

Políticas de Saúde e Assistência Social no Brasil: afinidades e desafios / *Health and Social Assistance*

Policies in Brazil: similarities and challenges

ÁLVARO ANDRÉ S. AMORIM¹

Resumo: O artigo trata das afinidades e desafios das políticas de Saúde e Assistência Social no Brasil no período pós-redemocratização. Estas políticas são analisadas comparativamente nos seguintes aspectos: marco institucional legal, concepção de direito, orçamento e acesso às informações orçamentárias.

Palavras-chave: Assistência Social, Saúde, Política, Orçamento.

Abstract: The article discusses the similarities and challenges of Health Policy and Social Welfare in Brazil in the post-redemocratization. These policies are comparatively analyzed in the following aspects: legal institutional framework, development conception of rights, budget and access to budgetary information.

Keywords: Assistance Social, Health, Policy, Budget

Este artigo tem como proposta central contribuir para a reflexão em torno das políticas de Saúde e de Assistência Social em curso no Estado brasileiro. Para compreender as mudanças mais recentes dessas políticas é necessário construir um referencial que considere as conquistas obtidas como um fenômeno com múltiplas determinações e que colabore indicando limites e desafios que incidem nessas políticas. O destaque almejado no artigo é situar o lugar histórico que essas duas políticas vêm assumindo no período recente, mais especificamente no período pós-redemocratização, ressaltando as afinidades relativas aos marcos legais e às concepções de direito social, e também os desafios dessas políticas, com ênfase no orçamento e na transparência. Toma-se como princípio que os desafios dessas políticas públicas passam por questões políticas, sociais e de gestão, que incidem sobre a realidade.

¹ Graduado em Administração, Especialista em Docência do Ensino Superior e Mestrando em Política Social pela Universidade de Brasília. Integra o Grupo de Estudos e Pesquisas em Seguridade Social e Trabalho - GESST/UnB. E-mail: alvaro.amorim@tjdf.jus.br

Estudos comparativos entre a política de Saúde e a de Assistência Social mostram-se oportunos, entre outras questões, por tratarem de políticas públicas com pretensão à universalidade, com acesso a quem delas necessitar, e que têm conselhos institucionalmente constituídos, que figuram como importantes atores de intervenção nos rumos dessas políticas.

Afinidades no marco institucional legal da Saúde e da Assistência Social no Brasil

As políticas de Saúde e Assistência Social no pós-redemocratização instituíram-se como políticas públicas em marcos institucionais e legais que emergiram nas disputas desse período, caracterizadas por uma lógica de ruptura com a mercantilização dos direitos sociais. A implementação dos sistemas estruturantes destas políticas, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ocorreu após a promulgação da Constituição Federal de 1988, de maneira que ambas utilizaram-se da elaboração de Lei Orgânica aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada com vários vetos pelo presidente da República. Como forma de defesa dos interesses do que é público e de uma concepção de proteção social como dever do Estado, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) tiveram suas diretrizes elaboradas e discutidas por conferências nacionais. Cabe ressaltar que as conferências nacionais não garantem a implementação do que nelas foi “pactuado”, uma vez que, quando suas propostas passam pelo Parlamento e pelo Poder Executivo para aprovação, emendas ou sanção, sofrem defesas e ataques numa correlação de forças que interagem dentro e fora do meio estatal. A importância do SUAS e do SUS reside numa visão de que estes sistemas resultaram de processos de rupturas e foram pontos culminantes na mudança de correlação de forças em favor da classe trabalhadora num âmbito estatal considerado como um terreno estratégico de defesa dos

direitos sociais e irrupção com uma lógica mercantilizadora desses direitos (POULANTZAS, 1980).

Em 1986, o Ministério da Saúde promoveu a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual teve lugar um amplo processo de discussão sobre os principais problemas de gerenciamento, controle e administração de saúde da população brasileira, envolvendo todos os setores organizados da sociedade, sendo mais do que uma simples discussão, pois as diretrizes emanadas desta Conferência serviram como referência e base para o decreto presidencial que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em junho de 1987, que posteriormente veio a se chamar SUS e que fundamentou a Lei Orgânica da Saúde (QUEIROZ, 1992). Cabe ressaltar que a LOAS, aprovada em 1993, ocorreu antes da I Conferência Nacional de Assistência Social, que aconteceu em 1995. O curioso foi que, em 1993, ocorreu o que pode ser chamado de “Conferência Marco Zero” que, semelhantemente à VIII Conferência Nacional de Saúde, definiu as diretrizes da proposta de Lei Orgânica a ser enviada ao Parlamento. A idéia central do movimento, que culmina nas conferências de saúde e assistência, foi a de disputa de posições. A prática política dessa disputa de posições parte do pensamento de que o Estado brasileiro é um ambiente que não necessariamente defende apenas os interesses hegemônicos do mercado e que a construção de políticas sociais universais se apresenta como um processo de avanços e recuos, manifestando as contradições inerentes dessa disputa (COUTINHO, 2000).

