



OICH

Observatório Internacional
de Capacidades Humanas,
Desenvolvimento e Políticas Públicas

OBSERVATÓRIO INTERNACIONAL DE CAPACIDADES HUMANAS, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

TENDÊNCIAS RECENTES DAS
POLÍTICAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA



Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos de Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz
Diretoria Regional de Brasília
Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde

OBSERVATÓRIO INTERNACIONAL DE CAPACIDADES HUMANAS, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

TENDÊNCIAS RECENTES DAS POLÍTICAS
SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA

Brasília-DF, Brasil
2018

Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas – vinculado ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, da Universidade de Brasília; e ao Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde da Fiocruz/Brasília, 2018.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Organização da Coletânea

José Paranaguá de Santana

Mônica Padilla

Roberto Passos Nogueira (Coordenador)

Valdemar de Almeida Rodrigues

Colaboração

Adriana Maria Parreiras Marques

Revisão e tradução (português, inglês e espanhol)

Mariana Abreu Oliveira

Revisão e atualização da página web

André Luiz Santiago Malta Martins Hellmann

Tatiane Hellmann Santiago

Editoração

Ars Ventura Imagem e Comunicação

Cooperação técnica

Organização Pan-Americana da Saúde-Opas/OMS, Brasil

Esta coletânea também pode ser acessada no sítio web <http://www.capacidadeshumanas.org>, nas versões em português, espanhol e inglês.

Contribuições e sugestões podem ser enviadas para: Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

E-mail: observatorioch@gmail.com.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- 014 Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises 3 = International Observatory of Human Capabilities, Development and Public Policy: recent trends in social policy in Latin America: studies and analysis 3 = Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas : tendencias recientes de las políticas sociales en América Latina: estudios y análisis 3 / Organização: Roberto Passos Nogueira ... [et al.]. – Brasília, DF: UnB; ObservaRH; Nesp; Nethis, 2018.
246 f.: il. - (Série Estudos e Análises)

Vários autores.

Edição trilingue: português/inglês/espanhol

ISBN 978-85-7967-130-2

1. Desigualdade social. 2. Mercado de trabalho. 3. Educação 4. Sistemas de saúde. 5. Seguridade social. 6. Transferência de Renda. I. Nogueira, Roberto Passos. II. Título. III Série.

CDU 614

Organização Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF, Brasil
2018

Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos de Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz
Diretoria Regional de Brasília
Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde

OBSERVATÓRIO INTERNACIONAL DE CAPACIDADES HUMANAS, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

TENDÊNCIAS RECENTES DAS
POLÍTICAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA

Organização da Coletânea

José Paranaguá de Santana

Mônica Padilla

Roberto Passos Nogueira (Coordenador)

Valdemar de Almeida Rodrigues

Brasília-DF, Brasil
2018

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA	
CONDIÇÕES DE SAÚDE EM SOCIEDADES DESIGUAIS DA AMÉRICA LATINA: EVOLUÇÃO RECENTE DA AÇÃO PÚBLICA.....	9
GUILHERME COSTA DELGADO	
TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO NA AMÉRICA LATINA: DO ALENTO DESENVOLVIMENTISTA AO FRACASSO LIBERAL	29
JOSÉ CELSO CARDOSO JR. JOSÉ CARLOS DOS SANTOS	
EVOLUÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA EDUCAÇÃO BÁSICA NA AMÉRICA LATINA NA DÉCADA DE 2010	63
PAULO ROBERTO CORBUCCI REGINA CÉLIA CORBUCCI	
SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO SÉCULO XXI.....	97
EDUARDO LEVCOVITZ MARIA HELENA COSTA COUTO	
O MAL-ESTAR SUL-AMERICANO: SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS EM SOCIEDADES DESIGUAIS	119
FÉLIX HÉCTOR RÍGOLI	
SEGURANÇA HUMANA: INTELIGÊNCIA EM SAÚDE INFORMADA POR EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E RECURSOS HUMANOS	147
ULYSSES DE BARROS PANISSET	
TENDÊNCIAS DA SEGURIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA	181
LEONARDO ALVES RANGEL MATHEUS STIVALI	

TENDÊNCIAS ATUAIS DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA NA AMÉRICA LATINA	219
TATIANA LEMOS SANDIM	

APRESENTAÇÃO

A terceira edição do Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas (OICH) tem como foco a evolução recente das políticas públicas na América Latina, com ênfase em áreas temáticas específicas tais como trabalho, educação e seguridade social. Esse foco justifica-se a partir da preocupação em identificar incrementos das desigualdades sociais nos distintos países e suas repercussões negativas sobre as condições de saúde da população. A aproximação a esse universo temático se baseia na aceitação de Amartya Sen sobre a dimensão humana do desenvolvimento, que reconhece a saúde, a educação e a segurança social como condições essenciais para garantir a liberdade das pessoas escolherem o que querem ser e fazer; ou seja, uma visão do desenvolvimento, cuja finalidade é prevenir sérias privações pessoais e promover a justiça social, distanciada de outras interpretações, em que a saúde e a educação são meros instrumentos de sobrevivência e manutenção de trabalhadores sadios e bem qualificados.

Os estudos de Piketty e de outros autores vêm acumulando evidências de que a desigualdade de renda tem aumentado em inúmeros países a partir das repercussões da crise econômica mundial de 2008, embora em ritmo distinto em cada país. A concentração da renda nacional surge como um sério agravante da vulnerabilidade das condições sociais de vida. No Brasil e em outros países da região, os 10% mais ricos do país concentram nada menos que 55% da renda pessoal nacional. Nesse contexto, o papel exercido pelos estados nacionais para contrabalançar os efeitos sociais negativos da crise passa a ser uma prioridade para todos que se preocupam com políticas públicas na América Latina.

Na medida em que o conceito de capacidades humanas de Amartya Sen se refere à totalidade das pessoas de um país e não apenas aos trabalhadores da economia formal ou das indústrias de tecnologia de ponta, a

discussão dos resultados dos estudos não pode estar limitada a mostrar que as condições materiais de vida dos cidadãos melhoraram e que a economia se tornou, por exemplo, mais produtiva, diversificada ou rica. A perspectiva de justiça implicada na teoria das capacidades humanas é atendida devidamente apenas quando se verificam indícios de que o desenvolvimento econômico e social está ocorrendo com a criação de uma pluralidade de estilos de vida livremente escolhidos pelas pessoas.

Nesse contexto, é preciso perguntar, de modo muito pertinente, se o desenvolvimento capitalista, tal como vem ocorrendo na América Latina e em outros continentes, não impõe inevitavelmente certos estilos padronizados, controlados e “socialmente rebaixados” de viver em sociedade, no âmbito dos quais o descortino do horizonte de liberdade prometido pela teoria de Sen torna-se extremamente restrito. Parece que muitas vezes esse horizonte é, em muitos países, definitivamente inviabilizado pelo estilo de desenvolvimento imposto de forma unilateral pelo Estado, fenômeno que pode ocorrer tanto em contextos de regimes autoritários quanto democráticos.

Diversos estudiosos da economia mundial têm emitido a avaliação de que a crise que se iniciou em 2008 é muito mais grave e profunda do que se pensa. Não é uma mera inflexão cíclica e temporária do capitalismo em escala planetária, mas tem um caráter decisivo, que pode dar origem a uma ordem econômica mundial bem mais cruel para um grande número de povos.

O chamado crescimento inclusivo na América Latina ainda não se consubstanciou como um fato que possa ser comprovado como uma importante e definitiva conquista da democracia. Mais do que nunca, é preciso avaliar se não houve simultaneamente uma derrota devido ao avanço dos grupos de maior renda, ou seja, das desigualdades pelo topo.

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

GUILHERME C. DELGADO

CONDIÇÕES DE SAÚDE EM
SOCIEDADES DESIGUAIS DA A.L.:
EVOLUÇÃO RECENTE DA AÇÃO
PÚBLICA

Doutor em Economia pela Unicamp (1984), pesquisador do Ipea de 1976 a 2007 e atualmente da direção da Associação Brasileira da Reforma Agrária (Abra).

CONDIÇÕES DE SAÚDE EM SOCIEDADES DESIGUAIS DA A.L.: EVOLUÇÃO RECENTE DA AÇÃO PÚBLICA

GUILHERME C. DELGADO

1. INTRODUÇÃO

O título deste texto é preliminarmente uma proposta de fusão temática de sete artigos, elaborados explicitamente para a presente coletânea, conforme um comum *Termo de Referência* que declara como objetivo geral: “[...] a elaboração de estudos específicos sobre a situação política e socioeconômica da América Latina a partir de 2010 e suas repercussões reais e potenciais sobre as condições de saúde da população dessa Região”.

De posse dessa referência geral, os autores selecionaram enfoques bem diversos, que, para efeitos didáticos, distinguiria em três as abordagens das condições de vida das populações, segundo os distintos focos – do desenvolvimento e da ação pública em política social.

Um primeiro grupo de trabalhos se aproxima do enfoque histórico-estrutural do desenvolvimento e da ação pública nos respectivos sistemas de saúde e das relações de trabalho da população, mostrando diferentes linhas de aderência à mudança nas condições de desigualdade e pobreza. Essa análise, com diferentes graus de profundidade, tem por pressuposto as determinações sociais das condições de saúde como fatores causais das condições de saúde das populações nacionais, genericamente afetadas pela desigualdade social.

Há um segundo grupo de trabalhos que escolhe o enfoque do acesso e desempenho a dois sistemas de grande repercussão demográfica – o sistema de educação fundamental e o sistema de previdência social, avaliando as condições do acesso proporcional da população a esses sistemas e a eficácia de suas respectivas funcionalidades, como critérios de redução das desigualdades sociais.

Um terceiro enfoque está centrado em concepções distintas de ação do governo, de certa forma autônomas dos sistemas de política social referidos anteriormente, mas ancoradas: a) nos programas de transferência de renda, sujeitos à condicionalidade, focalizados na linha de pobreza; b) em ações estratégicas de inteligência em saúde ou ‘para a saúde’.

Essa pré-classificação dos três grupos é puramente didática, visto que nos três grupos os autores estão cientes das limitações das ações públicas isoladas, sob quaisquer dos três enfoques. Particularmente no terceiro grupo, os autores estão conscientes de que as ações isoladas dos programas de transferência de renda não são capazes de reverter situações estruturais de pobreza e desigualdade; como também no texto específico *Segurança humana e inteligência em saúde* não se vislumbra, a meu juízo, a diluição do sistema de saúde pública no interior do sistema de inteligência, mas, ao que parece, uma nova estruturação do planejamento em saúde, tendo em vista enfrentar peculiares e multiformes situações de graves riscos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares (QBRN) à saúde pública.

2. EXPOSIÇÃO SINTÉTICA SOBRE OS TEXTOS APRESENTADOS

2.1 Enfoque histórico-estrutural

O primeiro grupo de trabalhos contém os seguintes textos:

- i) *Tendências recentes das políticas sociais na América Latina*, de autoria do D.r Félix Rígoli, da USP;
- ii) *Sistemas de saúde na América Latina no século XXI*, de autoria dos pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Uerj D.r Eduardo Levcovitz e D.ra Maria Helena Costa Couto;
- iii) *Tendências do mercado de trabalho na América Latina: do desenvolvimentismo ao fracasso liberal*, de autoria dos pesquisadores D.r José Celso Cardoso, do Ipea, e M.e José Carlos dos Santos, da Universidade Federal de São Carlos.

Não obstante as diferenças de enfoque desses três citados trabalhos, o fator comum a todos é o diagnóstico da desigualdade estrutural das

condições socioeconômicas latino-americanas como determinante negativa das condições de saúde e bem-estar geral da população.

O primeiro trabalho assume isso explicitamente desde a introdução – a desigualdade socioeconômica como causa eficaz das condições de saúde. Dessa constatação, infere que somente sistemas públicos universais, fundamentados em direitos e provisionados nos orçamentos públicos com recursos que se aproximem de um padrão internacional de 6% do PIB, poderiam efetivamente atuar revertendo algumas condições estruturais e alguns fatores causais responsáveis pelos agravos sociais à saúde humana.

O autor faz as devidas diferenciações conceituais dos *sistemas universais* fundamentados em direitos sociais, distinguindo-os da *cobertura universal*, baseada em múltiplos avanços público-privados do atendimento, e do *acesso universal* (100%) a alguns atendimentos específicos em saúde pública.

O que se conclui do texto, para praticamente todos os países analisados, mesmo para o caso específico do Brasil, com seu sistema público universal desde os anos 90 do século passado, é que persistem as desigualdades estruturais – conquanto mitigadas pelo SUS no caso brasileiro, ainda que de maneira insuficiente, até por visíveis sinais de subfinanciamento do sistema, para reverter as desigualdades sociais a partir das ações de saúde. O próprio subfinanciamento do sistema, que em última instância desfigura-o de suas pretensões universais, é consequência da própria desigualdade econômica, que se estaria tentando reverter.

O segundo trabalho citado deste primeiro grupo – *Sistemas de saúde na América Latina no século XXI* – parte de uma análise histórica da montagem dos sistemas previdência social e de saúde pública na América Latina desde os anos 20 até os anos 80/90, do século passado, para caracterizá-los sob três aspectos de desigualdade: 1) segregação e estratificação populacional (classe, renda, condição profissional), associados ou não aos sistemas previdenciários estatais; 2) segmentação da população em grupos com diferentes condições de acesso a serviços; 3) fragmentação operacional, com superposição de ofertas de serviços e/ou descoordenação de estabelecimentos assistenciais.

Movimento contrário a essa tendência histórica se deu nos anos 80 e 90 do século passado, com as reformas sanitárias da época ou anteriores, de inspiração universalista no Brasil e na Costa Rica e/ou socialista em Cuba e na Nicarágua, beneficiadas posteriormente por uma “maré rosa” de

governos do centro-esquerda no período 2000/2015. Mas tal movimento já vinha sendo constrangido pelas iniciativas, pelos programas de focalização na linha de pobreza e de subfinanciamento institucional e por claros sinais de retorno aos padrões de desigualdade e pobreza, anteriores à chamada “maré rosa” latino-americana. Disso nos dão conta a piora dos indicadores, a partir de 2015/18, de pobreza e desigualdade, que, conquanto implícitos na argumentação do autor, não estão explícitos no referido trabalho.

O terceiro trabalho, de autoria de José Celso Cardoso e José Carlos dos Santos, *Tendências do mercado de trabalho na América Latina: do alento desenvolvimentista ao fracasso liberal*, muda o foco relativamente para os sistemas de saúde, porque trata dos mercados de trabalho. Mas o enfoque histórico-estrutural e o diagnóstico da heterogeneidade estrutural do mercado de trabalho e da dependência externa dos sistemas econômicos latino-americanos são cruciais para a tipologia que estabelece, muito útil à percepção dos diferentes estilos de política pública:

- a) países de desenvolvimento capitalista dependente e regulado, com heterogeneidade estrutural moderada;
- b) países de desenvolvimento capitalista dependente e naturalizado, com heterogeneidade intermediária;
- c) países de desenvolvimento capitalista dependente contestado, com heterogeneidade estrutural severa.

Há uma dialética implícita nessa tipologia, demarcada, por um lado, pelos graus de dependência externa e heterogeneidade estrutural do mundo do trabalho, e, por outro, pelas formas de autoafirmação nacionais tendentes a contraditar as formas da dependência e da desigualdade.

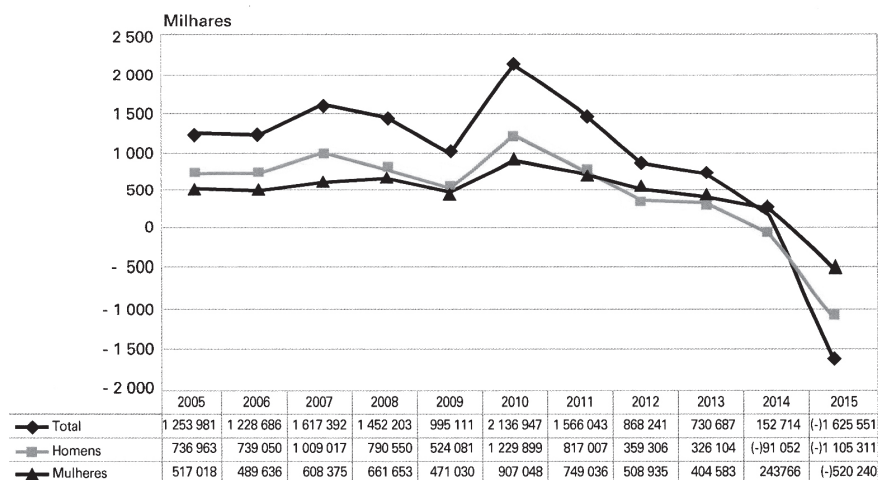
Essa tipologia é utilizada para caracterizar os mercados de trabalho regionais, todos eles demarcados por diferentes formas de heterogeneidade estrutural, seja sob o enfoque das reformas neoliberais das relações de trabalho (Brasil e Argentina atuais), seja sob o peso do bloqueio externo a que são submetidas as experiências de contestação externa (Venezuela). Aparentemente o tipo “a” – de desenvolvimento dependente e regulado, que experimentou um ciclo favorável nos anos 2000/2014 – estaria esgotado,

provocando no presente indicadores exacerbados de desemprego e desproteção social.

Da análise da tipologia sobre dependência e heterogeneidade no mundo do trabalho, cujo indicador maior é o da formalização das relações de trabalho como sinalizador da proteção social pelo Estado, conquanto não se apresentem as estatísticas internacionais comparáveis, há indicações visíveis e indiretas da piora de situações em todos os países.

O caso do Brasil é típico para a região. Depois de atingir um ápice de formalizações das relações de trabalho até 2013, com cerca de 2/3 da população economicamente ativa (PEA) regulada por relações de trabalho protegidas, o sistema regrediu rapidamente no período 2015/2018 para altas taxas de desemprego aberto, de 12 a 13% da PEA e/ou altas taxas de informalidade, retroagindo em poucos anos a níveis do início dos anos 2000, quando apenas 43% da PEA estava formalizada (ver Tabela 2, anexa, conforme IBGE, 2016). Essa situação é marcada no período mais recente pelo intenso processo de desformalização da mão de obra, revelada, no Brasil, pelo Cadastro Geral de Emprego Desemprego (Caged) até 2017 (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Saldo de movimentação de empregados no mercado de trabalho formal, segundo o sexo – Brasil – 2005-2015



Fonte: Ministério do Trabalho, Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – Caged.

2.2 Enfoque do acesso e do desempenho a sistemas políticos sociais

O segundo bloco de trabalhos analisados adota o critério do acesso a sistemas de política social, como a previdência social, e o acesso (e desempenho) à educação básica como critérios implícitos ou explícitos de melhoria da igualdade social. Os textos são respectivamente: 1) *Tendências da seguridade social na América Latina*, dos pesquisadores do Ipea Leonardo Alves Rangel e Matheus Stivalli; 2) *Evolução do acesso e da qualidade da educação básica na América Latina na década de 2010*, também de pesquisadores do Ipea – Paulo Roberto Corbucci e Regina Célia Corbucci.

O primeiro texto procura utilizar as noções de cobertura dos trabalhadores ativos nos sistemas previdenciários, por um lado, e, por outro, a cobertura dos inativos (idosos) amparados por sistemas previdenciários ou assistenciais, como indicadores de seguro contra riscos incapacitantes ao trabalho. A primeira categoria os autores denominam de “seguro contra contingências e suavização do consumo”. O enfoque empírico dessa cobertura, ativa entre 2000/2015, para três anos específicos – 2000, 2006 e 2015 –, para assalariados e não assalariados, revela expressiva elevação da filiação previdenciária em todos os 16 países da região apresentados, segundo a fonte citada (Banco Interamericano de Desenvolvimento). Mas a evidência de um ciclo de desfiliação previdenciária a partir de 2015 não é captada, nem analisada, haja vista a aderência empírica/análítica predominante do texto até 2015.

Por sua vez, os dados de cobertura na velhice, que se socorrem fortemente de ações assistenciais, são também crescentes na maioria dos países, basicamente pelo acesso a benefícios similares ao Benefício da Prestação Continuada brasileiro, sem vínculo com a previdência social, mas com alguma vinculação às condições da pobreza.

Por último, a não distinção conceitual dos três sistemas previdenciários – Previdência Social, Previdência de Serviço Público e Previdência Complementar Privada – e sua correlata configuração empírica dificulta o entendimento do próprio significado do acesso e de sua potencial caracterização no sentido da melhoria de igualdade e/ou da seguridade social, explícita no título do trabalho. Voltaremos a essa questão na seção III.

O segundo trabalho, por sua vez, faz a análise do acesso e da qualidade da educação básica como critérios de melhoria da igualdade social e, de forma geral, utiliza-se de dados até 2015, excepcionalmente até 2016.

Por sua vez, os indicadores de acesso à educação básica revelam, de maneira geral, clara ampliação da cobertura entre 2000/2013, tendência que se mantém mesmo até 2016 para todas as faixas etárias, todos os níveis socioeconômicos dos estabelecimentos, a escola pública e privada, com poucas exceções pontuais – apenas na última faixa etária (14-17 anos), em alguns países.

Ademais, os níveis de acesso escolar e a frequência escolar alcançada com relação à população alvo, na faixa dos 90% ou mais, nos países mais populosos – Brasil, México, Argentina e Colômbia –, evidenciam valores próximos à universalização.

Por seu turno, os indicadores de desempenho e de qualidade do ensino, segundo respectivos índices escolares de avaliação, conquanto indiquem resultados menos firmes, comparativamente ao movimento do acesso escolar, não apontam piora da qualidade nos índices padronizados de desempenho em matemática e língua nacional.

Não há informação empírica dos dois últimos anos – 2017 e 2018 –, nem dos efeitos da crise econômica sobre o sistema educacional.

A avaliação empírica é claramente corroborativa de melhoria na igualdade social. A ampliação do sistema educacional é associada ao movimento do crescimento econômico, puxado pelo boom das commodities, mas os efeitos da reversão desse ciclo ou não aparecem nos dados ou não se revelam negativamente associados.

2.3 Formas autônomas de política social – focalizadas na linha de pobreza e na inteligência em saúde

Os dois trabalhos deste terceiro bloco estão elaborados de certa forma autônoma com relação aos sistemas de política social analisados nos blocos anteriores – saúde, educação, previdência social, assistência social e relações de trabalho. As ações políticas se apresentam autônomas, mas são complementares às políticas sociais organizadas em sistemas de atendimento, e estão objetivadas em focalizações, ora na linha da pobreza, ora na inteligência em saúde:

1 *Tendências atuais dos programas de transferência de renda condicionada*, de autoria da D.ra em Administração Pública e Governo pela FGV-EAESP Tatiana Lemos Sandim;

2 *Segurança humana: inteligência em saúde informada por evidências científicas e recursos humanos*, de autoria do D.r Ulysses de Barros Panisset, professor de Medicina Preventiva da UFMG.

O primeiro trabalho realiza uma espécie de identificação geral de uma categoria de programas – denominada de Transferência de Renda Condicionada –, focalizada até a linha de pobreza, muito fomentada e recomendada pelo Banco Mundial aos países latino americanos, por mais de duas décadas.

Objetivos, finalidades declaradas, variabilidades desses Programas de Transferência Condicional de Renda (PTCRs) desde os anos 90 estão devidamente registrados.

A informação provavelmente mais significativa e comparativa para uma lista de 16 PTCRs em 16 países de região aparece em um gráfico síntese (no caso, o Gráfico 1, intitulado Investimento anual por % do PIB/país).

A proporção dos recursos envolvidos varia no período considerado (2003/2016) de 0,2% a 0,5% do PIB, exceto no Brasil, que, com seu Bolsa Família, gastou acima de 0,5% do PIB entre 2007/2016, embora essa proporção nunca tenha atingido um ponto percentual.

A cobertura da população envolvida varia fortemente, de um máximo de 25 a 30% da população, no caso de países como Brasil, México e República Dominicana, para médias fortemente concentradas na faixa de 5 a 10% da população, no caso da maioria dos países da região.

A conclusão da autora destaca, ao mesmo tempo, a necessidade de manutenção dessa categoria de programas e a insuficiência desses programas isolados, no sentido de melhoria da distribuição da renda e da própria redução sustentada da pobreza.

Isso posto, recupera a ideia dos sistemas de política social como condição à própria eficácia dos PTCRs, cujas condicionalidades para o acesso educacional e/ou para a saúde pública pressupõem a funcionalidade e eficácia desses sistemas.

A autora tem consciência – e valoriza claramente no seu texto – da integração desses PTCRs no âmbito dos sistemas integrados de proteção social.

Uma segunda abordagem deste bloco, a de inteligência em saúde como resposta a graves desafios à segurança humana, é o texto final deste bloco.

O texto não está apresentado como os demais, com subdivisões formais que nos permitam identificar didaticamente problemas, conceitos e métodos utilizados na análise e nas conclusões finais do texto.

De qualquer forma, fazendo uma interpretação do texto, diria que há uma introdução implícita (página 1 até o 1º parágrafo da página 2), na qual o autor identifica macroproblemas em saúde pública oriundos de novos riscos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares, denominados QBRN. Esses riscos têm implicações multiformes sobre o conceito de segurança humana, que irá aparecer em uma espécie de approach conceitual (p. 2).

A natureza desses riscos e do agravo multiforme, que afetam a saúde humana de forma massiva, denominados de riscos QBRN, justificaria a formatação e o controle de ações estratégicas da inteligência em saúde (p. 4 e 5).

Essas ações estratégicas, a exemplo de operações preventivas ou corretivas em eventos, tais como as Olimpíadas e a Copa do Mundo, ou ainda as ações preventivas – epidemiológicas, acidentárias ou mesmo de contaminações químicas produzidas na rotina dos sistemas econômicos – dependeriam de um certo planejamento estratégico de inteligência na saúde.

O texto não é claro sobre a abrangência desse planejamento, mas aparentemente não se aplicaria à rotina de planejamento do sistema de saúde pública – talvez a algumas ações com implicações na segurança humana, sob o enfoque dos riscos QBRN. Esse planejamento estaria sob a direção política da autoridade central. É para atuar em todas as dimensões detectadas, em todo território sob ameaça. Não há exemplificação mais concreta dessa interação inteligência-saúde no sentido funcional-administrativo nem do contexto explícito dos riscos específicos a que o autor se refere.

Provavelmente, a exposição verbal e a interação com o público complementarão o texto apresentado. Voltaremos ao trabalho específico na seção III.

3. INTERPRETAÇÃO DO CONJUNTO DAS ABORDAGENS COM COMPLEMENTAÇÕES DO AUTOR

As principais teses lançadas nos três diferentes enfoques em que dividimos os trabalhos apresentados contêm, como não poderia deixar de ser, fatores de

complementariedade, como também de contradição, para enfrentar a questão implícita no título do trabalho: o sentido da ação pública nas sociedades desiguais da América Latina para enfrentar as condições de saúde de suas populações.

Sob o prisma do enfoque histórico-estrutural, os sistemas universais de saúde pública, conquanto mais eficazes para atender a maioria da população excluída dos circuitos da medicina privada, dependem de uma base de financiamento público permanentemente sob ataque dos interesses dominantes da economia política desigual.

Daí que não apenas o sistema de política social, como o mercado de trabalho e as próprias concepções de desenvolvimento e equidade, são permanentemente ameaçados por “reformas” contraditórias à ideia-força da equidade. Isso implica uma espécie de rotação permanente dos estilos de desenvolvimento para a tipologia da naturalização da desigualdade.

Mas o que de certa forma fica implícito na análise dos sistemas de caráter universal em saúde é o pressuposto da vigência de uma ordem democrática, condição de possibilidade à manutenção desses sistemas e à garantia de suas formas de gestão e financiamento, atendentes às necessidades básicas, com aportes de financiamento público, que precisam crescer e nunca congelar ou decrescer em toda a região. Essa questão, que afeta muito mais uma verdadeira sanidade das finanças públicas, está claramente invertida no debate de política econômica do chamado ajuste fiscal. Daí o permanente risco das políticas sociais fundadas em princípios do desenvolvimento humano ou na teoria das necessidades básicas da população virarem motivos de ataque ou descrédito no debate político.

Por sua vez, as teses do acesso e do desempenho dos outros sistemas públicos de proteção social – educação básica e previdência social – estão também sob duplo ataque: do subfinanciamento desses sistemas de direitos sociais e das “reformas” tendentes à “mercadorização” ou mitigação dos direitos de cidadania.

No caso da educação básica, parece haver maior consenso sobre as melhorias de equidade, associadas a acesso e desempenho. E aqui a ligação dessa tese com a melhoria das condições de vida e saúde da população é indireta, mas incontestável.

Por sua vez, no caso da previdência social, cuja função principal é a de atender situações de riscos incapacitantes ao trabalho, a ligação com as condições de saúde e bem-estar geral da população é direta.

Mas como a base de financiamento público para atender em escala universal uma previdência social fundada em princípios de proteção social requer aportes de orçamentos públicos nunca inferiores àqueles necessários à saúde universal, entra-se no jogo nada saudável do conflito distributivo das finanças públicas. Discursos e práticas dos ajustes fiscais são aqui, em primeiro lugar, muito mais de restrição administrativa para o exercício do direito na rotina do sistema e, em segundo lugar, na linha das reformas de caráter privatizante ou ultrarrestritivas à previdência social universal.

Nesse ponto, é preciso esclarecer o leitor de que há três subsistemas previdenciários, e não apenas uma previdência genérica, dos quais apenas a previdência social, que, no Brasil, tem o nome de Regime Geral de Previdência Social, tem função explícita de promoção da equidade social, na linha dos conceitos da OIT de Seguridade Social (Convenção 102/1952).

Os demais sistemas – Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) dos servidores públicos e Regime de Previdência Complementar privada, nomes próprios do Brasil, mas encontráveis nos demais países da América Latina – não se enquadram no conceito de previdência social segundo conceito amplo da OIT:

Proteção que a sociedade provê aos seus membros mediante uma série de medidas públicas para compensar a ausência ou substancial perda de renda do trabalho resultante de várias contingências, notadamente doença, maternidade, acidente de trabalho, desemprego, invalidez e idade avançada e morte do cônjuge, para prover as famílias com assistência à saúde e benefícios para famílias com filhos (2012, p. 3).

Os demais sistemas citados (RPPS) estão ligados às formas peculiares que cada Estado tem de tratar suas burocracias nos conceitos próprios dos denominados estamentos burocráticos. E, por sua vez, a previdência privada, no conceito e nas formas existentes na América Latina, nada tem a ver com a previdência social, funcionando como sistema de poupança financeira complementar, de contribuição definida para os entes públicos e privados, mas sem benefícios definidos no geral.

Isso posto, para ligar a ideia do acesso ao sistema e/ou da eficácia dos seus benefícios à igualdade social e às condições gerais em saúde, essa ligação

precisaria ser feita a partir da previdência social, e não da genérica noção de previdência, que carrega fatores de desigualdade endógenas, merecedores de análise específica, mas que já fogem aos objetivos deste trabalho.

Por último, uma interpretação e complementação do último bloco, que denominamos *Formas autônomas de política social*.

Os chamados PTCRs são concebidos na sua origem – a focalização dos gastos sociais na linha de pobreza, empiricamente definida pelo Banco Mundial – como competitivos com relação aos sistemas de política social, considerados fiscalmente muito onerosos.

Aqui temos aquilo que é o cerne da disputa distributiva no que se refere às causas efetivas em jogo, para o que é preciso recorrer a algum elemento empírico esclarecedor.

Se utilizamos o conceito que o IBGE usa para os benefícios monetários das políticas sociais, acrescidos dos benefícios em espécie, segundo as noções estatísticas definidas nas Tabelas 1 e 2, veremos que, entre 2000/2013, esses benefícios variaram de 22% do PIB a 24,8% do PIB. Mesmo retirando o aporte líquido de recursos tributários para financiar os RPPSs, incluídos nessa estatística do IBGE, temos que admitir que os sistemas da política social – educação, saúde, assistência e previdência social (incluindo o seguro desemprego) –, oferecendo benefícios monetários e benefícios em espécie, complementados pelos PTCRs, oferecendo benefícios monetários, correspondem no mínimo a 1/5 do PIB, sendo o aporte do Bolsa Família brasileiro em média 0,5% do PIB. Daí que a opção conservadora é substituir a política social fundada em direitos por programas focalizados na linha de pobreza. E isso está no cerne da disputa por recursos fiscais.

Por outro, se fizermos a leitura distinta, de que os PTCRs cumprem papel complementar na abordagem direta dos mais pobres, provavelmente não alcançados pelo enfoque clássico de seguridade social, como faz a autora do texto analisado, temos completa concordância com o caráter complementar desses programas. Mas o enfoque conservador é claramente outro – na linha da substituição dos sistemas universais por ações focais minimalistas ou sistemas privados de prestação de serviço em vez de sistemas públicos de direitos sociais.

Finalmente, a abordagem dos novos riscos sociais, expressa pelas ameaças químicas, biológicas, radiológicas e nucleares (QBRN), e sua associação com duas abordagens distintas – inteligência em saúde e planejamento

estratégico centralizado para a prevenção, correção e mitigação desses riscos – constitui uma abordagem muito relevante, mas, ao mesmo tempo, ainda preambular aos não afeitos com a complexidade do tema em questão, como o autor desta síntese.

Na abordagem do texto ora em consideração, sobre os denominados riscos QBRN, diferentemente da análise dos textos iniciais do enfoque histórico-estrutural, desaparecem completamente os problemas de economia política. Mas a abordagem das contaminações químicas por agrotóxicos ou por resíduos minerais passa necessariamente por um processo político, que tem pela frente interesses organizados dos complexos do agronegócio e da mineração. E, em tais condições, para realizar o planejamento estratégico em saúde para prevenir, corrigir ou coibir graves contaminações químicas nesse campo é preciso considerar o peso político e ideológico dos vários atores envolvidos nesses sistemas de agronegócio e da mineração.

De qualquer forma, o tema é relevante e as ameaças são reais e crescentes, mas as questões de formação da consciência pública são necessárias e imprescindíveis a um eficaz planejamento estratégico para a prevenção e correção dos riscos QBRN.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições de saúde, assim como as condições de vida em geral, naquilo que dependem positivamente da ação pública, entraram na América Latina, e no Brasil em particular, em fase adversa. Mesmo que a empiria de alguns indicadores estilizados ainda não revele, outros tantos já alertam sobre as reais condições de vida da população, de sorte a não nos deixar dúvidas sobre o peso degradante do desemprego e das condições de trabalho em geral.

Dos estudos específicos sobre condições de saúde, bafejadas pelo conjunto da política social de Estado, o que se pode constatar e também inferir é a crescente desmontagem desses aparatos, particularmente no Brasil, sob a tutela da EC 95/2016. Nesse contexto, a ação pública em favor da melhoria da igualdade cede espaço a outros entes sociais clássicos, como à família, à sociedade civil organizada ou explicitamente ao mercado.

Há claramente configurada uma tendência política de recuperação das receitas neoliberais nas políticas sociais, e aí o discurso de retorno às

reformas com esse perfil é claro, tendo por objeto explícito a desmontagem das institucionalidades das finanças sociais da Constituição federal brasileira, ora completando três décadas.

Mas não nos iludamos: sombras que se acumulam em perspectiva revelam o bloqueio da luz, mas não sua ausência.

Formas novas de autoproteção social, resiliência social, reconstrução e inovação de estruturas que vinham sendo demolidas há anos certamente vão nos cobrar novas formas de fazer política social.

Por outro lado, a experiência histórica revelada pelo conjunto de trabalhos examinados sobre os sistemas de política universais e sobre ações específicas de governo estão, por fidelidades metodológicas fortemente vinculadas a fenômenos observados, vinculadas ao passado recente, quando a emergência de uma virada cíclica ainda não aparecera claramente configurada. Mas é nessa situação e sobre ela que se colocam a maioria dos agravos às condições de saúde da população doravante.

O exercício da previsão e atuação para o futuro, face a um ciclo de economia política muito adverso à sociedade dos direitos de cidadania, clama pelo exercício de uma racionalidade dialética, mais além do enfoque racional instrumental que é típico da modernidade.

Vivemos provavelmente o declínio de um ciclo histórico, no interior do qual formas de autoproteção da sociedade humana e das forças da natureza precisam ocorrer para nos prevenir dos tentáculos da barbárie social. Aplicar tal reflexão às condições de saúde assume cores dramáticas e até trágicas, porque a antinomia da vida e da morte, ou as pulsões clássicas do movimento das forças constitutivas da vida saudável e do seu contrário – a degradação e a morte –, assumem claros sinais de idolatria na vida social, de culto a uma certa necrofilia, também expressa em termos teológicos e políticos como cultura da morte ou idolatria dos deuses da morte.

A vida saudável em toda a dimensão de uma verdadeira antropologia unitária e integral – física, psíquica e espiritual – é certamente um desafio que escapa à abordagem estritamente científica dos sistemas de atuação da ação pública sobre as condições de saúde, que é o tema desta coletânea, e que, portanto, não nos compete aqui abordar. Mas não nos esqueçamos da unidade fundamental antropológica do ser humano, até mesmo para entender os movimentos aparentemente inexplicáveis da história.

REFERÊNCIAS

DELGADO, G. C. **Terra, Trabalho e Dinheiro**: regulação e desregulação em três décadas da CF de 1988. São Paulo: Ed. Loyola, 2018. no prelo.

IBGE. **Censo Demográfico 2000** – Mão de Obra. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. **Censo Demográfico 2010** – Trabalho e Rendimentos. Resultados da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais** – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

OIT. **Social Security and Food Security** – Successful Policy Experiences in Brazil. ESS Paper n. 30, Working Paper. Geneva: Social Security Department, 2012. (de autoria de DELGADO, G. C.).

