi apresentado, pelo executivo, o novo projeto de reforma da previdência. Após várias derrotas parlamentares e negociações, que as principais propostas ali contidas foram aprovadas em dezembro de 1998. . O quadro seguinte registra os dois ciclos e medidas das mudanças.

Quadro 16

Previdência Social Brasileira: Situação ex-ante e ciclos recentes de reformas – 1988-1998

Dimensões		Situação Ex - Ante	1º Ciclo de reformas –1988/1994	2º Ciclo de Reformas (1998)
Organização Institucional		Compreensiva Previdência / Saúde / Assistência Social	Conceito de Seguridade Social Separação Funcional Previdência (MPAS/INSS) - Saúde (MS) Assistência Social (LBA)	<ul style="list-style-type: none"> • sistema básico reduzido, combinado com seguro complementar privado
Regime Financeiro (Regime Geral)		<ul style="list-style-type: none"> • repartição simples • teto 20 sm contr/benefício • fundo previdenciário único 	<ul style="list-style-type: none"> • repartição simples • teto de 10 sm contri./ benef • piso de 1 sm • fundo previdenciário único 	<ul style="list-style-type: none"> • suprime regimes especiais de funcionários públicos • teto 10 para contr. e benef (R\$1,2 mil) inclusive para funcion. públicos • elevação de alíquotas de contr. a 20% (ativos e inativos) • contas individualizadas no fundo¹
Plano de Benefícios		Extensivo e equitativo	Extensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Limitado a benef. previd. e acidentes de trabalho • salário-família limitado a segurados de baixa renda
Aposentadorias	Taxa de reposição (Valor)	<ul style="list-style-type: none"> • func. públicos: 100% do salário • indexação ao salário do ativo • regime geral: 100% com 30/35 anos contr. 	<ul style="list-style-type: none"> • sem mudanças 	<ul style="list-style-type: none"> • elimina reg especial de funcionários (exceção: militares) • reg geral: introduz teto de benef. (R\$1,2 mil) inclusive para funcion. públicos
	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • idade M: 60 H: 65 • Rural – H/M: 70 anos • tempo de serviço 30 M 35 Hs • especiais e proporcional 25 M 30 H • invalidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Rural- H/M: 67 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • extingue aposent. tempo de serviço • extingue aposent. proporcional • restringe aposent especiais a professoras ensino fundamental • idade M: 60 H: 65 • Rural- M:55 H: 60
	Acúmulo	permitido	limitado	proíbe acúmulos (exceção: professores e médicos)
Acidente de Trabalho		<ul style="list-style-type: none"> • alíquotas de 1% a 3% sobre folha (empregador) • cobertura exclusiva do INSS 	sem mudanças	permite cobertura pelo setor privado
Fundos de Pensão (Empresas Estatais)		contr. empresa / empregado = 2/1	sem mudanças	equipara contribuições 1/1

1 – Tal medida prepara a transferência (pretendida) das aposentadorias para sistema de capitalização individual

2.4.4. A reforma incompleta

Há um certo consenso acerca da incompletude da reforma realizada. Do ponto de vista do enfrentamento do déficit, calcula-se que, embora a reforma reduza as despesas do INSS em R\$1,7 bilhões em 1999, o déficit ainda deverá ser de R\$10 bilhões⁶⁷. Em certa medida, a limitação reflete estratégias políticas mal desenhadas, tanto do governo quanto dos vários grupos de oposição à reforma.

Do lado do Executivo, o caráter gradual da reforma da previdência foi mesmo apresentado como uma estratégia, ou pelo menos, como uma análise resignada dos fatos. Obviamente, aqui como em outros países que realizam reformas previdenciárias em regimes democráticos, o processo previdenciário mobiliza praticamente toda a sociedade, todos os grupos de interesse e, por isso mesmo, tende a ser demorado, negociado.

Entretanto, no caso brasileiro, o processo transcorrido entre 1995 e final de 1998, foi moroso, atabalhado e mal conduzido pelo Executivo. Em parte porque uma desafiante negociação política teve prioridade (a aprovação da mudança constitucional que permitiu a reeleição presidencial), em parte pelas urgentes negociações impostas calendário eleitoral (eleições presidenciais de outubro de 1998), a proposta do governo não foi "dirigida" com forte vontade política – ou pelo menos não foi assim percebida - nem acompanhada por um sistema eficiente de informação e de formação da opinião pública. Menos ainda por uma apresentação coerente do significado mais geral do conjunto das propostas ou, se se quiser, do perfil final do sistema de proteção a elas subjacente. Além de deformação e incoerências, o projeto aprovado não parece conter todos os elementos capazes de reinstaurar, sustentadamente, o equilíbrio do sistema.