A estrutura institucional legal das políticas de Saúde e de Assistência Social se propõe a atuar com redes públicas de acesso a direitos sociais que agem fora da lógica de mercado, articulando as demandas por proteção social. Entretanto, ambos os sistemas estão longe de cogitar a erradicação da necessidade de meios institucionais paralelos e privados, sendo que, em grande medida, o setor privado dessas políticas é financiado com recursos públicos. Vale acrescentar que a instituição de marcos

legais favoráveis aos trabalhadores historicamente resultou da mobilização e pressão dos próprios trabalhadores, disputando espaços de legitimação dos direitos sociais, que são importantes progressos da economia política do trabalho em detrimento da lógica mercantil (COUTINHO,1997; LIMA et al., 2009). Mesmo com um marco legal considerado como um avanço político para a materialização dos direitos da classe trabalhadora, estas políticas são alvo de vários mecanismos semelhantes de esvaziamento e desvirtuamento. Trataremos de alguns a seguir, logo após uma especificação mais detalhada de semelhanças na concepção de direito.

Afinidades na concepção de direito

O período pós-redemocratização caracterizou-se por grandes embates na área da política social, em especial nas políticas de Saúde e de Assistência Social. Com a utilização do conceito de Seguridade Social presente na Constituição Federal de 1988, a concepção de direito no âmbito da Saúde e da Assistência Social fortaleceu-se em torno de um padrão de proteção social que procuraria garantir direitos, superando a perspectiva de seguro social. O disposto na Constituição Federal de 1988, que define essas políticas integrantes da Seguridade Social, orienta essas políticas numa ação voltada para vulnerabilidades sociais, buscando prover determinadas necessidades sociais e afixando determinadas seguranças coletivas.

- Podemos destacar algumas semelhanças nas concepções dos marcos das políticas de Saúde e Assistência Social que são bastante pertinentes para avaliações dessas políticas:
- Ambos os marcos se fundamentam na concepção de que os riscos coletivos da Saúde e da Assistência Social envolvem uma dimensão social, que, por ser muito mais ampla que a dimensão individual, não pode ser reduzida a uma questão exclusivamente de âmbito privado.

- Ambos os marcos se propõem a reverter paradigmas dominantes, referenciados numa espécie de individualismo. O resultado disto é que essas políticas procuram se assentar na pertinência do nível social, que se materializa de forma eminentemente causal sobre coletividades e individualidades.
- Ambos os marcos entendem a chamada questão social como determinante nas vulnerabilidades dos indivíduos, procurando se apresentar como alternativas a modos mercantilizados, filantropos, individualizados ou atomizados de oferta de proteção social, entendendo a existência de certa “primazia” da ordem socioeconômica, política e cultural.

A Constituição de 1988 evidencia a afinidade da Saúde e da Assistência Social no âmbito da Seguridade Social como direitos não contributivos a quem delas necessitar. Entretanto, não explicita sua operacionalização, na medida em que a integração prevista entre a Saúde e a Assistência Social não poderia jamais se restringir apenas a um orçamento unificador, se ausentando da exigência de uma gestão unificada (VIANNA, 1998). Outras afinidades entre as políticas de Saúde e de Assistência Social são os princípios de equidade e complementaridade entre poder público e entidades privadas, assim como de descentralização e comando único em cada um dos níveis de governo.

Outro ponto relevante em comum é o estabelecimento de legislações com forma e princípios muito semelhantes, denominadas de Norma Operacional Básica (NOB). A utilização das Normas Operacionais Básicas para essas políticas visa realizar uma gestão de maneira integrada e hierárquica em toda a estrutura de atenção, definindo responsabilidades, funções, regras de financiamento e características de ofertas de serviços nas três esferas de governo, na condução dos seus sistemas estruturantes, o SUAS e o SUS.

Entretanto, apesar de existirem no plano formal-legal, com uma enormidade de afinidades práticas, pouco existe de concreto

na articulação e complementaridade entre o SUS e o SUAS. Estas afinidades não se consubstanciaram em uma prática orgânica, andam independentes, com pouca articulação em seus programas e ações, mas, em geral, constrangidas equitativamente do ponto de vista de seus gastos, limite que será abordado na próxima seção (SOARES, 2000).