ANEXO ESTATÍSTICO

Tabela 1. Benefícios sociais monetários às famílias e benefícios em espécie conforme % do PIB do conjunto da política social, Brasil – 2000/2009

Benefícios	Anos							
	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Renda interna bruta	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1. Benefícios sociais monetários (%)	13,59	15,09	14,59	14,98	15,46	15,28	14,91	15,65
2. Benefícios em espécie (%)	8,44	8,38	8,22	7,94	8,39	8,41	8,53	9,12
Total (1 + 2) %	22,13	23,47	22,81	22,92	23,85	23,69	23,44	24,77

Fonte: IBGE – Sistemas de Contas Nacionais – 2005/2009.

Tabela 2. Benefícios sociais monetários às famílias e benefícios em espécie conforme % do PIB do conjunto da política social, Brasil – 2010/2013

Benefícios	Anos			
	2010	2011	2012	2013
PIB	100,00	100,00	100,00	100,00
1. Benefícios monetários (%)	14,64	14,74	15,01	15,23
2. Benefícios em espécie (%)	9,10	9,19	9,08	9,54
Total (1 + 2)	23,74	23,93	24,09	24,77

Fonte: IBGE – Sistema de Contas Nacionais – 2014/2013.

Tabela 3. Setores formal e informal de mercado de trabalho, nos censos demográficos de 2000 a 2010 (% da PEA)

Benefícios	Anos		Pnad/Caged 2015/17
	2000	2010	
1. Setor formal (trabalho filiado à previdência pública)	43,1	55,7	Diminui rapidamente
2. Setor informal	54,4	40,9	Aumenta
Total (1 + 2)			

Fonte: IBGE, 2004, 2012.

Nota: Os conceitos formal e informal aqui utilizados têm ligação com relação de trabalho e previdência pública (DELGADO, 2018).

JOSÉ CELSO CARDOSO JR.

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS

TENDÊNCIAS DO MERCADO DE
TRABALHO NA AMÉRICA LATINA:
DO ALENTO DESENVOLVIMENTISTA
AO FRACASSO LIBERAL

Doutor em Desenvolvimento pelo Instituto de Economia da Unicamp,
PhD em Governo e Políticas Públicas pelo Instituto de Gobierno y
Políticas Públicas da Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha.
Desde 1997, é técnico de Planejamento e Pesquisa do Ipea.

Bacharel e licenciado em Ciências Sociais (PUC-SP, 2008), especialista
em Estado, Governo e Políticas Públicas (UnB, 2012), mestrando em
Ciência Política (Programa de Pós-Graduação em Ciência Política,
Universidade Federal de São Carlos, 2018).

TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO NA AMÉRICA LATINA: DO ALENTO DESENVOLVIMENTISTA AO FRACASSO LIBERAL

JOSÉ CELSO CARDOSO JR.
JOSÉ CARLOS DOS SANTOS

1. INTRODUÇÃO: DEPENDÊNCIA ESTRUTURAL X AUTOAFIRMAÇÃO NACIONAL

A história da América Latina tem sido marcada, de modo geral, pela disjuntiva crítica dependência com heterogeneidade estrutural x autoafirmação nacional. De um lado, reiteram-se, ao longo do tempo, traços estruturais de: i) dependência econômica, sobretudo de ordem financeira e tecnológica, que repercutem em padrões de produção e consumo derivados dos padrões dominantes em âmbito internacional, mas dificilmente extensivos à totalidade das respectivas estruturas produtivas domésticas e de suas populações; e ii) dependência política, que oscilam entre uma maior ou menor sensação de independência relativa frente aos EUA, país que efetivamente controla o tabuleiro geopolítico latino-americano.

De outro lado, por sua vez, atores sociais e vozes nacionais de diversos matizes vêm se alternando no tempo, com maior ou menor presença e altivez (em termos de peso político local e ocupação de espaços simbólicos), em busca de apoio popular e razões (econômicas, sociais, políticas e culturais) para contrabalançar as notórias tendências de subordinação e dependência externa, fazendo jus aos apelos por maior liberdade política e autonomia econômica para reivindicar e construir modelos alternativos de desenvolvimento, mais bem alinhados a projetos emancipatórios e de autoafirmação nacional.

Tudo somado, é claro que o pêndulo dessa disjuntiva crítica tem historicamente pendido para o lado da dependência estrutural latino-americana,

frente à universalização do capitalismo liberal-conservador como modo de produção e consumo dominante na região, ao mesmo tempo que frente à tutela (e, por vezes, imposição) dos sucessivos governos estadunidenses relativamente aos modelos políticos (autoritários ou comedidamente democráticos) tidos como aceitáveis do ponto de vista do império.

Isso significa que o desempenho social latino-americano tem sido função de uma combinação variável, país a país, entre uma dinâmica capitalista mais ou menos dependente, de um lado, e, de outro, uma dominação ideológica igualmente variável em termos políticos e culturais. Portanto, é sob esse arranjo institucional mais geral que se podem observar os casos nacionais específicos e as suas variações endógenas.

Nesses anos 2000, por exemplo, é possível constatar a existência de ao menos três variantes regionais, conforme mostra o Quadro 1 a seguir, a saber: i) países como Brasil, Uruguai e Argentina apresentaram, sobretudo até a crise internacional iniciada em 2008, trajetórias de desenvolvimento capitalista dependente, porém minimamente regulado pelos respectivos Estados nacionais; ii) países como Colômbia, México e Chile, por sua vez, teriam partilhado um tipo de desenvolvimento capitalista dependente e naturalizado pela supremacia explícita do mercado; e iii) países como Venezuela, Bolívia e Equador teriam compartilhado um tipo de desenvolvimento capitalista dependente, porém contestado por tentativas nacionais específicas de enfrentamento e construção de alternativas próprias à dependência estrutural e à dominação ideológica em curso (GARCIA; CALVETE, 2015).

Quadro 1. América Latina – grupos de países segundo o tipo de dependência capitalista, anos 2000

Desenvolvimento capitalista dependente e regulado	Desenvolvimento capitalista dependente e naturalizado	Desenvolvimento capitalista dependente e contestado
Brasil, Uruguai, Argentina	Colômbia, México, Chile	Venezuela, Bolívia e Equador

Fonte: Elaboração e adaptação livre dos autores, a partir de Garcia e Calvete (2015).

Sob a classificação acima, é possível reagrupar as diversas realidades latino-americanas, considerando a posição relativa de cada país de acordo

com o grau de heterogeneidade estrutural de suas economias, medida segundo metodologia e tipologia de classificação proposta em estudos da Cepal (INFANTE, 2011; CEPAL, 2012b), de onde retiramos o Quadro 2.

Quadro 2. América Latina – grupos de países segundo o grau de heterogeneidade estrutural, anos 2000

Heterogeneidade estrutural moderada	Heterogeneidade estrutural intermediária	Heterogeneidade estrutural severa
Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguai	Brasil, Colômbia, Panamá, Venezuela	Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana

Fonte: Elaboração e adaptação livre dos autores, a partir de Infante (2011).

De acordo com essa classificação, vê-se que nos países latino-americanos a incorporação e difusão interna de progresso técnico não têm se dado de forma generalizada ou homogênea. Isso significa que o grau de heterogeneidade estrutural – vale dizer, as diferenças entre os diversos estratos produtivos em termos de produtividade total dos fatores de produção, assim como a importância das atividades que realizam e a quantidade de empregos que geram – é mais elevado justamente nos países com baixa capacidade de produção e difusão tecnológica, como consequência da precariedade dos vínculos e encadeamentos produtivos entre os setores econômicos existentes.

Por óbvio, o grau de heterogeneidade estrutural das economias está relacionado com o desempenho econômico e social dos países. Dessa forma, a heterogeneidade de um país será tanto mais elevada quanto maior a proporção de trabalhadores ocupados em atividades de baixa produtividade agregada e vice-versa. A consequência dessas dinâmicas produtivas diferenciadas é que tanto o PIB per capita como o PIB por trabalhador ocupado tendem a ser estruturalmente menores e mais instáveis em países mais heterogêneos.

De ambas as formas de olhar e classificar os países latino-americanos sugeridas acima, vê-se então que tanto a dinâmica econômica capitalista quanto a atitude político-institucional de cada um importam para explicar

suas trajetórias históricas e seu desempenho agregado no pêndulo entre a dependência estrutural e a autoafirmação nacional, tal qual sugerido pelo Quadro 3 a seguir.

Quadro 3. América Latina – grupos de países segundo a relação dependência x heterogeneidade

	Heterogeneidade estrutural moderada	Heterogeneidade estrutural intermediária	Heterogeneidade estrutural severa
Desenvolvimento capitalista dependente regulado	Argentina, Uruguai	Brasil	-
Desenvolvimento capitalista dependente naturalizado	México, Chile, Costa Rica	Colômbia, Panamá	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana
Desenvolvimento capitalista dependente contestado	-	Venezuela,	Bolívia, Equador

Fonte: Elaboração e adaptação livre dos autores, a partir de Infante (2011) e Garcia e Calvete (2015).

Com base nessa disjuntiva é que o restante deste artigo se organiza. Depois dessa breve introdução, a seção 2 fundamenta a hipótese central do estudo, a seção 3 descreve o comportamento recente de algumas das principais variáveis do mercado de trabalho para a América Latina, a seção 4 o faz em termos das reformas trabalhistas levadas a cabo desde a década de 1990 e as seções 5, 6 e 7 detalham a situação latino-americana a partir de questões suscitadas pelos vetores da (in)formalização, (des)proteção social e concentração versus distribuição de renda nas fases desenvolvimentista e liberal já vivenciadas neste século XXI. Por fim, nas considerações finais, apontam-se caminhos para uma possível mitigação da crise atual em meio à disjuntiva dependência estrutural x autoafirmação nacional dos povos latino-americanos.

2. TRAÇOS DE DEPENDÊNCIA E HETEROGENEIDADE NO MUNDO DO TRABALHO LATINO-AMERICANO

Tem razão Leite (2012, p. 118) quando afirma que “diferentemente das previsões mais otimistas professadas especialmente pelos defensores dos princípios neoliberais e pelos seguidores do pensamento único, a globalização não foi a solução para todos os problemas. Ao contrário, ela aportou uma infinidade de novos problemas, inclusive aos países desenvolvidos”. Isso significa que tanto a dependência capitalista como a heterogeneidade estrutural aumentaram nos países latino-americanos nos últimos anos, “dificultando análises voltadas ao seu conjunto” (Ibid., p. 119).

De um lado,

a realidade dos países do Mercosul contrasta fortemente em termos sociais com a de países que seguem trilhando o modelo neoliberal, como o Chile (onde a concentração de renda vem aumentando significativamente), a Colômbia (que vive um processo contínuo de precarização social e do trabalho) e, sobretudo, o México, que em virtude de sua dependência em relação aos Estados Unidos, vem vivendo um intenso processo de desestruturação do mercado de trabalho. (Ibid., p. 119).

De outro lado,

diferentemente do que sempre apregoou o ideário neoliberal, essas reflexões apontam para a centralidade do papel dos Estados nacionais na elaboração e implementação de políticas que podem ser fundamentais para o destino dos países da América Latina. Com efeito, foi a intervenção deliberada do Estado, ao buscar políticas alternativas às propugnadas pelo Consenso de Washington, que permitiu a inflexão do modelo de desenvolvimento e do quadro de desestruturação do mercado de trabalho vivenciado pelos países do Mercosul ao longo dos anos 90. (Ibid., p. 119).

Em concordância com a autora citada, Cardoso Jr. e Campos (2013, p. 115) também já haviam afirmado que,

depois de pelo menos duas décadas (1980 e 1990) de grande instabilidade política, fortes oscilações econômicas e deterioração social marcante em praticamente todos os países da América Latina, a primeira década finda dos anos 2000 trouxe novo alento para a região, nessas dimensões político, econômico e social. Talvez não tenha sido coincidência o fato de que, após a grande onda neoliberal com seu pacote uniforme de reformas liberalizantes ter gerado resultados pífios do ponto de vista econômico, certa mudança de orientação político-institucional à esquerda do espectro eleitoral tenha conseguido, em meio a ambiente externo extremamente favorável para a região, conciliar a manutenção da estabilidade de preços com a retomada de taxas de crescimento econômico algo superiores à média do período 1980-2000.

Essa conjugação de fatores, que no texto citado chamamos de democratização com certa esquerdização de posições político-institucionais, aliada à compatibilização entre retomada de certo crescimento econômico com manutenção da estabilidade inflacionária, praticamente por toda a primeira década de 2000, é que teria permitido o arrefecimento ou mesmo a reversão de tendências sociais deletérias às populações desses países. Em especial, cumpre destacar o movimento algo pujante de reestruturação do mercado laboral em praticamente toda a América Latina, movimento que esteve associado a fenômenos ligados à recuperação da ocupação em geral da força de trabalho, à formalização dos vínculos empregatícios e ao aumento mais que proporcional das remunerações da base da pirâmide social, com a consequente melhoria distributiva no interior da classe que vive do trabalho (Ibid.).

Tem-se então que, do alento desenvolvimentista praticado na primeira década de 2000 à reiteração do fracasso liberal já evidente durante a década de 1990 e progressivamente em voga no continente desde, sobretudo, a crise internacional (financeira e produtiva) de 2008, os países da América Latina estão vendo suas economias oscilarem mais uma vez da autoafirmação nacional à dependência e heterogeneidade estrutural.

Com vistas a fundamentar empiricamente a assertiva anterior, o restante do texto percorrerá estudos técnicos de autores e organizações internacionais, tais como OIT e Cepal, de modo a contextualizar e problematizar o momento situacional atual das sociedades latino-americanas, sem descuidar das especificidades nacionais mais evidentes.

3. PANORAMA DO COMPORTAMENTO LABORAL NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

Em termos conjunturais, de acordo com o Panorama Laboral da OIT referente ao ano de 2017 (OIT, 2017), a taxa de desocupação regional média continuou crescendo, pelo terceiro ano seguido, passando agora a 8,4%, puxada sobretudo pela deterioração econômica e laboral do Brasil.

Enquanto em 2016 a desocupação aumentou em 13 dos 19 países estudados, em 2017 isso aconteceu “apenas” em 9 dos 19 países. Fruto da dinâmica econômica dependente e da elevada heterogeneidade estrutural intra e entre países, é claro que a taxa de desocupação apresenta níveis e desempenhos bastante díspares em função das sub-regiões que se estuda. Por isso, as taxas mais elevadas têm sido observadas no Cone Sul, onde a taxa sub-regional média saltou de 10,7% em 2016 a 11,9% em 2017. Eliminando o peso negativo que o Brasil vem exercendo sobre a região, tem-se na verdade uma pequena redução de 8,5% a 8,2% no Cone Sul.

Redução também ínfima foi observada nos países andinos, de apenas 0,1%. Redução um pouco maior foi registrada para o conjunto de países da América Central e México, de 4,5% em 2016 a 4% em 2017. No Caribe, a desocupação reduziu de 7,8% a 7,4% no mesmo biênio, mas seu patamar está mais próximo do Cone Sul que da América Central e do México.

Com relação às estatísticas de gênero, o Panorama Laboral informa que a desocupação aumentou tanto entre as mulheres como entre os homens, mantendo-se, ademais, as distâncias entre ambos. Entre 2016 e 2017, a taxa de desocupação das mulheres aumentou de 9,9% a 10,4%, enquanto no caso dos homens a desocupação passou de 7,2% a 7,6%. Mas mais significativo e preocupante é o fato de que, pela primeira vez nesta década, a taxa de desocupação feminina ultrapassou a casa dos dois dígitos, mantendo-se acima da taxa verificada para os homens em cerca de 1,4 vez.

Em termos etários, observa-se que a desocupação juvenil segue crescendo na média regional: de 18,9% em 2016 a 19,5% em 2017. Em termos práticos, isso significa que um em cada cinco jovens busca e não encontra trabalho, o que equivale a um contingente aproximado de 10,2 milhões de jovens sem ocupação atualmente no continente. Também em relação a esse ponto, cabe notar que o Brasil vem contribuindo negativamente com os resultados gerais agregados.

Como consequência desse conjunto de fenômenos listados acima, são claras as tendências que sugerem uma piora qualitativa nos empregos gerados, pois tem havido uma menor geração de empregos nos setores formais assalariados e protegidos (que baixou de 65,3% em 2013 a 63,4% em 2016), cuja contrapartida tem sido uma maior criação de empregos por conta própria (que passaram de 21,6% a 23,6% no mesmo período). Novamente, cabe notar que essa situação vem sendo pior nos países da América do Sul (puxada negativamente pelo Brasil) do que nos da América Central e no México.

Como se sabe, essa heterogeneidade produtiva se manifesta no fato de que a indústria, que gera empregos de melhor qualidade em termos de estabilidade, remuneração e proteção social, é o setor que mais vem sofrendo efeitos negativos da crise internacional e da dinâmica econômica altamente dependente e volátil presente na maior parte dos países latino-americanos. Por outro lado, os setores de comércio e serviços de baixa produtividade são justamente aqueles que mais empregam força de trabalho menos qualificada e justamente os setores que mais vêm crescendo em participação na composição do emprego regional.

Por fim, em termos remuneratórios, olhando dados em um horizonte temporal mais largo, é possível entender porque a primeira década de 2000 vinha sendo identificada como sendo de certo alento desenvolvimentista. Entre 2005 e 2015, houve uma evolução positiva das remunerações em geral para praticamente todos os países da região, que durou até aproximadamente 2012, quando tem início, sobretudo por influência da crise internacional em vigor desde 2008 e dos ajustes nacionais internos dela decorrentes, um período de recuo remuneratório e piora distributiva (OIT, 2017).

Apesar da tendência regional de crescimento dos salários, verificaram-se diferenças marcantes em sua evolução ao nível sub-regional. Os maiores

incrementos dos salários reais foram observados no Cone Sul, seguido pelos países andinos, que tiveram aumentos próximos à média regional, enquanto que na América Central e no México os incrementos salariais estiveram abaixo da média entre 2005 e 2015. Nessa sub-região, México, El Salvador e Honduras experimentaram contrações em seus salários reais médios. Já o desempenho superior dos países do Cone Sul está relacionado aos efeitos positivos do ciclo de preços aquecidos das commodities, em par com políticas ativas de aumentos reais de salários praticadas pelos governos da região, tais como a política nacional de valorização real do salário mínimo praticada pelo Brasil entre 2007 e o golpe de 2016.

Também ajuda a explicar a diferença entre as sub-regiões o fato de que, enquanto nos países do Cone Sul e nos países andinos os salários reais no setor privado se moveram junto com os salários do setor público, na América Central e no México os salários reais do setor público aumentaram mais que proporcionalmente os salários do setor privado. Além disso, embora os salários das trabalhadoras domésticas tenham crescido em todas as sub-regiões, seguem sendo os mais baixos da escala salarial em todos os países.

Mas talvez não seja exagero afirmar que a melhoria remuneratória geral observada até a adoção de orientações novamente liberal-conservadoras na maior parte dos países, desde a difusão da crise internacional que se arrasta desde 2008 pelo continente, tenha sido tributária das melhorias significativas e generalizadas nas políticas voltadas aos salários mínimos reais.

Como é de conhecimento geral, o objetivo das legislações e políticas de salários mínimos é proteger os trabalhadores e as trabalhadoras contra pagamentos indevidamente baixos. Sua aplicação efetiva contribui, portanto, para que trabalhadores de mais baixos salários participem de forma mais equânime dos frutos do progresso técnico, razão pela qual as políticas de salários mínimos são peças importantes para trajetórias econômicas de crescimento inclusivo e redução da pobreza e das desigualdades de remuneração.

Nesses termos, houve entre 2005 e 2015 melhorias significativas e generalizadas dos salários mínimos reais no continente latino-americano, que aumentaram em média 42% no período, algo como 3,6% em termos reais ao ano. O aumento foi maior nos países andinos (4% a.a.), seguidos dos países do Cone Sul (3,8% a.a.) e da América Central e no México (3%

a.a.). Internamente às sub-regiões, vê-se que as maiores variações positivas aconteceram em Honduras, no Uruguai e na Bolívia; enquanto as menores se deram no Paraguai, no México, na República Dominicana e na Colômbia.

Adicionalmente, quando se analisam os efeitos do salário mínimo sobre as condições de pobreza, verifica-se que, apesar das melhorias identificadas, esse piso oficial de remuneração ainda é insuficiente para retirar da pobreza a maior parte dos domicílios compostos por quatro pessoas em média e que pertencem ao contingente de 50% de domicílios mais pobres em cada país. Em parte, isso se deve ao não cumprimento da legislação por parte dos empresários do setor privado; e, em parte, isso está relacionado ao nível oficial ainda muito baixo dessas remunerações.

De todo modo, não é de menor importância o efeito positivo que os salários mínimos desempenharam nas trajetórias nacionais de diminuição dos leques remuneratórios, ou seja, na melhoria distributiva observada sobretudo no interior da classe trabalhadora. Durante o período 2005-2015, houve relevante redução da brecha salarial em todas as sub-regiões do continente. No setor privado, houve quedas relativamente menores da brecha salarial nos países do Cone Sul e da América Central e no México e um leve aumento nos países andinos. Concomitante a isso, houve aumento da massa salarial e melhora nos indicadores distributivos. O maior incremento da massa salarial total se deu no Cone Sul (9,8%) e nos Andes (4,2%), enquanto que na América Central e no México a massa salarial se manteve constante em termos relativos. Em termos distributivos, por sua vez, houve redução da desigualdade de renda do trabalho em todas as sub-regiões do continente. Essa tendência, no entanto, foi persistente apenas até 2013, o que confirma a hipótese de desalento e fracasso do modelo liberal em sua (in)capacidade de manter o ímpeto e o alento desenvolvimentista dos anos imediatamente anteriores (OIT, 2017).

4. REFORMA DAS RELAÇÕES LABORAIS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

O alcance das reformas laborais na América Latina tem sido um dos temas centrais do debate regional nos últimos 30 anos, pelo menos. Os índices de flexibilidade laboral, seu alcance, sua magnitude e sua importância,

em termos de potencial gerador de empregos, têm sido objeto de discussão controverso para determinar o peso e o papel da legislação laboral sobre o desempenho econômico e social dos países da região.

Tal como mostram os dados e as análises disponíveis (RUÍZ, 2005), vêm sendo numerosas e abrangentes as modificações legais introduzidas na maior parte dos países latino-americanos, em geral de caráter flexibilizador, embora em alguns casos e momentos específicos tenham sido garantidoras e tentativamente fortalecedoras da proteção social. Em vários países, as modificações se limitaram a redesenhar ou especificar as normas anteriores vigentes. Na Argentina e no Peru, por exemplo, as reformas vêm sendo mais profundas e flexibilizadoras. No Brasil, na Colômbia, no Equador e no Panamá, por sua vez, introduziram-se reformas, que, embora menos extensas, também estiveram orientadas pela perspectiva flexibilizadora. No Chile, na Guatemala e na Nicarágua, as reformas de corte flexibilizador foram aparentemente menos extensas ainda, mas também pelo fato de que esses países já partiam (por ocasião desse estudo de Ruíz, de 2005) de uma base mais flexível em termos alocativos e remuneratórios no mercado de trabalho. Por fim, na Bolívia, em Honduras, no México e no Uruguai, não se pode falar de reforma laboral *stricto sensu*, dado o teor apenas pontual de algumas medidas.

Com relação aos conteúdos dessas reformas, embora a maior parte delas – implementadas ao longo da década de 1990 por toda a América Latina – intentasse ativar mecanismos de flexibilização das relações laborais individuais, o certo é que a maior parte das iniciativas mais recentes já na primeira década de 2000 buscou foco sobre as relações laborais coletivas, inspirando-se com frequência nas normas emanadas da OIT (RUÍZ, 2005). Nesse sentido, boa parte das reformas laborais mais recentes havidas na região espelham alguns dos mais importantes avanços da Comissão de Especialistas em Aplicação de Convênios e Recomendações da OIT. Entre as recomendações, uma das situações mais interessantes vinha sendo o progressivo desenvolvimento e a legitimação social de acordos coletivos como fonte reguladora mais adequada à normatização das relações laborais formalizadas. Não obstante, em termos de resolução de conflitos, o escasso desenvolvimento de conteúdos reais em negociações coletivas torna ainda pouco crível as regulamentações mais progressistas.

De posse do conjunto de considerações anteriores, podemos aqui reafirmar a ideia geral deste artigo, segundo a qual há forte correlação entre o desempenho pífio dos mercados laborais da América Latina durante a década liberal de 1990 e o conjunto de reformas liberalizantes levadas a cabo nesses países, enquanto, por outro lado, justamente no período de alento desenvolvimentista da primeira década de 2000, quando a orientação geral das reformas foi menos liberalizante e mais centrada nas recomendações da OIT, houve um desempenho melhor e mais promissor dos mercados de trabalho em termos de geração de empregos, formalização, remuneração, representação sindical, proteção social, acesso à justiça do trabalho e melhora distributiva.

Diante dessa constatação, cabe na sequência evidenciar melhor tais resultados para os temas da formalização, proteção social e redistribuição de renda como traços positivos do curto período desenvolvimentista, vis-à-vis as tendências conjunturais e progressivamente negativas por conta da nova (porém pior!) onda liberalizante em curso no continente.

5. FORMALIZAÇÃO LABORAL: DO ALENTO DESENVOLVIMENTISTA AO FRACASSO LIBERAL

Segundo Weller,

a partir da sucessão de crises que afetaram a região a partir de 1998, cresceu o questionamento a muitas das políticas aplicadas. No âmbito laboral, as propostas de amplas desregulações não desapareceram das discussões, mas sem dúvida perderam peso político. Como resultado, as reformas se concentraram mais no fortalecimento das políticas ativas do mercado de trabalho que na modificação das relações laborais individuais ou coletivas. O alto crescimento econômico que beneficiou a região a partir de 2003/2004 abriu espaço para um contexto favorável à geração de emprego e à melhora de sua qualidade. Em vários países, sobretudo sob governos de orientação mais à esquerda que a predominante nos anos 90, tentou-se novamente regular o mercado laboral,

fortalecendo a organização sindical, o diálogo social, a capacitação e a formalização do emprego. (2012b, p. 38).

Essa citação corrobora as afirmações feitas nas seções anteriores, no sentido de comprovar que, durante o período dito desenvolvimentista, em que se combinam uma postura político-institucional mais ativa e ativa de alguns países frente à dependência capitalista, com dinâmica econômica e social mais pujante e nacionalmente decidida em termos de geração de empregos e renda, há desempenho agregado melhor e mais sustentável tanto do ponto de vista econômico como político. Ainda nas palavras do mesmo autor,

a partir de 2003-2004, no contexto de um crescimento econômico relativamente alto e prolongado para a América Latina, os setores de produtividade média e alta começaram a gerar postos de trabalho em quantidade significativa. Assim, aumentaram sua participação na estrutura ocupacional urbana de 48,8% em 2002-2003 para 52% em 2008-2009. Ao mesmo tempo, foi contida a ampliação das brechas de produtividade. (...) Ainda assim, é evidente que a estrutura econômica produtiva e institucional da América Latina não tem sido capaz de gerar os empregos de qualidade necessários para diminuir a pobreza de maneira substantiva. De fato, no fim da década passada, na média simples de 18 países, 23% dos ocupados urbanos latino-americanos eram pobres e 7%, indigentes. No caso dos ocupados rurais (em 16 países), essa proporção sobe para 41% e 22%, respectivamente. Por outro lado, embora estar ocupado reduza a possibilidade de ser pobre, está longe de assegurar uma renda digna. Entre os ocupados, a pobreza afeta, sobretudo, os trabalhadores por conta própria, os trabalhadores familiares não remunerados e, em um grau um pouco menor, os assalariados privados. Outra categoria ocupacional que costuma registrar indicadores ruins de qualidade é o serviço doméstico, tanto no que diz respeito à renda como à possibilidade de contar com um contrato de trabalho e proteção social. (Ibid., p. 43).

Diante desse quadro, Tokman (2009) sugere cinco pilares para combater e incorporar a economia informal a uma dinâmica economicamente mais estruturada e socialmente mais justa¹, a saber:

- I) desenvolvimento produtivo e regulatório das atividades informais: trata-se de reconhecer aos microempresários e trabalhadores independentes o direito a desenvolver atividades produtivas que lhes permitam gerar renda e ao mesmo tempo diminuir a vulnerabilidade derivada de sua condição de informalidade;
- II) direitos laborais em empresas informais com capacidade de pagamento limitada: nas empresas informais se encontra mais de um terço dos trabalhadores assalariados do setor privado da América Latina, e 68% deles não possuem contratos de trabalho escritos. Isso significa que, para a maioria, a proteção laboral e social não constitui um direito, já que carece de uma relação laboral reconhecida. Por sua vez, as unidades produtivas informais têm escassa capacidade de pagamento para enfrentar as obrigações inerentes à relação de trabalho;
- III) medidas contra a insegurança e a desproteção dos trabalhadores informais em empresas formais: a insegurança e a desproteção se associam à inexistência de relações laborais reconhecidas legal e explicitamente, mas também à existência de relações que se regem por contratos diferentes do contrato de trabalho por tempo indeterminado. Ambas as situações se apresentam tanto em microempresas como em empresas formais. Não obstante, as primeiras predominam nas empresas informais, enquanto que as segundas o fazem nas empresas formais, pelo que seus trabalhadores se consideram integrantes da economia informal;
- IV) regulação de relações laborais difusas: um quarto âmbito de regulação é das relações de trabalho ditas difusas, porque são difíceis de reconhecer, estão encobertas ou ficam desamparadas devido a omissões da legislação laboral ou da fiscalização legal. Em muitos casos, as obrigações e os direitos das partes não estão claros, o

1 Ver também Tokman (2010), Durán (2011) e Amarante e Arin (2015).

que pode se traduzir em perda de proteção dos trabalhadores. Ademais, tais relações difusas são cada vez mais importantes no contexto da globalização e da descentralização da produção, razão pela qual se torna necessário estabelecer direitos dos trabalhadores e designar responsabilidades com respeito ao cumprimento das obrigações entre diferentes empresas envolvidas;

- V) proteção social para os trabalhadores informais: dotar de cobertura de proteção social os ocupados no setor informal requer uma estratégia que possa incluir desde a expansão da cobertura dos sistemas existentes até o desenvolvimento de novos instrumentos de proteção, como os seguros e a consolidação de recursos aportados pelos próprios trabalhadores informais. Essa cobertura deveria incluir serviços de saúde, pensões e, dado o predomínio de mulheres trabalhadoras nesse contingente, cobertura por maternidade. Também se estenderia tanto aos trabalhadores de microempresas como aos independentes. No caso dos trabalhadores informais de empresas formais, a responsabilidade pela proteção deveria vincular-se ao aperfeiçoamento do contrato de trabalho e à contribuição compartilhada com o empregador.

Evidente que tal conjunto de recomendações, porquanto corretas em si mesmas, apenas poderá ter curso efetivo em contextos desenvolvimentistas de maior autonomização nacional, em contraste com as tendências atuais de liberalização dos mercados e, portanto, incremento da dependência e da heterogeneidade estrutural nas sociedades latino-americanas.

6. PROTEÇÃO SOCIAL: DO ALENTO DESENVOLVIMENTISTA AO FRACASSO LIBERAL

A proteção social é um fenômeno aqui entendido a partir da capacidade de cobertura social propiciada por um conjunto pré-definido de políticas sociais – políticas que transferem renda monetária no âmbito da previdência social, da assistência social e de políticas de emprego, trabalho e renda, conforme mais amplamente discutido em Castel (2010) ou Cardoso Jr. (2013), de onde retiramos e adaptamos os quadros 4 e 5 a seguir.

Quadro 4. Os mundos da proteção e da desproteção social segundo a condição de atividade da população em idade ativa e inativa nos modelos de proteção laboral e social dominantes na América Latina

	MUNDO DO TRABALHO	MUNDO DA INATIVIDADE
PROTEÇÃO SOCIAL	ocupação protegida contributiva: regimes gerais de previdência urbanos e regimes próprios para servidores do Estado; auto-ocupação protegida contributiva; segurados especiais: regimes de cobertura rural parcialmente contributivos; proteção temporária: seguro-desemprego.	cobertura previdenciária: regimes gerais urbanos e rurais e regimes próprios de servidores públicos; cobertura assistencial estatal + filantrópica; cobertura previdenciária privada.
DESPROTEÇÃO SOCIAL	ocupação desprotegida: assalariamento sem carteira; auto-ocupação desprotegida: autônomos não contribuintes; desemprego involuntário.	ausência de cobertura previdenciária (estatal ou privada); ausência de cobertura assistencial (estatal ou filantrópica).

Fonte: Cardoso Jr., 2013. Elaboração dos autores.

O substrato teórico-metodológico para entender a definição de proteção restrita abarcada pelo Quadro 4 é a constatação de que toda sociedade, em cada momento do tempo, aciona e combina de forma diferenciada (seja voluntária ou involuntariamente) quatro grandes segmentos sociais, claramente discerníveis, na tarefa indispensável de gerar proteção social ao seu corpo populacional ou, mais modernamente, à sua comunidade de famílias e cidadãos (SPING-ANDERSEN, 2000).

Os quatro grandes segmentos sociais são: o Estado, o mercado, as famílias e as comunidades civis de atuação em cada espaço nacional, as quais incluem não só a atuação das comunidades difusas e pouco institucionalizadas, mas ainda a atuação do chamado setor público não estatal ou terceiro setor. No caso latino-americano, haveria certa divisão de responsabilidades ou de atribuições para aqueles quatro grandes segmentos sociais, conforme nos esclarece o Quadro 5 a seguir.

Quadro 5. Grau de proteção social, por classes sociais e entes provedores em situações típicas da América Latina

Obtenção de proteção social, por classes sociais e entes provedores – Brasil			
	Classes altas	Classes médias	Classes baixas
Estado	Médio	Alto	Alto
Mercado	Alto	Médio	Baixo
Famílias	Médio	Alto	Alto
Sociedade civil	Baixo	Baixo	Médio

Fonte: Cardoso Jr., 2013. Elaboração dos autores.

Em linhas gerais, poderíamos dizer que a proteção social, para as classes superiores na pirâmide distributiva, dependeria fortemente do seu acesso aos mercados privados de educação (sobretudo nos níveis fundamental e médio), à saúde e à previdência complementar, ainda que o Estado compareça, em alguma medida, como provedor de determinados bens e serviços, sobretudo na educação superior, certas especialidades da saúde, teto de remuneração da previdência pública etc. Já os estratos médios da pirâmide social estariam sendo majoritariamente cobertos pelas políticas públicas do Estado, sobretudo em educação, saúde, previdência e segurança pública, com alta participação também das próprias redes familiares na provisão de parte não desprezível de bens e serviços nessas mesmas áreas. Para esses estratos, o mercado apareceria de modo mediano na provisão de bens e serviços. Por fim, as classes sociais inferiores da pirâmide distributiva estariam a depender, majoritariamente, do Estado e das famílias, sendo baixa a participação do mercado e média a da sociedade civil organizada na provisão de bens e serviços de proteção social a esses segmentos.

Dito isso, e focando doravante apenas no vínculo entre emprego e proteção social, vemos que historicamente esse vínculo se assenta na centralidade do trabalho como mecanismo de inclusão, acesso ao bem-estar e também na dialética de aportes e reconhecimentos das pessoas (CEPAL, 2012b). Essa articulação supõe a capacidade de modernização da estrutura produtiva e o dinamismo econômico necessário para viabilizar o pleno emprego, majoritariamente formalizado e contributivo à seguridade social, com aportes de

distintas fontes, incluído o gasto público social. O vínculo entre emprego e proteção social implica também que os atores têm funções definidas no marco institucional de negociação e equilíbrio de poderes, em que o Estado cumpre papel fundamental para garantir tal equilíbrio, de tal modo que o processo produtivo se traduza em benefícios compartilhados entre os atores (Ibid.).

Ocorre que as dinâmicas estruturais de dependência e heterogeneidade que dominam a América Latina impõem desigualdades regionais, setoriais, laborais e sociais de várias ordens, tanto que, de um lado, prevalecem restrições a setores expressivos da população para se integrarem às redes de seguridade social existentes. Há um grande exército de excluídos do emprego formal protegido, com inserções precárias, alta rotatividade, remunerações baixas e oscilantes, quase ausência de patrimônios ou quaisquer estoques de ativos e de capacidades humanas, situações que se convertem em ausência ou precariedade de vínculos e aportes contributivos para grandes contingentes populacionais. De outro lado, a dinâmica de informalidade, flexibilização e novas formas de organização e contratação laboral há solapado a estabilidade dos empregos, debilitando os atores sindicais e o próprio estatuto protetivo do trabalho, portanto, a capacidade de apropriação e transmissão dos ganhos de produtividade produzidos pelo sistema (CEPAL, 2012b).

Na maioria dos países latino-americanos, a combinação entre restrição fiscal e desregulação econômica deixou pouca margem aos Estados para cobrirem as necessidades de bem-estar de suas populações. Isso reforçou o desenvolvimento de políticas públicas assistenciais e focalizadas, muito distantes de um universalismo básico de bem-estar social. Com isso, aparecem com mais nitidez que nunca os vínculos entre heterogeneidade estrutural, (des)emprego e (des)proteção social na maior parte dos países da região. Daí a correta insistência da Cepal, em vários de seus documentos oficiais (CEPAL, 2010; CEPAL, 2012a; CEPAL, 2012b; CEPAL, 2014; CEPAL, 2016; CEPAL, 2017; CEPAL, 2018), e de outros autores (BIELSCHOWSKY; TORRES, 2018; INFANTE, 2011; SOJO, 2017; TOKMAN, 2010; WELLER, 2012a; etc.) no sentido de afirmar que

sem convergência produtiva as desigualdades estruturais seguirão traduzindo-se em exclusões e desigualdades persistentes no mercado de trabalho. Sem o emprego, dificilmente se pode avançar até a igualdade de oportunidades e a uma cidadania ativa, pois este constitui

o mecanismo consagrado da sociedade capitalista para viabilizar aportes e retribuições, passar do privado ao público, e imprimir sentido à vida pessoal como contribuição ao progresso coletivo. Sem proteção social, importantes setores da população seguirão tendo dificuldades para ingressar no mundo do trabalho e, ainda que ingressem, seguirão sendo vítimas recorrentes das desigualdades que o mercado de trabalho reproduz. (CEPAL, 2012b, p. 27).