Do lado dos atores políticos que a ela se opuseram, o panorama é também desalentador, menos pelas derrotas, antes pelas dubiedades com que enfrentaram as questões difíceis, estendendo o veto para itens moral e socialmente irrecusáveis, ou assumindo inglorias defesas de posições regressivas e injustas, do ponto de vista social. O enfraquecimento político daí decorrente poderá ser desastroso, agora que já se anunciam os termos do novo *round* da reforma previdenciária.

Os elementos são insuficientes para que se projete, com detalhe, o novo desenho, mas seguramente a implementação da atual reforma parece estar destinada a conviver com um outro projeto reformista que, em alguma medida, nega as bases em que a atual foi, até agora, negociada⁶⁸.

67 Segundo o MPAS, no caso da União, a economia será de R\$1,33 bilhões, enquanto que para os estados, deverá ser de R\$1 bilhão.

68 A crer nas fontes jornalísticas e nas referências constantes do acordo firmado com o FMI, o novo projeto de reforma contemplaria as seguintes opções: introdução do regime de capitalização individual, gerido por seguradoras privadas; regime geral garantido a um patamar mínimo de benefícios; estratégia da transição de um regime ao outro: adoção de um regime de capitalização escritural, destinando as atuais contribuições ao pagamento de benefícios, mas calculadas de modo a que a taxa de reposição de cada benefício seja associada às expectativas de sobrevida do segurado; redução gradual da contribuição patronal, de modo a reduzir os encargos sociais das empresas.

2.5. Assistência social e programas de combate à pobreza

É bastante significativa a mudança já acumulada, na última década, na área de programas assistenciais e de enfrentamento da pobreza, em especial se se toma por parâmetro o legado do período anterior, conjunto descoordenado de programas, marcados pela forte centralização no governo federal,; pelo caráter fragmentado e descontínuo das ações; pela grande ineficácia, em termos dos seus resultados e impactos junto aos grupos necessitados e, mais que tudo, pelo acentuado grau de clientelismo com que eram operados.

2.5.1. A inflexão da política: um rápido balanço

Ainda que medidas de natureza legislativa delimitem, no dois ciclos de reformas, as principais mudanças da área, as alterações efetivas vêm se dando de modo incremental e cumulativo, afetando sobretudo concepções valorativas e estilos de políticas. Entre as opções estratégicas que tendem hoje a nortear a área, cabe destacar:

- a ênfase no direito social como base normativa dos programas;
- a preferência por programas que reforcem a autonomia dos sujeitos;
- o reforço da seletividade e da focalização combinadas com programas universalistas;
- a parceria com a sociedade civil concebida como estratégia eficiente de enfrentamento da pobreza;
- estruturas decisórias participativas;
- padrões mais eficientes, descentralizados e transparentes de gestão;
- a introdução de *procedimentos inovadores na operacionalização dos programas*, afetando especialmente os processos e sistemas de seleção dos beneficiários e prestação de contas dos resultados.

No primeiro ciclo de reformas, impulsionado pela democratização, o momento institucional decisivo de tal processo deu-se com a Constituição de 88, desdobrando-se até 1993, quando foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. No caso da política para a pobreza, desde 1995, o *Programa da Comunidade Solidária* atua nas comunidades mais carentes e, juntamente com a sociedade civil, implementa também, através do seu conselho, os programas Universidade Solidária, Capacitação Solidária e Alfabetização Solidária.