Cabe ainda ressaltar que as análises destas políticas sociais tão só a partir do Executivo são bastante reducionistas, visto que é no Poder Legislativo que a política se torna “de Estado”, quando a reconhece como lei duradoura e contínua, e também é, por sua vez, no Poder Judiciário que os direitos de cidadania se confirmam ou não no reconhecimento da violação de direitos do cidadão ou da omissão do Estado em sua prática (SPOSATI, 2007). O exame das políticas de Saúde e Assistência Social significa tratar de uma mediação estatal que ocorre inter-poderes, numa relação inter-classes em uma sociedade de mercado, que promove políticas sociais com o objetivo de efetivar direitos sociais numa antagonista relação entre o dever de Estado com o social e as ações do Estado com instituições privadas, que atuam dentro e fora do mercado. Uma afinidade essencial dessas políticas é sua necessária participação na construção de uma cidadania ampliada, que exceda os limites das liberdades individuais, atingindo a concretude no âmbito dos direitos sociais, condição indispensável para que a cidadania não seja uma falácia.

Desafios do Orçamento da Saúde e da Assistência Social no Brasil

O orçamento da Seguridade Social é entendido como o principal instrumento de planejamento, execução e transparência dos recursos das funções Assistência, Saúde e Previdência. Apesar de o discurso dominante identificar na Previdência Social o principal problema no financiamento da Seguridade Social, as funções estatais de Assistência Social e Saúde também sofrem com movimentos de esvaziamento dos recursos orçamentários. Esta

seção discute pontos críticos nos quais as políticas de Saúde e de Assistência Social estão envolvidas na questão orçamentária.

Em grande medida, os discursos hegemônicos entendem os recursos da Saúde e da Assistência Social fundamentalmente como recursos de despesas correntes. Na visão ortodoxa liberal, os cortes das despesas “não financeiras” ou nas despesas correntes são avaliados como o melhor caminho para reduzir a relação dívida pública/Produto Interno Bruto - PIB. Essa visão, em geral, desconsidera que a taxa de juros do Brasil está entre as maiores do mundo e que a consequência direta de um sistema baseado em juros altos é um aporte cada vez maior de recursos para o sistema financeiro e um esvaziamento tendencial dos sistemas públicos que compõem a economia política do trabalho, na qual o SUS e o SUAS são elementos fundamentais. Os principais instrumentos de ação defendidos pela visão ortodoxa liberal hoje são: o superávit primário, em grande medida obtido pela redução das despesas correntes, e a desvinculação de receitas estatais. Pode-se indagar: qual a relação das políticas de Saúde e Assistência Social com estes instrumentos?

As políticas de Saúde e Assistência Social são instrumentos que efetivam direitos sociais e, conforme descrito acima, pressupõem a destinação de excedente acumulado nas bases do fundo público para a economia política do trabalho, que é, por princípio, desmercantilizada. Desta forma, todos os sistemas integrantes da economia política do trabalho, o que inclui a Assistência Social e a Saúde Pública, são alvos prioritários de esvaziamento, por ações na lógica mercantil que materializam o que a ortodoxia liberal defende.

Podemos destacar quatro dimensões explicativas da correlação de forças, no qual são travados embates pelo fundo público entre a economia política do trabalho e a lógica mercantil. A primeira dimensão está na razão Despesas Correntes/PIB. Caso ocorra uma diminuição das despesas correntes em relação ao PIB, isto implicaria em uma redução das Transferências Constitucionais

Obrigatórias do Governo Federal para estados e municípios. E se observarmos outros fenômenos que vêm se manifestando nos últimos anos, como o aprofundamento da descentralização das políticas sociais, em especial as de Saúde e Assistência Social, veremos que aumentam, assim, as responsabilidades dos entes federativos na execução dessas políticas. A dinâmica desse fenômeno tem conseqüências negativas sobre a política social. Tomando-se o Gasto Social Federal (GSF) com Saúde, por exemplo, em 2001 estava no mesmo patamar de 1995, e a participação do gasto com Saúde no total do GSF foi decrescente, entre 1995 e 2002, caindo de 16% para 13,5% (FAGNANI, 2005). Podemos acrescentar ainda que, segundo Fagnani (2005), no ano de 2004, a União respondeu por 49,4% do gasto nacional com Saúde, restando 24,8% aos estados e 25,6% aos municípios; antes, em 1994, a União era responsável por 60,7% do total, restando 22,1% aos estados e 17,2% aos municípios. Essas evidências apontam para outra perversa constatação: que a descentralização de responsabilidades da Saúde para estados e municípios não foi acompanhada, no mesmo ritmo e sentido, de descentralização de recursos.