Não obstante ser o panorama acima narrado o padrão histórico da América Latina em termos da relação mundo do trabalho e proteção social, padrão esse típico dos contextos de dependência e heterogeneidade aguçados nos momentos de predomínio liberal-conservador dos modelos de crescimento apregoados pela ideologia de mercado, a região vivenciou, em um curto intervalo de tempo, a princípios dos anos 2000, um conjunto de situações que suscitavam certo alento desenvolvimentista.

Em primeiro lugar, houve certa dinâmica econômica favorável ao crescimento inclusivo, com melhoria geral dos indicadores de mercado de trabalho (maior e melhor ocupação, formalização dos vínculos, remuneração, proteção social, desconcentração da renda laboral em 11 dos 18 países estudados), redução da pobreza e da indigência e aumento consistente da participação do gasto social na renda nacional concomitante ao incremento da arrecadação tributária sem pressão inflacionária generalizada (Ibid.).

Em segundo lugar, a região como um todo demonstrava ter capacidade para aproveitar o bônus demográfico gerado por uma menor taxa de dependência, isto é, aumento da proporção da população ocupada em idade ativa sobre a população inativa dependente (Ibid.).

Em terceiro, ainda que no campo econômico persistissem orientações predominantemente excludentes e inclusive regressivas, no campo das políticas sociais a ortodoxia dos anos oitenta e noventa parecia ir cedendo espaço frente a novas formas de pensar o papel do Estado na garantia de proteção social, combate à pobreza e à desigualdade. A evidência para tanto é que, na primeira década de 2000, foram postas em movimento, em vários países latino-americanos, políticas públicas destinadas a fortalecer o pilar não contributivo da proteção social, e, em uma lógica mais universalista, esforços foram feitos para estender direitos e serviços sociais em saúde, educação, previdência pública e assistência

social, mormente no campo dos programas de transferências monetárias a segmentos pobres e vulneráveis em cada país (Ibid.).

Por fim, mesmo diante da crise econômica internacional deflagrada em 2008, houve reações não convencionais (leia-se: não liberal-conservadoras) por parte dos governos latino-americanos que na ocasião tentavam praticar orientações algo mais autônomas ou contestatórias ao padrão dominante de políticas sugeridas pelos organismos internacionais. Em tais casos, como no Brasil, na Argentina, no Uruguai, na Bolívia, no Equador e na Venezuela, políticas contracíclicas de manutenção da demanda agregada (via investimentos públicos e gasto social) foram implementadas com êxito variável em cada caso concreto (Ibid.).

Tal como demonstrado pela experiência brasileira do período 2003-2013,

não apenas foi possível compatibilizar certa retomada de crescimento econômico com reestruturação geral do mercado de trabalho e manutenção da estabilidade monetária, como isto se deu sem que tivesse havido reforma profunda – mantra liberal – do padrão de regulação do trabalho ou da proteção social no país. (CARDOSO JR.; HAMASAKI, 2014, p. 28).

Com isso, demonstrou-se a incompatibilidade intrínseca entre os modelos de estruturação dos mercados de trabalho com proteção social historicamente constituídos na América Latina e os modelos de desenvolvimento de cunho liberal. Tal incompatibilidade se dá, fundamentalmente, pela inadequação que se estabelece entre a dinâmica econômica de tipo liberal e a natureza heterogênea e desigual do mercado de trabalho latino-americano. Modelos de tipo liberal são, assim, inadequados a economias de tipo periférico-tardias, como as da América Latina, e contraproducentes a mercados de trabalho delas derivados (CARDOSO JR., 2013).

7. REDISTRIBUIÇÃO X RECONCENTRAÇÃO DE RENDA: DO ALENTO DESENVOLVIMENTISTA AO FRACASSO LIBERAL

Durante o curto período de alento desenvolvimentista na América Latina, basicamente a primeira década dos anos 2000, houve uma combinação

virtuosa de tendências presentes nos mercados de trabalho nacionais, que, acopladas aos respectivos modelos de proteção social (laboral, previdenciária e assistencial), permitiram a convivência entre uma dinâmica de crescimento econômico favorável à redução da heterogeneidade estrutural em cada país, com indicadores de redução da concentração da renda do trabalho na maior parte dos casos.

Esse fenômeno, por um lado, raro na história de longa duração da América Latina, e, por outro, dependente de uma combinação e sustentação de políticas públicas simultâneas de crescimento e redistribuição, produziu efeitos positivos sobre a dinâmica produtiva e também sobre variáveis críticas do mercado de trabalho, que ajudaram a recolocar o tema da igualdade no centro do debate latino-americano sobre desenvolvimento durante esse período.

A Cepal, por exemplo, argumenta que isso se deu por duas razões:

primeiro, porque dá às políticas um fundamento último centrado num enfoque de direitos e uma vocação humanista que recolhe a herança mais apreciada da modernidade. Segundo, porque a igualdade é também uma condição para avançar rumo a um modelo de desenvolvimento focado na inovação e na aprendizagem, com seus efeitos positivos sobre a produtividade, a sustentabilidade econômica e ambiental, a difusão da sociedade do conhecimento e o fortalecimento da democracia e da cidadania plena. (CEPAL, 2018, p. 5).

A mensagem central, portanto, consistia em afirmar que a desigualdade implica grandes custos de eficiência micro e macroeconômica, do que redundava a ideia-força de que sua superação seja uma condição necessária para o desenvolvimento inclusivo e sustentável.

Segundo esse enfoque,

a igualdade é uma condição necessária para a eficiência dinâmica do sistema ao criar um ambiente institucional, de políticas e de esforços que prioriza a inovação e a construção de capacidades. Sob esta perspectiva, a igualdade é mais relevante na atualidade do que no passado, devido ao impacto da revolução tecnológica,

que torna a construção de capacidades e o fechamento de lacunas uma tarefa mais urgente e necessária. Essa urgência é acentuada pela insustentabilidade do atual padrão de crescimento, que obriga a aproveitar a revolução tecnológica em favor da transformação da matriz energética e dirigir os processos produtivos para processos de baixo carbono, preservando o meio ambiente e seus serviços produtivos para as próximas gerações. Os mecanismos através dos quais opera a relação entre causalidade e eficiência são a difusão muito mais ampla na sociedade da educação e das capacidades; a eliminação das barreiras à criatividade e ao esforço que representam as discriminações de qualquer tipo; o seguro social proporcionado pelo Estado de bem-estar que permite aos agentes aceitar, em maior grau, os riscos inerentes à inovação; e a superação da cultura do privilégio e da economia política que fecham o caminho a novos agentes, setores e ideias que transformam a economia e desafiam comportamentos rentistas baseados em vantagens comparativas estáticas ou privilégios políticos. (CEPAL, 2018, p. 7).

Diante dessa posição, que vem sendo corroborada tanto do ponto de vista teórico como empírico, Weller (2012a) argumenta que a geração de empregos produtivos é uma primeira condição necessária para reduzir as elevadas heterogeneidades e desigualdades ainda presentes na América Latina. Sem essa inserção produtiva e sustentável ao longo do tempo na estrutura de produção e consumo da população latino-americana, as desigualdades regionais têm poucas chances de serem enfrentadas e reduzidas apenas com base em programas assistenciais ou de transferências monetárias. Portanto, a geração de empregos produtivos deve ser o ponto de partida de estratégias nacionais para reduzir as desigualdades na estrutura produtiva e nos mercados laborais, obviamente sem desconsiderar a importância das políticas salariais e assistenciais como ferramentas complementares.

Entre elas, destaquem-se as políticas de acesso à educação e à saúde, que, ao incrementarem as capacidades individuais e as oportunidades coletivas, alavancam a inovação e os aumentos de produtividade sistêmica. Quando uma pessoa abandona seus estudos antes de concluir a educação

primária ou secundária, seu potencial produtivo se ressentido pelo resto de sua vida ativa. O menor salário que receberá, *ceteris paribus*, em relação a trabalhadores com mais anos de educação formal, é um indicador da perda de produtividade e bem-estar que esse abandono implica. A magnitude dessa perda é muito elevada ao longo do tempo. O custo para a sociedade não se esgota na perda futura de renda da pessoa que não continua seus estudos, já que há externalidades positivas associadas à interação entre pessoas com alto nível de educação; em outras palavras, o benefício social do investimento em educação vai além do benefício privado. Quando a desigualdade impede o acesso à educação, seus efeitos não são localizados, mas se difundem, afetando todo o sistema econômico. Na América Latina, uma proporção muito significativa da população com mais de 18 anos não alcança um nível equivalente ao primeiro ciclo de educação secundária completo, e a isso se somam notáveis diferenças entre o primeiro e o último quintil de renda. Por outro lado, a situação dos países é heterogênea. Em um extremo, encontra-se a Guatemala, onde somente 50% da população acima de 18 anos alcança um nível equivalente à conclusão do primeiro ciclo de educação secundária. No outro extremo está o Chile, onde essa cifra supera 80% (Ibid.).

Existem outras dimensões da desigualdade que se relacionam estreitamente com essas mais tradicionais. Uma delas é a sua expressão territorial, já que a pobreza ou os baixos níveis de desenvolvimento se concentram em certas áreas. As cidades são parte dessa dinâmica territorial que tende a concentrar espacialmente o desenvolvimento e a gerar polarizações, tanto nas próprias cidades como em sua relação com o mundo rural. Outras desigualdades estão relacionadas com a deterioração ambiental: os setores de menores recursos são os que sofrem em maior medida as consequências negativas da poluição em zonas urbanas, e os camponeses pobres são os que trabalham nos ecossistemas rurais mais degradados. Por outro lado, a infraestrutura existente e os padrões de investimento nessa infraestrutura consolidam e reproduzem as desigualdades territoriais e ambientais (Ibid.).

Relativamente a tais dimensões da desigualdade, o índice de desenvolvimento regional (IDR) latino-americano de 2015, elaborado pela Cepal, oferece uma perspectiva ampla das desigualdades territoriais. Diferentemente das análises tradicionais de disparidades territoriais que tomam

como padrão de referência as médias de cada país, o IDR compara o nível de desenvolvimento relativo de 175 entidades territoriais de oito países da América Latina com as médias da região. Esse enfoque incorpora dimensões adicionais ao PIB por habitante, como a saúde, a educação e o acesso aos serviços públicos. O IDR de 2015 permite identificar as macrorregiões com maiores defasagens relativas em matéria de desenvolvimento econômico-social, entre as quais se encontram o nordeste do Brasil, o sudoeste do México e as zonas andinas e amazônicas da Bolívia, da Colômbia, do Equador e do Peru (Ibid.).

Outra dimensão importante destacada pela Cepal é a relação entre desigualdade e instituições. A transmissão intergeracional da pobreza reflete e reforça a transmissão intergeracional de instituições excludentes. Um fator explicativo dessa persistência é que a desigualdade é incorporada à cultura da sociedade, que percebe como natural que certos grupos desfrutem dos direitos negados a outros. Cria-se assim uma cultura do privilégio que é implicitamente aceita tanto pelos grupos privilegiados como pelos excluídos. Em suma, ao efeito direto da desigualdade sobre a aprendizagem e as capacidades se soma um efeito talvez menos visível, mas não menos importante: o enfraquecimento das capacidades do Estado e da eficácia das políticas públicas. A economia política da desigualdade e sua estreita relação com as instituições e a cultura que governam as relações sociais são uma barreira ao aumento da produtividade e ao crescimento, pois limitam a oferta de bens públicos imprescindíveis para a existência de mercados competitivos e agentes inovadores. Já em uma sociedade democrática, os bens públicos são uma materialização da igualdade e do sentido de pertencimento (Ibid.).

Assim, por exemplo, a população afrodescendente, cujos antepassados foram escravizados e submetidos a trabalhos forçados, continua sofrendo maiores níveis de pobreza, menores níveis de educação, maior exposição aos efeitos negativos da segregação territorial e uma inserção ocupacional nos nichos mais precários do mercado de trabalho. As taxas de pobreza das populações indígena e afrodescendente são maiores do que as do resto da população, ao mesmo tempo em que a má distribuição da renda ilustra a associação entre etnia e desigualdade social, sendo muito maior a porcentagem de afrodescendentes e indígenas situados no quintil mais pobre (Ibid.).

Sob a perspectiva do desenvolvimento com igualdade, a cultura do privilégio é preocupante, porque naturaliza a relação entre o lugar que se ocupa na escala social e o maior ou menor acesso à educação, à saúde, ao trabalho, à segurança e à habitabilidade do lugar em que se vive. Essa dinâmica se dissemina em múltiplos âmbitos, nos quais fatores estruturais e institucionais concorrem para perpetuar ou recriar uma ordem de desigualdades. O sistema tributário da região expressa essa cultura do privilégio.

Na América Latina e no Caribe persistem privilégios tributários que se concretizam em isenções, evasão, elisão e baixo imposto sobre a renda. Grande parte da carga tributária é indireta e recai sobre o consumo, enquanto o imposto sobre a renda é inferior ao que existe, em média, nos países da OCDE. A carga tributária média da região é a metade da média de um conjunto de 15 países da União Europeia, e essa diferença se concentra no imposto sobre a renda de pessoas físicas. Na região, a maior parte da carga tributária provém de impostos sobre o consumo e tem um efeito regressivo. A grande diferença entre o poder redistributivo da política fiscal dos países latino-americanos e caribenhos e o das economias desenvolvidas encontra-se nas transferências monetárias e nos impostos diretos, já que a queda do coeficiente de Gini provocada pela distribuição do gasto em educação e saúde é semelhante em ambos os grupos. Em média, o coeficiente de Gini da região cai apenas três pontos percentuais depois da ação fiscal direta, enquanto a provisão pública de serviços de educação e saúde o reduz em seis pontos adicionais (CEPAL, 2018).

Já nos países europeus e em outras economias da OCDE, o efeito redistributivo conjunto das transferências monetárias e do imposto sobre a renda pessoal é de 19 e 17 pontos percentuais em média, respectivamente, enquanto a redistribuição efetuada via gasto público se situa entre 6 e 7 pontos percentuais. O fraco efeito redistributivo da tributação, seja pela composição e carga tributária, pela falta de fiscalização efetiva ou pelas regalias vigentes, faz parte de um sistema de privilégios em que quem tem mais não percebe o compromisso social de contribuir para o bem comum pela via fiscal. No entanto, um claro efeito redistributivo obtido mediante a tributação, que possa ser percebido como norma da sociedade, não só é indispensável para promover mais igualdade, mas também constitui um sinal comunicativo e de conscientização sobre a igualdade de direitos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tem razão a Cepal (2016, p. 29) quando afirma que

o estilo de desenvolvimento dominante gerou enormes desequilíbrios e sua transformação é uma tarefa complexa. A dificuldade reside na economia política, o conjunto de interesses e alianças que predominam e definem as regras do jogo, tanto no plano internacional como no interno. Há um claro conflito. Diversos atores, tanto públicos como privados, têm interesse em proteger seus investimentos e a atual distribuição de rentabilidades; outros teriam muito a ganhar com a transição para um padrão de crescimento mais inclusivo e sustentável ambientalmente. O problema é que os custos da conversão a um novo padrão são imediatos e estão concentrados, enquanto os benefícios serão percebidos no futuro e são difusos. Em particular, a distribuição de custos e benefícios está em correlação inversa com a distribuição de poder no estilo vigente, o que dificulta a construção de alianças para avançar.

Pelos motivos expostos, a Cepal (2016) chama a atenção para mecanismos de governança necessários em quatro âmbitos: i) uma coordenação internacional das economias que favoreça a expansão sustentada do investimento, baseada em políticas fiscais que priorizem projetos de baixo carbono e de maior eficiência energética; ii) uma nova arquitetura financeira internacional que reduza a volatilidade real e de preços e avance na reforma do sistema monetário internacional; iii) uma governança do comércio e da tecnologia sobre bases multilaterais que facilite e amplie o acesso à tecnologia e ao financiamento para o desacoplamento entre o crescimento e o impacto ambiental, propiciando a correção das assimetrias entre países e regiões; e iv) uma governança compartilhada dos componentes essenciais da economia digital no âmbito global e regional. Essas tarefas demandam, de forma paralela, em âmbito nacional em cada país, uma aposta na universalização da proteção social e na provisão de serviços de educação e saúde para gerar respostas proativas ante a incerteza própria da globalização e da revolução tecnológica.

No que se refere à macroeconomia, reafirma-se a necessidade de uma política orientada ao desenvolvimento, que, além de controlar a inflação, fortaleça os instrumentos anticíclicos, articulando os objetivos da estabilidade financeira com os da transformação produtiva e a melhoria da distribuição da renda (CEPAL, 2010). Com relação às políticas sociais, o enfoque de direitos e a busca da igualdade substantiva se situam como eixos dos novos regimes de bem-estar, para possibilitar o aproveitamento das sinergias entre igualdade e eficiência do sistema econômico. Em matéria ambiental, a atenção concentra-se em três pilares da descarbonização, que incluem a digitalização da sociedade e da produção (particularmente das microempresas e das pequenas e médias empresas, devido ao seu peso na geração de empregos e salários), o desenvolvimento de cidades sustentáveis e a ênfase nas energias renováveis (CEPAL, 2018).

Chegando especificamente ao mundo do trabalho, Weller (2012b) aponta diretrizes para melhorar as condições de trabalho na América Latina: i) enfrentar a elevada instabilidade como característica do mercado de trabalho; ii) aperfeiçoar a institucionalidade do trabalho existente; e iii) enfrentar a desigualdade vinculada com as condições de trabalho. No entanto, sustenta o autor, previamente é preciso sublinhar a importância de políticas que fomentem um crescimento econômico elevado e sustentável, estimulem aumentos contínuos da produtividade do trabalho e reduzam as importantes brechas de produtividade entre segmentos da estrutura produtiva, conforme também salientam Toledo e Neffa (2010), ao analisarem os modelos produtivos dominantes na Argentina, no Brasil, na Colômbia, no México e na Venezuela.

Na mesma linha de argumentação, em trabalho realizado no âmbito da OIT, Infante (2017) assinala que, quando a mudança estrutural redunde em redução de brechas de produtividade, diversificação da estrutura produtiva e incremento agregado da produtividade, o mundo do trabalho se beneficia em termos de igualdade, porque se reduzem as brechas salariais e o emprego de qualidade se torna mais abrangente. Para tanto, o trabalho precisa ser livremente escolhido, produtivo, adequadamente remunerado e respaldado por uma proteção social apropriada – em suma, o trabalho decente, nos termos da OIT. Pois justamente essa combinação de fatores esteve presente na América Latina nesse interregno desenvolvimentista

recente (anos 2000), quando se comprovou em vários países a exequibilidade de políticas simultâneas e não contraditórias de crescimento econômico e geração de empregos, além de políticas laborais e de proteção social desenhadas para ratificar – ao mesmo tempo que retroalimentar – o próprio crescimento da economia.

Nesse contexto, as políticas de formalização devem contemplar dois objetivos simultâneos: i) por um lado, facilitar o caminho da classe trabalhadora à economia formal e promover eficazmente o emprego produtivo na economia já formalizada; ii) de outro, melhorar as condições de trabalho e de vida daqueles que se encontram na economia informal, de modo que a orientação geral seja de mais e melhor inclusão social que de punição ou segregação (TOKMAN, 2009; 2010).

Por fim, tudo somado, Cardoso Jr. e Hamasaki (2014), ao estudarem a experiência brasileira entre as décadas liberal (1990) e desenvolvimentista (2000) no que tange às relações entre padrões de desenvolvimento, mercado de trabalho e proteção social, já haviam apontado para a necessidade de uma agenda mais explícita, orgânica e sistêmica de desenvolvimento, ancorada nos seguintes vetores de transformação positiva:

- I) recuperação e sustentação do crescimento econômico em bases mais sólidas e níveis mais elevados que os atuais. Vale dizer: indução deliberada do Estado rumo a uma revolução de base técnico-científica-produtiva, que seja capaz de combinar estímulos à chamada economia verde e educação ambiental, com encadeamentos inovativos, nas esferas produtiva e institucional, em processos e produtos;
- II) reestruturação institucional do padrão de financiamento público em geral e das políticas sociais em particular. Vale dizer: reforma tanto tributária como fiscal, que seja capaz de combinar progressividade na arrecadação com redistributividade nos gastos;
- III) consolidação de mínimos civilizatórios para a regulação (estruturação e regulamentação) do mundo do trabalho. Vale dizer: aprofundamento de uma cultura de direitos, referenciada ao conjunto de direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (a chamada Plataforma DHESCA);

- IV) promoção politicamente deliberada da distribuição funcional e pessoal da renda;
- V) construção de novas institucionalidades na relação Estado-sociedade para a promoção da cidadania ampla e para a consolidação democrática. Vale dizer: reforma ético-política nos sistemas de representação, participação e deliberação, com valorização da esfera pública e da cidadania em todos os níveis.

Esse conjunto de diretrizes estratégicas perfila-se, claramente, ao lado do debate político e acadêmico defendido por setores do campo progressista da sociedade latino-americana, dentro e fora das estruturas de governo. Como corolário, acredita-se não haver solução positiva dentro do caminho liberal-conservador. Defendida por setores atávicos da sociedade, comunidades da política (partidos, sindicatos e outras agremiações) e da própria burocracia, além da mídia e de setores do empresariado, essa alternativa política, orientada ao esvaziamento do papel do Estado, vem novamente trazendo consequências nefastas à América Latina e a outros lugares do mundo.

No caso latino-americano, a via liberal já experimentada ao longo da década de 1990 provocou, entre outras, desarticulação produtiva, financeirização da riqueza, precarização do mercado de trabalho e desmonte do sistema de proteção social, então em formação. A via liberal, portanto, inviabiliza trajetórias sustentadas de homogeneização econômica e social aos países que a ela aderem, não podendo se constituir em alternativa crível aos desafios da contemporaneidade colocados para a região já nesta segunda década de século XXI. Ante a barbárie da dependência estrutural que novamente se avizinha no continente, resta aos países e povos latino-americanos a busca sem trégua por reafirmação nacional como caminho para novas conquistas civilizatórias.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, V.; ARIM, R. (Eds.). **Desigualdad e Informalidad**: un análisis de cinco experiencias latinoamericanas. Santiago: CEPAL, 2015.

BIELSCHOWSKY, R.; TORRES, M. (Comps.). **Desarrollo e Igualdad**: el pensamiento de la CEPAL en su séptimo decenio: textos seleccionados del período 2008-2018. Santiago: CEPAL, 2018.

CARDOSO JR., J. C. **Mundo do Trabalho e (Des)proteção Social no Brasil**: ensaios de interpretação da história recente. 2013. Tese (Doutorado em Desenvolvimento) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

CARDOSO JR., J. C.; CAMPOS, A. G. A situação laboral da América Latina na primeira década de 2000. In: RODRIGUES, V. A. (Org.). **Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas**. Brasília: OICH/Nesp/Ceam/UnB e Opas/OMS, 2013.

CARDOSO JR., J. C.; HAMASAKI, C. S. **Padrões de desenvolvimento, mercado de trabalho e proteção social**: a experiência brasileira entre as décadas liberal (1990) e desenvolvimentista (2000). Brasília: Ipea, TD n. 2021, 2014.

CASTEL, R. **El Ascenso de las Incertidumbres**: trabajo, protecciones, estatuto del individuo. Buenos Aires: FCE, 2010.

CEPAL. **A Hora da Igualdade**: brechas por fechar, caminhos por abrir. Brasília: Cepal, 2010.

_____. **Mudança Estrutural para a Igualdade**: uma visão integrada do desenvolvimento. San Salvador: Cepal, 2012a.

_____. **Eslabones de la Desigualdad**: heterogeneidad estructural, empleo y protección social. Santiago, Chile: CEPAL, 2012b.

_____. **Pactos para la Igualdad**: *hacia un futuro sostenible*. Lima: CEPAL, 2014.

_____. **Horizontes 2030**: a igualdade no centro do desenvolvimento sustentável. Cidade do México: Cepal, 2016.

_____. **Panorama Social 2017**. Santiago: CEPAL, 2017.

_____. **La Ineficiencia de la Desigualdad**. Havana: CEPAL, 2018.

DURÁN, G. Institucionalidad laboral para un desarrollo inclusivo. In: INFANTE, R. (Ed.). **El Desarrollo Inclusivo en América Latina y el Caribe**: ensayos sobre políticas de convergencia productiva para la igualdad. Santiago: CEPAL, 2011.

ESPING-ANDERSEN, G. **Fundamentos Sociales de las Economías Postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000.

GARCIA, M. H.; CALVETE, C. S. Colômbia, Brasil e Venezuela e os impactos no mercado de trabalho. São Paulo, **Revista IEA-USP**, n. 29, v. 85, 2015.

INFANTE, R. **América Latina en el “Umbral del Desarrollo”**: un ejercicio de convergencia productiva. Santiago: Proyecto “Desarrollo inclusivo”, Documento de Trabajo 14, p. 8, 2011. mimeo.

_____. **América Latina**: crecimiento, cambio estructural y formalización: 2000-2015. Santiago: OIT, 2017. mimeo.

LEITE, M. P. A sociologia do trabalho na América Latina: seus temas e problemas revisitados. Rio de Janeiro, **Revista de Sociologia e Antropologia**, v. 2, n.4, oct./dec. 2012.

OIT. **Panorama Laboral 2017**. Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2017.

RÚÍZ, M. L. V. (Ed.). **La Reforma Laboral en América Latina**: 15 años después. Lima: OIT, 2005.

SOJO, A. **Protección Social en América Latina**: la desigualdad en el banquillo. Santiago: CEPAL, 2017.

TOKMAN, V. E. Flexibilidad con informalidad: opciones y restricciones. In: WELLER, J. (Comp.). **El nuevo escenario laboral latinoamericano**. Regulación, protección y políticas activas en los mercados de trabajo. Santiago: Siglo Veintiuno, CEPAL, 2009.

_____. **Una Voz en el Camino**: empleo y equidad en América Latina – 40 años de búsqueda. Santiago: FCE, 2010.

TOLEDO, E. G.; NEFFA, J. C. (Comps.). **Trabajo y Modelos Productivos en América Latina**: Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela luego de las crisis del modo de desarrollo neoliberal. Buenos Aires: CLACSO, 2010.

WELLER, J. **Crecimiento, empleo y distribución de ingresos en América Latina**. Santiago: CEPAL, 2012a. Serie Macroeconomía del Desarrollo, n. 122.

WELLER, J. Panorama de las condiciones de trabajo en Latinoamérica. **Revista Nueva Sociedad**, 2012b.

PAULO ROBERTO CORBUCCI

REGINA CÉLIA CORBUCCI

EVOLUÇÃO DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA EDUCAÇÃO BÁSICA
NA AMÉRICA LATINA NA DÉCADA
DE 2010

Mestre em Educação pela Universidade de Brasília e Doutor em Sociologia pela Universidade de Brasília.

Mestre em Educação pela Universidade de Brasília e Doutora em Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Brasília.

EVOLUÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA EDUCAÇÃO BÁSICA NA AMÉRICA LATINA NA DÉCADA DE 2010

PAULO ROBERTO CORBUCCI
REGINA CÉLIA CORBUCCI

APRESENTAÇÃO

O presente texto está estruturado em três seções, excluída esta apresentação. Na seção introdutória, busca-se delinear, de forma sucinta, o cenário macroeconômico que favoreceu a redução das desigualdades de renda na região latino-americana, tendo-se em conta que essa variável afeta direta e indiretamente as políticas educacionais e seus resultados. Na segunda seção, analisa-se a evolução do acesso e da qualidade da educação: em um primeiro momento, sob uma abordagem regional, e, em seguida, mediante a análise de países selecionados. Nas considerações finais, são identificados os principais avanços e desafios a serem superados, assim como riscos iminentes que poderiam comprometer sua superação.

1. INTRODUÇÃO

A desigualdade é, talvez, o principal traço que define as sociedades latino-americanas (CEPAL, 2018), cujas tentativas de superação parecem ocorrer de forma cíclica. O último ciclo ocorreu no início deste século e durou pouco mais de uma década.

Finda a década do neoliberalismo nos anos de 1990, os países da região passaram a ser comandados por governos de tendência mais à esquerda, sendo uns poucos com nuances mais radicais e outros, em maior número, com vocações mais reformistas.

Via de regra, esses governantes chegaram ao poder em resposta ao desencantamento em relação às promessas não cumpridas de seus antecessores neoliberais, sobretudo aquelas relacionadas com a redução do desemprego e o aumento da renda.

A valorização das commodities no comércio internacional permitiu a esses governos transferir parte dos ganhos para a área social, a exemplo dos programas de transferência de renda, mas também para ampliar os orçamentos de áreas como saúde e educação.

Com isso, a redução das desigualdades sociais na região ocorreu em ritmo mais acelerado e, principalmente, reduziram-se os índices de indigência e pobreza, em que pesem os patamares mínimos utilizados na definição dessas linhas de corte. Mas, de acordo com a Cepal (2018), o ritmo de redução foi desacelerado nos últimos anos, quando se tem por referência a redução anual (média simples) do Índice de Gini: de 1,5% no período 2002-2008 para apenas 0,4% entre 2014 e 2016.

De modo semelhante, o aumento da proporção de pobres e indigentes reforça o entendimento acerca da emergência de um novo ciclo socioeconômico. Se, no período 2002-2014, houve redução contínua da proporção desses dois segmentos, de 58,3% para 36,7% do universo populacional, a partir de 2015 se observa a inflexão dessa tendência, de modo que em 2016 se atingia a proporção de 40,7%.

Diante dessa nova conjuntura, que aponta para o aparente fim desse ciclo virtuoso, pelo qual foi possível o aumento do emprego e da renda, com redução de desigualdades, resta saber se também houve reversão da tendência de ampliação do acesso à educação, sobretudo para os níveis de ensino mais elevados, assim como a melhoria da qualidade da educação pública. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar a evolução dos indicadores educacionais, no âmbito da educação básica, no período que sucede esse ciclo de crescimento econômico, com redução das iniquidades sociais.

2. SITUAÇÃO EDUCACIONAL

Nesta seção, serão abordados dois aspectos cruciais para a efetividade da política educacional: acesso e desempenho. No primeiro caso,

serão analisados os indicadores de frequência na educação básica, na região como um todo e em países selecionados. A escolha desses países está relacionada não apenas à disponibilidade de dados, mas também à dimensão populacional, na medida em que a amostra selecionada corresponde a cerca de 75% do universo populacional da América Latina e do Caribe. Em seguida, serão analisados os dados relativos aos exames de proficiência em larga escala, que vêm sendo adotados por diversos países da região como mecanismo de monitoramento da qualidade da educação básica. Em ambos os casos, tem-se como objetivo verificar se esses indicadores educacionais estariam sendo afetados pela nova conjuntura macroeconômica.

2.1 Avanços na ampliação do acesso à educação básica

O primeiro desafio educacional que vem sendo superado pelos países latino-americanos, em particular por aqueles que apresentavam as maiores defasagens históricas, diz respeito à (quase) universalização do acesso à educação básica, especialmente no que se refere ao ensino primário. Isso tem sido observado de maneira mais ou menos generalizada em todos os países da região, desde fins do século passado.

No que se refere ao acesso por níveis de ensino, verifica-se que, de modo geral, os países da região mantiveram a tendência de crescimento no período 2010-2015, ainda que em ritmo menos acelerado que na década anterior. Isso se explica, em parte, pelo fato de se tornar mais difícil a incorporação daqueles segmentos populacionais que se encontram em situação de vulnerabilidade social e que, via de regra, são os últimos a serem incorporados.

Com base nas informações mais atuais disponibilizadas pelo Siteal (2015)¹, foi possível analisar a evolução do acesso à educação formal, na região como um todo, em apenas três momentos ao longo deste século (2000, 2005 e 2013). A Tabela 1 apresenta a evolução da taxa de escolarização por faixa etária e nível socioeconômico (NSE).

1 Sistema de Informação de Tendências Educativas na América Latina.

Tabela 1. Taxa de escolarização por faixa etária e NSE – América Latina e Caribe (2000/2005/2013)

Faixa etária/NSE	Ano			Var. %	
	2000	2005	2013	2000/2005	2005/2013
5 anos	74,1	79,3	84,3	7,0	6,3
NSE Baixo	60,4	66,0	71,6	9,3	8,5
NSE Médio	81,9	84,9	88,3	3,7	4,0
NSE Alto	92,4	94,4	95,3	2,2	1,0
6 a 11 anos	95,1	96,1	97,2	1,1	1,1
NSE Baixo	91,6	93,3	94,9	1,9	1,7
NSE Médio	97,5	97,8	98,3	0,3	0,5
NSE Alto	99,0	98,8	98,5	-0,2	-0,3
12 a 14 anos	90,2	92,3	93,8	2,3	1,6
NSE Baixo	82,8	86,3	88,9	4,2	3,0
NSE Médio	95,5	96,0	95,9	0,5	-0,1
NSE Alto	98,7	98,4	98,4	-0,3	-
15 a 17 anos	69,4	72,5	76,6	4,5	5,7
NSE Baixo	55,0	59,8	65,8	8,7	10,0
NSE Médio	77,3	77,9	79,3	0,8	1,8
NSE Alto	89,2	88,9	90,4	-0,3	1,7

Fonte: Siteal, com base nas pesquisas domiciliares de cada país.

Nota: Os valores correspondentes aos NSE referentes a 2000 e 2005 não incluem a Nicarágua.

Elaboração dos autores.

Conforme pode ser inferido com base nos dados da Tabela 1, os maiores incrementos relativos ocorreram entre crianças e adolescentes pertencentes ao NSE baixo. Com isso, foi possível reduzir as desigualdades de acesso entre eles e os estudantes dos demais níveis socioeconômicos. Além disso, observa-se que a ampliação do acesso foi maior nas faixas etárias extremas, nas quais as desigualdades eram e continuam sendo as mais elevadas.

Em virtude das lacunas identificadas e da inexistência de dados atualizados nos sistemas de informações estatísticas dos organismos internacionais, como Cepal e Unesco, optou-se pela consulta a outras fontes, tais como os institutos nacionais de pesquisa. No entanto, cabe ressaltar que, devido às diferentes formas de estruturação dos níveis de ensino nos países da região, das distintas metodologias utilizadas e dos períodos de coleta, fez-se necessária a análise em separado dos países selecionados.

Argentina

A partir de 2014 foi estendida a obrigatoriedade do Ciclo Inicial (pré-escola, no Brasil) às crianças de quatro anos de idade, mas desde 1993 já era obrigatório o ingresso aos cinco anos. Desse modo, serão analisadas as taxas de escolarização (frequência escolar) a partir dos cinco anos de idade.

A Tabela 2 apresenta os dados de frequência escolar por faixas etárias, com duas colunas para o ano de 2010, sendo a primeira referente ao Censo da População e a segunda elaborada a partir dos microdados da Pesquisa Permanente de Domicílios. Cabe esclarecer que ambos os levantamentos não são comparáveis, uma vez que o primeiro abrange toda a população e o segundo, além de ser amostral, restringe-se às áreas urbanas de um número restrito de municípios. Mesmo assim, no que concerne à faixa etária de 6 a 11 anos, não há diferenças significativas entre ambos, uma vez que a obrigatoriedade do ensino nessa faixa etária remonta ao final do século XIX.

Tabela 2. Taxa de frequência escolar por faixa etária – Argentina (2010/2013/2016)

Faixa etária	2010 ¹	2010 ²	2013 ²	2016 ²
5 anos	96,3	97,8	97,6	98,3
6 a 11 anos	99,1	99,3	99,2	99,4
12 a 14 anos	95,3	98,0	98,3	98,5
15 a 17 anos	76,4	87,9	89,3	90,9

Fontes:

¹ DINIEE/SICE/MED/Censo Nacional de Población 2010/idades ajustadas para 30 de junho.

² Microdados da Encuesta Permanente de Hogares/Instituto Nacional de Estadística y Censos. Elaboração dos autores.

Com relação às demais faixas etárias, verifica-se que as diferenças se ampliam à medida que aumenta a idade, o que pode estar relacionado à menor cobertura nos pequenos municípios e nas áreas rurais. No entanto, os índices registrados em 2016 evidenciam que houve ampliação na taxa de frequência escolar em todas as faixas etárias.

Outro indicador relevante que trata da efetivação da obrigatoriedade do ensino refere-se à taxa de conclusão. Conforme é apresentado na Tabela

3, menos da metade dos estudantes que ingressaram na educação secundária havia concluído esse nível de ensino e cerca de um quarto deles sequer havia terminado o ciclo básico.

Tabela 3. Taxa de conclusão da educação secundária (ciclos básico e orientado) – Argentina (2010-2015)

Nível de ensino	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Secundário	42,4	42,8	44,6	45,4	47,0	48,8
Ciclo Básico (7º ao 9º ano)	69,6	72,2	72,6	73,2	74,0	75,7
Ciclo Orientado (10º ao 12º ano)	56,3	56,2	59,0	59,4	61,6	62,4

Fonte: DIEE en base Relevamientos Anuales/RedFie.

Elaboração dos autores.

De qualquer modo, quando se analisa a evolução desses indicadores no período 2010-2015, verifica-se que houve progressos, muito embora os índices registrados nesse último ano apenas retornavam ao patamar atingido em 2001².