No âmbito governamental, os principais programas federais na área assistencial estão registrados

no quadro seguinte:

Quadro 17
Brasil. Programas Federais de Assistência Social - 1995-1998

Objetivos/Programas	Beneficiários (maio/1998)	Recursos executados 1995/ 1998
Atendimento de Crianças e Adolescentes		
• Apoio à Criança Carente (0-6 anos)	1.465.568 crianças	665.570.240,00
• Programa Brasil Criança Cidadã	403.752 crianças e adolesc.	194.671.380,00
• Combate ao Trabalho Infantil e degradante	43 mil crianças/24 mil famílias	20.495.235,00
Apoio a Idosos e Portadoras de Deficiência		
• Benefício Mensal (1 sal. mín/mês)	737.999 pessoas amparadas	1.259.464.734,00
• Serviços de Apoio à Pessoa Idosa	274.268 idosos	78.459.701,00
• Serviços de Apoio a Pessoa Portadora de Deficiência	128.262 portadores de deficiências	183.027.947,00
Programas de Geração de Renda / Comunit.		
• Geração de Renda	12.484 projetos apoiados 112.919 famílias e 564.595 pessoas	35.935.960,00*
• Ações Comunitárias	1985 munic; 129.662 famílias 648.310 famílias	12.775.109,00*
Outros Programas		
• Lavouras Comunitárias	51.114 famílias	28.083.837,00
• Projeto Meia Ponte (Goiânia)	15.000 pessoas abrangidas	1.490.000,00

Fonte: MPAS/ SNAS, 1998

* = 1997

3. OBSERVAÇÕES FINAIS

As reformas dos programas sociais, no Brasil, são ainda incompletas, havendo ampla margem para sua melhora em matéria de eficiência e equidade.

A modéstia dos resultados de nenhum modo faz justiça à intensidade das mudanças que, mesmo na ausência de grandes reformas, vêm afetando os programas sociais desde a década dos 80, introduzindo inflexões importantes no perfil do Welfare State distorcido e centralizado que herdamos do regime autoritário.

Com efeito, os últimos quinze anos registram um já expressivo volume de alterações e inflexões nos diferentes programas, afetando desde concepções até financiamento, organização, modo de operação e estilo de gestão. Como se tratou de enfatizar neste trabalho, o resultado, no conjunto das áreas sociais, permite verificar significativa mudança nos objetivos, eixos e orientações, mesmo quando nem todos os novos contornos das políticas tenham sido já suficientemente redesenhados.

De modo a registrar o sentido da reorientação em curso, o quadro seguinte sintetiza, para o conjunto do sistema brasileiro de políticas sociais, as principais linhas de frente afetadas pelas mudanças, ao longo dos dois ciclos de reformas referidos:

Quadro 18**Brasil. Políticas e programas sociais: Principais eixos e conteúdos das mudanças**

<i>Eixos de Mudança</i>	<i>Principais conteúdos das alterações</i>
<i>Na Concepção</i> <ul style="list-style-type: none"> ● No fundamento da política ● Nos critérios de justiça ● No estilo de política/gestão 	Direito Social como fundamento da política Afirmação do universalismo e gratuidade os programas básicos (ens fundamental; saúde) Reforço da seletividade e apuração dos critérios de focalização Maior progressividade do gasto Redução do clientelismo
<i>Na Relação público/privado</i> <ul style="list-style-type: none"> ● No financiamento ● Na provisão 	Introdução da participação do setor privado empresarial Reforço das parcerias com o terceiro setor
Na natureza dos programas implementados	Introdução e/ou reforço de programas de transferências monetárias Introdução de programas de tipo “produtivo” – capacitação e crédito popular
<i>Na armação institucional das políticas</i> <ul style="list-style-type: none"> ● No sistema de financiamento ● No sistema decisório ● No sistema de supervisão e controles 	Descentralização do poder decisório e de recursos Delegação federativa de funções Ampliação e institucionalização da participação social (forma conselhistas)

Não será exagerado, portanto, afirmar uma *inflexão do padrão brasileiro de proteção social*, introduzida ao longo dos últimos 15 anos. Não estão dados ainda todos os supostos do padrão emergente. Por outro lado, o caráter recente das alterações impede uma definitiva separação entre elementos permanentes e outros, mais circunstanciais, próprios de orientações de governos e administrações específicas. Ainda assim, pelo menos três características, entre as novas assinaladas neste trabalho, parecem estar alterando de forma mais definitiva a fisionomia do sistema nacional de políticas sociais: a descentralização, os novos parâmetros de alocação de recursos e a redefinição da relação público-privado no financiamento e na provisão de bens e serviços sociais.

A tradução, em cada área de política, dessas tendências, foram pormenorizadamente apresentadas neste estudo. Vale a pena enfatizar, entretanto, nestas considerações finais, duas peculiaridades que, de certo modo, tendem a distinguir o caso brasileiro de outras experiências de reformas no campo social. De um lado, como já sublinhamos, a elevação do gasto público social concomitantemente ao ajustamento fiscal, mesmo quando, em muitos momentos, os

contingenciamentos e cortes tenham impostos inegáveis dificuldades à sua execução.