Esse movimento de descentralização da área social, principalmente na Saúde, aponta para uma face pouco discutida da descentralização, que, em geral, é vista como algo positivo e com pouca reflexão sobre as condições de funcionamento esperado. Outros elementos ainda precisam ser estudados, mas os elementos apontados são suficientes para que a descentralização seja analisada com precaução, quando não se chega à conclusão de que objetivamente ela contribui, pelo contexto em que se insere, para a degradação da oferta de bens e serviços públicos das políticas sociais. Assim, transferir parte das despesas e responsabilidades da União para estados e municípios, sem a conseqüente descentralização da receita fiscal disponível, mostra ser mais uma medida do padrão de ajuste fiscal das finanças públicas. Por exemplo, no ano de 2004, 60,1% da receita fiscal disponível pertenceu à União, ao passo que 24,3% aos estados e

15,6% aos municípios; antes, em 1995, a União absorvia 56,2% do total, os estados 27,2%, e os municípios 16,6% (POCHMANN, 2005). Seguem abaixo duas tabelas, que demonstram mais especificamente o comportamento deste movimento.

Tabela 1: Participação no Financiamento da Assistência Social de 2002 a 2007

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	R\$	%										
União	6.513	61	8.416	63	13.863	77	15.806	75	21.555	77	24.714	77
Estados	1.729	16	2.073	16	1.698	9	2.244	11	2.550	9	2.596	8
Municípios	2.443	23	2.879	22	2.330	13	2.892	14	3.983	14	4.760	15
Total	10684	100	13368	100	17891	100	20942	100	28087	100	32069	100

Fonte: Portal Câmara dos Deputados / Secretaria do Tesouro Nacional - STN

Obs.: R\$ milhões.

Tabela 2: Despesas com ações e serviços públicos de Saúde por nível de governo, em percentual do PIB

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
União	1,73	1,73	1,67	1,60	1,68	1,73
Estados	0,54	0,64	0,73	0,72	0,83	0,80
Municípios	0,63	0,71	0,81	0,80	0,84	0,94
Total	2,90	3,08	3,21	3,12	3,35	3,47

Fonte: IPEA, 2007:83

A segunda dimensão se refere a uma defesa cada vez mais crescente da concepção de reformas para flexibilizar a ação dos gestores. Esse movimento de flexibilização da gestão requer uma condição. A condição de reduzir as despesas obrigatórias, preferencialmente as correntes, para conseqüentemente aumentar as despesas discricionárias. A questão que os defensores da linha liberal preferem não mencionar é que as despesas obrigatórias são prerrogativas constitucionais estabelecidas para garantir que os futuros gestores do fundo público apliquem um patamar básico nas políticas sociais, em especial na política de Saúde. Desta forma,

as defesas realizadas para flexibilizar a gestão governamental ou aumentar as receitas não obrigatórias na realidade acabam por reiterar a tendência de reduzir o montante de recursos das políticas sociais, que serão destinados para fins incertos que dependem da correlação de forças no âmbito governamental. Este é o motivo principal pelo qual as propostas de lei para a instituição de mínimos legais de aplicação de recursos obrigatórios em Assistência Social no Brasil encontram uma grande resistência. Secundariamente, pode-se acrescentar que, com a instituição de mínimos legais, todo o aparato de controle estatal destinará uma atenção diferenciada para garantir a aplicação dos patamares de recursos estabelecidos para a política. Segue abaixo uma tabela relativa à esfera estadual brasileira, que demonstra um elevado nível de discrepância e assimetria na aplicação de recursos com Assistência Social e uma correlação muito mais bem definida para a política de Saúde, justamente pela ausência de uma legislação que organize e defina um mínimo de aplicação para a política de Assistência Social.