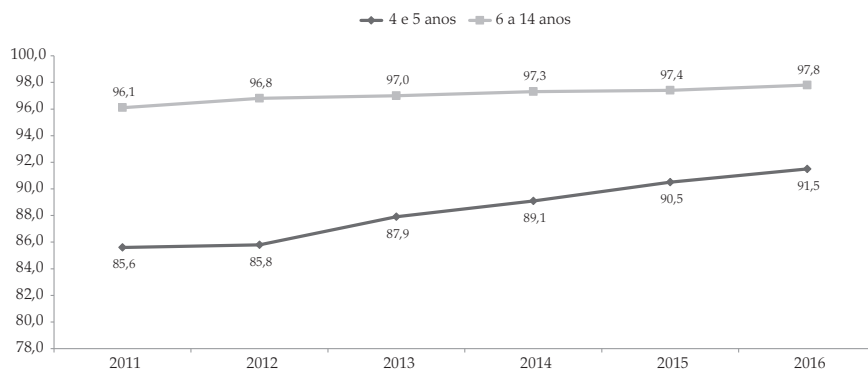
Brasil

A escolarização obrigatória foi ampliada em 2006, quando então o ensino fundamental passou a ter nove anos de duração, com início aos seis anos de idade. Posteriormente, em 2013, a obrigatoriedade do ensino foi estendida dos 4 aos 17 anos, de modo a incluir a pré-escola (4 e 5 anos), e, para os que conseguiam seguir o fluxo regular, o ensino médio (15 a 17 anos).

Acredita-se que, em razão dessa alteração no marco legal, a ampliação do acesso de crianças à pré-escola foi acelerada a partir de 2013, ao passo que no ensino fundamental o ritmo de crescimento foi significativamente menor, conforme pode ser constatado por intermédio do Gráfico 1.

² Entre 2001 e 2005, houve redução contínua da taxa de conclusão da educação secundária, tendo sido atingido o índice de 36% nesse último ano. A partir de então, houve aumento contínuo da proporção até 2009, quando então o índice chegou a 44%.

Gráfico 1. Taxa de frequência à escola, segundo a faixa etária – Brasil (2011-2016)

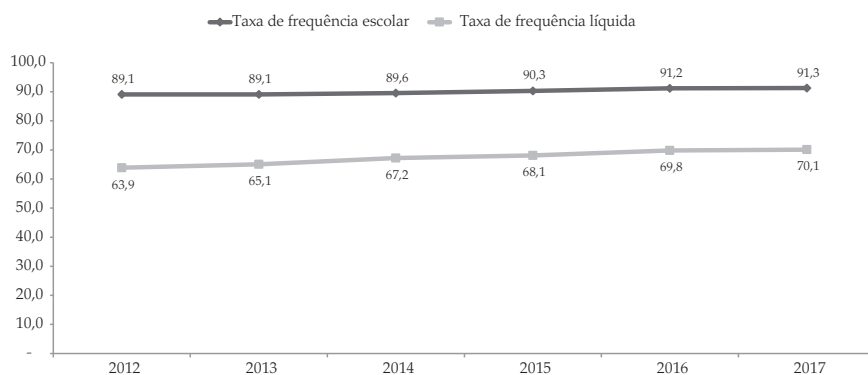


Fonte: Pnad Contínua/IBGE

Elaboração dos autores

Com relação à faixa etária de 15 a 17 anos, considerada a adequada para frequentar o ensino médio³, verifica-se que a tendência no período também é de crescimento, mas que a distorção idade-série continua elevada, quando se comparam as taxas de frequência escolar (total e líquida).

Gráfico 2. Taxas de frequência à escola da população de 15 a 17 anos – Brasil (2012-2017)



Fonte: Pnad Contínua/IBGE

Elaboração dos autores

3 Nos demais países latino-americanos, corresponde à segunda etapa da educação secundária.

A despeito do baixo crescimento da economia brasileira no período sob análise, inclusive com ocorrência de recessão entre 2015 e 2016 e aumento da taxa de desocupação⁴, mantiveram-se crescentes as taxas de frequência escolar nas faixas etárias que correspondem à educação básica.

Chile

A escolaridade obrigatória foi ampliada para 12 anos de estudo em 2003, passando a abranger, além da educação básica (8 anos), a educação média (4 anos). Com isso, houve ampliação do acesso a esse nível do ensino, conforme é mostrado na Tabela 4.

Tabela 4. Taxa de frequência líquida por faixa etária, por anos selecionados – Chile

Faixa etária	Ano					Var. %	
	2000	2009	2011	2013	2015	2000/2009	2009/2015
4 a 5 anos	54,9	74,1	82,8	87,4	90,1	35,0	21,6
6 a 13 anos	92,3	93,2	92,8	91,9	91,5	1,0	- 1,8
14 a 17 anos	64,7	70,7	72,2	73,3	73,6	9,3	4,1

Fonte: Ministerio de Desarrollo Social - Encuesta CASEN 2000-2015.

Elaboração dos autores.

O primeiro aspecto a ser ressaltado a partir da análise dos dados contidos na Tabela 4 diz respeito ao substancial aumento da taxa de frequência na primeira faixa etária, que corresponde à educação pré-escolar, ainda que ela não seja obrigatória. Por sua vez, na educação básica se observa pequena redução da taxa de frequência, principalmente quando se tem por referência o ano de 2009. Os índices relativos à faixa etária de 6 a 13 anos causam certa estranheza, especialmente quando se tem em conta a sua aproximação, em 2015, com a taxa de frequência na pré-escola, enquanto nível de ensino não obrigatório. Além disso, por serem inferiores àqueles

⁴ Nesses dois anos, o Produto Interno Bruto (PIB) teve queda de 3,8% e 3,6%, respectivamente. Por sua vez, a taxa de desocupação, medida pela Pnad Contínua no trimestre junho-agosto, aumentou de 7,3% para 11,8%, entre 2012 e 2016.

registrados pelos demais países analisados, que, via de regra, ostentam taxas de escolarização nos demais níveis de ensino inferiores às do Chile. Por fim, em que pese ter sido registrado crescimento constante da taxa de frequência na educação média (14 a 17 anos), verifica-se que cerca de um quarto desse universo de jovens não frequenta esse nível do ensino, o que se coloca como um dos grandes desafios educacionais a serem superados para assegurar o direito legal estabelecido.

Colômbia

O ensino obrigatório na Colômbia tem início aos 5 anos de idade, que corresponde ao último ano da educação pré-escolar, e termina aos 14 anos (último ano da educação básica secundária), totalizando assim 10 anos de estudo. Com relação às crianças de 5 anos, verifica-se que a taxa de cobertura ainda está abaixo de 90%, e que a diferença entre os NSE extremos era de cerca de 15 p.p. em 2016, conforme é mostrado na Tabela 5.

Tabela 5. Taxa de escolarização por faixas etárias e nível socioeconômico do domicílio – Colômbia (2003 e 2016)

Idade	NSE Baixo		NSE Médio		NSE Alto		Total	
	2003	2016	2003	2016	2003	2016	2003	2016
5 anos	64,5	80,4	86,0	90,2	ND	95,6	77,7	88,7
6 a 10 anos	91,9	96,3	97,6	98,0	ND	98,2	95,1	97,6
12 a 16 anos	73,7	84,0	90,6	92,2	96,5	95,5	83,6	90,2

Fonte: Siteal, com base na Pesquisa Nacional de Domicílios (2003) e na Grande Pesquisa Integrada de Domicílios (2016).

ND: Não disponível.

Elaboração dos autores.

Assim como se observa em relação aos demais países analisados no âmbito deste estudo, os maiores incrementos no acesso ocorreram na educação secundária e no segmento de NSE baixo, para os quais a taxa de cobertura encontrava-se mais distante da universalização.

Tendo em vista a escassez de dados de escolarização no período de análise deste estudo, restou a alternativa de acompanhar a evolução das

matrículas nos três níveis que compõem a educação básica. A limitação desse indicador refere-se ao fato de que os grupos etários referentes às crianças e aos jovens têm sofrido variações negativas no período 2010-2015, segundo projeções da Cepal (2016)⁵. No entanto, quando se analisa a evolução das matrículas nesse mesmo período, verifica-se que houve redução nos três níveis de ensino, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Matrículas segundo o nível de ensino, total e na rede pública – Colômbia (2010-2015)

Nível de ensino	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. %
Pré-escolar							
Total	1.060.269	1.071.429	1.107.768	1.093.675	1.027.226	1.010.504	- 4,7
Pública	618.178	607.058	649.215	632.513	570.041	585.569	- 5,3
% Pública	58,3	56,7	58,6	57,8	55,5	57,9	
Primária							
Total	4.725.834	4.674.511	4.556.278	4.507.269	3.811.609	3.673.388	- 22,3
Pública	3.809.763	3.752.970	3.641.431	3.603.221	2.838.826	2.796.860	- 26,6
% Pública	80,6	80,3	79,9	79,9	74,5	76,1	
Secundária e Média							
Total	4.349.971	4.369.161	4.307.005	4.278.218	3.990.059	3.952.459	- 9,1
Pública	3.486.359	3.493.677	3.446.432	3.429.915	3.129.665	3.173.500	- 9,0
% Pública	80,1	80,0	80,0	80,2	78,4	80,3	

Fonte: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) – Investigación de educación formal. Elaboração dos autores.

É possível que a expressiva diminuição das matrículas na educação primária tenha sido em parte causada pela melhoria do fluxo escolar (aumento da taxa de aprovação). Porém tal explicação não se aplica à redução das matrículas na pré-escola, tendo em vista a inexistência desse critério nesse nível de ensino.

Outro dado que chama atenção na Tabela 6 refere-se à redução da participação da rede pública no total de matrículas na educação primária, o que

⁵ Na faixa etária de 5 a 19 anos, a redução teria sido de cerca de 3%.

também poderia ser explicado em parte pelo argumento acima, pois é justamente nessa rede de ensino que se registram os piores indicadores de fluxo escolar.

México

A educação obrigatória no México começa aos 3 anos e termina aos 17 anos de idade, totalizando 15 anos de estudo. Do ponto de vista legal, trata-se do maior ciclo de duração entre os países analisados neste estudo. Quando se trata da educação primária, verifica-se que o nível de cobertura é bastante elevado, mas, à medida que se eleva o nível de ensino, ampliam-se as proporções de crianças e jovens fora da escola. A Tabela 7 apresenta as taxas de frequência escolar por faixas etárias e quintis de renda selecionados.

Tabela 7. Taxa de frequência escolar por faixas etárias e quintis de renda selecionados – México (2010 e 2014)

Faixa etária	Geral		1° Quintil		5° Quintil	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
3 a 5 anos¹	71,0	73,1	66,0	69,3	79,3	82,0
6 a 11 anos	95,9	97,7	96,5	98,2	99,8	99,9
12 a 14 anos	91,2	93,3	85,9	89,2	98,2	97,9
15 a 17 anos	67,0	73,2	54,1	66,5	84,0	87,9

Fonte: INEE/Panorama Educativo de México 2016. Indicadores del Sistema Educativo Nacional, Educación básica y media superior.

¹ Refere-se a 2014.

Elaboração dos autores.

De todo modo, avanços mais expressivos são observados nos níveis secundário e médio superior, que refletem o aumento da oferta de vagas e, sobretudo, a melhoria da progressão na educação primária. Por sua vez, a ampliação do acesso à pré-escola tende a ser condicionada pela capacidade de investimento dos poderes públicos na ampliação da oferta, seja na implantação de infraestrutura física e/ou na manutenção das novas unidades de ensino.

No que se refere à adequação idade-nível de ensino frequentado, verifica-se que também houve melhoria desse indicador (taxa líquida de matrícula) no período sob análise, conforme pode ser constatado na Tabela 8.

Tabela 8. Taxa líquida de matrícula por nível de ensino – México (2010/2011 e 2015/2016)

Nível de ensino	2010/2011	2015/2016
Primária	95,7	97,4
Secundária	80,4	86,2
Média Superior	62,7	67,2

Fonte: INEE, cálculos com base nas Estatísticas Contínuas do Formato 911 (início dos ciclos escolares 2010-2011 e 2015-2016), SEP-DGPPYEE.

Elaboração dos autores.

Peru

A educação obrigatória no Peru tem início aos cinco anos de idade (último ano do Ciclo Inicial) e abrange a educação primária, com duração de seis anos, e o primeiro ciclo da secundária, totalizando assim nove anos de estudo. Para completar a escolaridade básica, acresce-se a esses o segundo ciclo da educação secundária, com três anos de duração, em caráter eletivo e diversificado (científico-humanista e técnica).

No que se refere ao acesso a esses níveis de ensino, verifica-se que houve crescimento mais intenso da frequência escolar das crianças de cinco anos de idade, conforme pode ser constatado na Tabela 9, com aumento de 17 p.p. no período 2010-2016.

Tabela 9. Taxa de frequência escolar líquida, por faixa etária – Peru (2010-2016)

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
3 a 5 anos	69,4	71,1	73,5	76,7	78,4	80,1	80,7
5 anos	77,4	81,6	87,8	89,1	94,3	94,7	94,5
6 a 11 anos	93,8	93,6	92,9	92,7	92,1	91,4	91,4
12 a 16 anos	78,5	79,6	81,9	81,8	83,1	84,1	83,6
12 anos	78,5	79,6	80,3	81,0	82,3	83,4	83,0
13 anos	61,8	66,4	64,4	66,0	68,1	67,8	65,6

Fonte: Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Elaboração dos autores.

Tendência inversa foi delineada na faixa etária de 6 a 11 anos, cuja taxa de cobertura foi reduzida em cerca de 2 p.p. Por fim, entre os adolescentes de 12 a 16 anos, que frequentavam a educação secundária, houve aumento de 5 p.p. No entanto, quando se considera a população de 13 anos de idade, verifica-se que apenas dois terços desse universo frequentavam esse nível do ensino, o que aponta para o enorme desafio que se tem pela frente para assegurar o acesso e a permanência desses adolescentes no sistema de ensino.

Em alguma medida, a não universalização da educação primária e a baixa cobertura no primeiro ciclo da secundária têm afetado as taxas de conclusão dos níveis de ensino que compõem a educação básica, sobretudo entre os mais pobres, tal como pode ser observado na Tabela 10.

Tabela 10. Taxa de conclusão da educação primária e secundária, por faixa etária e categoria socioeconômica – Peru (2010-2017)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Educação Primária								
12 a 13 anos	77,9	79,3	80,7	80,3	81,7	81,7	85,6	87,0
a) Não pobres	86,2	86,6	87,1	86,1	87,3	86,6	90,3	90,6
b) Pobres	69,8	70,2	73,1	72,7	72,9	73,4	74,9	80,2
c) Pobres extremos	53,0	57,0	56,3	54,6	63,3	61,9	72,0	72,5
b/a	81,0	81,0	83,9	84,3	83,5	84,7	83,0	88,5
c/a	61,5	65,8	64,6	63,4	72,5	71,5	79,7	80,0
Educação Secundária								
20 a 24 anos	77,1	80,0	81,4	82,0	82,4	81,1	81,1	84,0
a) Não pobres	83,6	86,2	87,5	87,5	87,5	86,0	85,5	88,3
b) Pobres	59,6	61,8	59,7	60,7	61,4	60,3	61,4	67,3
c) Pobres extremos	37,1	34,8	34,1	37,8	34,7	36,8	36,1	35,9
b/a	71,3	71,7	68,2	69,4	70,2	70,1	71,8	76,3
c/a	44,3	40,4	39,0	43,2	39,6	42,8	42,3	40,7

Fonte: Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Elaboração dos autores.

O dado que mais chama atenção diz respeito à taxa de conclusão da educação secundária no segmento da pobreza extrema. Além de o índice registrado em 2017 corresponder a pouco mais de um terço desse universo, também se encontrava em patamar inferior ao alcançado em 2010. Com isso, ampliou-se a diferença entre esse segmento e o de não pobres.

2.2 Desempenho e qualidade da educação

O desafio de inserir crianças e jovens das camadas mais vulneráveis da população foi quase que superado na maioria dos países latino-americanos, especialmente quando se trata do ensino primário e até do secundário inferior (anos finais do ensino fundamental, no Brasil). Porém o maior desafio que se apresenta para os países que conseguiram a quase universalização do acesso ao ensino obrigatório é o de assegurar sua conclusão, com qualidade.

Se a oferta de vagas para todos requer, por exemplo, vultosos investimentos em infraestrutura, assim como para assegurar o atendimento aos estudantes, o segundo desafio parece ser ainda mais complexo, pois envolverá a superação das mazelas sociais que comprometem a permanência e o sucesso escolar de crianças e jovens que integram a base da pirâmide socioeconômica.

Tal entendimento é corroborado pelos resultados dos exames nacionais de proficiência realizados em diversos países da região, que, via de regra, evidenciam índices de desempenho bastante díspares entre estudantes, em razão de sua condição socioeconômica, que, via de regra está associada à sua filiação à rede de ensino pública ou privada.

Em que pese o fato de a qualidade da educação implicar distintas interpretações e definições, os resultados de proficiência em avaliações de larga escala têm sido utilizados como proxy de um ensino de qualidade.

No que se refere à proficiência, verifica-se que sua evolução tem sido menos expressiva que, por exemplo, a ampliação do acesso aos níveis de ensino. Além disso, observa-se que as desigualdades de rendimento escolar são bastante acentuadas quando se comparam os estratos populacionais que formam a base e o topo da pirâmide socioeconômica ou, então, o desempenho entre estudantes das redes de ensino pública e privada.

A América Latina é tida como a região geopolítica mais desigual do planeta, e essa desigualdade tem sido reduzida de forma bastante lenta. Mesmo em período recente, quando a redução ocorreu em ritmo um pouco mais acelerado, não foi suficiente para que a região deixasse essa incômoda posição. Portanto, não se deve esperar por mudanças estruturais na distribuição da riqueza e, menos ainda, que isso ocorra em curto espaço de tempo, para que as desigualdades educacionais sejam reduzidas a níveis considerados aceitáveis.

Embora a renda e o desempenho escolar dos estudantes estejam intimamente associados e, via de regra, tal associação tem contribuído para o fracasso escolar de parcela significativa das crianças e dos jovens latino-americanos, experiências de gestão da educação têm evidenciado que é possível romper esse círculo vicioso a partir de intervenções nos fatores ou nas variáveis intrínsecas à escola. Sob essa perspectiva, a escola passaria a assumir maior protagonismo e deixaria a condição de mera variável dependente da realidade social.

Tendo em vista que os dados disponibilizados pelos países da região não são perfeitamente comparáveis, torna-se necessário analisá-los em separado. Mesmo assim, acredita-se ser possível estabelecer um mínimo de comparabilidade, de modo que se possam delinear tendências comuns em suas trajetórias.

Argentina

Na Argentina, houve mudanças no sistema de avaliação de larga escala em 2016, o que compromete parcialmente a série histórica entre 2013 e 2017. Apenas os dois últimos anos que constam da Tabela 11 resultam de uma mesma metodologia.

Tabela 11. Distribuição dos estudantes por nível de proficiência nas avaliações em larga escala (One e Aprender) – Argentina (2013, 2016 e 2017)

Nível de proficiência	2013			2016			2017		
	Geral	Público	Privado	Geral	Público	Privado	Geral	Público	Privado
Língua e Comunicação									
. Abaixo do Básico	28,5	33,4	20,0	23,0	27,1	15,4	17,9	23,0	8,6
. Básico	21,0	23,8	16,1	23,4	26,6	17,7	19,6	23,3	13,0
. Satisfatório	39,5	36,1	45,4	44,2	40,6	50,9	45,4	43,0	49,9
. Avançado	11,0	6,7	18,5	9,4	5,7	16,1	17,1	10,7	28,5
Matemática									
. Abaixo do Básico	40,0	48,1	25,8	40,9	49,2	25,8	41,3	49,5	26,7
. Básico	24,7	26,1	22,4	29,3	30,1	27,8	27,5	28,2	26,3
. Satisfatório	27,9	22,0	38,2	24,6	18,2	36,2	27,0	20,4	38,8
. Avançado	7,4	3,8	13,6	5,2	2,4	10,2	4,2	1,9	8,2

Fonte: Secretaria de Evaluación Educativa/Ministerio de Educación/Argentina.

Nota: ONE (2013) e Aprender(2016 e 2017).

Elaboração dos autores.

O primeiro aspecto a ser ressaltado a partir dos dados da Tabela 11 refere-se à elevada proporção de estudantes com desempenho abaixo do padrão considerado como mínimo (satisfatório), especialmente em matemática. Se em língua e comunicação houve redução desse percentual entre 2013 e 2017, de 49,5% para 37,5%, na área de matemática chegou a haver um ligeiro aumento, em que pesem possíveis diferenças metodológicas entre as referidas avaliações.

A segunda dimensão a ser considerada diz respeito a diferenças de desempenho entre as redes pública e privada. Nesse caso, duas tendências distintas foram identificadas; em língua e comunicação, mais que dobrou a proporção de estudantes das escolas públicas com nível de proficiência insatisfatório, em comparação com a proporção de estudantes das escolas privadas. De modo diverso, houve redução de 7 p.p. em favor dos estudantes da rede pública. Porém deve-se ter em conta que a proporção desses estudantes com proficiência insatisfatória ampliou-se de 74% para 78% nesse mesmo período. Aumento de 5 p.p. também foi registrado na rede privada, que passou a ter 53% de seus estudantes com proficiência insatisfatória em matemática.

Em resumo, a avaliação que se faz desse período analisado é que pouquíssimos progressos foram logrados em termos de qualidade da educação, quando se tem por indicador a proficiência dos estudantes em língua e matemática. Além disso, persistem as profundas desigualdades entre os grupos de menor e de maior renda que, no caso argentino, têm como proxy as redes de ensino pública e privada, respectivamente.

Brasil

O sistema de avaliação da educação básica (Saeb) foi instituído em 1990 e, desde então, tem se expandido em termos de abrangência (níveis de ensino e estudantes). Em 2007, passou a ser utilizado para o cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), que se tornou o principal indicador de monitoramento da qualidade da educação básica no Brasil.

As avaliações do Saeb são realizadas a cada dois anos. Para o cálculo do Ideb, são avaliados os estudantes do 5º e 9º ano do ensino fundamental (português e matemática) e da 3ª série do ensino médio (português, matemática e ciências).

Tomando-se o período 2009-2015, verifica-se que houve melhora do desempenho dos estudantes brasileiros que frequentavam o ensino fundamental, em especial os dos anos iniciais. A Tabela 12 apresenta os escores médios no 5º ano do ensino fundamental, em português e matemática, desagregados pelas redes públicas de ensino e rede privada.

Tabela 12. Proficiência na Prova Brasil, em língua portuguesa e matemática, no 5º ano do ensino fundamental, nas redes públicas e privada – Brasil (2009 a 2015)

	2009	2011	2013	2015	var %
Língua portuguesa	184,3	190,6	195,9	207,6	12,6
a) Privada	220,2	222,7	229,6	234,6	6,5
b) Públicas	179,6	185,7	189,7	202,3	12,6
b/a (%)	81,5	83,4	82,6	86,2	
Matemática	204,3	209,6	211,2	219,3	7,3
a) Privada	240,7	242,8	244,5	243,6	1,2
b) Públicas	199,5	204,6	205,1	214,6	7,5
b/a (%)	82,9	84,3	83,9	88,1	

Fonte: Inep/MEC.

Elaboração dos autores.

Os maiores ganhos ocorreram em língua portuguesa e no âmbito das redes públicas (estaduais e municipais). Com isso, reduziu-se a desvantagem dos estudantes dessas redes em relação aos das escolas privadas, na proporção de 5 p.p.

Quando se analisam os resultados obtidos pelos estudantes do 9º ano do ensino fundamental, verifica-se que os avanços foram menos expressivos. Isso ocorreu de forma semelhante entre estudantes de ambas as redes de ensino, em língua portuguesa. Em matemática, área em que os estudantes das escolas públicas apresentavam maior desvantagem em relação aos das escolas privadas, houve progresso ligeiramente maior dos primeiros.

Além de a melhoria de desempenho ter sido menos expressiva que no 5º ano do ensino fundamental, constata-se que a redução da

desvantagem entre estudantes das redes públicas e privada também foi menor. Esse fato pode estar associado às maiores dificuldades impostas aos adolescentes pertencentes aos estratos socioeconômicos menos favorecidos, que comprometem seu rendimento escolar, tais como o insuficiente acompanhamento dos pais, a falta de oportunidades de acesso a atividades de reforço escolar e até mesmo a necessidade de realizar algum tipo de trabalho, remunerado ou não.

Tabela 13. Proficiência na Prova Brasil, em língua portuguesa e matemática, no 9º ano do ensino fundamental, nas redes públicas e privada – Brasil (2009 a 2015)

	2009	2011	2013	2015	var %
Língua portuguesa	244,0	245,2	245,8	253,5	3,9
a) Privada	278,6	282,3	280,9	285,9	2,6
b) Públicas	238,7	238,8	239,4	247,3	3,6
b/a (%)	85,7	84,6	85,2	86,5	
Matemática	248,7	252,8	251,5	257,7	3,6
a) Privada	293,9	298,4	293,9	295,3	0,5
b) Públicas	241,8	244,8	243,8	250,6	3,6
b/a (%)	82,3	82,0	82,9	84,8	

Fonte: Inep/MEC.

Elaboração dos autores.

Em relação ao ensino médio, que em nível internacional é mais conhecido como secundário superior, constata-se que houve ligeira queda nos índices de proficiência alcançados pelos estudantes desse nível de ensino, entre 2009 e 2015, sobretudo em matemática, conforme é mostrado na Tabela 14.

A desvantagem dos estudantes das redes públicas em relação aos da rede privada é maior do que a verificada no ensino fundamental, o que é compreensível, uma vez que há um percentual significativo dos primeiros que frequentam cursos noturnos e, via de regra, conciliam os estudos com uma jornada diária de trabalho, resultando assim em menos tempo para dedicarem-se aos estudos.

Tabela 14. Proficiência na Prova Brasil, em língua portuguesa e matemática, no 3º ano do ensino médio, nas redes públicas e privada – Brasil (2009 a 2015)

	2009	2011	2013	2015	var %
Língua portuguesa	268,8	268,6	264,1	267,9	- 0,4
a) Privada	310,2	312,8	306,2	307,1	- 1,0
b) Públicas	262,2	261,4	256,6	260,9	- 0,5
b/a (%)	84,5	83,6	83,8	85,0	
Matemática	274,7	274,8	270,2	267,6	- 2,6
a) Privada	329,3	332,9	321,6	310,0	- 5,8
b) Públicas	265,9	265,4	261,1	260,0	- 2,2
b/a (%)	80,8	79,7	81,2	83,9	

Fonte: Inep/MEC.

Elaboração dos autores.

Chile

As avaliações nacionais de proficiência são realizadas anualmente no Chile, no caso do 4º ano do ensino primário, com testes de leitura e matemática, enquanto que no 8º ano (final do secundário inferior) são avaliadas leitura, matemática e ciências. Os resultados para o 4º ano estão disponíveis inclusive para 2017, mas os do 8º ano somente até 2016.

Conforme se observa na tabela 15, o nível de proficiência dos estudantes do 4º básico sofreu queda em leitura e pequeno aumento em matemática, sendo este devido aos estudantes pertencentes ao estrato socioeconômico baixo.

Outro indicador que consta na Tabela 15 é a razão percentual entre os desempenhos dos dois segmentos populacionais. Com relação à leitura, verifica-se que praticamente se manteve a diferença existente ao longo da série histórica, o que reitera que a estagnação dos resultados ocorreu de forma quase generalizada. Por sua vez, em matemática, houve redução da desigualdade entre os dois NSE da ordem de 5 p.p. no período 2010-2017.

Tabela 15. Proficiência em leitura e matemática de estudantes do 4º básico, por níveis socioeconômicos selecionados – Chile (2010 – 2017)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var %
Leitura	271	267	267	264	264	265	267	269	- 0,7
a) NSE Alto	304	299	301	298	298	300	301	303	- 0,3
b) NSE Baixo	250	249	248	245	245	245	247	250	-
b/a (%)	82,2	83,3	82,4	82,2	82,2	81,7	82,1	82,5	
Matemática	253	259	261	256	256	260	262	261	3,2
a) NSE Alto	300	301	299	297	296	300	300	297	- 1,0
b) NSE Baixo	225	235	238	234	234	234	237	238	5,8
b/a (%)	75,0	78,1	79,6	78,8	79,1	78,0	79,0	80,1	

Fonte: Simce/Agencia de Calidad de la Educación.

Elaboração dos autores.

Assim como foi verificado em relação ao Brasil, à medida que se avança no nível de ensino, decrescem os níveis de proficiência ao longo dos anos. No período 2011-2017, houve queda quase que generalizada do desempenho dos estudantes em leitura e matemática, conforme se observa na Tabela 16.

Tabela 16. Proficiência em leitura e matemática de estudantes do 8º básico, por níveis socioeconômicos selecionados – Chile (2010 – 2017)

	2011	2013	2014	2015	2017	var %
Leitura	254	255	240	243	244	- 3,9
a) NSE Alto	293	288	277	274	275	- 6,1
b) NSE Baixo	235	237	219	225	224	- 4,7
b/a (%)	80,2	82,3	79,1	82,1	81,5	
Matemática	259	262	261	263	260	0,4
a) NSE Alto	311	311	309	312	310	- 0,3
b) NSE Baixo	236	236	233	233	230	- 2,5
b/a (%)	75,9	75,9	75,4	74,7	74,2	

Fonte: Simce/Agencia de Calidad de la Educación.

Elaboração dos autores.

O desempenho em leitura teve queda maior entre estudantes pertencentes ao NSE alto, reduzindo de forma pouco expressiva sua vantagem sobre os estudantes de nível socioeconômico baixo, enquanto que o inverso ocorreu em relação aos escores em matemática, o que redundou na ampliação da desvantagem dos estudantes pertencentes ao NSE Baixo. No entanto, o índice médio se manteve positivo devido ao desempenho mais favorável dos estudantes dos NSE intermediários.

Cabe ressaltar que as diferenças de desempenho são mais acentuadas entre os respectivos segmentos socioeconômicos no 8º ano, especialmente em matemática, o que indica que o sucesso escolar para os mais pobres tende a reduzir-se à medida que se eleva o nível de ensino.

Colômbia

Na Colômbia, as avaliações de proficiência na educação básica abrangem os estudantes do 3º e 5º anos da educação primária, do 9º ano da secundária e do 11º ano (educação média). Para fins deste estudo, optou-se por analisar apenas os resultados referentes à educação primária e secundária.

Serão analisados os índices de proficiência em linguagem (língua espanhola) e matemática, a partir dos seguintes recortes: i) temporal (2012 e 2016); ii) nível socioeconômico; e iii) público/privado. Os indicadores selecionados referem-se à distribuição dos estudantes na escala de proficiência adotada pelo ICFES, composta de quatro níveis, a saber: insatisfatório, mínimo, satisfatório e avançado; e às pontuações médias de desempenho segundo algumas categorias.

Inicialmente, apresenta-se a distribuição dos estudantes do 3º ano da educação primária, por nível de proficiência em língua espanhola, por estabelecimentos de ensino públicos urbanos e pela rede de ensino privada.

Conforme é mostrado na Tabela 17, houve progresso ao longo do período sob análise, com a reversão de predominância entre os dois primeiros níveis em favor dos dois últimos. Ou seja, em 2016 já eram predominantes os estudantes que tiveram desempenho ao menos satisfatório. Ainda assim, 47% dos estudantes colombianos matriculados nessa série do ensino tinham proficiência abaixo desse nível. Outro dado que chama atenção, mas apenas reitera a tendência identificada em outros países latino-americanos,

refere-se ao diferencial de desempenho entre estudantes de escolas públicas e privadas. Apesar de ter sido reduzido o percentual de estudantes com proficiência insatisfatória em ambas as redes de ensino, a redução na rede pública foi menos intensa que na privada.

Tabela 17. Distribuição dos estudantes do 3º ano da educação primária, por nível de proficiência em linguagem, segundo as redes de ensino – Colômbia (2012 e 2016)

Nível de proficiência	2012			2016		
	Geral	Pública Urbana	Privada	Geral	Pública Urbana	Privada
Insuficiente	23	24	7	19	20	5
Mínimo	31	34	19	28	31	16
Satisfatório	30	31	35	32	33	36
Avançado	16	12	40	22	17	44
Pontuação média	298	288	351	313	307	354
Proporção da Privada	84,9	82,1		88,4	86,7	

Fonte: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboração dos autores.

Outra maneira de evidenciar as desigualdades de proficiência no sistema de ensino colombiano pode ser realizada por meio do nível socioeconômico do estabelecimento de ensino (NSE). Nesse caso, o ICFES definiu quatro níveis, sendo o NSE 1 o mais baixo e NSE4 o mais elevado, conforme pode ser observado na Tabela 18.

Em que pese ter havido redução significativa da diferença entre as pontuações médias dos três primeiros níveis em relação ao NSE4 (Proporção do NSE4), entre 2012 e 2016, a diminuição do percentual de estudantes com desempenho insuficiente e mínimo foi maior neste último nível socioeconômico.

Com relação aos estudantes do 5º ano da educação primária, houve redução da desigualdade entre as redes de ensino pública e privada, no que tange à pontuação média em matemática. Porém, assim como foi verificado entre os estudantes do 3º ano da educação primária, a redução da proporção de estudantes com desempenho insatisfatório foi ligeiramente menor na rede pública, na comparação com a da rede privada.

Tabela 18. Distribuição dos estudantes do 3º ano da educação primária por nível de proficiência em linguagem, segundo o nível socioeconômico – Colômbia (2012 e 2016)

Nível de proficiência	2012				2016			
	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4
Insuficiente	37	25	13	4	31	22	9	2
Mínimo	33	36	32	16	29	32	24	9
Satisfatório	22	29	38	37	25	31	39	34
Avançado	8	10	17	44	15	16	29	55
Pontuação média	267	285	312	366	291	304	332	369
Proporção do NSE 4	73,0	77,9	85,2		78,9	82,4	90,0	

Fonte: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboração dos autores.

Tabela 19. Distribuição dos estudantes do 5º ano da educação primária por nível de proficiência em matemática, segundo as redes de ensino – Colômbia (2012 e 2016)

Nível de proficiência	2012			2016		
	Geral	Pública Urbana	Privada	Geral	Pública Urbana	Privada
Insuficiente	38	39	19	36	37	18
Mínimo	31	33	28	29	32	26
Satisfatório	20	20	27	21	20	28
Avançado	11	8	26	14	11	29
Pontuação média	294	290	344	305	300	342
Proporção da Privada	85,5	84,3		89,2	87,7	

Fonte: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboração dos autores.

No que tange ao desempenho segundo o nível socioeconômico do estabelecimento de ensino, constata-se que também houve redução das desigualdades entre as pontuações dos primeiros três níveis socioeconômicos e o NSE 4, conforme é mostrado na Tabela 20.

Com relação à distribuição dos escores por NSE do estabelecimento de ensino, verifica-se que houve aumento da proporção de estudantes com proficiência insatisfatória, à exceção do NSE 1. Nos demais níveis, os aumentos variaram de 21% (NSE 2) a 52% (NSE 4).

Tabela 20. Distribuição dos estudantes do 5º ano da educação primária por nível de proficiência em matemática, segundo o nível socioeconômico – Colômbia (2012 e 2016)

Nível de proficiência	2012				2016			
	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4
Insuficiente	55	23	13	4	52	40	24	9
Mínimo	27	35	31	17	24	30	32	23
Satisfatório	12	27	33	31	15	19	26	32
Avançado	5	15	23	48	10	11	19	36
Pontuação	261	283	310	359	278	297	324	359
Proporção do NSE 4	72,7	78,8	86,4		77,4	82,7	90,3	

Fonte: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboração dos autores.

Por fim, são apresentados os resultados de proficiência em Ciências Naturais para os estudantes do 9º ano (educação secundária). Diferentemente das tendências observadas no 3º e 5º anos da educação primária, no 9º ano houve decréscimo significativo dos escores médios em todas as categorias analisadas, conforme se observa na Tabela 21.

Tabela 21. Distribuição dos estudantes do 9º ano da educação secundária por nível de proficiência em ciências naturais, segundo as redes de ensino – Colômbia (2012 e 2016)

Nível de proficiência	2012			2016		
	Geral	Pública Urbana	Privada	Geral	Pública Urbana	Privada
Insuficiente	12	13	5	21	22	9
Mínimo	48	51	30	49	52	35
Satisfatório	30	29	38	24	23	39
Avançado	10	7	27	6	4	18
Pontuação média	312	303	370	288	282	332
Proporção da Privada	84,3	81,9		86,7	84,9	

Fonte: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboração dos autores.

Apesar de ter havido queda generalizada nas pontuações médias nas três categorias, reduziram-se de forma discreta as diferenças entre a

média nacional e a das escolas públicas urbanas em relação à das escolas privadas.

No que se refere à distribuição dos escores de proficiência pelos NSE dos estabelecimentos de ensino, verifica-se que apenas no NSE 4 não houve aumento da proporção dos níveis insatisfatórios.

Tabela 22. Distribuição dos estudantes do 9º ano da educação secundária por nível de proficiência em ciência naturais, segundo o nível socioeconômico – Colômbia (2012 e 2016)

Nível de proficiência	2012				2016			
	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4
Insuficiente	23	15	8	3	36	25	13	3
Mínimo	56	55	48	28	51	53	48	25
Satisfatório	18	25	35	41	12	19	32	45
Avançado	3	5	9	29	2	3	8	26
Pontuação	270	291	319	379	256	274	305	356
Proporção do NSE 4	71,2	76,8	84,2		71,9	77,0	85,7	

Fonte: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboração dos autores.

Cabe ressaltar que a proporção de 72% alcançada pelo NSE 1, em 2016, corresponde à maior diferença observada, na comparação com os resultados do 3º e do 5º anos. Esse dado reitera a tendência de aumento da desigualdade à medida que se eleva o nível de ensino.

México

As avaliações de proficiência em larga escala, no âmbito da educação básica, foram significativamente alteradas nos últimos anos. Entre 2006 e 2013, foi aplicado anualmente a ENLACE (Evaluación Nacional de Logro Académico en Centros Escolares) e em alguns anos o EXCALE (Exámenes de la Calidad y el Logro Educativos).