De outro, o desdobramento do movimento reformista em dois ciclos de orientações e sentidos distintos, até mesmo contraditórios, mas de todo modo interpenetrados, o que inegavelmente impôs a busca de alternativas mais complexas e inovadoras que as preconizadas pelo simplismo neoliberal dos 80, para prosseguimento das ações. O perfil final com que o novo sistema de proteção social emergirá desse processo provavelmente expressará a peculiaridade da situação e das alternativas logradas.

4. BIBLIOGRAFIA

- AFONSO, J. R. 1996. *Um Diagnóstico (Breve e Preliminar) do Atual Padrão de Financiamento e Gasto com Educação no Brasil*, Brasília: mimeo
- AFONSO, J. R. (1994). *Descentralização Fiscal na América Latina: Estudo de Caso do Brasil*. Série Política Fiscal nº 61, Santiago, 1994.
- ALÉM, A. C. D. & GIAMBIAGI, F. 1997. *Despesa Previdenciária: Análise da sua Composição, Efeitos da Inflação e Bases para uma Alternativa Intermediária de Reforma*. Rio de Barreto
- BARRETO OLIVEIRA, F.E.B; BELTRÃO, K.I e FERREIRA, M.G. 1997. *Reforma da Previdência*, Rio de Janeiro: IPEA (Texto para discussão)
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. 1992. Relatório Brito. Documento do Congresso Nacional. Brasília
- COSTA, Nilson R.; Mendes, José (1997) – *Descentralização e Política Social: o caso do setor saúde*, paper.
- CAMARANO, A. A., BELTRÃO, K.I, MÉDICI, A. C. & OLIVEIRA, F.E.B. 1998. *Aposentadoria por Tempo de Serviço : Onde a Esperança de Vida é o Menos Importante*. Brasília, Diretoria de Política Social do IPEA, abril de.
- DRAIBE, Sônia M.; Azeredo, B.; Guimarães de Castro, M. H. 1995. *The System of Social Protection em Brazil, Democracy and Social Policy, Democracy and Social Policies Series, Working Paper #3*, Spring 1995, Kellog Institute: Univ. of Notre Dame, 90 págs.
- _____. 1997. *O sistema Brasileiro de Proteção Social; o legado desenvolvimentista e a agenda de reformas*. Texto preparado para PNUD. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano 1998, PNUD/IPEA: Brasília.
- FSP. 1997. Folha de São Paulo, edição de 22 março de 1997 p. 19
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 1997. *Evolução do Gasto Social Federal in* Folha de São Paulo. FSP 22/03/1997. p. 19.
- LECOVITZ, Eduardo. 1997. *Transição X Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ. (Tese, Doutorado em Saúde Coletiva).
- MÉDICI, André César; Maciel, M. C. 1996. *A Dinâmica do Gasto Social nas Esferas de Governo: 1980-1992*, São Paulo: FUNDAP
- MÉDICI, André Cezar. 1999. *História e Políticas de Saúde no Brasil: um balanço do processo de descentralização*. São Paulo: Departamento de História Econômica da USP. (Tese, Doutorado em História Econômica).

MPAS. 1997. *Anuário Estatístico*, Brasília.

MPAS/SNAS 1998. Assistência Social. Relatório Anual. Brasília.

NEGRI, B. (1996) - O financiamento da Educação Pública, mimeo, Brasília

REZENDE, F. 1995. *Descentralização e Desenvolvimento: Problemas atuais do Financiamento das Políticas Públicas*. paper. FUNDAP: São Paulo

OESP. O Estado de São Paulo, edição de 29/11/1998.

VIANNA, Solón M.; PIOLA, Sérgio. 1987. *Recesso e gasto social: A conta social consolidada, 1980-1986*. Brasília: IPEA/IPLAN.

VIANNA, Solon M. PIOLA, Sérgio F., REIS, Carlos Octávio Ocké. 1998. *Gratuidade no SUS: Controvérsia em torno do co-pagamento*. Brasília, D.F.: IPEA (Texto para Discussão, n. 587).



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2496

FAX: (019) 3521-2140

Caixa Postal - 6166

E-mail: nucleo@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br