Tabela 3: Saúde e Assistência no âmbito estadual

ESTADO	Assistência Social 2008	Saúde 2008	Total Seguridade* 2008	Assistência / Seguridade 2008	Saúde / Seguridade 2008
AC	40.903.080	341.857.207	525.393.127	7,8%	65,1%
AL	9.891.829	694.428.709	1.177.095.116	0,84%	59,0%
AM	76.277.300	1.150.913.000	1.417.190.300	5,38%	81,2%
AP	47.126.442	256.100.082	522.867.920	9,01%	49,0%
BA	185.657.380	2.692.775.634	5.031.509.014	3,69%	53,5%
CE	163.386.885	1.299.373.877	2.627.294.252	6,22%	49,5%
DF	319.870.361	1.774.272.353	3.058.844.444	10,46%	58,0%
ES	7.758.558	1.050.043.261	2.630.288.849	3,34%	39,9%
GO	152.423.000	1.098.491.000	2.188.162.000	6,97%	50,2%
MA	58.685.783	607.489.756	1.413.431.696	4,15%	43,0%
MG	133.502.419	3.205.359.009	7.646.064.366	1,75%	41,9%
MS	151.490.300	644.001.500	1.268.576.900	11,94%	50,8%
MT	3.856.551	714.746.818	1.438.016.091	0,27%	49,7%
PA	83.441.738	1.098.560.766	2.113.988.393	3,95%	52,0%
PB	78.135.900	764.208.479	1.324.927.462	5,90%	57,7%
PE	31.930.400	1.956.162.000	3.942.860.400	0,81%	49,6%
PI	10.93	550.156.776	1.022.908.434	1,07%	53,8%
PR	192.347.860	1.868.769.130	3.662.941.320	5,25%	51,0%
RJ	241.240.499	2.642.209.932	5.213.413.697	4,63%	50,7%
RN	238.713.000	931.416.000	1.880.150.000	12,70%	49,5%
RO	20.274.200	379.024.825	554.910.02	3,65%	68,3%
RR	52.220.401	162.580.364	219.093.063	23,83%	74,2%
RS	162.572.627	1.907.240.423	5.613.498.921	2,90%	34,0%
SC	40.138.909	1.043.058.994	2.591.225.094	1,55%	40,3%
SE	75.532.819	489.266.826	1.095.035.833	6,90%	44,7%
SP	444.206.287	13.107.345.378	23.832.544.826	1,86%	55,0%
TO	99.389.383	700.463.943	1.144.174.826	8,69%	61,2%
Total	3.201.912.485	43.130.316.042	85.156.406.369	5,8%	50,6%

Fonte: Lei Orçamentária de 2008

* O Total Seguridade Social considera a soma das funções Assistência, Saúde e Previdência.

A terceira dimensão se refere à defesa de um Estado mínimo, em detrimento de políticas universais. Sobre este aspecto, existe uma vasta literatura em defesa das políticas universais (BOSCHETTI, 2001; PEREIRA, 2000; GOUGH, 1982). Entretanto, cabe pontuar que a grande expansão orçamentária no âmbito do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDSCF) não

ocorreu proporcionalmente a um aumento de beneficiários em seu programa de caráter obrigatório e defendido na LOAS, o Benefício de Prestação Continuada. A expansão ocorrida nos últimos anos acompanhou o aumento de beneficiários do programa Bolsa Família, que tem caráter focalizado, não obrigatório e que, tanto no âmbito governamental quanto no âmbito de organismos internacionais como o Banco Mundial, é utilizado como exemplo e propaganda na defesa da instauração de um padrão de proteção social fundamentado na lógica dos mínimos sociais (FAGNANI, 2005).

Tabela 4: Número de Beneficiários

Ano	2003	2004	2005	2006	2007
Benefício de Prestação Continuada	2.312.711	2.612.106	2.775.940	2.923.894	3.080.821
Bolsa Família	3.615.596	6.571.842	8.700.451	10.965.810	11.043.076

Fonte: IPEA, 2008; SOARES & SÁTYRO, 2009.

A quarta dimensão se refere aos mecanismos de desvinculação de receitas constitucionais obrigatórias. Nesta dimensão, podemos destacar a instituição do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1996 e das Desvinculações de Receitas da União (DRU) em 2000 e que foi prorrogada até 2011. Apesar de estes três mecanismos realizarem a mesma operação financeira de retirar recursos, com a destinação obrigatória definida constitucionalmente, para outros fins, no FSE e no FEF, pelo menos no plano formal-legal, tinham por objetivo o saneamento financeiro da Fazenda Pública Federal e a aplicação prioritária de recursos em despesas associadas a programas de relevante interesse econômico e social. No caso da DRU, a legislação se ausenta de definição para finalidade específica.

A reflexão sobre as dimensões explicitadas acima, e mais especificamente a quarta, procura indicar o quanto tendências externas à gestão das políticas de Saúde e de Assistência Social podem interferir e até mesmo levar a um desmonte de conquistas de direitos dos trabalhadores nessas políticas. Segue uma tabela

que permite uma visualização dos recursos que passaram a ser legalmente deslocados do orçamento da Seguridade Social (Assistência, Saúde e Previdência) para o orçamento fiscal, para serem utilizados em qualquer destinação.

Tabela 5: Orçamento da Seguridade Social e a Desvinculação de Receitas da União

Ano	1995	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Receitas da Seguridade Social como porcentagem do PIB de 1995 a 2005.	9,3	9,5	10,0	10,7	10,9	11,0	11,5	11,4	12,2	12,7
Desvinculação de Receitas da União até 20% em R\$ milhões.	4.348	5.628	7.416	10.451	13.713	15.882	18.449	21.738	27.322	31.559
Desvinculação de Receitas da União a cima de 20% em R\$ milhões.	0	1.068	1.199	463	13.675	12.435	16.434	14.395	20.844	26.488
Desvinculação de Receitas da União total R\$ milhões	4.348	6.696	8.615	10.914	27.388	28.317	34.883	36.133	48.166	58.047
Receitas da Seguridade Social aplicadas fora da Seguridade R\$ milhões.	7.281	10.701	12.254	25.811	32.034	34.206	-	43.982	52.384	56.824

Fontes: SIAFI; GENTIL, 2006 e 2007; BOSCHETTI E SALVADOR, 2006.