A partir de 2015, entra em vigor o PLANEA (Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes), com a justificativa de que a ENLACE era aplicada de forma excessiva (anualmente e em várias séries do ensino), e que

a concessão de incentivos aos professores teria inflacionado os resultados. Por sua vez, os resultados do EXCALE teriam tido pouca visibilidade social e, conseqüentemente, pequena influência nas tomadas de decisão acerca da política educacional (INEE⁶, 2017). Desse modo, serão apresentados os resultados da ENLACE no período 2006-2013 e do PLANEA a partir de 2015, ressaltando que eles não são comparáveis e, portanto, não constituem uma série histórica.

A ENLACE abrangia os estudantes da 3^a à 6^a série da educação primária e os da 1^a à 3^a série da educação secundária, que, no conjunto, equivalem ao ensino fundamental brasileiro; além dos estudantes da 1^a à 3^a série da educação média superior (no Brasil, ensino médio). Conforme evidenciam os resultados disponibilizados pelo INEE, houve progresso contínuo desde o início de sua aplicação, tendo dobrado a proporção de estudantes com desempenho satisfatório/excelente em língua espanhola e aumentado em 177% esse padrão de proficiência em matemática, conforme pode ser observado na Tabela 23.

Tabela 23. Proporção de estudantes do 3º ao 6º ano da educação primária com desempenho satisfatório/excelente em espanhol e matemática, por redes de ensino – México (2006 – 2013)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var %
Espanhol									
. Nacional	21,3	24,6	30,5	32,8	36,9	40,0	41,8	42,8	100,9
a) Particulares	52,4	58,8	66,7	65,7	69,3	69,3	67,8	64,8	23,7
b) Geral	19,3	22,4	28,5	30,8	35,0	38,5	40,1	41,7	116,1
b/a (%)	36,8	38,1	42,7	46,9	50,5	55,6	59,1	64,4	
Matemática									
. Nacional	17,6	22,3	27,7	31,0	33,9	37,0	44,3	48,8	177,3
a) Particulares	39,8	47,9	57,2	56,8	58,6	57,4	61,3	62,4	56,8
b) Geral	16,3	20,8	26,2	29,4	32,5	35,9	43,4	48,2	195,7
b/a (%)	41,0	43,4	45,8	51,8	55,5	62,5	70,8	77,2	

Fonte: Enlace/Secretaría de Educación Pública/Ministerio de la Educación.

Elaboração dos autores.

Em que pese terem sido reduzidas as desigualdades de desempenho entre estudantes das redes de ensino públicas e privada, especialmente na área de matemática, mais da metade dos estudantes das escolas públicas ainda apresentava, em 2013, índices de proficiência aquém do que seria considerado aceitável. Além disso, pode-se suspeitar desse acelerado ritmo de progresso, tendo em vista uma das justificativas utilizadas para a reformulação do sistema mexicano de avaliação da educação básica, segundo a qual esses resultados teriam sido inflacionados devido à concessão de bonificação aos professores (INEE, 2017). Em certa medida, os resultados do PLANEA, a partir de 2015, corroboram tal argumento, conforme é mostrado na Tabela 24.

Tabela 24. Distribuição percentual dos alunos do 6º ano da educação primária, segundo o nível de proficiência e a rede de ensino, no PLANEA – México (2015)

Área/Nível de proficiência	Total	Pública	Privada
Linguagem e Comunicação			
. Nível I	49,5	51,6	13,3
. Nível II	33,2	34,1	33,9
. Nível III	14,6	12,7	38,9
. Nível IV	2,6	1,6	13,9
Matemática			
. Nível I	60,5	62,8	25,9
. Nível II	18,9	19,0	23,0
. Nível III	13,8	12,9	27,4
. Nível IV	6,8	5,4	23,8

Fonte: PLANEA/INEE.

Elaboração dos autores.

Guardadas as devidas diferenças metodológicas entre as provas da ENLACE e do PLANEA, pode-se considerar como equivalentes os níveis III e IV e as categorias satisfatório e excelente. Nesse sentido, verifica-se que a proporção de índices de proficiência aceitáveis do PLANEA oscilou entre 17,2% e 20,6%, no 6º ano da educação primária. Portanto, bastante inferiores aos mais de 40% registrados no último ano de realização da

ENLACE. Deve-se ressaltar, no entanto, que este índice refere-se à média dos desempenhos dos estudantes do 3º ao 6º ano da educação primária, enquanto que no PLANEA somente são avaliados os estudantes do 6º ano⁷.

A Tabela 24 também evidencia as desigualdades de proficiência entre estudantes das redes pública e privada. A maioria dos estudantes da primeira situava-se no nível I, enquanto que mais da metade dos alunos da rede privada encontravam-se nos níveis III e IV.

Tendo em vista que os alunos do 6º ano da educação primária não foram avaliados na edição do PLANEA em 2017, serão apresentados a seguir os resultados obtidos pelos estudantes do 3º ano da educação secundária, que já haviam participado desse certame em 2015. Desse modo, torna-se possível analisar a evolução da proficiência em linguagem e matemática, ainda que em curto período de tempo.

Tabela 25. Distribuição percentual dos alunos do 3º ano da educação secundária, por nível de proficiência e rede de ensino, no PLANEA – México (2015 e 2017)

Área/Nível de proficiência	2015			2017		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
Linguagem e Comunicação						
. Nível I	29,4	27,9	10,1	33,8	31,6	10,6
. Nível II	46,0	47,9	37,3	40,1	42,8	32,2
. Nível III	18,4	18,6	32,8	17,9	18,3	31,4
. Nível IV	6,1	5,3	19,8	8,3	7,3	25,9
Matemática						
. Nível I	65,4	67,0	39,9	64,5	66,2	37,0
. Nível II	24,0	23,6	33,2	21,7	21,7	29,1
. Nível III	7,5	6,8	16,9	8,6	8,0	17,8
. Nível IV	3,1	2,5	10,0	5,1	4,1	16,0

Fonte: PLANEA/INEE.
Elaboração dos autores.

⁷ Na ausência de dados desagregados por série/ano da educação primária em espanhol e matemática, pode-se utilizar como proxy os dados do PLANEA 2013, referentes à Formação Cívica e Ética, segundo os quais os índices de proficiência Bom/Excelente no 6º ano correspondiam a 49% e o índice médio do 3º ao 6º ano era de apenas 45%.

Apesar de ter aumentado a proporção de estudantes no nível I em linguagem, pode-se afirmar que, de modo geral, houve ampliação dos percentuais nos níveis de proficiência III e IV, aqui considerados como aceitáveis, tanto em linguagem como em matemática. Porém chama a atenção a elevada proporção de estudantes com desempenho abaixo do aceitável em matemática, em ambas as redes de ensino.

Peru

As avaliações em larga escala são realizadas no 2º ano da educação primária e da secundária. No primeiro caso, há dados disponíveis a partir de 2007, mas na educação secundária só foram realizadas avaliações em 2015 e 2016. Portanto, optou-se por analisar apenas os resultados de proficiência na educação primária. Nesse caso, as avaliações abrangem a compreensão de textos e matemática, cujos resultados são apresentados na Tabela 26.

Tabela 26. Porcentagem de alunos do 2º ano da educação primária que alcançaram os objetivos de aprendizagem em compreensão de textos e matemática – Peru (2010-2016)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Compreensão de textos	28,7	29,8	30,9	33,0	43,5	49,8	46,4
a) Urbana	35,5	36,3	37,5	38,5	49,7	55,1	50,9
b) Rural	7,6	5,9	7,0	10,4	16,7	18,5	16,5
b/a	21,4	16,2	18,6	27,0	33,5	33,5	32,4
c) Privada	48,6	50,3	51,4	47,3	57,4	61,3	51,8
d) Pública	22,8	23,0	24,0	27,6	38,1	45,1	44,3
d/c	46,9	45,8	46,7	58,2	66,4	73,6	85,4
Matemática	13,8	13,2	12,8	16,8	25,9	26,6	34,1
a) Urbana	16,4	15,8	15,2	19,4	28,9	29,1	36,6
b) Rural	5,8	3,7	4,1	6,5	13,1	12,3	17,3
b/a	35,2	23,4	27,2	33,4	45,5	42,3	47,2
c) Privada	20,9	18,9	16,5	19,6	26,4	24,6	25,4
d) Pública	11,7	11,3	11,5	15,8	25,7	27,5	37,4
d/c	56,0	59,8	70,0	80,8	97,3	111,7	147,1

Fonte: Encuesta Nacional de Hogares/Instituto Nacional de Estadística e Informática.
Elaboração dos autores.

Diferentemente do que foi observado nos demais países analisados neste estudo, os resultados de proficiência dos alunos peruanos não são apresentados sob o formato de uma escala. Desse modo, verifica-se que, via de regra, a maioria dos estudantes avaliados ficou aquém de um padrão mínimo de proficiência, em compreensão de textos e, principalmente, em matemática.

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito às desigualdades relativas à localização do domicílio (rural/urbana) e à natureza administrativa da escola (pública/privada). Cabe destacar, no entanto, que tais diferenças vêm sendo reduzidas ao longo do período sob análise e, conforme é mostrado na Tabela 26, o desempenho dos estudantes da rede pública teria sobrepujado o de seus pares das escolas privadas, o que constitui um fato inédito entre os países da região.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que, no período sob análise, não houve reversão da tendência de ampliação do acesso à educação básica, tanto em termos do indicador agregado da região, em que pese a inexistência de dados mais recentes, como pela análise em separado dos países que compuseram a amostra deste estudo. Além disso, deve-se destacar que os maiores avanços ocorreram nos níveis de ensino que há pouco tempo não eram considerados obrigatórios, tais como a educação infantil e o ensino médio (secundário superior).

Outro aspecto a ser destacado diz respeito à redução das desigualdades segundo o nível socioeconômico, a localização do domicílio e a rede de ensino. Via de regra, os estratos de renda que compõem a base da pirâmide social são majoritários nos domicílios rurais e nas redes públicas de ensino. Quando esses fatores se encontram associados, tendem a reduzir ainda mais os indicadores de acesso e êxito escolar.

Por sua vez, a melhoria da qualidade na educação básica, inferida a partir dos resultados de proficiência nas avaliações em larga escala, também manteve sua trajetória ascendente, ainda que em ritmo menos acelerado que o da ampliação do acesso. Nesse sentido, foi possível constatar que os *gaps* ainda são bastante profundos, especialmente quando se tem por referência a estratificação da renda.

É possível que essas tendências tenham sido mantidas, ao longo do período sob análise, pelo fato de vários desses países terem assegurado percentuais mínimos das receitas fiscais, ou mesmo do PIB, para os investimentos na área educacional. Além disso, há a possibilidade de a redução do orçamento não implicar, de imediato, em diminuição da oferta e qualidade. Um dos argumentos para tal é que o principal custo da manutenção do ensino refere-se aos salários de professores e que, mesmo sendo comprimidos, não teria como consequência imediata a diminuição do quadro de pessoal e a consequente redução da oferta de ensino, especialmente em períodos de baixo crescimento econômico com aumento do desemprego.

No entanto, o agravamento da crise econômica, ou mesmo sua continuidade, poderá comprometer o alcance das metas educacionais, estabelecidas pelos países da região, com vistas à superação de suas persistentes e profundas desigualdades educacionais.

Sob uma conjuntura de crise econômica, tendem-se a realizar cortes orçamentários que impactam diretamente a área social. É o caso recente do Brasil, em que o governo federal conseguiu emendar a Constituição federal em 2016, de modo a instituir um teto de gastos pelo prazo de 20 anos, que, na prática, deverá reduzir sua participação no financiamento da educação pública e, conseqüentemente, a fragilização de sua ação supletiva para fins da redução das desigualdades entre os entes federados.

Portanto, ainda que esses impactos não tenham sido identificados nesse curto período de análise, no que se refere ao acesso e à proficiência, dificilmente poderão ser evitados sob uma conjuntura de cortes orçamentários, principalmente quando se tem pela frente a superação das profundas desigualdades educacionais, que, em última instância, comprometem a universalização do direito à educação de qualidade para todos.

REFERÊNCIAS

CEPAL. **Observatorio demográfico 2016**. Santiago, 2016.

_____. **Panorama social de América Latina**, 2017. Santiago: ONU/Cepal, 2018.

INEE. **Informe de resultados PLANEA 2015:** el aprendizaje de los alumnos de sexto de primaria y tercero de secundaria en México. Lenguaje y Comunicación y Matemáticas. México, 2017.

SITEAL. **Resumen estadístico comentado n° 2:** escolarización en América Latina, 2000-2013. Santiago, abr. 2015.

EDUARDO LEVCOVITZ

MARIA HELENA COSTA COUTO

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO SÉCULO XXI

Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutor em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Foi responsável pela concepção e redação final do texto.

Pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Foi responsável pela concepção e execução da busca bibliográfica e pela seleção dos artigos que conformaram os itens 3 e 4 do texto.

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO SÉCULO XXI

EDUARDO LEVCOVITZ
MARIA HELENA COSTA COUTO

1. INTRODUÇÃO

O objetivo original do presente texto, proposto pelos organizadores da coletânea, era analisar as tendências de políticas públicas na América Latina nos anos recentes, com base na hipótese de reversão do cenário de crescimento, distribuição de renda e redução das desigualdades que predominou em muitos países no início da década de 2010, especificamente em relação ao seu impacto nas políticas e nos sistemas de saúde.

No processo de pesquisa e redação do texto, optamos por ampliar o escopo e o período analisado para todo o século XXI, por um conjunto de fatores de natureza histórico-estrutural, teórica, didática e metodológica: a) os sistemas de saúde da América Latina são heterogêneos, tanto por suas origens e trajetórias como pelo impactos das reformas “neoliberais” dos anos 1980 e 1990, e seus processos de câmbio são lentos e graduais¹, demonstrando significativa inércia nas políticas de saúde da sub-região; b) os dois informes anteriores do Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas não apresentam estudos sobre as trajetórias históricas desses sistemas de saúde, o que tornaria descontínuo e de difícil compreensão tratar exclusivamente da 2ª metade da década de 2010; c) as publicações *flagship* (OPAS, 2012, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2017b; CEPAL, 2016) que apresentam dados empíricos sobre o tema trazem informações atualizadas até *circa* 2012/13, não permitindo a construção de séries comparativas entre os anos de expansão da proteção social em saúde e aqueles em que as opções de política econômica “austera” sugerem retração na política social; d) os principais periódicos científicos que trazem artigos críticos sobre as referidas mudanças de orientação política e até mesmo a literatura cinza apresentam um atraso importante

1 Nos últimos dez anos, apenas o Uruguai implementou uma reforma estrutural, com a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde.

em relação à atualidade (DHRIFI, 2018; SOUTH AMERICAN INSTITUTE OF GOVERNMENT IN HEALTH, 2012), tanto pela tradição acadêmica de distanciar-se das análises conjunturais quanto do largo prazo observado entre a submissão dos textos e sua efetiva publicação.

2. NOTAS SOBRE AS ORIGENS E A EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DA AMÉRICA LATINA ATÉ O FINAL DO SÉCULO XX

A arte/ciência de tratar/curar é milenar, está representada nos hieróglifos egípcios, com inscrições identificadas entre o ano 3000 a.C. e o século IV d.C., e é descrita em detalhes no Bhagavad Gita hindu do século IV a.C., no Antigo Testamento judaico-cristão do século II a.C. e no Alcorão do século VII d.C., mas a breve história da construção dos sistemas de saúde como política pública tem apenas cerca de 150 anos, refletindo a história, a estrutura e os processos sociais de hegemonia-conflito-solidariedade entre as classes sociais; a correlação de forças entre distintos grupos de interesse; e as condições políticas e socioeconômicas das respectivas sociedades/nações em diferentes momentos históricos.

A políticas de saúde e proteção social emergiram dos processos de consolidação/reconstrução dos estados nacionais, como na unificação da Alemanha conduzida por Bismarck no último quarto do século XIX, por meio do formato institucional Bismarckiano ou corporativista-estatista (ESPING-ANDERSEN, 1991) do seguro social, e se expandiram durante o século XX para a França, os Países Baixos e outros países da Europa Continental. Na Rússia Soviética, em 1919, no contexto da guerra civil que se seguiu à Revolução de Outubro de 1917 e ao final da Primeira Guerra Mundial, Lênin designou Nikolai Aleksandrovich Semashko comissário de saúde com a responsabilidade de implantar o primeiro sistema universal de saúde da história, que se expandiu por todos os países socialistas do Leste Europeu e da Ásia Central até o final dos anos 1980.

É quase simultânea, em 1920, a pioneira proposição de proteção universal em saúde na Europa Ocidental, que consta do *Informe Dawson sobre o futuro dos serviços médicos e afins* (OPAS, 1962), que, entretanto, tardaria quase trinta anos para se tornar uma política pública, retomada apenas no Relatório Beveridge de 1942², concebendo a assistência médica universal como um direito do cidadão,

2 O Relatório de William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, de novembro de 1942, definiu as bases do Welfare State britânico, incluindo a criação do Serviço Nacional de Saúde.

e não algo concedido por caridade, e a declarando como essencial entre um dos cinco gigantes que deveriam ser erradicados durante a reconstrução do pós-guerra: a carência, as doenças, a ignorância, a miséria e a preguiça (BEVERIDGE, 1942 apud RIVETT, 2017)³.

Apesar dos merecidos tributos a Lorde Beveridge, de quem se origina a denominação Beveridgiano do modelo do Serviço Nacional de Saúde, injustamente omitem o nome do responsável pelas negociações políticas com o Partido Conservador e com os médicos e pela efetiva implantação em 1948 do *National Health Service*: Nye Bevan, ministro da Saúde e da Habitação no governo trabalhista de Clement Attlee, que, em 1945, derrotou os *Tories*⁴ de Winston Churchill nas eleições que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial, com uma plataforma centrada na solidariedade e na universalidade das políticas sociais como inspiração à reconstrução de uma nação gravemente destruída pela guerra, paradoxalmente na sociedade que foi o berço do capitalismo liberal. Essa concepção se expandiu durante o século XX para a Escandinávia e, mais tardiamente, para Espanha, Itália, Grécia e Portugal, constituindo o formato socialdemocrata ou institucional-redistributivo do *Welfare State* (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Esse recorrido histórico é indispensável para a compreensão das origens e da evolução do nosso objeto de análise, os sistemas de saúde da América Latina, já que os formatos institucionais referidos foram, em distintos graus, nos diferentes países da sub-região e em diversos momentos das trajetórias de suas políticas de saúde, inspiradores das ideias e constitutivos dos modelos institucionais-organizacionais implantados (MESA-LAGO, 2008), ainda que não se possa caracterizar em nenhum país da América Latina o desenvolvimento pleno de um *Welfare State*.

Também por estas latitudes, a implantação de sistemas de proteção social em saúde foi componente fundamental da consolidação dos estados nacionais, inicialmente por meio das campanhas sanitárias e de higiene pública implementadas a partir da independência dos países da Ibérico-América, em décadas posteriores expandindo sua atuação no setor saúde pela incorporação crescente de serviços médico-hospitalares, com o pioneiro estabelecimento de sistemas de seguro social Bismarckianos na Argentina, no Brasil, no Chile e

3 No original, “five giants that Beveridge declared should be slain during post-war reconstruction: want, disease, squalor, ignorance, idleness”.

4 Partido Conservador do Reino Unido.

no Uruguai no contexto das transformações políticas, dos processos de industrialização e da ascensão das classes operária e burguesa urbanas ocorridas a partir décadas de 1920/30, como demonstram a criação dos institutos de aposentadorias e pensões e de seus programas de assistência médica durante o Estado Novo de Vargas no Brasil, das múltiplas Obras Sociais na Argentina e das Instituições de Assistência Médica Coletiva no Uruguai e, mais tardiamente, da Caixa Costarricense de Seguro Social em 1941, da Caixa de Seguro Social do Panamá e do Instituto Mexicano de Seguro Social em 1943.

Esses formatos institucionais acompanharam o desenvolvimento socioeconômico dos países até as crises do modelo de substituição das importações e da dívida externa do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, alcançando coberturas populacionais que variaram de 50 a 70% da população (OPAS, 2007; MESA-LAGO, 2008), sem, entretanto, trilhar o caminho da cobertura universal de seguro social de saúde observada nos congêneres europeus.

Não menos relevante para os países da América Latina, como aliás para todo o mundo, foi o impacto no pós-guerra da criação do Serviço Nacional de Saúde britânico. Nas décadas de 1950, 1960 e 1970, os países da sub-região nele se inspiraram para implantar um amplo conjunto de hospitais, ambulatórios e postos/centros de saúde estatais, de acesso geral e gratuito, tanto sob responsabilidade dos governos nacionais como de níveis estaduais, provinciais e municipais, dependendo de suas características federativas ou unitárias.

Esse processo se aproveitou das oportunidades ímpares criadas pela onda democrática propagada pela derrota do nazi-fascismo, pelas particulares condições do comércio internacional favoráveis às economias agroexportadoras e à incipiente industrialização orientada para os mercados internos e pelo incremento do gasto social devido à predominância das políticas econômicas de corte Keynesiano, típicos dessa que foi considerada a Era de Ouro do Capitalismo.

Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai constituíram um pujante subsetor público de atenção médico-hospitalar, incluindo emergências, saúde pública e programas “verticais” de saúde materno-infantil, mental e de combate a doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. No caso do Brasil, em 1974 se instituiu o Sistema Nacional de Saúde; no do Chile, em 1979, o Sistema Nacional de Serviços de Saúde; e no do Uruguai, em 1987, a Administração dos Serviços de Saúde do Estado.

Movimentos de origem acadêmica, como os de Medicina Comunitária, Preventiva e Social, desenvolvidos nos anos 1960/70, também impulsionaram o crescimento dos serviços públicos, especialmente os centros de saúde pública. Organismos internacionais como a OMS e a UNICEF lideraram, a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, forte incorporação da ideia universalizante presente na estratégia de Atenção Primária de Saúde visando alcançar Saúde Para Todos no Ano 2000, de nítida inspiração no *Welfare State* britânico.

Tal expansão da oferta médico-assistencial estatal, entretanto, foi aditiva e não substitutiva dos seguros sociais, então já plenamente institucionalizados e politicamente sustentados pelas corporações sindicais e burocracias das organizações securitárias, consolidando situações nacionais que pouco refletem os modelos organizacionais dos já referidos tipos-ideais europeus. Ao contrário, as trajetórias das políticas de saúde na sub-região se caracterizaram pela incorporação parcial de características originadas nos diferentes formatos institucionais do *Welfare State*, simultâneas à livre expansão da assistência médico-hospitalar privada, disponível inicialmente para os grupos da população com capacidade de compra privada desses serviços e, posteriormente, organizada na forma de planos/seguros de pré-pagamento individuais, familiares ou empresariais.

A estrutura física da prestação de serviços se desenvolveu por décadas de forma autônoma e paralela em cada um desses subsistemas – e até mesmo dentro deles –, sem integração territorial ou operacional, complementariedade ou mecanismos formais de coordenação de cuidados, referência e contrarreferência.

Esse processo consolidou a fragmentação operacional dos nossos sistemas, reforçada por múltiplos fatores: desigualdades socioeconômicas profundas; estratificação das classes sociais e segregação de grupos da população; segmentação institucional resultante das trajetórias históricas dos sistemas de saúde e proteção social, que gerou multiplicidade de instituições pagadoras e de mecanismos de pagamento, contradições e “zonas cinzentas” nas regras/normas legais e administrativas dos distintos subsistemas; debilidade da capacidade reitora da Autoridade Sanitária; modelos de atenção contrários à integração, centrados na doença, no cuidado de episódios agudos e na atenção hospitalar; programas verticais, focalizados em doenças e riscos, com separação extrema dos serviços de atenção às pessoas; insuficiências no planejamento da quantidade, qualidade e distribuição dos recursos e serviços; e condutas e hábitos culturais da população e dos prestadores de serviços (LEVCOVITZ, 2009).

Os resultados de tais trajetórias históricas conformam marcantes características estruturais dos sistemas de saúde da América Latina, já plenamente consolidadas na década de 1970: 1) a segregação/estratificação da população conforme classe social, renda, condição socioeconômica, capacidade de pagamento, inserção no mercado formal de trabalho, origem étnico e urbanidade/ruralidade; 2) a segmentação da população em grupos com diferentes direitos e condições de acesso e utilização dos serviços; e 3) fragmentação operacional com superposição e duplicação das ofertas dos distintos prestadores e a descoordenação de estabelecimentos/unidades assistenciais.

Em síntese, o primeiro meio século de evolução de políticas de saúde na América Latina marcou uma tendência sustentada de extensão da proteção social em saúde, mesmo que limitada tanto em termos de cobertura populacional e de amplitude das prestações e dos benefícios como de igualdade no acesso, na utilização e na qualidade dos serviços.

Quadro 1. Características estruturais dos sistemas de saúde da América Latina*

Segmentação: subsistemas com distintas modalidades de financiamento, afiliação e provisão, cada um deles “especializado” em diferentes estratos da população, conforme sua inserção laboral, nível de ingresso, capacidade de pagamento e classe social. Consolida e aprofunda a desigualdade no acesso e na utilização entre os diferentes grupos populacionais; Coexistem uma ou várias entidades públicas, o seguro social e diversos financiadores, asseguradores e prestadores privados.

Fragmentação: coexistência de unidades e serviços não integrados em rede. Serviços/estabelecimentos que não colaboram mutuamente, ignoram e/ou competem com os outros prestadores; Múltiplos agentes operando sem integração impedem a standardização dos conteúdos, da qualidade e dos custos da provisão de serviços; Gera incrementos nos custos de transação e alocação ineficiente dos recursos do sistema.

* Adaptado de Levcovitz; Acuña; Ruales, 2007.

Movimento contrário se observa nos anos 1980-90, quando o esgotamento do modelo de desenvolvimento por substituição de importações (BIELSCHOWSKY, 2018), acelerado pelos choques de preços do petróleo de 1973 e 1978 e pela decisão do *Federal Reserve*⁵ de romper com o modelo

5 Banco Central dos Estados Unidos da América.

de regulação financeira internacional vigente desde o final da 2ª Guerra Mundial⁶, elevando drasticamente as taxas de juros e eliminando a paridade dólar-ouro, empurrou as economias periféricas e dependentes da sub-região para dívidas externas impagáveis e fortes desequilíbrios fiscais, cambiais e monetários, interrompendo o largo ciclo de crescimento de inspiração Keynesiana. Políticas econômicas desenvolvimentistas foram rápida e radicalmente substituídas por reformas macroeconômicas centradas em rígido ajuste fiscal, restrição do gasto público, privatização de ativos estatais, redução do tamanho e das funções dos estados nacionais e desregulação do mercado de trabalho, seguindo as prescrições do Consenso de Washington.

As “reformas do setor saúde”⁷ que traduziram as prescrições do Consenso de Washington não respeitaram as características históricas, políticas e de organização sanitária únicas de cada país e adotaram receitas uniformes ditadas pelas “Instituições Financeiras Internacionais”. Os temas sanitários foram relegados a segundo plano, e as atenções se concentraram nos aspectos financeiros e de gestão, com destaque para a busca de eficiência microeconômica, privatização, descentralização e separação das funções de reitoria (única que deveria seguir como atribuição exclusiva do Estado), financiamento, asseguramento e prestação de serviços (que deveria ser compartilhada com – ou totalmente transferida a – entes privados). Chile, Colômbia e a maioria dos países da América Central adotaram plenamente esse receituário, mas seus impactos se fizeram presentes em todos os países. O Quadro 2 apresenta uma síntese desses impactos.

Quadro 2. Impactos das reformas dos sistemas de saúde dos anos 1980-90*

Conteúdo das reformas	Problemas
Redução do tamanho e das funções do Estado	Limitações da capacidade reitora da Autoridade Sanitária
Disciplina (“espaço”) fiscal, com rígidos mecanismos de controle de gastos	- Drástica redução do gasto público social; - Degradação da infraestrutura estatal e dos salários do setor público

6 Conhecido como sistema de Bretton Woods.

7 Eufemismo adotado pelo Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e USAID para designar os projetos de cooperação técnica e financeira “negociados” com os países para “modernizar” seus sistemas de saúde em linha com as prescrições do “Consenso de Washington”.

Conteúdo das reformas	Problemas
Novas fontes de financiamento	Tarifas, “cotas de recuperação de custos” e outros mecanismos de cobrança aos usuários e/ou de pagamento no ponto de atenção aumentaram o gasto <i>out-of-pocket</i> familiar
Criação de fundos específicos para usuários com capacidade contributiva, totalmente separados daqueles para os que não têm capacidade de pagamento	Perda de solidariedade do sistema, acentuando a segregação de grupos da população e as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços
Desregulação/informalização do mercado de trabalho	Redução da sustentabilidade financeira dos seguros sociais
“Pacotes básicos” para populações pobres e excluídas, submetidas à focalização por prova de meios	Oferta com planos de prestações diferentes em qualidade e quantidade de serviços para distintos estratos da população
“Pluralismo”, atribuindo ao setor privado maior relevância no asseguramento e na provisão de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicação de agentes de asseguramento e provisão em competição, acentuando a segmentação e a fragmentação dos sistemas; - Seleção de afiliados/segurados com capacidade de pagamento e exclusão das populações pobres
Descentralização de responsabilidades para níveis subnacionais de governo	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidade da função reitora e da governança do sistema; - Perda de economias de escala nas compras e nos contratos públicos
Introdução de quase-mercados e critérios de eficiência na organização da prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Competição entre prestadores aprofunda a fragmentação da oferta; - Ações de saúde pública deterioradas e priorização dos cuidados individuais e do modelo hospitalocêntrico
Introdução de métodos/instrumentos gerenciais empresariais na gestão pública	Descrédito da função de planejamento, substituída por gerencialismo microeconômico

* Adaptado e expandido a partir de Levcovitz; Acuña; Ruales, 2007.

Vinte anos de “reformas” agravaram a segmentação institucional, a fragmentação operacional, as desigualdades de cobertura e acesso dos sistemas de saúde da Ibero-América e nos legaram lições de que a restrição de direitos, os “espaços fiscais” restritivos para os orçamentos sociais, a exclusão/segregação de grupos da população, a predominância da lógica de mercado nas políticas sociais e o enfraquecimento do Estado aprofundam as desigualdades sociais e econômicas e deterioram as condições de vida e saúde das populações.

Na transição ao século XXI, partidos políticos, movimentos sociais, governantes e cidadãos dos maiores e mais desenvolvidos países da América

Latina já manifestavam consciência e iniciativa política para retomar a trajetória de expansão da proteção social em direção à universalidade, inclusive via arcabouços jurídico-legais e institucionais que reconhecem o direito à saúde como valor social e direito humano universal, como demonstra o Quadro 3, “ainda que essas sociedades tenham obtido melhores resultados em formular legislações e normas que em impulsionar as profundas transformações indispensáveis em seus sistemas de saúde para assegurar tais direitos” (LEVCOVITZ; ACUÑA; RUALES, 2007, p. 318).

Na sub-região são raras as decisões políticas efetivas de construir sistemas universais de saúde: pioneiro sistema estatal foi implantado em Cuba, após a Revolução de 1959, seguido duas décadas mais tarde pelo Sistema Nacional de Saúde da Nicarágua, produto da Revolução Popular Sandinista e vigente de 1979 a 1990, quando foi dissolvido pelo governo conservador de Violeta Chamorro, ambos inspirados no formato Semashko da União Soviética. A Constituição federal brasileira de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde, fortemente inspirado nos *Welfare States* da Grã-Bretanha e da Itália. Costa Rica expandiu a inclusão subsidiada pelo Estado da população no seguro social, de inspiração no *Welfare State* europeu ocidental, até a cobertura universal no início dos anos 2000. Uruguai, entre 2007 e 2016, incorporou a quase totalidade da população ao Sistema Nacional Integrado de Saúde/Fundo Nacional de Saúde, que combina características contributivas de seguro social com aportes dos ingressos tributários do país⁸.

Quadro 3. Normas legais que reconhecem a saúde como direito universal nos países da América Latina

País	Ano	Norma Legal
Argentina	1989	<i>Ley 23.661</i>
Bolívia	1998	<i>Decreto Presidencial 25.265</i>
Brasil	1988	Constituição federal
Colômbia	1993	<i>Ley 100</i>
Costa Rica	1973	<i>Ley General de Salud 5395</i>
Chile	1985	<i>Ley 18.469</i>

⁸ Apesar de autodeclarado como universal, não consideramos o Sistema de Proteção Social em Saúde da Colômbia nesse grupo, em razão da extrema segmentação e das profundas diferenças nos planos de prestações entre afiliados contributivos, subsidiados e vinculados.

País	Ano	Norma Legal
Cuba	1976	<i>Carta Constitucional</i>
Equador	2002	<i>Ley 80 RO 670</i>
El Salvador	1983	<i>Carta Constitucional</i>
Guatemala	2001	<i>Ley de Desarrollo Social, Decreto 82</i>
Honduras	1982	<i>Ley General de Salud</i>
México	2003	<i>Ley General de Salud</i>
Nicarágua	1997	<i>Carta Constitucional</i>
Panamá	1972	<i>Carta Constitucional</i>
Paraguai	1980	<i>Ley 836</i>
Peru	2002	<i>Ley 27.812</i>
República Dominicana	2001	<i>Ley 87</i>
Venezuela	1999	<i>Carta Constitucional</i>

Fonte: Elaboração própria, a partir de consulta a documentos oficiais dos países, realizada em 2004 e 2005.

3. SÉCULO XXI: ASCENSÃO E DECLÍNIO DA “MARÉ ROSA” NA AMÉRICA LATINA

A primeira década do século XXI testemunhou, na maioria dos países da América do Sul, a ascensão ao poder de partidos políticos e coligações de esquerda ou centro-esquerda, representados pela Frente pela Vitória na Argentina, pelo Partido dos Trabalhadores no Brasil, pela Frente Ampla no Uruguai, pela Concertação/Nova Maioria no Chile, pelo Movimento ao Socialismo na Bolívia, pela Aliança País no Equador, pela Aliança Patriótica para o Câmbio no Paraguai e pelo Partido Nacionalista Peruano, que vieram a se somar à eleição do Partido Socialista Unificado da Venezuela em 1999.

Essa onda atingiu até mesmo os países da América Central, historicamente governados por elites conservadoras, com o retorno ao poder da Frente Sandinista de Libertação Nacional na Nicarágua e das pioneiras eleições da Frente Farabundo Martí de Libertação Nacional em El Salvador, do Partido Revolucionário Democrático no Panamá e da União Nacional da Esperança na Guatemala. Na Costa Rica, tradicionalmente independente e democrática, seguem-se até hoje quatro governos progressistas comandados pelo Partido de Libertação Nacional e pelo Partido de Ação Cidadã.

Quadro 4. Períodos de governos de esquerda, centro-esquerda e “progressistas” na América Latina no século XXI¹

País	Período	Presidências
Argentina	2003-2015	Néstor Kirchner; Cristina Kirchner
Bolívia	2006-2018	Evo Morales
Brasil	2003-2015	Luiz Inácio Lula da Silva; Dilma Rousseff
Chile	2005-2010 2014-2017	Ricardo Lagos; Michelle Bachelet Michelle Bachelet
Costa Rica	2006-2018	Óscar Arias; Laura Chinchilla; Luis Guillermo Solís; Carlos Alvarado
El Salvador	2008-2018	Mauricio Funes; Salvador Sánchez Cerén
Equador	2007-2017	Rafael Correa
Guatemala	2008-2012	Álvaro Colom
Honduras	2005-2008	José Manuel Zelaya
Nicarágua	2007-2011	Daniel Ortega ²
Panamá	2003-2008	Martín Torrijos
Paraguai	2008-2012	Fernando Lugo
Peru	2010-2015	Ollanta Humala
Uruguai	2005-2018	Tabaré Vázquez; José Mujica; Tabaré Vázquez
Venezuela	1999-2013 ³	Hugo Chávez

¹ Elaboração própria, a partir de dados de Idiart, 2018, e do site oficial da Presidência da República de cada país.

² Reeleito em 2011 e 2016, mas consideramos apenas o período até 2006-2011, em razão da virada conservadora observada nos mandatos subsequentes.

³ Apesar da manutenção no poder do Partido Socialista Unificado da Venezuela, não incluímos a Presidência de Nicolás Maduro em razão da grave crise econômica e político-institucional instalada no país nesse período, que paralisou qualquer iniciativa “progressista”.

O Quadro 4 apresenta os períodos de mandatos presidenciais desses partidos ou dessas coligações que configuram o giro à esquerda, batizado nos meios intelectuais e acadêmicos de *maré rosa* ou *onda rosa*⁹, que adotou a consigna de *Um outro mundo é possível*, lançada pelo Fórum Social Mundial, centrado na oposição ao fundamentalismo de livre-mercado (SELA, 2018)

⁹ Tradução livre de *pink tide*, conforme Sela, 2018.

hegemônico nos anos 1980-90. Na sub-região, somente México¹⁰, Honduras¹¹, Colômbia e República Dominicana ficaram imunes a esse movimento.

As políticas macroeconômicas da maré rosa se caracterizaram pelo fortalecimento das capacidades fiscais dos Estados, pelas reformas tributárias progressivas, pelo aumento do gasto público social e pela redução da vulnerabilidade da dívida externa, que levaram, em conjunto com amplas políticas sociais, à redução da pobreza extrema, retirando mais de setenta milhões de pessoas da miséria absoluta; à diminuição das desigualdades históricas; ao crescimento dos ingressos e da distribuição de renda, deslocando os países do grupo de baixo para o de médios ingressos (MOREIRA, 2017); e ao aumento do emprego formal. Essas foram acompanhadas por iniciativas político-institucionais que ampliaram a participação popular, renovaram o arcabouço jurídico-legal e inovaram com políticas externas e comerciais que buscavam simultaneamente a soberania nacional e a integração regional.

Essas políticas foram sustentadas pelo crescimento econômico de toda a sub-região, que aproveitou o “vento de cauda” dos altos preços relativos das *commodities*, especialmente petróleo, gás, minérios, grãos e proteína animal, em grande parte provocados pela demanda gerada pelo extraordinário ritmo de crescimento da China, que permitiu “[...] distribuir benefícios entre os grupos mais pobres e melhorar as condições de vida da população assalariada [...] sem alterar os equilíbrios macroeconômicos, nem propiciar a criação de uma coalizão de veto entre perdedores de enorme peso econômico, prestígio social e poder político” (Ibid., p. 15).