Com este mecanismo, mais de 20% das receitas da Seguridade Social foram desvinculados, sendo que, no período de 1995 a 2005, as desvinculações de receita totalizaram R\$ 267 bilhões, dos quais R\$ 107 bilhões estão além do limite legalmente autorizado pelo mecanismo da DRU (GENTIL, 2006, 2007). Entre as despesas que a DRU financia estão os juros e a amortização da dívida pública, num movimento que procura minimizar o déficit orçamentário fiscal, resultado em grande medida pelos altos patamares das

taxas de juros, favorecendo a lógica mercantil em detrimento da economia política do trabalho.

Desta forma, a Seguridade Social sofre com um processo de desmonte, com os bilhões desvinculados anualmente de seu orçamento. Diferentemente da prerrogativa constitucional de manter e ampliar os recursos para a Seguridade Social, a política governamental segue uma tendência de corte de direitos, fragilização das políticas universais e ampliação de programas de transferência de renda, o que desloca o foco da redução da desigualdade social para um foco de redução conformada da pobreza extrema (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

Transparência orçamentária da Saúde e da Assistência Social no Brasil

Outra importante dimensão que merece atenção da literatura é a questão do que se costuma chamar de transparência das políticas públicas. Segundo Herbert de Souza, entende-se também o orçamento público como um instrumento que contém provas e evidências de um jogo injusto, que se esconde e se disfarça, sob argumentos como conhecimento técnico ou organizativo (SOUZA apud PACHECO, 2006). Desta forma, além dos elementos discutidos sobre os desafios do orçamento da Saúde e da Assistência Social no Brasil, cabe destacar algumas dificuldades que pesquisadores e cidadãos enfrentam quando procuram entender configurações e mecanismos dessas políticas. Apesar de bastante difundida a idéia de transparência das políticas públicas, muito ainda se precisa avançar para sairmos da condição de pouca visibilidade orçamentária.

Por tratar-se de um estudo comparativo de duas políticas sociais, muitas das informações apresentadas relativas à falta de transparência se estendem a toda a Seguridade Social e, no limite, às políticas públicas em geral, por apontarmos lacunas de ação por parte de atores importantes dentro do funcionamento

estatal. Estas lacunas de ação incidem diretamente no acesso à informação, enfraquecendo e limitando o poder de controle social dos cidadãos sobre o Estado. Tais lacunas resultam em um enfraquecimento da cidadania na correlação de forças no âmbito das políticas públicas.

Nesta seção, a análise refere-se à transparência relativa ao Orçamento da Seguridade Social, com certa ênfase para achados de pesquisa relacionados aos estados do Brasil, no ano de 2009. Diante disso, serão apresentadas evidências, com a finalidade de demonstrar focos de fragilidade na transparência estatal no tocante às políticas estudadas.

Preliminarmente, podemos destacar dois ordenamentos jurídicos relevantes acerca do tema: a Lei nº 9.755, de 11 de dezembro de 1998, que define o Tribunal de Contas da União (TCU) como responsável pela criação de uma página na Internet denominada Contas Públicas; e a Lei Complementar nº 101/2000, intitulada de Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estabelece normas voltadas à publicização da gestão fiscal e do orçamento.

Nesse sentido, a página Contas Públicas (www.contaspublicas.gov.br), gerenciada e de responsabilidade do Tribunal de Contas da União, criada para ser um instrumento de compromisso com os princípios da publicidade, transparência e planejamento na administração pública, deveria conter, entre outras, as seguintes informações:

- O montante de cada um dos tributos arrecadados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios;
- Os relatórios da execução orçamentária da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- O balanço consolidado das contas da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, suas autarquias e outras entidades;

- Os orçamentos do exercício da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e os respectivos balanços do exercício anterior.

Entretanto, o *sistema* Contas Públicas não está cumprindo sua função legal no que se refere aos orçamentos do exercício de 2009 dos estados e municípios com os respectivos balanços do exercício anterior, uma vez que não disponibiliza nenhuma dessas informações. Cabe ressaltar que as mesmas informações, também, não foram disponibilizadas no exercício de 2008.