As políticas nacionais de saúde do período usufruíram das favoráveis condições políticas e econômicas, e quase todos os países desenvolveram iniciativas setoriais, de maior ou menor abrangência e escala, para estender a cobertura dos seguros sociais e dos serviços públicos, eliminar ou reduzir co-pagamentos no ponto de atenção, aumentar a proteção financeira das famílias frente ao risco de adoecer e reorganizar parcialmente seus sistemas de saúde. O Quadro 5 sintetiza as principais iniciativas por país.

10 No México, foi eleito recentemente e tomará posse em 1º de dezembro de 2018 Andrés Manuel López Obrador do Partido de Regeneração Nacional, histórico político de esquerda e chefe de governo do Distrito Federal mexicano até julho de 2005.

11 Em Honduras, houve um breve período de iniciativas progressistas com a eleição de José Manuel Zelaya do Partido Liberal, mas foram rapidamente extirpadas por golpe de estado que o removeu da Presidência.

Quadro 5. Iniciativas para a extensão da proteção social em saúde – países selecionados – 2003 a 2010

- Argentina: *Seguros Provinciales de Salud Materno-Infantil*
- Bolívia: *Seguro Universal Materno-infantil – SUMI*
- Chile: *Garantías Explícitas en Salud – AUGE*
- Costa Rica: Afiliación subsidiada por el Estado a la CCSS
- Equador: *Ley de Maternidad Gratuita / Transformación del Sistema de Salud para la Garantía Universal de Derechos*
- México: Seguro Popular de Salud / Programa Oportunidades
- México DF: Gratuidad Universal en la Atención
- Nicarágua: *Modelo de Salud Familiar y Comunitario con Garantías*
- Panamá: *Nueva Ley del Sistema Nacional de Salud*
- Paraguai: Acceso Gratuito a las Unidades Públicas
- Perú: *Seguro Integral de Salud – SIS / Ley del Aseguramiento Universal*
- Uruguai: *Sistema Nacional Integrado de Salud*
- Venezuela: *Misión Barrio Adentro*

Fonte: Levcovitz, 2009.

A maré rosa latino-americana encontra seu auge no período de 2006 até 2009, ano em que começam a se manifestar na sub-região os impactos da crise financeira mundial disparada a partir de 2008, consequente da crise das hipotecas dos Estados Unidos da América. Já no período 2010-2014, o PIB da sub-região cresce somente 65% da média das economias emergentes, reduzindo-se essa proporção a apenas 40% nas projeções para o período 2015-2019.

O efeito “vento de cauda” vai se desfazendo aceleradamente com a queda dos preços internacionais do petróleo, dos minérios e das commodities agrícolas, em grande parte devido à redução do ritmo de crescimento da China, inviabilizando a continuidade das políticas redistributivas e modernizantes com baixo conflito distributivo. A eleição de Mauricio Macri na Argentina, a vitória da oposição nas eleições legislativas da Venezuela, ambas em 2015, e o impeachment de Dilma Rousseff no Brasil em 2016 são considerados os principais indicadores do fim da maré rosa (MOREIRA, 2017)

Frente à já referida insuficiência de séries históricas de dados e artigos analíticos críticos sobre as políticas de saúde do período pós-2014/15, realizamos busca bibliográfica extensiva e sistemática em periódicos indexados¹²

12 Portais e bases de dados consultados: MEDLINE, consultada via PUBMED; Cinahl (Ebsco), Scopus (Elsevier) e *Web of Science (Clarivate Analytics)*, do Portal de Periódicos da Capes. Base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Acrescentou-se o portal de

e literatura cinza¹³, a partir da pergunta qualitativa *Quais são os retrocessos de redução do orçamento social, de perda de direitos e de acesso nas políticas de saúde de países na América Latina*. A partir dessa pergunta, os termos padronizados foram identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH)¹⁴. Os limites estabelecidos foram documentos, artigos, livros, perfis de país, relatórios de políticas, informes técnicos e relatórios de pesquisa nos idiomas inglês, português e espanhol.

Para a sistematização do processo de busca bibliográfica, essas referências foram organizadas pelos elementos da estratégia PICO (população, interesse e contexto) (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014). Foram encontrados 1.960 artigos, e, após a exclusão de duplicatas e dos estudos clínicos¹⁵, a seleção com base no título resultou em apenas 45 artigos de interesse para o presente estudo.

Observou-se que a absoluta maioria dos artigos publicados em periódicos científicos tratam de programas focalizados a grupos populacionais restritos, de doenças específicas e seus fatores de risco ou de estudos de casos sobre iniciativas locais de organização de serviços – e evitam os temas relativos à macropolítica de saúde e suas articulações com o conjunto das políticas sociais e econômicas.

Ainda mais raros são estudos multipaís ou de abrangência regional e sub-regional, que, quando existentes, utilizam séries históricas de dados e descrições de políticas e programas da década de 2000 e da primeira metade

revistas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A literatura cinzenta institucional também foi contemplada. As instituições pesquisadas: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), *International Labour Office* e *World Bank eLibrary*.

13 Sobre as publicações institucionais comumente denominadas literatura cinza, consultamos as bibliotecas virtuais dos seguintes organismos/instituições: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), *International Labour Office* e *World Bank eLibrary*.

14 Principais termos pesquisados: *Administración de los Servicios de Salud; Reforma de la Atención de Salud; Planos e Programas de Saúde; Políticas Públicas de Salud; Programas Nacionais de Saúde; Atención Primaria de Salud; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Direito à Saúde; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde*.

15 Para a elaboração das estratégias de busca, utilizaram-se os operadores booleanos OR (união dos termos compostos e/ou agrupamento dos sinônimos) e AND (interseção dos termos). O total de documentos foi de 4.160; 1.215 documentos foram excluídos por duplicação e 984 por se caracterizarem como estudos clínicos.

da década de 2010¹⁶, demonstrando uma importante omissão dos organismos internacionais e mecanismos de integração (BID¹⁷; Cepal¹⁸; ISAGS/Unasul¹⁹; OIPSS²⁰; ILO; OPS/OMS²¹, Mercosul²²) em relação a uma de suas principais funções: a de monitoramento e análise das políticas sociais e das transformações nos sistemas de saúde.

4. CONCLUSÕES

Mais de 90 anos de história dos sistemas de saúde latino-americanos demonstra que o peso de suas origens e de seus processos evolutivos de longo prazo é tão determinante das possibilidades/oportunidades de reforma que períodos de expansão da proteção social em saúde, observados sucessivamente desde a criação dos primeiros seguros sociais, na Era de Ouro do *Welfare State* e durante a maré rosa do início do século XXI, não são suficientes para alterar as características estruturais de segregação populacional, segmentação institucional e fragmentação operativa, ainda que demonstrem resultados transitórios de extensão da cobertura e das condições de acesso e utilização.

Além das nossas próprias conclusões, os raros artigos sobre a macropolítica de saúde no período pós-2014/15 identificados na referida busca

16 Por exemplo: ISAGS/UNASUR, 2015, cujos dados, análises e relatos de experiências alcançam no máximo o ano 2013 e *Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en poblaciones adultas de Colombia, México, Brasil, El Salvador, Panamá y Jamaica*, realizada pelo BID entre 2012 e 2014, publicada em *Desde el Paciente. Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Washington: BID, 2018.

17 IDB, *Social Outlook*. Consulta realizada na página web <https://data.iadb.org/> em 23 de setembro de 2018.

18 Consulta realizada na página <https://www.cepal.org/pt-br/publications> em 22 de setembro de 2018.

19 Consulta realizada a *Estudios e Documentos Oficiais do ISAGS/UNASUL* na página web <http://isags-unasur.org/publicaciones/> em 22 de setembro de 2018.

20 Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde: sem informação relativa ao Projeto de Monitoramento e Análise de Sistemas, conforme consulta em 24 de setembro de 2018 na página web www.oiapss.org.

21 OPS/OMS, *Perfiles de Sistemas de Salud / Monitoreo y evaluación de los procesos de reforma*, interrompido em 2009 e disponível para a maioria dos países até 2004/05, conforme consulta em 22 de setembro de 2018 na página web https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4283:perfiles-sistemas-salud-paises-1999-2009&Itemid=2080&lang=es.

22 Consulta realizada na página web <http://www.mercosur.int/> em 23 de setembro de 2018.

bibliográfica descrevem situações nacionais e multipaís que ratificam plenamente essa afirmação, com destaque para os estudos de Machado (2018), Aguillera (2016), Espinosa et al. (2017), Giovanella et al. (2018) e Lopez-Arellano e Jarillo-Soto (2017).

Tais resultados transitórios acompanham o crescimento econômico e a acumulação do capital nos ciclos de desenvolvimento e são interrompidos nos períodos de crise e recessão, como nos anos de hegemonia do neoliberalismo e atualmente sob a égide da austeridade macroeconômica e responsabilidade fiscal, mesmo em países com governos progressistas ou de esquerda. Esses ciclos típicos do capitalismo impactam de forma muito dramática as economias dos países periféricos da sub-região mais desigual do mundo, que não contam com a poupança interna, a reserva de divisas e os mecanismos de proteção da população dos estados de bem-estar social centrais.

Reconhecida a marcante heterogeneidade já aqui descrita entre os distintos países, observa-se o traço comum de resiliência de seus sistemas de saúde às iniciativas pontuais e limitadas mudança, além da marcante inércia nas políticas setoriais, mesmo quando duram dez ou quinze anos. Os processos de câmbio desses sistemas são difíceis, complexos e de longo prazo; requerem transformações sistêmicas amplas; intervenções isoladas e pontuais não são suficientes; e demandam compromisso e mudanças culturais dos usuários, trabalhadores e profissionais da saúde, gerentes de serviços e formuladores da política (LEVCOVITZ, 2009).

Projetos de reforma com denominações pomposas como “Pluralismo Estruturado”, “Universalismo Básico” ou “Ajuste Justo” não demonstraram nenhuma capacidade de alterar a referida inércia, fortemente enraizada na história, na cultura e na estrutura sociopolítica da Ibero-América, mas pelo menos nos ensinaram que é indispensável manter vigilância permanente com os falsos profetas e a desonestidade intelectual.

Os casos nacionais já aqui descritos de Brasil, Costa Rica, Cuba e Uruguai constituem exceções únicas à referida inércia em toda a sub-região. Esses países protagonizaram processos de câmbio estrutural em seus sistemas de saúde que configuram políticas de Estado, capazes de sobreviver a vários governos nacionais e às “receitas” de políticas macroeconômicas e sociais das “Instituições Financeiras Internacionais”, em condições peculiares de correlação de forças entre classes sociais ou janelas de oportunidade criadas

em momentos de mobilização solidária da maioria da sociedade, como revoluções sociais ou transições democráticas após longos períodos de ditadura.

A inércia das políticas de saúde ibero-americanas pode ser interpretada como resultado da “dependência de trajetória”, identificada também na Europa pelos pesquisadores afiliados à atual tendência analítica majoritária, tanto na Ciência Política internacional como na Saúde Coletiva brasileira, do neoinstitucionalismo histórico²³ “[...] que considera a organização institucional da comunidade política como principal fator para estruturar o comportamento coletivo e para estruturar resultados distintos” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 195).

Sob perspectiva distinta, analistas que trabalham com a abordagem teórico-conceitual e metodológica de Economia Política Marxista priorizam as interpretações baseadas na estrutura de classes sociais, em seu inerente conflito distributivo, nas relações de poder e nos pactos político-eleitorais duradouros entre elas, como pioneiramente descrito no texto canônico de Esping-Andersen (1990).

A permanência na América Latina de profunda desigualdade e estratificação social; da hegemonia política de elites cada vez mais individualistas; de relações de trabalho desfavoráveis aos trabalhadores; da primazia do modelo exportador de “commodities”; das travas à industrialização; da fragilidade dos movimentos sociais organizados, das instituições, dos partidos e dos poderes do Estado; e finalmente da ausência de valores de solidariedade e pertencimento coletivo a um Estado-nação impedem transformações radicais e duradouras nos sistemas de bem-estar social, incluída a atenção à saúde.

Em síntese, apesar das profundas transformações tecnológicas e produtivas do capitalismo latino-americano, de sua crescente financeirização e da globalização das relações comerciais, continuamos sendo periféricos e dependentes, como já indicava a Cepal (BIELSCHOWSKY, 2018) desde os anos 1950.

As desigualdades; a débil participação política organizada dos trabalhadores urbanos e rurais, da indústria, do comércio, dos serviços e da agropecuária; e a exclusão social das populações econômica, ética e espacialmente marginalizadas mudaram de forma, mas seguem sendo os

23 Termo consagrado na Ciência Política por Steinmo (STEINMO; THELEN; LONGSTRETH, 1992).

elementos constitutivos predominantes nas sociedades latino-americanas. Nessas condições, a construção plena de sistemas universais e igualitários de proteção social seguirá sendo agenda política inconclusa.

Urge que os organismos internacionais de cooperação e integração, como a Cepal, o ISAGS e a Opas/OMS, disponibilizem rapidamente dados, informações, estudos e conhecimentos atualizados, da mesma forma que é tarefa fundamental dos pesquisadores e estudiosos das políticas de saúde ética e politicamente comprometidos com a transformação social dos nossos países priorizar o acompanhamento atualizado das conjunturas sociopolíticas que impactam o desenvolvimento dos sistemas de saúde da América Latina, além de produzir e socializar análises e reflexões críticas.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, X. P. et al. From instinct to evidence: the role of data in country decision-making in Chile. **Glob Health Action**, v. 9, n. 32611, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.32611>. Acesso em: 29 set. 2018.

BIELSCHOWSKY, R. A trajetória histórica do pensamento da CEPAL: 1948-1998. In BRANDÃO, C. A. (Org.). **Teorias e políticas do desenvolvimento latino-americano**. Rio de Janeiro: Contraponto/Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2018.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina 2016**. Santiago: CEPAL, 2016.

DHRIFI, A. Gastos en salud, crecimiento económico y mortalidad infantil: antecedentes de países desarrollados y en desarrollo. **Revista de la CEPAL**, n. 125. Santiago: CEPAL, ago. 2018.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Great Britain: Princeton University Press, 1990.

_____. As três economias políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 24, 1991.

ESPINOSA, V. et al. La Reforma en Salud del Ecuador. **Rev Panam Salud Pública**, v. 41, n. e96, 2017.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva** [on-line], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GUANAIS, F. C. et al. (Ed.). **Desde el Paciente**: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington: BID, 2018.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do Neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, 2003.

IDIART, G. El color político de América Latina. **La Nación**, Buenos Aires, 30 jun. 2018. Disponível em: <https://www.lanacion.com.ar/2148998-el-color-politico-de-america-latina>. Acesso em: 29 set. 2018.

ILO. **World Social Protection Report 2017-19**. Geneva: ILO, 2017.

ISAGS/UNASUR. **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual**. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2014.

LEVCOVITZ, E. Evolución histórica y dinámica de cambio de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. In: CURSO INTERNACIONAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD, 4., Nicaragua, 2009. **Anais...** Nicaragua: OPS-UNFPA-ASDI-AECID-CIES, 2009.

LEVCOVITZ, E., ACUÑA, C., RUALES, J. Organization, Coverage and Performance of National Health and Social Welfare Systems. In: PAHO/WHO. **Health in the Americas 2007**. Volume I Regional, Chapter 4 – Public Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO, 2007.

LOPEZ-ARELLANO, O.; JARILLO-SOTO, E C. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

MACHADO, C.V. Health Policies in Argentina, Brazil and Mexico: different paths, many challenges. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, jul. 2018.

MESA-LAGO, C. **Reassembling Social Security**. A survey of pensions and health care reforms in Latin America. Oxford: Oxford University Press, 2008.

MOREIRA, C. El largo ciclo del progresismo latino-americano y su freno. Los cambios políticos em América Latina de la última década (2003-2015). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 93, fev. 2017.

OPAS. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Publicación científica 93. Washington: OPS/OMS, 1962.

_____. **Health in the Americas 2007**. Volume I Regional, Chapter 4 – Public Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO/WHO, 2007.

_____. **Saúde nas Américas – 2012**, Washington DC: PAHO/WHO, 2012.

_____, **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2014. Washington DC: PAHO/WHO, 2014.

_____, **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2015. Washington DC: PAHO/WHO, 2015.

_____, **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2016. Washington DC: PAHO/WHO, 2016.

_____, **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2017. Washington DC: PAHO/WHO, 2017a.

_____. **Saúde nas Américas** – 2017, Washington DC: PAHO/WHO, 2017b.

RIVETT, G. **National Health Service History**. Londres, 2017. Disponível em: <http://www.nhshistory.net>. Acesso em: 24 set. 2018.

SELA, L. The rise and fall of the “pink tide”. **International Socialist Review**, n. 106. Disponível em: www.isreview.org/. Acesso em: 29 set. 2018.

SOUTH AMERICAN INSTITUTE OF GOVERNMENT IN HEALTH. **Health Systems in South America**: Challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (Ed.). **Structuring Politics**. Historical Institutionalism in Comparative Analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

FÉLIX HÉCTOR RÍGOLI

**O MAL-ESTAR SUL-AMERICANO:
SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS EM
SOCIEDADES DESIGUAIS**

MD, Msc. PhD, Universidade de São Paulo

O MAL-ESTAR SUL-AMERICANO: SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS EM SOCIEDADES DESIGUAIS

FÉLIX HÉCTOR RÍGOLI

1. INTRODUÇÃO

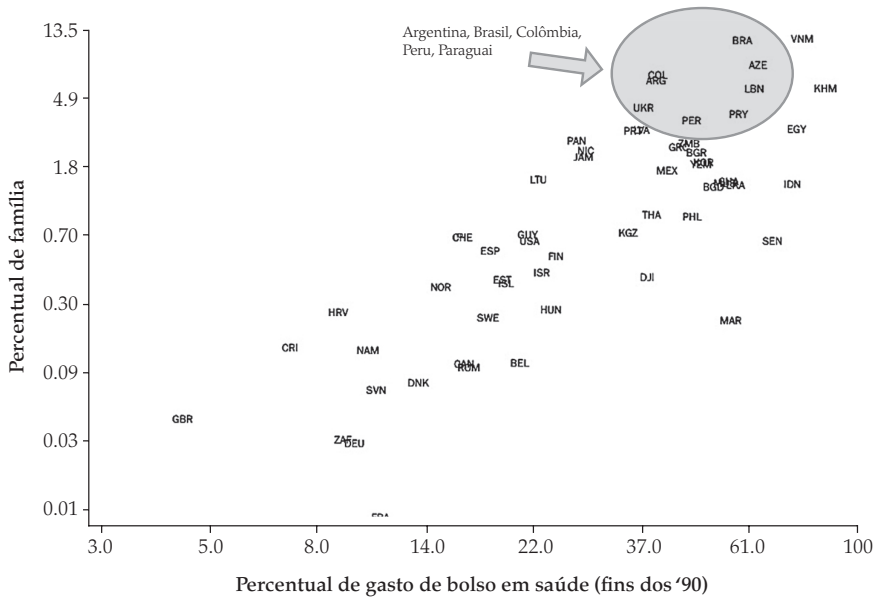
Os governos da América do Sul tinham, até 2018, como premissa comum implementar iniciativas para dar acesso aos serviços de saúde a todos. No entanto, como conjunto de países, continua se configurando como uma região com amplas e profundas desigualdades.

A decisão política de universalizar o acesso à atenção à saúde está relacionada com o processo de integração dos países da região e implementação de políticas públicas de cidadania, impulsionada por uma década de convergência de governos progressistas, que incluíram a expansão do direito à saúde entre suas diretrizes de desenvolvimento social.

Até os anos 90, os problemas de saúde em nossa região eram um infortúnio que levava à pobreza entre 5 e 15% das famílias sul-americanas em vários dos principais países da região. Os países sul-americanos ocupavam lugar proeminente entre aqueles em que os gastos com saúde eram considerados catastróficos por consumir mais de 40% da renda familiar (XU et al, 2003).

É claro que, devido às desigualdades estruturais, nem todos foram igualmente afetados por esses infortúnios, em parte porque havia grupos sociais que podiam evitar melhor algumas causas de doenças e, principalmente, porque eram capazes de bancar os tratamentos existentes no país ou no exterior. No outro extremo, os excluídos da sociedade não tinham sequer a possibilidade do tratamento gratuito em estabelecimentos públicos. Ainda nos primeiros anos do século XXI, existiam sistemas rigorosos de cobrança aos pacientes pobres nos hospitais públicos, baseados na premissa da chamada “recuperação de custos”, proposta (e às vezes exigida) pelo Banco Mundial (O’DONNELL, 2007).

Figura 1. Percentual de famílias com gasto catastrófico em saúde (fim dos anos 90)



Xu et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis
THE LANCET – Vol 352 – July 12, 2003

As sucessivas decisões dos governos da América do Sul que ampliaram e tornaram gradualmente mais acessíveis seus serviços de saúde para toda a população, com as menores barreiras financeiras possíveis, foram uma iniciativa enquadrada na extensão dos direitos de cidadania. A retirada de barreiras financeiras para o acesso à atenção primária e materno-infantil em muitos países sul-americanos criou um fenômeno de universalização hoje, com os mesmos recursos de ontem, com o conseguinte aumento rápido de filas e racionamento. Esse estrangulamento dos serviços e recursos existentes lentamente foi sendo reabsorvido pelo aumento, mesmo que moderado, dos orçamentos públicos (CAMPOS et al, 2013). Portanto, como resultado dessa universalização sem um compromisso orçamentário forte para aumentar o gasto público em saúde, criou-se um mercado paralelo para os setores mais abastados, uma universalização excludente. Tal como assinalado por Faveret e Oliveira (1990, p. 139), o caso brasileiro mostra que “os setores melhor remunerados da sociedade (classes médias, incluindo operários dos setores

dinâmicos) vêm gradativamente deixando de ter referência no subsistema público de saúde, passando a constituir clientela para o subsistema privado”, minando o apoio das classes médias para o sistema universal.

Esses processos também revelaram que, além das boas intenções e da conjuntura econômica favorável, a lenta superação de outras barreiras, como no caso da extensão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, implicava outras muitas dimensões, tais como aumentar a capacidade de formação de profissionais, superar as travas criadas pela baixa capacidade gestora (CABRAL-BEJARANO et al, 2018), melhorar a infraestrutura física e informática, entre outros. Esse processo revelou o quanto os países da região precisavam expandir seus sistemas de saúde em muitas dimensões, o que precisava de propostas mais integrais que não se limitassem a um ou dois programas de impacto político.

2. DILEMAS NO CAMINHO: LUTAR CONTRA A POBREZA É O MESMO QUE COMBATER AS INEQUIDADES?

O período de pouco mais de uma década de 2003 a 2014 presenciou um crescimento econômico significativo nos países sul-americanos. Esse crescimento permitiu uma acentuação de programas de luta contra a pobreza, que baixou de 39% para 28% da população nesse período (CEPAL, 2014). Muitas das políticas implementadas de transferências condicionais de renda, de ações dirigidas a populações de difícil acesso e de outras ações focalizadas foram tentativas importantes e bem-sucedidas para reduzir os efeitos da pobreza, em muitos casos pela primeira vez na história. No entanto, uma característica peculiar da nossa região é a alta e persistente desigualdade, em média mais alta do que em outras regiões do mundo, inclusive mais pobres que a América do Sul. Uma interrogação que se revela depois desses anos de crescimento econômico é o fato de que a América Latina pode deixar de ser pobre e, no entanto, continuar sendo desigual. Mesmo os países mais igualitários da América do Sul podem ser comparativamente mais ricos e continuar desiguais, enquanto outros países europeus e árabes podem ser mais pobres, mas sempre com menor inequidade (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação de PIB per capita a poder de compra constante e Índice Gini (países selecionados circa 2010)

	PIB per capita (PPP)	Índice Gini
Bulgária	21000	0.282
Uruguai	22000	0.397
Irã	20000	0.383
Argentina	20000	0.445
Romênia	24000	0.301
Chile	24000	0.521
Argélia	15000	0.353
Brasil	15000	0.547

Fonte: Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial.

Essa desigualdade socioeconômica persistente, medida por vários índices, mostra que se, por um lado, existiu uma forte diminuição da indigência e da pobreza durante o período de 2005-2015, por outro, as desigualdades não se reduziram na mesma medida. A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) afirma, com evidências concretas, que a inequidade na América Latina é o principal fator que está impedindo que o desenvolvimento econômico continue. Alguns estudos de metodologias específicas sugerem inclusive que as desigualdades podem ter se mantido, apesar da redução da pobreza e da indigência (MEDEIROS; SOUZA; CASTRO, 2015). A pobreza e a indigência na América do Sul (e na América Latina, em geral) possuem raízes nas inequidades de distribuição de poder em nossas sociedades. Combater essa situação, distribuindo excedentes deixados pelas exportações de commodities ou outros fatores conjunturais, tem efeitos imediatos e benéficos, mas se limita a períodos normalmente curtos, em que existem esses excedentes. Em períodos mais longos ou em contrações econômicas, os desequilíbrios de poder voltarão a produzir condições de pobreza e indigência. Os dados da Cepal para toda a América Latina mostram que essa indigência está aumentando nos últimos três anos, depois de uma década de diminuição gradual (CEPAL, 2014). Em outras palavras, como as políticas dirigidas à luta contra a pobreza e a indigência foram pouco efetivas em relação à inequidade, é possível que os benefícios do crescimento econômico tenham melhorado a situação dos mais ricos proporcionalmente mais que a dos mais pobres, em um contexto de melhoria geral. Apesar de

ser possível afirmar que foi simplesmente um caso em que “a maré levantou todos os barcos”, a constatação de que o crescimento econômico produziu diminuição da pobreza com menor queda da inequidade coloca pelo menos três circunstâncias preocupantes para o interesse da saúde coletiva. Em primeiro lugar, no setor saúde, as políticas mais focadas em programas de suplementos de alimentos, em serviços para populações pobres, em ações em lugares remotos e de adaptação para oferecer serviços às populações indígenas são alvos fáceis das políticas de ajuste, pela sua própria dispersão e pela baixa representatividade social das populações mais vulneráveis. A segunda circunstância é constatar que a luta contra a pobreza se traduz em programas focalizados de saúde, enquanto a luta contra a desigualdade impulsiona a universalização do sistema de saúde. Como bem previsto por Faveret e Oliveira (1990), o SUS, um sistema de saúde universal, igual para todos, obriga toda a sociedade a defendê-lo, enquanto, como se explicou no ponto anterior, os programas focados nos pobres podem facilmente ser desmontados. Finalmente, é cada vez mais claro que a saúde é um produto de muitas determinações e, em boa parte, da influência de nossa estrutura social. Muitas políticas específicas confundem a determinação social (a estrutura da sociedade como produtora de doenças) com a diminuição de fatores de risco específicos (gravidez na adolescência, tabagismo, alimentos ultraprocessados). No entanto, um artigo de 2017 que estudou mais de 1,7 milhão de pessoas mostrou que, além da maior prevalência de fatores de risco em grupos socioeconômicos desfavorecidos, as desigualdades em si são um grande fator de risco (STRINGHINI et al, 2017). Independentemente dos outros fatores associados, o baixo status socioeconômico diminui a expectativa de vida mais que o uso de álcool, a obesidade, a diabetes ou a hipertensão. Essa descoberta é importante, pois esse estudo foi feito em países de alta renda, o que mostra que também existe um efeito derivado da inequidade relativa e não exclusivamente da pobreza absoluta, como já foi observado em estudos com servidores públicos no Reino Unido desde a década de 1970 (MARMOT, 2010). Estudos recentes afirmam que a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis passam tanto pela extensão da educação, pela proteção do emprego e pela universalização do sistema de saúde quanto pelo controle do tabagismo ou da hipertensão (DI CESARE et al, 2013). Aprofundando nos efeitos das desigualdades na saúde, dentro dos estudos da carga de doenças transmissíveis e não transmissíveis, muitas vezes fica oculta uma epidemia que

tem um forte impacto nos anos de vida perdidos da população sul-americana e que possui impactos ainda mais intensos na coesão do tecido social, assim como na prestação dos serviços públicos de saúde e educação. Trata-se do conjunto de morbidade e mortalidade por lesões externas, derivadas de ações violentas intencionadas. Das aproximadamente 500 mil pessoas que morrem a cada ano por causas violentas intencionais (UNODC, 2018), 19% são habitantes da América do Sul, apesar de a nossa região representar menos de 6% da população mundial. Quase todos os países do mundo com as maiores taxas de homicídios estão na América do Sul ou na América Central e no Caribe. Dos nove países em que o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime recolhe dados em nossa região, sete apresentam tendências crescentes em suas taxas de homicídios. Na Ásia e na Europa, existe apenas um país com tendências de crescimento em crimes entre as 46 nações estudadas. Por essas razões, é possível caracterizar a violência como uma epidemia de nossa região.

Portanto, a luta contra as desigualdades injustas e evitáveis é um imperativo sanitário, tão urgente e necessário como as vacinas e os hospitais, e mais necessário ainda para construir sociedades com democracia e coesão social. A coesão social e as estruturas do Estado de bem-estar social, que são seu alicerce, estão sendo degradadas pela concentração de renda em um número cada vez menor de pessoas, afetando distribuições de poder e influência. Essa concentração em grupos de esmagador poder econômico, em alguns países, pode ser traduzida em leis de renúncia fiscal e na diminuição das funções do Estado que tendem a reforçar e perpetuar essas desigualdades, ameaçando as bases fiscais dos sistemas de saúde universais.

Um estudo recente da Cepal mostra que a sonegação de impostos (entenda-se bem: impostos vigentes na lei não efetivados, descontando renúncias fiscais e outros mecanismos) totaliza 340 bilhões de dólares, equivalentes a 6,7% do PIB total da América Latina. Piorando essa situação, a sonegação dos impostos na renda tem uma taxa de 39% do total, enquanto que a fração sonegada de impostos ao consumo é de 26%, portanto o Estado consegue ser mais eficaz arrecadando dos setores mais pobres (impostos ao consumo) que daqueles com renda alta (imposto na renda) (CEPAL, 2016). Isso significa que, exclusivamente com o espaço fiscal perdido pela desigual ineficiência arrecadatória, a América Latina poderia duplicar seu gasto em saúde.

Tanto nos países ricos quanto nos países pobres a influência de 1% do topo da pirâmide via mecanismos de pressão sobre os políticos é expressa como uma resistência a pagar mais na forma de transferências para aqueles que mais precisam. Essa resistência mina a base do Estado de bem-estar. A internacionalização de um grupo crescente de pessoas que não pagam impostos em qualquer lugar se opõe aos interesses dos chamados 99%, da grande maioria das pessoas que vivem de seu trabalho e têm acesso a alguns serviços públicos (OXFAM, 2017).

Na América do Sul, esses desafios estão postos de maneira acentuada, já que nas primeiras décadas do século XXI houve uma expansão incipiente do Estado Social, que nasceu junto com os desafios demográficos e epidemiológicos modernos. Esses desafios (urbanização, crescente envelhecimento, aumento de condições crônicas) criam demandas, e existe uma tendência na grande mídia que sugere que é melhor restringir os serviços acessíveis a todos para, assim, economizar as despesas do Estado. Esse é um paradoxo, já que essas tendências são na verdade uma marca do sucesso da sociedade em integrar mais pessoas e permitir uma vida mais longa.

A região experimentou progresso não isoladamente, mas também atuando em conjunto. A influência dos processos de integração nesses avanços não pode ser ignorada. A constituição de uma cidadania comum, de uma consciência de direitos para todos, que permeou a ação da Unasul, também teve expressão concreta em termos de saúde. Os países entenderam que era importante para os seus cidadãos ter direitos semelhantes e que a redução de assimetrias que era imperativa dentro da sociedade também era uma necessidade entre os diferentes países. Ao mesmo tempo, não é apenas a comparação de países que impulsiona a melhoria. De uma maneira muito importante, os países aprenderam uns com os outros. A ação conjunta dos países que compartilham as melhores práticas e a capacidade de aprender juntos, de criar sistemas de informação e planejamento conjunto, são fontes de ideias e técnicas que cada país aproveita para seu benefício e repassa a outros. A ação conjunta internacional foi relevante para esse processo de “contágio” das experiências de universalização de sistemas de saúde (GIOVANELLA et al, 2012). A lição da história recente nos fala sobre o efeito virtuoso de serviços de saúde universais e educação não só para reduzir a pobreza e a desigualdade, mas para promover a coesão social e democracia. Recentemente, uma

mesa redonda organizada pela Chatham House (2018) reuniu várias personalidades do mundo, incluindo Helen Clark, ex-primeira-ministra da Nova Zelândia e diretora do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento até 2017. Ela apontou um fato pouco lembrado, mas muito importante. Ao ser perguntada se os sistemas de saúde de alcance universal eram um luxo que somente os países ricos poderiam almejar, Clark lembrou que a maioria desses sistemas, assim como a grande arquitetura social chamada de Estado de Bem-Estar, foi criada quando os países eram pobres ou estavam saindo da guerra. Eles foram criados para tornar as sociedades mais coesas e permitir a reconstrução de sua infraestrutura e de seu capital social. Portanto, segundo Clark, é possível que os sistemas universais de saúde sejam mais um fator para o aumento do capital social e da riqueza de um país e não tanto seu subproduto. Em 1961, o Canadá introduziu seu primeiro serviço universal de saúde em uma das províncias mais pobres, Saskatchewan, que serviu para impulsionar um crescimento econômico significativo. Em 1919, o recém-criado Ministério da Saúde no Reino Unido encomendou um relatório sobre o estado da saúde no país. Lord Dawson presidiu um conselho que produziu um relatório preliminar (DAWSON, 1920) (a versão final nunca foi aprovada), começando com esta definição de sua missão: “Para examinar e fazer recomendações sobre o contorno ou os requisitos para a prestação sistemática de tais formas de serviços médicos e conexos que devem, na opinião deste Conselho, estar à disposição de todos os habitantes de uma determinada área”. Para muitos acadêmicos, esse relatório foi a primeira conceituação organizada de um sistema universal de saúde e estabeleceu os princípios do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido em 1948, nos rescaldos da destruição da II Guerra Mundial.

Hoje, alguns desafios mudaram muito. Em 1948, os serviços eram de natureza médica e visavam intervenções episódicas para problemas classificados como “infortúnios de saúde”. No século XXI, a urbanização, a ascensão das condições crônicas e o progressivo envelhecimento da população representam novas demandas a serem enfrentadas. Ao mesmo tempo, o crescimento do emprego informal e temporário, conhecido como precariado (STANDING, 2011) ou uberização (KHAN, 2016), cria desafios para os sistemas de saúde baseados nos esquemas de previdência social e financiados com bases arrecadatórias derivadas do emprego formal.

3. EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS NOS PROCESSOS DE UNIVERSALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

As carências na distribuição regional de recursos (especialmente de trabalhadores de saúde) na América do Sul foi objeto de políticas específicas, coerentes com o ditado da OMS: “Não há saúde sem trabalhadores de saúde” (WHO, 2013, p. iv). Essas políticas foram efetivas em melhorar a disponibilidade de recursos humanos em regiões que até o início do século 21 nunca tiveram acesso a um médico, enfermeiro ou dentista. Isso é especialmente verdadeiro em regiões remotas e em comunidades indígenas de difícil acesso. A América do Sul criou programas de ponta na ampliação do acesso à saúde para cidadãos que até recentemente não se sentiam integrados ao seu país (ISAGS-UNASUR, 2015; HUICHO et al, 2012; MEJIA et al, 2016).

O desafio de conseguir que os profissionais da saúde (entre eles, os médicos) aceitem viver e trabalhar onde os cidadãos mais vulneráveis necessitam existe tanto em regiões mais afastadas (seja no Brasil, na Colômbia, no Canadá ou na Austrália) como em populações que vivem em regiões com violência ou falta de infraestrutura, como as áreas marginais de muitas cidades da América do Sul (RIGOLI, 2016). Por exemplo, o programa de maior escala em atenção primária do mundo, a Estratégia de Saúde da Família, desenvolvido pelo Brasil, somente conseguiu chegar a sua meta de 40 mil equipes de saúde com a importação de médicos cubanos. Paradoxalmente, muitos dos profissionais que não estão dispostos a trabalhar no seus próprios países foram formados graças a fundos estatais, às vezes em universidades públicas e gratuitas. Mesmo assim, na hora de decidir onde trabalhar, poucos escolhem servir nos lugares que são mais necessários. Em 1925, Pearl (1925, p. 1026), analisando como os médicos nos Estados Unidos se concentravam em regiões mais abastadas, concluía ironicamente: “os médicos são pessoas inteligentes que querem trabalhar em lugares onde exista dinheiro e as pessoas possam pagar por seus serviços”. Além dessa tendência ao êxito financeiro, existem outros fatores que mantêm essa situação e criam graves problemas para a equidade nos sistemas de saúde. Em países como Austrália e Canadá, são feitos enormes investimentos em tecnologia de telessaúde e sistemas de transporte aéreo e naval para conseguir oferecer serviços às populações que vivem em áreas

remotas. Menos suscetíveis a soluções tecnológicas são os desafios em áreas urbanas, com problemas de violência e deficits de sistemas de transporte. Mais uma vez se comprova que lidar com a atenção universal à saúde é parte dos desafios de expandir os direitos de cidadania a todos. Às vezes, a ação de saúde nas comunidades pobres é apresentada como um caminho para os que têm qualificações medíocres. Essa presunção é muitas vezes acompanhada pela realidade de que as remunerações premiam aos que estão nos grandes hospitais e manipulam as altas tecnologias. Outro fator são os sistemas de formação e certificação (de escolas e exercício profissional) que possuem uma tendência a restringir a oferta abaixo do necessário com o pretexto da alta qualidade. Isso faz com que não existam profissionais suficientes em muitos países. Ao contrário, se existisse um excesso de oferta por uma formação mais abundante (mais universidades, sistemas de bolsas) ou pelo ingresso de profissionais do exterior, esse conjunto de profissionais estaria disposto a trabalhar em lugares mais desconfortáveis ou às vezes perigosos, já que a alternativa seria permanecer desempregado. Essa estratégia de inundar o mercado (HARRIS, 2016) tem sido bastante utilizada, mas possui a contrapartida do descontentamento de um conjunto de profissionais que se encontram desempregados por longos períodos de tempo e não resolve os problemas da má distribuição (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006). Outros países às vezes abrem permissões de trabalho para profissionais estrangeiros imigrantes somente em regiões de necessidade de atenção. Por enquanto, várias políticas estão sendo implementadas na América do Sul para corrigir essa tendência. A mais conhecida é a criação dos chamados Ciclos de Desempenho Profissional, também conhecidos como Serviço Social, presentes no Chile e Peru (QUIROGA, 2002; PERU, 2011), geralmente com residência obrigatória em regiões distantes ou áreas periféricas. Essa é uma solução efetiva e temporária que o Brasil também tentou nas primeiras versões da Lei do Mais Médicos, mas se observou que isso reforça a imagem desse tipo de trabalho como um castigo do qual se deve sair rapidamente (geralmente em um ou dois anos).