Quanto à Lei de Responsabilidade Fiscal, a norma formal-legal estabelece que tanto a União quanto os estados deverão propiciar ampla divulgação, em diversos meios de comunicação (periódicos, Diário Oficial, mural público e internet), dos Planos, Leis de Diretrizes Orçamentárias, Orçamentos, Prestações de Contas Anuais, Relatório Resumido da Execução Orçamentária e Relatório de Gestão Fiscal. No entanto, a pesquisa encontrou um cenário de intransparência, uma vez que não há uniformidade nos estados no que tange à disponibilização de suas informações referentes ao orçamento da Seguridade Social.

As Leis Orçamentárias Anuais representam o planejamento do ente governamental quanto à destinação dos recursos do fundo público. Toda lei orçamentária deveria contar com anexos descritivos e, por força constitucional, deveria detalhar os recursos do fundo público relativos à Seguridade Social. Neste detalhamento as informações sobre os gastos com Saúde e Assistência Social deveriam ser encontradas.

Outro importante componente das Leis Orçamentárias Anuais é o Quadro de Detalhamento de Despesa (QDD), que qualifica e informa quais os tipos de serviços e ações em que o ente estatal deverá empregar os recursos. Entretanto, tal necessidade não aparece de forma padrão nas publicações dos Quadros de Detalhamento de Despesa (QDD) dos governos estaduais. Ainda temos o estado do Pará, por exemplo, que não disponibiliza o quadro de detalhamento informando o quantitativo

orçamentário agregado para as funções Saúde e Assistência Social. Outro destaque emblemático da pesquisa sobre as informações orçamentárias da Saúde e da Assistência Social é que os estados de Minas Gerais e Pernambuco não apresentam orçamento da Seguridade Social. Nestes estados, o orçamento é dividido apenas em fiscal e investimentos, conforme divulgado nos *sites* oficiais dos governos estaduais.

No plano federal, um dos principais instrumentos de informação sobre orçamento é o *site* da Câmara dos Deputados, que disponibiliza um *link* intitulado Orçamento Brasil. O Orçamento Brasil procura ser uma ferramenta que disponibiliza tanto informações do Orçamento da União, quanto de estados e municípios. No entanto, apesar do Orçamento Brasil apresentar-se como uma boa fonte de informações sobre o orçamento federal para a Saúde e para a Assistência Social, no que se refere às informações relativas aos estados e municípios pode-se observar uma institucionalização ainda fraca. Isto pode ser evidenciado quando observamos que os *links* presentes no Orçamento Brasil dos *sites* oficiais dos estados do Acre e do Amapá não apresentam qualquer informação e nem mesmo referências sobre como obter acesso às informações orçamentárias.

Destaca-se que o meio mais seguro de acesso às informações sobre o orçamento da Saúde e da Assistência Social, assim como ao orçamento das políticas sociais, é o *site* das Imprensa Oficials em todas as esferas. Porém, esse meio de acesso à informação apresenta-se ainda muito limitado, com ferramentas para pesquisa extremamente restritas e de difícil acesso para extração de informações. Neste sentido, é relevante apontar que, mesmo nos *sites* das Imprensa Oficials, os estados do Acre e do Amapá não disponibilizavam suas Leis de Orçamento nem de 2008 nem de 2009 e, conseqüentemente, mostravam-se não transparentes ao acesso às informações orçamentárias sobre as políticas de Saúde e Assistência Social.²

² Compreende-se que os achados de pesquisa apresentados são dinâmicos e, após a pesquisa, podem e devem ser alterados. Desta forma, o cenário apresentado refere-se ao estado das coisas no mês de abril de 2009.

Ressalta-se que tais informações são relevantes, tendo em vista as conseqüências para o exercício da cidadania e para o andamento dos embates da correlação de forças que disputam o fundo público. Desta forma, apresenta-se como uma das tarefas para os diversos atores presentes na área das políticas sociais a exigência pública da materialização de mecanismos de transparência. Ademais, o relato deste artigo sobre transparência centrou-se na questão orçamentária. Neste sentido, pesquisas posteriores, além de versar sobre outros aspectos relativos a público alvo, tipos de serviços, e redes de apoio dessas políticas, podem realizar apontamentos sobre orçamentos não aplicados e sobre formas de publicização dos recursos utilizados no âmbito das políticas de Saúde e Assistência Social.