Outra estratégia é a criação de um mercado ampliado para os que queiram trabalhar em áreas com carências por meio da expansão de postos de trabalho com salários adequados, que funcionou muito bem no Brasil, com a criação de mais de 100 mil postos de médicos, enfermeiros e dentistas no

Programa da Saúde da Família. Vários países também estão experimentando programas formais ou informais de migração de profissionais dentro da região, seja favorecendo (ou tolerando) a entrada de mão de obra estrangeira ou promovendo a volta de profissionais que imigraram, com a condição de prestar serviços em regiões que necessitam com mais urgência. Algumas regiões muito especiais, como áreas de selva ou de difícil acesso, precisam de regimes similares a um serviço militar, que se beneficiam da infraestrutura de comunicações e do apoio logístico do Estado nessas regiões. Em muitos casos, o uso do telessaúde, tanto para a teleconsulta clínica, de formação continuada ou para aumentar a eficiência dos sistemas de referência e contrarreferência de pacientes, também é uma opção de acesso. Todas essas estratégias têm demonstrado que o que realmente pode ter algum impacto é um pacote de intervenções coerentes entre si e orientadas a um mesmo fim. Infelizmente, muitos países implementam medidas contraditórias: por um lado, criam residências obrigatórias em áreas desprotegidas e, por outro, premiam os graduados que conseguem altas qualificações com bolsas e fundos de investigação em áreas de alta tecnologia. Finalmente, é importante ressaltar que esse problema deve, antes de mais nada, ser encarado como uma condição crucial dos sistemas universais de saúde. Se nossos países têm um compromisso com a atenção de todos os cidadãos em todas as regiões, esse compromisso tem um passo obrigatório: criar condições para que os trabalhadores de saúde compreendam e aceitem seu papel em garantir esse direito de todos.

4. OS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE PODEM SER PRIVATIZADOS?

Parte das tensões com a implantação de sistemas de saúde universal em sociedades desiguais deriva da influência, não somente econômica, mas também, na ideologia predominante, das vantagens intrínsecas do setor privado. Em muitos governos da região, mesmo com orientação ideológica de esquerda, considera-se desejável a participação do setor privado na saúde, devido às supostas ineficiências que aparecem quando a área é administrada pelo Estado. As chamadas Parcerias Público-Privadas (PPP) estão se tornando comuns em muitos sistemas de saúde, e a tendência pode se intensificar como resultado da crise econômica. Em alguns países onde há ajuste fiscal, subcontratar serviços públicos (não apenas na saúde)

se tornou uma ferramenta para equilibrar orçamentos públicos, permitindo que investimentos e folha de pagamento escapem da estrutura de custos do Estado, que são vigiadas pelos bancos centrais e organismos internacionais de crédito. Essa tendência está se expandindo em muitos países da América do Sul, embora não haja evidência de seus benefícios. No entanto, esse crescimento de popularidade entre os governos gera preocupações e debates relativos à relação entre essas PPPs e o interesse público.

Por que essa forma de privatização está sendo adotada e por que o público deve estar preocupado? Do ponto de vista dos direitos dos cidadãos, o aforismo de Deng Xiaoping parece se aplicar: pouco importa se o gato é preto ou branco, o que importa é que ele consiga caçar aos ratos. A opção inversa, ou seja, manter serviços em mãos estritamente públicas, também parece gerar ineficiências e pouca capacidade para responder às necessidades das pessoas. Os desafios estão escondidos nas várias dimensões desse processo: a tendência generalizada do setor privado para influenciar as políticas que têm a ver com a expansão de seu domínio na saúde, juntamente com a necessidade do governo de reduzir seus orçamentos.

Isso faz com que qualquer medida no sentido de transferir serviços públicos e funcionários para o setor privado pareça atrativa. Na maioria dos países, a prestação privada de serviços de saúde inclui a produção farmacêutica e tecnológica, a construção de infraestrutura, incluindo hospitais via contratados privados, além dos serviços periféricos de manutenção, que são realizados por empresas externas, algumas delas cooperativas (FIEDLER; RIGOLI; SHERMAN, 1991; RIGOLI; NOWINSKI, 1996).

Não há evidências claras de seus resultados. O organismo público de controladoria no Reino Unido afirmou recentemente: “Ainda não encontramos uma avaliação robusta e sistemática do uso do financiamento privado em PPPs no projeto ou do programa” (HOUSE OF LORDS, 2009, p. 14). Edwards et al, por sua vez, concluem que “relatórios financeiros inadequados e falta de responsabilidade para PPPs servem para obscurecer o que o governo não quer revelar” (2004, p. 223). Essa falta de transparência e disposição para avaliar parece servir como uma narrativa de sucessos, sem qualquer embasamento real. Embora sejam frequentemente usados como sinônimos, a contratação de serviços, as parcerias público-privadas e a privatização não são iguais. Em alguns países, a privatização está indubitavelmente em curso, mas usando diferentes

modalidades: quando os copagamentos são aumentados ou incentivos fiscais são aplicados ao seguro privado, a intenção do Estado de transferir certa parte de sua função para o setor privado fica evidente. As principais questões que se apresentam como desafios aos sistemas de saúde universal relativos à privatização e às PPPs, em particular, são as áreas de eficiência e a garantia de que os objetivos públicos sejam alcançados. É importante lembrar que, nesses casos, existe o risco de que o serviço público abandone seus objetivos públicos e seja guiado por resultados financeiros. Visto do lado positivo, um governo pode se beneficiar de se especializar em suas capacidades de controle, em vez de tentar desenvolver uma estrutura para gerir diretamente a complexidade dos serviços de saúde do país. Em uma revisão de quatro estudos, Liu, Hotchkiss e Bose (2008) observaram uma melhora no acesso à atenção primária pública por meio de provisão privada entre 9 e 26 pontos percentuais, mas, em outras áreas, como eficiência, equidade e qualidade, seus estudos concluíram que não houve vantagens com a privatização ou não se obtiveram resultados conclusivos. Alguns resultados foram definitivamente negativos. O acesso parece melhorar, mas os resultados em termos de qualidade não são significativos. A eficiência (resultados vs. custos) foi geralmente menor em serviços privatizados do que em serviços puramente públicos. Esse é um ponto importante em relação aos sistemas de saúde pública na América do Sul, uma vez que a experiência internacional mostra que o uso de PPPs para terceirizar hospitais e cuidados primários tem entre 13 e 17% de custos adicionais de transação. Estudos sobre o modelo de privatização em Valência, na Espanha, mostram que os custos de transação geralmente estão ocultos ou não são levados em consideração e estão concentrados em três áreas: planificação, contratação e monitoramento (ACERETE; STAFFORD; STAPLETON, 2011). Quando adicionado aos custos totais, a maioria das PPPs são mais caras do que a provisão pública (GRIMSEY; LEWIS, 2007). Além disso, a presença simultânea de PPPs e provedores públicos leva ao risco moral, uma vez que existe a tendência de se enviar casos complexos ao sistema público, assim como o comportamento predatório das empresas privadas ao contratar os melhores recursos humanos, subtraindo o setor público de sua excelência (CHRISTIANO; GALENDE, 2007). Vários resultados indesejáveis podem causar efeitos perversos quando considerados no sistema como um todo. A concorrência desleal dos serviços privados frente aos serviços públicos pode levar a um cenário rapidamente desequilibrado, em

que a presença de um provedor privado pode causar uma súbita deterioração da qualidade do provedor público. Além disso, um sistema de pagamento vinculado a indicadores em fornecedores descentralizados com estatísticas deficientes pode levar a falsos resultados e registros, a fim de melhorar seus lucros, tanto quanto possível. Mesmo a Nova Zelândia cancelou uma grande parte das suas PPPs desde 2000, especialmente nos hospitais (MCKEE; EDWARDS; ATUN, 2006). Um ponto crucial é que esse tipo de privatização não deve ser selecionado como forma de esconder os gastos públicos ou manter a dívida pública artificialmente baixa. Como Edwards et al (2004, p. 13) concluem, em um estudo de financiamento de investimento na rede hospitalar pública pelo setor privado: “Embora seja prematuro dizer se os problemas experimentados se relacionam mais com o modelo subjacente ou sua implementação, parece que uma parceria público-privada complica ainda mais a já complexa tarefa de construir e operar um hospital”. As PPPs e outras formas de terceirização de serviços de saúde pública podem ter virtudes intrínsecas, mas também têm falhas intrínsecas. A contratação e os esforços de controle geralmente não são capazes de registrar todas as possíveis variáveis que devem ser aferidas para manter as virtudes e evitar as falhas. A experiência no lado do cliente da PPP (a autoridade pública) é relativamente pouco desenvolvida e não se compara às capacidades das equipes especializadas em licitação dos fornecedores. O principal problema é que um Estado que esteja interessado em privatizar os serviços públicos porque se considera um fracasso como gestor dificilmente será melhor como contratador.

5. SISTEMAS UNIVERSAIS, COBERTURA UNIVERSAL, ACESSO UNIVERSAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A expansão dos direitos e do acesso derivado de pacotes de programas sociais (como já dito, muitas vezes orientados por uma lógica de luta contra a pobreza e não tanto pela universalização de direitos de cidadania e combate às inequidades) foi progressivamente incluindo o reconhecimento de comunidades étnicas e culturais, racial e com identidades diferentes, que necessitavam não apenas da ausência de barreiras financeiras, mas da adequação dos serviços às suas necessidades particulares (BACIGALUPO; ARMADA, 2018).

No que se refere à expansão de sistemas de saúde que pretendem ser universais, esses processos não podem ser considerados exclusivamente como desafios técnicos, de alocação de recursos. Conforme expresso no Brasil na época da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e que poderia se aplicar a muitos dos nossos países, a extensão do sistema de saúde para todos é parte de um processo civilizatório, fazer com que todos cidadãos tenham direito a uma vida livre de infortúnios. Nesse processo, ainda inacabado, os países têm usado muitas estratégias, que vão desde a criação de um sistema inteiramente novo de saúde a aqueles que adaptaram suas estruturas existentes, usando cuidados primários de saúde como um eixo que organiza e concentra os esforços de transformação. Mesmo considerando esses percalços e desafios para o futuro, alguns resultados são visíveis, já que maioria dos países reduziram suas despesas privadas com saúde (o chamado gasto de bolso) e, portanto, o risco de a saúde contribuir para a pobreza ou aumentá-la (Tabela 2). O sistema de saúde torna-se um fator que libera as pessoas de um risco de infortúnio financeiro e vital, ajudando a equalizar as oportunidades de viver uma vida melhor.

Tabela 2. Tendências do gasto de bolso em saúde nos países da América do Sul

Gasto de Bolso em Saúde, América do Sul 2000-2015			
País	2000	2015	Tendência
Argentina	49,05	17,63	↘
Bolívia	32,74	25,92	↘
Brasil	36,43	28,29	↘
Chile	42,81	32,24	↘
Colômbia	13,19	18,29	↗
Ecuador	63,89	43,71	↘
Guyana	17,53	40,51	↗
Paraguay	45,80	36,49	↘
Peru	38,33	30,92	↘
Suriname	15,36	10,15	↘
Uruguay	17,53	16,19	↘
Venezuela, RB	55,48	45,82	↘

Fonte: data.worldbank.org.

Existe, nesse caminho, um debate dos especialistas em saúde coletiva relacionado a três termos que parecem definidores de posições muito contraditórias: sistemas universais, cobertura universal e acesso universal aos serviços de saúde. Há até muito pouco tempo (talvez, menos de dez anos), os diferentes organismos internacionais de saúde não se pronunciavam em suas recomendações sobre como os países deveriam organizar seus sistemas de saúde. Mesmo já existindo há muito tempo o reconhecimento da saúde como um direito humano incorporado em sua constituição e em sua organização em países na Europa, na Ásia e nas Américas, havia muita reticência dos organismos internacionais em recomendar políticas de saúde que efetivassem em forma pública a assistência a todos os cidadãos. Estados Unidos e outros países acreditavam que, apesar da crescente evidência internacional, era melhor ter um sistema de mercado que desse a cada cidadão o que pudesse comprar com seus próprios recursos. Às vezes, como em alguns países latino-americanos, isso implicava que os hospitais públicos deveriam cobrar por cada prestação a seus pacientes sem cobertura. Tornaram-se conhecidos os casos de hospitais públicos de nossos países que retinham ilegalmente os recém-nascidos até que a parturiente pudesse sair e voltar com o dinheiro necessário para pagar a conta. Esse quadro se encontrava sacramentado por termos como “recuperação de custos” e introdução de mecanismos de mercado para a eficiência da saúde que o Informe 1993 do Banco Mundial tinha popularizado (WORLD BANK, 1993), inclusive como condição para empréstimos de reconstrução de infraestrutura hospitalar. Tudo isso começou a mudar a partir de 2008, quando, por influência de muitos governos da América do Sul, assim como dos Estados Unidos, depois da aprovação de uma *Affordable Care Act*¹, a chamada ObamaCare, e também de outras regiões, começou-se a aceitar a ideia de que havia a necessidade de que a saúde fosse atendida de forma mais compatível com uma concepção de um direito do cidadão e não de uma mercadoria à venda. Ao mesmo tempo, a ascensão de setores sociais que estavam anteriormente na pobreza aumentou a pressão por políticas sociais explícitas, que permitissem acesso a alguns serviços de educação e saúde, que deviam, portanto, organizar-se na forma de sistemas nacionais

1 Lei de Cuidados de Saúde Acessíveis.

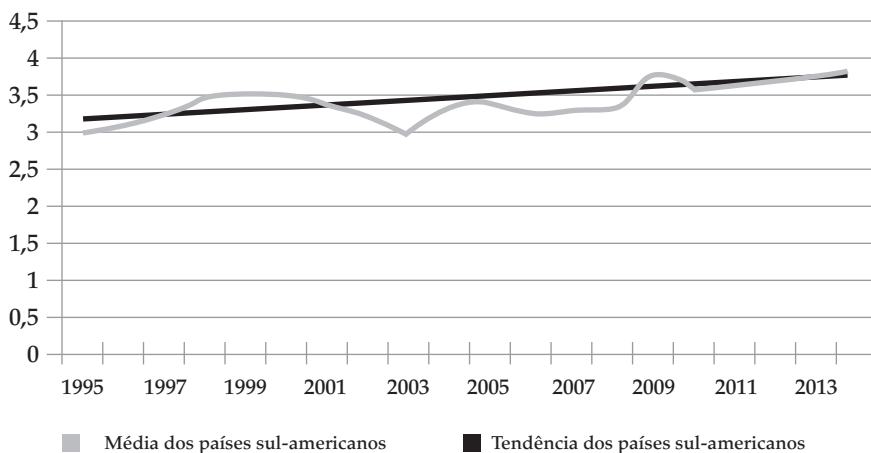
ou regionais. A experiência de várias décadas da maior parte dos países europeus e de vários da América (Canadá, Cuba e Costa Rica), da Ásia e da Oceania (Japão, Coreia, Austrália e Nova Zelândia) mostrava a eficiência técnica e redistributiva de sistemas universais de saúde, que definitivamente eram a opção mais econômica e equitativa para aumentar a saúde de seus povos. Como uma via intermediária para satisfazer o importante conjunto de países que não tinham uma decisão tomada sobre ter sistemas universais de saúde, os grandes organismos internacionais da área cunharam uma expressão ambígua: cobertura universal de saúde, termo que compreende um grande conjunto de ajustes institucionais que estendem alguns benefícios para a população. Em geral, dentro desses ajustes, incorporam-se três dimensões: as tentativas de ampliar a população coberta a 100% (por exemplo, integrando serviços de populações carentes e da segurança social); os ajustes que ampliavam os serviços prestados (incluindo tipicamente grupos materno-infantis, atenção primária e listas de medicamentos essenciais); e os esquemas de redução ou eliminação de pagamentos no local de prestação de serviço, muitas vezes por meio de acesso gratuito ou subsidiado a alguma lista restringida de serviços. Essas três dimensões eram muitas vezes combinadas, criando diversos formatos de seguros materno-infantis públicos, programas de saúde familiar gratuitos, coordenação de fundos fragmentados em um fundo único etc. Cada passo nessas três dimensões implicava um custo adicional a ser financiado pelo Estado, e, em geral, os compromissos orçamentários caminharam com lentidão em relação aos compromissos assistenciais. Portanto, os países tiveram, em muitos casos, que adotar roteiros de universalização por etapas, que se traduziram em décadas de espera para chegar ao sistema universal de saúde, como nos casos de Colômbia, Chile e Uruguai. Portanto, no âmbito da cobertura universal de saúde, refugiaram-se dois movimentos: um que partia do reconhecimento do direito à atenção à saúde sem travas econômicas, raciais, religiosas ou outras; e outro que tentava, dentro de um conjunto de políticas, incluir alguns processos de ampliação de serviços de saúde e a redução da cobrança de outros serviços aos mais pobres. O primeiro grupo, mesmo tendo uma opção política radical, devia conseguir os recursos e as estruturas que o fizessem possível. Em outras palavras, reconheciam o direito universal à saúde, mas ainda não tinham acesso universal à atenção de saúde.

O segundo grupo se concentrava em passos incrementais de acordo com a boa vontade dos tomadores de decisão econômica em ampliar o espaço orçamentário da saúde. Um caso paradigmático do primeiro grupo é o do Brasil: desde 1988, tem um sistema universal e gratuito de saúde, mas não tinha profissionais suficientes para suas equipes de saúde da família (parcialmente incrementadas com a importação de médicos), nem conseguiu em três décadas evitar que a maior porcentagem dos gastos em saúde fosse feita pelos cidadãos diretamente. Um exemplo do segundo enfoque foi a Colômbia, que criou esquemas diferenciados para os mais pobres com um pacote de serviços restringido e demorou uma década até ter um pacote nominalmente universal (COLOMBIA, 2018). Outro caso exemplar é o do Chile, que determinou um conjunto de problemas de saúde para os quais a atenção estava garantida. Esse conjunto de problemas passou de 25 em 2005 para 40 em 2006, chegando a 56 em 2007, 69 em 2010 e atualmente 80 (HENRIQUEZ, 2017). Inevitavelmente, esse tipo de processos de incorporação de direitos com décadas de espera provocou múltiplos casos de pacientes que ficaram (e ficam) fora do sistema, com riscos de vida e danos permanentes (ZÚÑIGA, 2011). As implicações desses processos graduais podem ser uma característica de sucesso, mas também têm integrado um fator de freio, inclusive em países nos quais a reforma teve forte respaldo político. No Uruguai, a constituição do chamado Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) demandou uma década para passar de 22% a 73% de cobertura do Fundo Nacional de Saúde, embora tivesse circunstâncias auspiciosas no seu começo. O SNIS tinha, no momento de seu lançamento, em 2007, quatro características positivas: o colapso em que se encontrava o sistema antes da reforma; um desenho que, no início, gerou benefícios a todos os atores; um esquema de etapas e crescimento do financiamento que fazia dela sustentável; uma liderança forte e legitimada na sociedade das autoridades sanitárias (OLESKER, 2018). Mas, ao mesmo tempo, a continuidade das mudanças sociais se encontra atualmente estancada pelas limitações das alianças que a impulsionaram nos primeiros passos, enfrentando situações de status quo e de poder importantes.

Se medirmos os avanços na universalização dos sistemas de saúde utilizando como indicador principal o gasto público em saúde como porcentagem do PIB, os países sul-americanos estão em caminho ascendente,

mas longe do patamar de 6% considerado como necessário para um acesso e uma cobertura universais.

Figura 2. Gasto público em saúde como % do PIB em países sul-americanos 1995-2014



Fonte: ISAGS-UNASUR, 2017.

Um sistema universal que dê acesso universal a um conjunto amplo de serviços implica um Estado que quer reconhecer esse direito e está disposto a dedicar uma parte importante de seus recursos públicos à saúde. A experiência mundial indica que nenhum país com menos de 6% do PIB de gastos públicos em saúde possui uma cobertura razoavelmente universal (PAHO, 2017).

6. CONCLUSÃO

O corolário desses processos é que existem dimensões políticas e econômicas que devem ser conjugadas. Previamente, neste capítulo, referimo-nos à opinião de Helen Clark sobre como a universalização dos sistemas de saúde pode ser uma via que ajuda o desenvolvimento. A constatação de que um país pode comprometer 6% ou mais de seu PIB, ampliando e universalizando seu sistema de saúde, aplica-se por igual a países pobres e ricos, como Clark deixou claro, já que esse gasto público

em saúde é puramente uma demonstração do nível de prioridade do gasto público em saúde como parte do total da alocação de recursos do país. É, portanto, principalmente uma opção política e orçamentária, e não econômica. Concomitantemente, existem muitas pressões, especialmente em momentos de dificuldades macroeconômicas, para que setores hegemônicos desviem recursos da saúde para outros usos (basicamente, o serviço da dívida). Por isso, os interessados em melhorar a saúde em muitos países precisam monitorar para que a saúde continue sendo uma prioridade não só nos discursos, mas também nas decisões dos orçamentos públicos, sem descuidar dos aspectos de qualidade do gasto (atenção primária vs. alta tecnologia, por exemplo).

No entanto, e considerando a marcha ascendente de direitos e compromissos financeiros dos governos, é possível pensar que os efeitos da expansão de direitos e acesso a serviços de saúde dos últimos anos devem ter deixado consequências na consciência coletiva. Em maio de 2018, o líder conservador britânico Nigel Farage concedeu uma entrevista ao canal Fox News dos Estados Unidos (FARAGE, 2018). Nela, recomendou aos norte-americanos evitar a implantação de um sistema universal de saúde: “When the State gives benefits in health to the people, any attempt in the future to reform it or take those benefits back, becomes politically impossible”². Os efeitos dessa extensão de direitos e acesso são sentidos nas prioridades dos governos e nas demandas das comunidades, permitindo a consolidação dessas conquistas.

No entanto, como indicado no início deste texto, esses sistemas de saúde estão inseridos em sociedades que mantêm diferenças importantes na distribuição de recursos e poder, o que mantém uma tensão permanente entre os avanços na universalidade e as tendências a manter um gasto social em proporções mínimas.

Qual dessas duas tendências prevalecerá no futuro? Os sistemas de saúde mais igualitários garantirão nas sociedades sul-americanas maiores níveis de equidade? Ou serão as tendências de aumento das diferenças atualmente prevalentes que arrastarão os sistemas de saúde para estágios anteriores, com maiores exclusões, maior gasto privado e menos acesso? Essas perguntas não

2 Quando o Estado proporciona benefícios de saúde ao povo, qualquer tentativa futura de reforma ou retirada desses benefícios se torna politicamente impossível (tradução do autor).

têm uma resposta pré-determinada; dependem de quanta pressão existe na sociedade para aprofundar mudanças e defender seus direitos.

REFERÊNCIAS

ACERETE, B.; STAFFORD, A.; STAPLETON, P. Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. **Critical Perspectives on Accounting**, v. 22, n. 6, p. 533-549, 2011.

BACIGALUPO, J.; ARMADA, F. Salud intercultural, una propuesta decolonial. **ISAGS-UNASUR**, 2018. Disponível em: <http://isags-unasur.org/es/salud-intercultural-una-propuesta-decolonial/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

CABRAL-BEJARANO, M. et al. Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2229-2238, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702229&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 ago. 2018.

CAMPOS, C. E.; et al. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília, DF: Opas, 2013.

CEPAL. **Panorama Social da América Latina 2014**. Santiago, Chile: Cepal, 2014.

_____. **Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2016**. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los desafíos del financiamiento para el desarrollo. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 2016. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40326/86/S1600799_es.pdf Acesso em: 16 ago. 2018.

CHATHAM HOUSE. **Reducing Poverty: The Case for Universal Health Care**. Disponível em: <https://goo.gl/czJusC>. Acesso em: 16 ago. 2018.

CHRISTIANO, T.; GALENDE, J. Innovación en Asociaciones Público Privadas (PPPs): una aplicación al caso español. **Documento de trabajo 10/2007**.

COLOMBIA. **Coberturas del régimen subsidiado**. 2018. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>. Acesso em: 16 ago. 2018.

DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn)**. 27 de maio, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

DI CESARE, M. et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. **The Lancet**, 381, 16 fev., 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61851-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61851-0/fulltext). Acesso em: 16 ago. 2018.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human Resources for Health**, v. 4, n. 12, 2006.

EDWARDS, P. et al. Evaluating the operation of PFI in road and hospital projects. **ACCA Research Report**, Londres, n. 84, 2004.

FARAGE, N. **Nigel Farage One-on-One interview**. Fox and Friends (TV Show), 2 maio 2018. Disponível em: <https://youtu.be/5p3CMTDHL08>. Acesso em: 16 ago. 2018.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, jun. 1990. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/PPP_n3_Universaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

FIEDLER, J.; RIGOLI, F.; SHERMAN, J. **The Costa Rican social security funds alternative models: a case study of the cooperative-based, Coopesalud Pavas Clinic**. Washington (DC): U. S. Agency for International Development (USAID), 1991.

GIOVANELLA, L. et al (orgs). **Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GRIMSEY, D.; LEWIS, M. Public Private Partnerships and Public Procurement. **Agenda**, v. 14, n. 2, p. 171-188, 2007. Disponível em: <http://epress.anu.edu.au/wp-content/uploads/2011/06/14-2-A-7.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

HARRIS, M. Mais Médicos (More Doctors) Program – a view from England. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 9, 2016.

HENRIQUEZ, J. Limitaciones al acceso de las Garantías Explícitas en Salud (GES). **Centro de Estudios Públicos**, n. 458, jun. 2017.

HOUSE OF LORDS. Private Finance Projects and off-balance sheet debt. **Economic Affairs Committee**, 2009. Disponível em: <https://publications.parliament.uk/pa/ld200910/ldselect/ldeconaf/63/63i.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

HUICHO, L. et al. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 4, p. 729-739, 2012.

ISAGS-UNASUR: **Atención Primaria de Salud en Suramérica**. 2015. Disponível em: <http://isags-unasur.org/es/publicacao/libroaps/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. **Mapeo de las políticas de Salud intercultural en Suramérica**. 2017. Disponível em: <http://isags-unasur.org/publicacao/mapeo-de-las-politicas-de-salud-intercultural-en-suramerica/>. Acesso em: 16 ago. 2018

KHAN, F. The “Uberization” of Healthcare: The Forthcoming Legal Storm over Mobile Health Technology’s Impact on the Medical Profession. **Health Matrix: Journal of Law-Medicine**, v. 26, n. 1, 2016. Disponível em: <http://scholarlycommons.law.case.edu/healthmatrix/vol26/iss1/8>. Acesso em: 16 ago. 2018.

LIU, X.; HOTCHKISS, D.; BOSE, S. The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence. **Health Policy and Planning**, v. 23, n. 1, p. 1-13, 2008.

MARMOT, M. **Fair society, healthy lives** – The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. 2010. Disponível em: <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MCKEE, M.; EDWARDS, E.; ATUN, R. Public- Private Partnerships for Hospitals. **Bull World Health Org**, v. 84, n. 11, p. 890-894, 2006.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P.; CASTRO, F. A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006 a 2012: estimativa com dados do imposto de renda e pesquisas domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-00971.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

MEJIA, C. R. et al. Problemas laborales en plazas del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (SERUMS): auto-reporte de los médicos. **Acta Med Peru**, v. 33, n. 1, p. 82-3, 2016.

O’DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 23, n. 12, p. 2820-2834, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 ago. 2018.

OLESKER, D. Políticas Fiscais, Financiamento e Sistemas de Saúde Universais: O Caso do Uruguai. **ISAGS**, maio 2018. Disponível em: <http://isags-unasur.org/politicas-fiscais-financiamento-e-sistemas-de-saude-universais-o-caso-do-uruguai/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

OXFAM. **Uma economia para os 99%**. Documento Informativo 2017. Disponível em: <https://goo.gl/XPP2Se>. Acesso em: 16 ago. 2018.

PAHO. **Health Financing in the Americas**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=public-expenditure-in-health>. Acesso em: 16 ago. 2018.

PEARL, R. Distribution of Physicians in the United States. A commentary on the Report of the General Education Board. **JAMA**, v. 84, n. 14, p. 1024-1028, 1925.

PERU – MINISTERIO DE SALUD. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud: Perú 2007 – 2010. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. **Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud**. Lima: Ministerio de Salud, 2011. Disponível em: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1612-1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

QUIROGA, R. **Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile**. Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2002. Disponível em: <https://goo.gl/mqcGBU>. Acesso em: 16 ago. 2018.

RIGOLI, F. Acesso aos serviços de saúde em áreas urbanas da América Latina. In: IGLESIAS, E. (coord.). **Os Desafios da América Latina no Século XXI**. Edusp, 2016. p. 311-327.

RIGOLI, F.; NOWINSKI, A. CASMU: Autogestão periférica en el sector salud en Uruguay. In: BRITO, Q. P.; CAMPOS, F.; NOVICK, M. **Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 193-210.

STANDING, G. **The Precariat** – The new dangerous class, 2011. Disponível em: [https://www.hse.ru/data/2013/01/28/1304836059/Standing.%20The_Precariat_The_New_Dangerous_Class_-Bloomsbury_USA\(2011\).pdf](https://www.hse.ru/data/2013/01/28/1304836059/Standing.%20The_Precariat_The_New_Dangerous_Class_-Bloomsbury_USA(2011).pdf). Acesso em: 16 ago. 2018.

STRINGHINI, S. et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1229-1237, 25 mar. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext). Acesso em: 16 ago. 2018.

UNODC. Chapter Four. **Lethal Encounters: Non-Conflict Armed Violence**. 2018. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Crime-statistics/Chapter4-Global-Burden-of-Armed-Violence-report.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

WHO. **A Universal Truth: No Health Without a Workforce**. Third Global Forum on Human Resources for Health Report. 2013.

WORLD BANK. **World Development Report 1993: Investing in Health**. New York: Oxford University Press, World Bank, 1993. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>. Acesso em: 16 ago. 2018.

XU, K. et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **The Lancet**, v. 362, 12 jul. 2003. Disponível em: http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf. Acesso em: 16 ago. 2018.

ZÚÑIGA, A. **Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos**. *Acta Bioethica*, v. 17, n. 1, p. 73-84, 2011. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2011000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 16 ago. 2018.

ULYSSES DE BARROS PANISSET

SEGURANÇA HUMANA: INTELIGÊNCIA
EM SAÚDE INFORMADA POR
EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E RECURSOS
HUMANOS

Professor de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Minas
Gerais (UFMG).

SEGURANÇA HUMANA: INTELIGÊNCIA EM SAÚDE INFORMADA POR EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E RECURSOS HUMANOS

ULYSSES DE BARROS PANISSET

A contemporaneidade explicita no dia a dia o fato de que as crises sociais, econômicas e políticas transbordam fronteiras intra e intercontinentais rapidamente, causando forte impacto na saúde coletiva no Brasil e no resto do mundo e gerando enormes desafios para gestores de inúmeros setores e diferentes níveis de responsabilidade.

Os Ciclos de Debates sobre Bioética, Diplomacia e Saúde Pública, promovidos pelo Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis/Fiocruz), criaram uma oportunidade singular para o exercício de uma reflexão transdisciplinar e de atores em vários campos de prática, a respeito de questões prementes da saúde global e de seus impactos no Brasil.

Na medida em que questões de saúde global perpassam o trabalho de pessoas das mais variadas profissões e inserções institucionais, os debates demonstram, na prática, a necessidade de construção de redes multiprofissionais para a ação coordenada, tanto de indivíduos quanto de instituições. Adicionalmente, propõe-se neste artigo a capacitação transversal e integrada de diversos campos do conhecimento que permita preparar e fortalecer as competências necessárias para realizar as gigantescas tarefas vitais para a saúde e o bem-estar das populações, para melhor enfrentar e responder à complexidade dos desafios.

Nos debates do Nethis/Fiocruz, pudemos interagir e refletir juntos, com gestores do Ministério da Saúde e de outros ministérios, oficiais de inteligência, planejadores militares e pesquisadores de vários campos. Constatamos um elevado nível de dedicação profissional, forte compromisso com a saúde coletiva e empenho efetivo e criativo na abordagem de problemas de alta complexidade da saúde global, expressos nas atividades de planificação

estratégica e operacional, assim como na gestão cotidiana dos desafios e na análise de uma variedade de temas, assuntos e áreas de atuação.

Exemplos dessa diversidade de assuntos temáticos e áreas que requerem intensa preparação, prevenção e ação rápida e efetiva, são enfatizadas, entre as prioritárias, as formas de produção do agronegócio e a regulação do comércio internacional de alimentos ultraprocessados; a regulamentação do nefasto comércio nacional e internacional do tabaco; as emergências causadas por agentes químicos, biológicos, radiológicos e nucleares (QBRN); a dualidade das ameaças e oportunidades da biologia sintética para a saúde; e a realidade dos fluxos migratórios internacionais na saúde e na qualidade do bem estar das pessoas.

Neste artigo, propomos contribuir para as considerações em torno das necessidades de fomentar redes multiprofissionais permanentes e dinâmicas para agir de maneira coordenada, promover aprendizados intersetoriais e fortalecer instituições nacionais dedicadas à saúde global e à diplomacia em saúde, apoiadas por uma robusta inteligência para a saúde (PANISSET, 2017).

Com esse objetivo, sugerimos a discussão de conceitos de segurança humana da Organização das Nações Unidas (ONU) e sobre a construção de mecanismos estratégicos e operacionais de inteligência em saúde, a partir de formulação da Organização Mundial da Saúde (OMS), mas percebendo a inteligência em saúde como esteio da política de estado que inclua a harmonização entre as políticas nacionais de saúde informadas por evidências científicas e as iniciativas diplomáticas de saúde internacional e global. Propomos a discussão no marco da diplomacia para a saúde (BUSS; TOBAR, 2017), confrontando alguns dilemas da saúde internacional e da saúde global e recomendando o desenvolvimento e a utilização do estado da arte de ferramentas operacionais disponíveis. Sobretudo, buscamos pautar a discussão de alguns pré-requisitos da inteligência em saúde, examinados pela lente da equidade – segundo a qual os que têm menos recebem atenção maior, de acordo com necessidades essenciais. Ou seja, com a onipresente pergunta ética sobre qual saúde global e diplomacia queremos como nação, para que e para quem.

Somos inundados diariamente por um oceano de informações sobre ameaças à segurança humana, diretamente relacionadas à saúde das populações, e, em muitos casos, pelas notícias falsas que circulam com as

mais variadas intenções. Como melhor organizar, analisar e utilizar essas informações para se antecipar, preparar e responder às potenciais e reais ameaças à saúde dos brasileiros e às nossas iniciativas de saúde global?

Perguntamos aqui quais seriam os mecanismos de inteligência em saúde mais efetivos que apoiassem a análise sistemática, permanente e sustentável das evidências científicas, dos indicadores e das informações sobre determinantes de saúde, para enfrentar os múltiplos e complexos desafios de maneira ética e solidária entre as pessoas e os povos, com uma perspectiva comprometida com a equidade.

Com o intuito de explorar essas questões, propomos abordá-las na perspectiva conceitual da Segurança Humana, surgida principalmente a partir da transformação da bipolaridade da guerra fria, nos anos 90, em outras formas de conflitos globais e de impactos adicionais contemporâneos na saúde e no bem-estar das pessoas em todo o mundo.

O conceito de Segurança Humana ganha os holofotes ao ser apresentado em 1994 pelo Informe do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD (ONU, 1994). Enfoca a segurança dos povos além da segurança do território, para a sobrevivência, vivência e dignidade das pessoas. Pode-se inferir um reconhecimento da ONU da inter-relação entre saúde – que é central no conceito – e outras seis dimensões essenciais ao desenvolvimento humano: econômica, alimentar, ambiental, pessoal (ameaçada pelos assassinatos e por outras violências), comunitária e política. Ainda que sem muita clareza operacional, o conceito é reforçado em 2012 na Resolução da Assembleia Geral da ONU de 2012 sobre Segurança Humana (ONU, 2012).

Ao analisar o conceito de Segurança Humana na saúde global, Chen e Narasimhan (2003) assinalam seu impacto operacional nas políticas de saúde e em suas implementações. Destacam que o objetivo principal dessa abordagem é combinar a ação de salvaguarda de vidas humanas das ameaças potenciais ou já existentes, enquanto promove a sustentabilidade do desenvolvimento humano. As mais diversas questões de saúde, como as mencionadas anteriormente, além da violência, da pobreza e da inequidade, contribuem para a centralidade dos processos saúde-doença na segurança humana. Os autores apontam, no entanto, uma certa generalidade e amplitude do conceito, que dificultam frequentemente a gestão de políticas públicas e

ações institucionais necessárias para transformar o conceito de segurança humana em políticas públicas, na gestão e na prática diária.