Considerações finais

Procurando realizar uma análise das políticas de Saúde e Assistência Social que apreendesse mais do que apenas configurações intra-políticas, as seções deste artigo procuraram desenvolver também aspectos inter-políticas. Nessa perspectiva, cabem ainda duas considerações: 1. Independentemente da política social que se esteja pesquisando, implementando, ou gerindo, as opções macroeconômicas são variáveis estruturalmente importantes, principalmente quando se considera que as políticas sociais estão envolvidas numa correlação de forças; 2. São freqüentes as análises que, por não estarem identificadas com a lógica do direito, presente na economia política do trabalho, se empenham em fundamentar uma crítica aos crescimentos de despesas correntes governamentais dos últimos anos, e, em especial, uma crítica às despesas referentes à grande maioria dos recursos da Assistência Social e da Saúde Pública. Entretanto, estas mesmas análises geralmente não levam em consideração a elevada linha da expansão da razão Dívida Pública/PIB, que, entre 1994 e 2002, aumentou mais de 30 pontos percentuais, subindo de 29% para 60% do PIB (FAGNANI, 2007).

Para a agenda pública, destacam-se a proposição de quatro pautas: 1. Tornar as fontes de financiamento das políticas públicas mais progressivas, uma vez que hoje figuram regras muito regressivas para a composição do fundo público, ou seja, que tributam fundamentalmente a classe trabalhadora, enfraquecendo o poder de redistribuição das políticas sociais; 2. Expandir a interface orgânica da Assistência Social, enquanto política orientada pelo reconhecimento de direitos sociais e provisão de necessidades sociais em programáticas supra-setoriais, exercendo a função de promover o acesso a quem de direito nas demais políticas públicas sociais (PEREIRA, 1996); 3. Garantir que os recursos da Seguridade Social não sejam desviados, esvaziados ou desvinculados de sua destinação (BOSCHETTI, 2006); 4. Garantir a publicidade das informações de gestão das políticas sociais.

Os desafios postos para a Assistência Social e a Saúde são conseqüências dos paradoxos presentes num Estado dividido entre as necessidades da classe trabalhadora e as preferências da lógica mercantil. Diante disso, pensar uma sociedade mais democrática, menos desigual e mais justa, a partir das afinidades da Assistência e da Saúde, permite a construção de um programa de transformação fundamentado na universalização dos direitos sociais e na busca por suprir as necessidades humanas básicas. As afinidades e os princípios presentes nestas políticas, se radicalizados, podem constituir-se como sólidas bases para uma mudança estrutural do modo de produção e reprodução da vida social.

Submetido em 30 de maio de 2009 e aceito para publicação em 10 de novembro de 2009

Referências

BOSCHETTI, I. *Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. Brasília: GESST/SER/UnB, 2001.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. S. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, v. 87, 2006.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. In: *Praia Vermelha – Estudos de Política e Teoria Social*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1997.

COUTINHO, C. N. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

FAGNANI, E. Déficit Nominal Zero: a proteção social na marca do pênalti. CESIT. *Carta Social e do Trabalho*. Campinas, n. 2, set./dez. 2005.

_____. Como incluir os excluídos? CESIT. *Carta Social e do Trabalho*. Campinas, n. 7, set./dez. 2007.

GENTIL, D. L. A política fiscal e a falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil: análise financeira do período recente. In: SICSU, J. (org.) *Arrecadação (de onde vem?) e gastos públicos (para onde vão?)*. São Paulo: Boitempo, 2007.

GENTIL, D. L. A. *Política Fiscal e a Falsa Crise da Seguridade Social Brasileira: análise financeira do período 1990-2005*. 2006. 244 f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOUGH, I. *Economia política del Estado del bienestar*. Tr. de Gregorio Rodriguez Cabrero. Madrid: H. Blume Ediciones, 1982.

IPEA. *Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, fevereiro, 2008. 16.

LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza et al. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, março de 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 maio 2009.

PACHECO, J. S. *Garantias sociais sob constante ameaça no Distrito Federal: entre o desequilíbrio fiscal e a pulverização de recursos na área da assistência social*. Dissertação (Mestrado em Política Social). Brasília: UnB, 2006. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesediversificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=453>. Acesso em: 20 maio 2009.

PEREIRA, P. A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA, P. A. P. *A Assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*. Brasília, Ed. Thesaurus, 1996.

POCHMANN, M. Ajuste Fiscal, Desajuste Social. Carta Social e do Trabalho - *Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho* - CESIT, n. 2 – set./dez. 2005.

POULANTZAS, N. *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

QUEIROZ, M. S.; VIANNA, A. L. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 2, abril de 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 maio 2009.

SPOSATI, A. Assistência Social: de Ação Individual a Direito Social. *Revista Brasileira de Direito Constitucional* – RBDC n. 10, jul./dez. 2007.

SOARES, S.; SÁTYRO N. *O Programa Bolsa Família: Desenho Institucional, Impactos e Possibilidades Futuras*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2009

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1998.

YAZBEK, M. C. Fome Zero: uma política social em questão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 maio 2009.