Por outro lado, defendem que a “perspectiva da segurança humana centrada na pessoa gera um conjunto definido de prioridades diferentes das da segurança tradicional centrada no estado” e em seu aparato policial-militar (CHEN; NARASIMHAN, 2003, p. 189-190). Mencionam as necessidades especiais de saúde dos refugiados de conflitos e os altos riscos existentes de doenças infecciosas nessa situação. Chamam a atenção de que a visão e o ethos da segurança humana ajudam a “capturar a profundidade e extensão do impacto das crises de saúde pública [...] e de complexas emergências humanitárias” (Ibid.). Nesse contexto, “a vigilância, o controle e a resposta ligada ao comércio internacional” (Ibid.) e à sua regulação sanitária, à migração, às ameaças QBRN e às situações de violência são interdependentes, mesmo se didaticamente analisadas separadamente para efeitos de possibilitar a gestão de crises. Assim, o conceito operacional da segurança humana é definido pela “natureza da ameaça a que pretende responder, tanto quanto pela sua ‘base de valores’ centrada nas pessoas, suas percepções sobre novas estratégias ou sua capacidade para mobilizar e energizar diversos círculos” de interesse (Ibid.).

A perspectiva da segurança humana centrada na saúde das pessoas é, portanto, alicerce da nossa tarefa de refletir sobre a diversidade dos assuntos aqui debatidos e, ao mesmo tempo, compreender suas conexões e ferramentas que facilitem a análise da regulação internacional de alimentos ultraprocessados e as ações e políticas públicas para a promoção da alimentação saudável e das medidas de regulação estatal da produção industrial, ou na regulação do tabaco – ambos relacionados com a produção do agronegócio e de seu comércio nacional e internacional. Em ambos os casos, constata-se o impacto das indústrias responsáveis por produtos associados aos fatores de risco para doenças crônicas.

No campo das respostas a emergências QBRN, o conceito de segurança humana facilita entender o papel da diversidade de atores e de instâncias das áreas de saúde e segurança pública, para a preparação e realização de ações de resposta necessárias para enfrentar riscos potencialmente devastadores para a saúde e segurança da população, ou de seus recursos naturais e agropecuários. O assunto da dualidade das inovações da biologia sintética para a saúde, assim como da realidade dos fluxos migratórios, traz à superfície

explicitamente também a dualidade da soberania nacional, dos compromissos democráticos constitucionais e dos acordos globais do Brasil. Esses temas introduzem a necessidade de maior escuta, negociação e participação de indivíduos e grupos da sociedade civil que têm acesso aos novos conhecimentos da biologia sintética, frequentemente em laboratórios domésticos improvisados.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), abarcados pela ONU, encontram-se no campo da segurança humana. Acertados entre os países membros por ocasião da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, realizada em Nova Iorque em setembro de 2015, buscam ser referência às políticas nacionais e às atividades de cooperação internacional no período 2015-2030. Ao todo, são 17 objetivos e 169 metas, envolvendo temáticas que encarnam o conceito de segurança humana, incluindo a erradicação da pobreza, segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, água e saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura e industrialização, governança e meios de implementação (BRASIL, 2018).

Porém tamanha amplitude de objetivos e metas seria empecilho à realização exitosa dos ODS? Murray (2015) postula que os ODS são muito amplos, com alvos vagos, em que a saúde não ganha aspecto central. No entanto, outros autores, menos reducionistas, entendem que a situação de saúde não melhorará significativamente se não for abordada de maneira intersetorial, a partir da identificação dos determinantes sociais de saúde em cada local e globalmente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Somente o ODS 3 enfoca vidas saudáveis para todas as idades. Porém Tedros Ghebreyesus, atual diretor geral da OMS, discordando de abordagens que reduzem a saúde pública à biologia, enfatiza que a saúde contribui e se inter-relaciona com todos os ODS. Cita como exemplo que a cobertura universal de saúde, como no Sistema Único de Saúde do Brasil, pode “reduzir a pobreza (ODS 1) ao proteger as pessoas das dificuldades financeiras” quando expostas a tratamentos de custo proibitivo e que “uma boa saúde pode fomentar o emprego e o crescimento econômico (ODS 8)” (MOHAMMED; GHEBREYESUS, 2018, p. 590). Portanto, destaca a interdependência multissetorial, afirmando que

“melhor saúde, por sua vez, avança outros objetivos” do desenvolvimento sustentável (Ibid.). Ghebreyesus destaca que o alcance das metas de saúde dos ODS e de seus determinantes exigirá novos investimentos, entre 2015 a 2030, estimados em 3,9 trilhões de dólares, para cobrir as necessidades de 67 países que acomodam 75% da população mundial. Para reforçar a viabilidade desses investimentos, aparentemente proibitivos em épocas de crise econômica, a OMS estima que as despesas nacionais poderiam cobrir 85% desses custos. Conclui que, “para maioria dos países, melhores condições de saúde e bem-estar para todos, portanto, não é fundamentalmente uma escolha econômica – e sim uma escolha política” (Ibid.).

Segundo De Leeuw (2017, p. 329), é fundamental o “engajamento de outros setores que não o da saúde na governança, políticas e intervenções para a saúde”, ou seja, “as fundações para uma governança integral para a saúde” devem dar-se em um “*continuum* de métodos de engajamento de outros setores” para maior integração. Isso implica transformações que vão “desde o redesenho institucional” até as “narrativas baseadas em valores éticos”.

Acharya, Lin e Dhingra (2018) destacam também que todos os outros ODS são inter-relacionados, mas que, no entanto, falta à maioria dos países dados robustos, indicadores e mecanismos de inteligência para analisá-los, que liguem os dados entre os diferentes setores governamentais. Mencionam também a baixa capacidade de coordenação entre os diferentes setores e os limitados instrumentos de implementação e monitoramento.

Portanto, em relação à gestão e operacionalidade da saúde nacional e global, destacamos aqui a limitação dos sistemas atuais de inteligência para a saúde e a ausência de capacidade de análises permanentes, em tempo real, sobre o impacto na saúde de todas as políticas públicas, buscando apoiar a implementação necessária e exitosa dos ODS.

Uma das limitações das propostas tradicionais de mecanismos de inteligência em saúde é exatamente a prevalência de um reducionismo biologicista, biomédico, que enfoca principalmente as doenças, sobretudo as infecciosas (BONFADA et al., 2012) e escolhe ignorar seus determinantes na prática do setor saúde.

Para Morse (2007), por exemplo, a inteligência em saúde seria bastante limitada à vigilância epidemiológica e análise das doenças, especialmente as infecciosas, mesmo admitindo incluir doenças crônicas não transmissíveis e

doenças animais e agrícolas em suas análises. Ao mencionar de passagem o impacto da pobreza na saúde, não contempla operacionalmente a necessidade da inteligência em abarcar os determinantes sociais de saúde, reduzindo a possibilidade de monitorar e analisar o impacto multissetorial no processo saúde-doença.

Mesmo se levarmos em conta os fluxos migratórios globais intensos ou as pandemias atravessando fronteiras, é obvio que as pessoas ficam mais doentes ou mais saudáveis no âmbito local, e não regional ou globalmente. Nesse sentido, Morse (Ibid., p. 1070), no âmbito da discussão sobre sistemas de inteligência em saúde, adverte que “na maior parte das áreas do mundo, não existe substituto para o conhecimento local”.

Portanto, na inteligência para a saúde, os setores de política e ação externa devem conversar orgânica e permanentemente com os demais setores que tratam dos determinantes sociais da saúde e de seus efeitos nos contextos locais e no conjunto da população, lembrando sempre que, mesmo diante da melhor evidência global de quais intervenções são mais efetivas, a aplicação desse conhecimento se dá, ultimamente, em âmbito local.

Uma ampliação do conceito operacional de inteligência em saúde, ainda tradicional, junta a dualidade de segurança humana em saúde e a segurança nacional, principalmente diante das ameaças de ataques biológicos terroristas, mas ainda se mantém, principalmente, no campo da segurança nacional de caráter policial e militar. Um exemplo gritante é o do *National Center for Medical Intelligence* (DOD-NCMI), uma agência situada sob o comando da poderosa e onipresente *Defence Intelligence Agency* dos EUA, no Departamento de Defesa. O NCMI aborda a segurança em saúde, mas por meio do filtro da segurança nacional militarizada. Para uma visão mais abrangente que considere a centralidade da saúde para os determinantes da segurança humana, passaremos a adotar o termo inteligência para a saúde, em vez de inteligência em saúde.

Bowsher, Milner e Sullivan (2016, p. 269) defendem uma abordagem de “inteligência médica”, ainda balizada pela inteligência militar, que negligencia iniciativas diplomáticas de saúde global. Buscam, no entanto, um diálogo, mesmo que restrito e com escalas de poder diferenciados, visando da justaposição da inteligência epidemiológica à segurança nacional militar, na prática aceitando a subordinação da primeira à segunda. Menciona

exemplos dessa sobreposição que vão da inteligência para proteger os EUA e suas tropas militares da epidemia de Ebola no Oeste Africano até à utilização de um esquema de vacinação como truque para recolher informações e assassinar Osama Bin Laden no Paquistão, o que provocou o efeito adverso e o descrédito dos esforços de vacinação no país e ocasionou baixa na aceitação da vacina por setores significativos da população. Bowsher, Milner e Sullivan (Ibid.) mencionam ainda que a Otan pratica a inteligência médica restrita às informações sobre a infraestrutura dos sistemas de saúde. O NCMI também restringe a coleta e análise da inteligência epidemiológica ao âmbito militar, priorizando a proteção de suas tropas.

Bowsher, Milner e Sullivan (Ibid., p. 270) externam a preocupação ética com essas abordagens militarizadas, que “minimizam os problemas de saúde das populações mais pobres do mundo puramente na base das ameaças às suas elites armadas, ao invés de uma preocupação moral ou ética”, e concluem pela necessidade de harmonizar os campos eticamente opostos da saúde global e da inteligência militar.

A OMS já avançou de uma visão tradicionalmente reducionista da inteligência em saúde, anteriormente restrita ao setor saúde, ao advogar por maior capacidade de analisar, coordenar, compartilhar informações, cooperar, intervir e responder efetivamente às várias dimensões da segurança humana, com a ação integrada de múltiplos setores relevantes. Portanto, buscando diferentes abordagens de inteligência para a saúde.

A Rede Global de Inteligência em Saúde Pública (GPHIN – *Global Public Health Intelligence Network*), desenvolvida pelo Ministério de Saúde do Canadá em cooperação com a OMS, focaliza sua ação na coleta e análise sistemática de informes e rumores sobre brotes de doenças infecciosas, por meio do monitoramento de notícias extraídas permanentemente de fontes da mídia internacional e das redes sociais, na Internet, com buscas realizadas em vários idiomas. No entanto, inclui também a segurança da água, de alimentos e de eventos químicos, portanto, dentro de alguns temas que discutimos neste artigo. Segundo a OMS, a GPHIN é o primeiro alerta de cerca de 60% das reportagens de brotes epidêmicos.

Promovendo atividades de inteligência para a saúde, a OMS recomenda a inclusão de determinantes sociais de saúde nas avaliações de outras informações de saúde pública, via Observatórios Urbanos de Saúde, um

mecanismo de inteligência principalmente no contexto local ou mesmo em macrorregiões, como na vasta região da fronteira entre os Estados Unidos da América e o México, de particular perfil cultural. Essa proposta alimenta a formulação de novas políticas públicas urbanas e estratégias para, por exemplo, a prevenção e o controle da violência urbana. Nesses mecanismos de inteligência, os “determinantes sociais de saúde são considerados fundamentais para entender e responder a problemas de saúde pública e de inequidades em saúde”. As análises de situação desses observatórios, portanto, “levam em consideração fatores além do setor saúde” (WHO, 2014, p. 2).

O Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), da Universidade Federal de Minas Gerais, é exemplo viável e efetivo do diálogo vital entre o local, o nacional e o global a ser analisado para ser um dos componentes de um sistema de inteligência em saúde nos moldes propostos pela OMS. O OSUBH busca fornecer conhecimento para a implementação de estratégias específicas de intervenção e de políticas públicas para enfrentar iniquidades em todos os setores que impactam a saúde, transformando a pesquisa científica em políticas públicas. Essa abordagem permite aferir quais as ações de saúde urbana podem funcionar melhor em contextos específicos (OSUBH, 2018).

Outro viável componente de um sistema abrangente a partir de abordagem local é o utilizado pelo município de Belo Horizonte, que busca organizar seu sistema de saúde pela classificação de cada microrregião, com cerca de 3 a 4 mil pessoas, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). Esse índice – que serve de referência para a distribuição dos recursos e entrega de serviços de acordo com o princípio da equidade – é elaborado a partir de determinantes sociais de saúde, baseados em evidências de seus impactos. Inclui saneamento, habitação, escolaridade, renda, aspectos sociais (raça/cor) e meio ambiente (PITCHON et al., 2013).

As proporções continentais do Brasil, com suas marcantes e complexas desigualdades; as inequidades entre as regiões, assim como as intrarregionais, intraurbanas e entre o urbano e o rural; e nossos intensos fluxos globais migratórios e de mercadorias exigem um aparato de inteligência em saúde que seja abrangente na capacidade de análise, com operacionalidade viável e que inclua diversos determinantes sociais, nacionais e globais, operando informado por evidências científicas e com conhecimento tácito.

A chave seria a agilidade na coleta e capacidade de análise de dados em tempo real, com abordagens inclusivas dos determinantes sociais e maciças, por meio do processamento de Big Data, inclusive na busca ativa na mídia e nas redes sociais, no chamado *Open-Source Intelligence* (inteligência para a saúde proveniente de fontes abertas), incluindo a mineração de dados relevantes via *data linkage* populacional (HAY et al., 2012; KHOURY; IOANNIDIS, 2014; BERNARD et al., 2018). No entanto, persistem limitações técnicas relevantes do Ministério da Saúde em relação a essas inovações, sobrecarregado com a carga de doenças e o congelamento de recursos (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2018).

O Estado brasileiro mobilizou-se de forma exemplar e intersetorial para dar uma resposta aos desafios da inteligência em saúde durante a realização de dois megaeventos globais, a Copa do Mundo de Futebol de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. No entanto, o Ministério da Saúde restringiu-se a preparar o Sistema Único de Saúde (SUS) nas cidades-sede para a Copa, em ação conjunta com o Ministério do Esporte, criando a Câmara Temática de Saúde para tentar coordenar os três níveis de governo nas atividades de planejamento estratégico, compartilhar responsabilidades e aumentar a efetividade das ações, fortalecendo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e o Sistema de Vigilância em Saúde. Nesse quadro, criou-se a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) para “assistência rápida e efetiva às populações em situações de catástrofes, epidemias, ou crises assistenciais” (MASSUDA, 2012, p. 358 e 360), por meio do Decreto n° 7.616, de 17 de novembro de 2011. Esperava-se desenvolver ações de saúde para o evento que pudessem ser transformadas em legado para a saúde coletiva. No entanto, a iniciativa merece ainda pesquisas dedicadas ao impacto institucional real desse legado, principalmente diante das restrições orçamentárias para saúde durante 20 anos, impostas à nação em 2017 pelo governo Temer, com a Emenda Constitucional 95.

A experiência dessa mobilização poderia servir de exemplo para a estruturação de mecanismos permanentes e intersetoriais de inteligência em saúde para a segurança humana que observassem, coletassem e analisassem informações, dados e indicadores de maneira georreferenciada e que incluíssem também os determinantes sociais de saúde em cada contexto regional e microrregional, para facilitar seu enfrentamento por meio

de políticas públicas inovadoras e efetivas. Essa iniciativa, caso tivesse sido implantada, poderia ter contribuído, de forma ainda incalculável, também em relação às iniciativas diplomáticas do Brasil em saúde e à saúde global.

Danilo Coelho, oficial de inteligência e pesquisador que participou desse Ciclo de Debates, contribuiu significativamente para avançar a estruturação de um sistema de inteligência amplo, efetivo e inovador que atue na defesa da segurança nacional na perspectiva da segurança humana e que seja sensível na captação de determinantes multissetoriais da saúde. Nesse processo, constata possibilidades e obstáculos na construção de um aparato de inteligência multissetorial, com aspectos operacionais de coordenação das ações necessárias para a segurança humana.

Com esse objetivo, é de grande utilidade apontar a necessidade fundamental de “mudança do paradigma da segurança nacional para o da segurança humana” (COELHO, 2017, p. 77). Nesse sentido, Coelho (Ibid.) propõe um novo paradigma de segurança que ele denomina “transecuritização da Inteligência de Estado”. Nessa proposta de reestruturação para alcançar a contemporaneidade do sistema brasileiro de inteligência, busca-se simultaneamente enfrentar as “múltiplas ameaças, na perspectiva da segurança humana, contra a sociedade brasileira” e “aumentar a eficiência do Sistema Brasileiro de Inteligência” (Ibid.).

Atualmente, o Sistema Brasileiro de Inteligência (Sisbin) é composto de 39 órgãos governamentais, coordenados pelos órgãos de segurança, incluindo o Ministério da Saúde (MS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Ministério do Meio Ambiente (MMA) e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), todos essenciais para áreas temáticas que discutimos neste artigo e para a promoção da segurança humana (Ibid.; ABIN, 2018). A participação destacada do Ministério das Relações Exteriores indica a possibilidade de fomentar as iniciativas de diplomacia em saúde e melhor coordenar as informações sobre saúde nacional, saúde global e sua intrínseca relação (PANISSET, 2000, 2017).

A proposta de transecuritização de Coelho vai ao encontro da necessidade que apontamos de um sólido e coordenado sistema de inteligência para a segurança humana que apoie o enfrentamento dos problemas de saúde em contextos variados – que vão do local ao global – para dar suporte aos desafios internos e às iniciativas diplomáticas de saúde. Mas ele alerta que

Apesar da composição do Sisbin e as diretrizes de Inteligência apontarem para a estruturação de um sistema amplo, que transcende a área tradicional da segurança para incorporar temas estratégicos de diversos setores, persiste um arcabouço institucional que obstaculizaria esta atuação abrangente. (COELHO, 2017, p. 77-78).

Segundo Coelho, a composição militarizada do conselho consultivo que coordena a Sisbin (Consisbin), em sua maioria do Ministério da Defesa, limita a possibilidade de uma atuação mais ampla, devido a “resquício da Inteligência com viés policial e militar” (Ibid., p. 78), priorizando órgãos de defesa externa e segurança interna. No entanto, ressalta a demanda estatal governamental “por análises preditivas de ameaças não tradicionalmente securitárias e da definição de diretrizes de Inteligência” (Ibid.) que incluem assuntos de saúde humana, meio ambiente, recursos agropecuários e infraestrutura. A proposta de “transecuritização da Inteligência de Estado incorpora o conceito da segurança humana e sistematiza outros elementos presentes e necessários para o processo de modernização da Inteligência” (Ibid.). Vai, portanto, muito além do reducionismo que ainda prevalece quanto à segurança nacional como proteção da fronteira territorial, da população e dos interesses nacionais contra ameaças externas, com uma doutrina brasileira de segurança nacional saudosista, desenvolvida em 1949 pela Escola Superior de Guerra (ESG), com forte inspiração norte-americana, a partir do pós-Segunda Guerra Mundial (Ibid.), fortalecida no período ditatorial de 1964 a 1985.

Apesar da proposta de transecuritização da Inteligência de Estado não esclarecer ainda as formas operacionais de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde e de seus determinantes nacionais, ou de seu papel nas iniciativas de diplomacia em saúde, é particularmente significativa e contemporânea sua sugestão de consagrar “uma Inteligência preditiva, sob a égide da análise baseada em evidências” científicas (Ibid., p. 84).

Nesse sentido, propomos como parte integral da inteligência para a saúde para a segurança humana o processo de utilização de métodos integrativos e sistemáticos desenvolvidos no âmbito da OMS, a partir da 58ª Assembleia Mundial da Saúde, que insta os Estados-Membros a “estabelecer e fortalecer mecanismos para transferir conhecimentos para apoiar

a saúde pública e os sistemas de atenção à saúde baseados em evidência e para as políticas de saúde baseadas em evidências” (OMS, 2005, p. 127).

Formuladores e implementadores de políticas públicas de saúde (v.g. gestores do SUS de todos os níveis) e de outros setores responsáveis pela saúde e por seus determinantes em vários setores – além dos gestores das iniciativas de diplomacia em saúde – enfrentam constantes desafios para ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção à saúde e simultaneamente controlar o impacto dos determinantes sociais. Somam-se a essas tarefas a responsabilidade pela implementação dessas políticas e a avaliação de seu efeito nas decisões e ações do dia a dia, em vários contextos diferentes.

A participação cidadã nesse processo é indispensável para que se logre um maior grau de legitimação, implementação e avaliação do impacto das políticas na saúde das pessoas. A construção das políticas beneficia-se da transparência do processo e da participação democrática do controle social, quando promove um diálogo resolutivo sobre o problema, as opções e as estratégias para enfrentá-lo, além de estudar as barreiras, os facilitadores, os riscos, os benefícios e os custos das intervenções.

O bioeticista Norman Daniels destaca esse imperativo ético de participação social e da necessidade de divulgar transparentemente o processo de análise e decisão para a formulação e implementação das políticas nos sistemas de saúde, ressaltando que as transformações dos sistemas de saúde são frequentemente “experimentos sociais que requerem revisão ética e científica antes que sejam implementados e monitoramento ético e científico depois” da implementação (DANIELS, 2006, p. 447). Ou seja, experimentos populacionais amplos que ocorrem sem consentimento informado.

Mecanismos de formulação de políticas e práticas informadas por evidências científicas sólidas e informações corretamente analisadas podem, portanto, representar um componente mais operacional da inteligência para a saúde e ajudar a melhorar significativamente a qualidade e o impacto na gestão, com reflexos positivos para a saúde das populações. São benefícios adicionais e vitais a melhor utilização de recursos para promover a equidade na cobertura, assim como a normatização a níveis sustentáveis dos processos de judicialização da saúde, apoiados em bases científicas sólidas e no conhecimento tácito que possa ser sistematizado por meio de diálogos deliberativos.

A gestão do conjunto desses objetivos exige novas maneiras de pensar e organizar a inteligência para a saúde para a segurança humana e a própria formulação de políticas públicas, principalmente diante do fato de que a construção e implementação dessas políticas de saúde ou da saúde em todas as políticas apresenta grandes riscos potenciais, ao alcançar dezenas de milhões de pessoas.

Conforme nos lembra Coelho, na qualidade de “órgão de antecipação de fatos e de apoio à tomada de decisão, a atuação da Inteligência ajuda a moldar a própria atuação do Estado”; no caso, em ações que beneficiem a segurança humana (COELHO, 2017, p. 89).

Propomos, assim, a necessidade de empregar nos sistemas de inteligência para a saúde o estado da arte dos métodos utilizados e testados pela OMS e pela sua Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) na tradução do conhecimento para a elaboração de políticas. Esses métodos auxiliam o fortalecimento das competências e habilidades necessárias ao processo de formulação de políticas que se beneficiem das melhores evidências científicas disponíveis e de informações devidamente analisadas (dados, indicadores, índices), baseadas principalmente nas ferramentas SUPPORT (LAVIS et al., 2009).

O termo ‘políticas informadas por evidências’, em vez de ‘baseadas’, foi cunhado para explicitar o fato de que as melhores evidências competem com outros fatores na formulação de políticas, tais como recursos disponíveis e aceitação da sociedade, fatores que necessitam ser considerados na prática da inteligência para a saúde.

No Brasil, esses métodos e suas ferramentas foram testados também em diversas oficinas de trabalho na última década e na formulação de políticas nos três níveis de governo, adaptadas com qualidade para as necessidades do Brasil pela EVIPNet Brasil e pelo trabalho de Jorge Otavio Maia Barreto, participante no ciclo de debates sobre o tema deste artigo (BARRETO; SOUZA, 2013; DA SILVA CORRÊA DIAS et al., 2015).

Em 2014, foram publicados resultados encorajadores de uma avaliação formativa multicêntrica de cinco anos, estimulada pela OMS e pela União Europeia, de experiências de gestores e pesquisadores em cerca de 30 países de baixa e média renda, organizados institucionalmente para a utilização sistemática da melhor evidência científica na construção e implementação de políticas de saúde, com metodologias inclusivas da participação social.

Dois instrumentos, amplamente utilizados por gestores e pesquisadores trabalhando juntos nesses países, receberam atenção especial dessas avaliações e deveriam compor um sistema contemporâneo de inteligência para a saúde: as sínteses de evidências para a política e a organização e o relato de um diálogo deliberativo sobre essa política (MOAT et al., 2014).

A síntese de evidências científicas prioriza revisões sistemáticas e outros estudos avaliados como de comprovada qualidade e é organizada a partir da descrição de um problema e suas características, das possíveis opções de intervenções eficazes e custo-efetivas — incluindo a identificação de potenciais benefícios, riscos e custos de cada opção e estratégias de implementação, a partir da identificação de barreiras e facilitadores.

No diálogo deliberativo, a síntese de evidências serve de base para os debates, mas a ênfase principal é no conhecimento tácito dos participantes — de especialistas a representantes da sociedade civil que serão particularmente impactados por determinado assunto e pela política de saúde —, a partir do crivo da experiência, dos valores e das visões de cada um (LAVIS; BOYKO; GAUVIN, 2014).

Quando necessárias, pesquisas operacionais ou de implementação podem somar-se ao processo da síntese e do diálogo para ajudar a verificar o nível de implementação e de resolução de determinadas políticas públicas, facilitando o processo de avaliação e o conseqüente ajuste dos rumos da intervenção (PANISSET et al., 2012).

Os observatórios de recursos humanos que adotem práticas de análise de informações e de indicadores integrados ao uso de evidências científicas se capacitam para orientar ações de implementação de políticas públicas que melhor favoreçam a saúde das populações, de maneira equitativa. Essas formas de atuar devem ser, portanto, componentes fundamentais para alimentar a inteligência para a saúde e o planejamento estratégico dos sistemas de saúde (GEDIK et al., 2009).

É fundamental ressaltar que as considerações sobre equidade perpassam todas as etapas do processo, para minimizar o risco de que determinadas políticas e intervenções beneficiem aqueles que menos as necessitem (OXMAN et al., 2009).

Outra prática preconizada pelas políticas informadas por evidências e que pode beneficiar o sistema de inteligência para a saúde é a organização

de repositórios de informação com revisões sistemáticas, outros estudos de elevada qualidade, informes de organizações internacionais, sínteses de políticas, legislações e outros insumos necessários para as análises. Exemplos exitosos desses repositórios incluem o *Health Systems Evidence* e o *Social Systems Evidence*, organizados e mantidos pelo *McMaster Health Forum*, da *McMaster University* do Canadá.

A aplicação acadêmica das ferramentas SUPPORT pode ser longa e exigir uma equipe grande, porém a agilidade necessária para a inteligência para a saúde pode ser resolvida pelos mecanismos de resposta rápida (MIJUMBI et al., 2014; HABY et al., 2015) que adotam os mesmos métodos, mas buscam simplificações seguras que podem fornecer resultados de 24 a até 48 horas.

Cientes do risco do dilema entre inteligência e ação nos sistemas militarizados e policiais, principalmente nos regimes autoritários ou hegemônicos globalmente, destacamos o imperativo ético de transparência e sistematização do processo e da necessidade de pensar a saúde em seu aspecto de benefício para todos e os valores da equidade como justiça social. Vale realçar novamente que a inteligência pode moldar a ação. As políticas de qualidade geradas por um sistema transparente não merecem apodrecer nas gavetas e prateleiras e precisam ser implementadas em ações multissetoriais.

Tendo em conta a necessidade de ação efetiva para confrontar efetivamente os problemas que ameaçam populações, outras ferramentas operacionais disponíveis devem ser consideradas para dar uma resposta e enfrentar a complexidade de tarefas da inteligência para a saúde, na medida em que ajudam a quebrar o oceano de informação em segmentos mais manejáveis, sem perder jamais uma coesão analítica e a integralidade dos fenômenos estudados, principalmente visando a melhor gestão e operacionalidade. A multiplicidade de atores-chave de vários níveis — sejam locais, nacionais ou globais —, que necessitam um grau de coordenação para o sucesso de cada iniciativa, oferece dificuldades acentuadas, principalmente se levamos em conta a necessidade de trabalharmos com setores governamentais diferentes — muitas vezes antagônicos —, com motivações e interesses diversos. Frequentemente, predominam interesses financeiros nem sempre explícitos ou de disputa entre mercados de diferentes países competidores entre si. Nesse sentido, lembrando o paradoxo saúde-cooperação-conflito, em que, apesar da percepção de

que a saúde é campo privilegiado para a cooperação, já que promove benefícios mútuos, ela é também campo de conflitos, principalmente os relacionados aos aspectos de mercado.

Fidler (2011, p. 14) sugere um quadro para facilitar a captura do “modo como os atores identificam e amplificam seu autointeresse”, que sugerimos poder ser utilizado tanto nas iniciativas diplomáticas em saúde quanto nas iniciativas nacionais para promover a saúde e enfrentar seus determinantes sociais adversos, com o objetivo de identificar e negociar os interesses de atores estatais e não estatais, muitas vezes ocultos, e as potenciais divergências que podem dificultar a ação conjunta (Figura 1). Fidler chama esse formato de mapa de identificação de “atores, problemas, processos e princípios” (2011 apud PANISSET, 2017, p. 95).

Figura 1. Modelo sugerido por Fidler para o mapeamento das bases de negociações na diplomacia em saúde global

FORMAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE INTERESSES		TRADUÇÃO DOS INTERESSES COMUNS EM AÇÃO COLETIVA		
Problema	Amplificação do interesse	Atores	Processos de negociação	Ação coletiva
		Estados-nação		
		Organizações intergovernamentais		
		Atores não governamentais		

Fonte: Fidler, 2011, p. 32 apud Panisset, 2017, p. 96.

Mais além da compreensão dos interesses dos atores relevantes na formulação e implementação de políticas públicas para a saúde, necessitamos de ferramentas que nos permitam organizar diversas categorias do oceano de informações multissetoriais e transdisciplinares, de forma simultânea e ágil, especialmente nos processos agudos que requerem pronto e dinâmico enfrentamento.

A matriz tridimensional apresentada (Figura 2) organiza categorias de informação (dados e indicadores) e evidências científicas que possam facilitar a análise para a inteligência e a gestão de iniciativas. Foi proposta e utilizada em outras oportunidades para apoiar a capacidade humana de

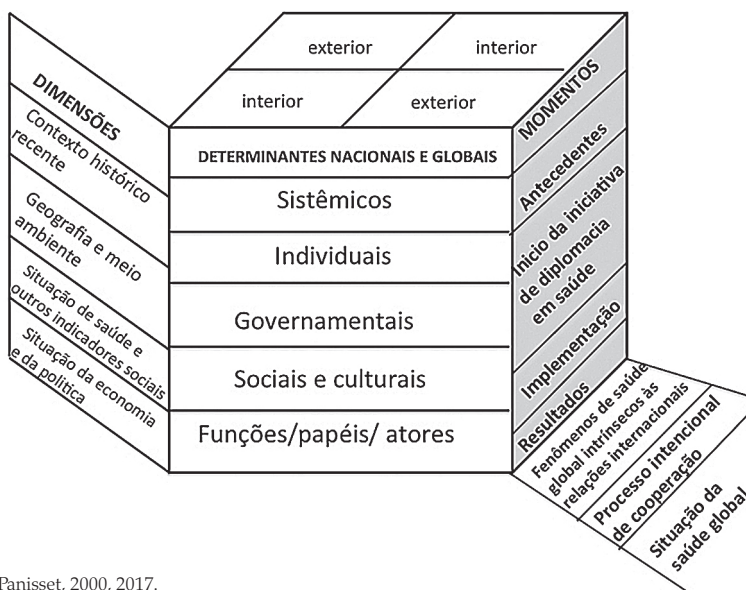
inteligência na saúde global e para as iniciativas de diplomacia em saúde, como na epidemia SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) e, anteriormente, para analisar a epidemia de cólera na América Latina, nos anos 90. Essa matriz tridimensional pode abarcar simultaneamente vários tipos de determinantes e nos ajudar na análise de situações, na avaliação e no ajuste de exercícios preditivos, na prevenção ou na minimização de crises, mas também na organização das ações prioritárias.

Para melhor usufruir dessa ferramenta de inteligência para a saúde nacional e global, vale estabelecer colaborações de redes de institutos de pesquisas e universidades interessadas no assunto e que utilizem arranjos transdisciplinares. Temos utilizado esse modelo de análise também em simulações de crises com o duplo objetivo de capacitação multidisciplinar e intersetorial e para a formação ou o fortalecimento de redes de inteligência para a saúde.

Brewer (1999, p. 328) nos alerta que “o mundo tem problemas, mas as universidades têm departamentos” e disciplinas. Ao contrário, as redes multidisciplinares e multi-institucionais que apoiam a inteligência para a saúde atuam para identificar e descrever um determinado problema, seja ele atual ou de risco percebido para o futuro. A partir daí, examinam as características do problema, suas dimensões, seus indicadores comparados a outros países e a sua gravidade atual e potencial. Nesse processo de inteligência, examinam evidências científicas multidisciplinares para orientar a implementação de políticas públicas saudáveis em cada contexto.

Em sua função de apoio à inteligência para a saúde, o modelo (Figura 2) pode ser adaptado para cada contexto, em cada nível. Pode fortalecer a pesquisa — inclusive a histórica ou a operacional e de implementação — e o planejamento estratégico, a capacidade de implementação das políticas e a avaliação permanente dos resultados dessas políticas, seja internamente ou na cooperação internacional. Em outras palavras, é desenhado para apoiar a preparação e gestão de iniciativas de diplomacia da saúde. Pode ser de utilidade principalmente para “prevenir uma crise, ajudando a melhor preparar-se em diversos setores relevantes, para enfrentá-la ou para gerenciar uma crise de saúde global em que os ministérios da Saúde estão na linha de frente” (PANISSET, 2017, p. 102).

Figura 2. Matriz para a análise de fenômenos de saúde global e diplomacia em saúde



Fonte: Panisset, 2000, 2017.

A arquitetura das informações e evidências científicas proposta nesse modelo aborda tanto o contexto local e nacional (o interior) quanto suas implicações nas interações entre nações ou grupos de nações e no âmbito global (o exterior). Comtempla também a relação intrínseca entre as duas esferas, interpretada a partir da perspectiva de cada exercício de observação. Em cada um dos planos da matriz, são depositadas informações-chave que integrarão a análise.

A título de exemplo, propomos uma breve e simples simulação do que seria a categorização das informações colhidas da mídia (*Open-Source Intelligence*) e de evidências fruto de pesquisas científicas sobre alguns dos temas assuntos discutidos no Ciclo de Debates.

No modelo proposto, em cada uma das “caixas” dos planos da matriz são depositadas informações-chave que integrarão a análise. No plano das Dimensões, incluímos, por exemplo, a conjuntura histórica recente do fenômeno a ser analisado, buscando traçar sua evolução até a situação atual, para buscar opções previsíveis. No caso da regulamentação do nefasto

comércio nacional e internacional do tabaco, descreveríamos e analisaríamos integralmente o que categorizamos em dimensões separadas para facilitar a compreensão dos diferentes fatores mais relevantes. No entanto, cada “caixa” deve possuir vasos comunicantes com as outras:

1. A *dimensão histórica recente* examinaria o processo decisório de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na esfera global e no Brasil. Discutiríamos como o Brasil, o segundo maior produtor de tabaco do mundo e maior exportador, com uma poderosa produção agrícola e de produtos industriais derivados, promoveu atuação decisiva do Estado nas negociações internacionais lideradas pela OMS, buscando resguardar a soberania dos interesses nacionais e a ética da promoção da saúde de sua população, exercendo de forma exemplar a solidariedade em sua diplomacia em saúde global (RANGEL et al., 2017). Ao defender a saúde de sua população e, simultaneamente, tomando medidas proativas para a saúde global, os altos níveis de decisão política e do setor saúde podem de fato lograr influenciar as negociações, tanto para defender a soberania das decisões quanto para promover a segurança humana. A proposta seria concentrar-se, principalmente, em um bem maior: a saúde e o bem-estar da população, em uma combinação que Yach e Bettcher (1998) chamam de convergência e que Lee, Chagas e Novotny (2010) destacam como a defesa da saúde de sua população, simultaneamente logrando fortalecer a saúde global por meio da regulamentação multissetorial restritiva de um produto funesto.

Quanto à questão do impacto dos fluxos migratórios internacionais na saúde e na qualidade do bem-estar das pessoas, poderíamos ter descrito, em antecipação, a história recente da deterioração política, econômica e social da Venezuela; as enormes pressões globais sofridas pelo país, com o bloqueio coordenado do crédito internacional e seu impacto na saúde dos venezuelanos, levando ao aumento do número de refugiados principalmente econômicos; e a história da degradação do sistema de saúde, com seu impacto nos níveis de vacinação, por exemplo, do sarampo, com casos importados e a contaminação de brasileiros.

A narrativa seguiria até os conflitos violentos entre brasileiros e venezuelanos em 18 de agosto de 2018, acontecidos em Pacaraima, Roraima – de

ampla divulgação na mídia e com implicações para a corrida presidencial no Brasil –, relevando a interconectividade entre o deterioro da crise econômica e política, os refugiados econômicos e o impacto na saúde de ambos os lados da fronteira internacional.

Se optarmos por um recorte regional, no estado de Minas Gerais poderíamos mostrar como a implantação da *Anglo American* – conglomerado britânico de mineração – no município de Conceição do Mato Dentro explorou a presença de refugiados ambientais do Haiti, sendo a empresa autuada em novembro de 2013 pelo trabalho escravo de 100 refugiados haitianos, atendidos na Clínica de Trabalho Escravo e Tráfico de Pessoas da Faculdade de Direito da UFMG, fato amplamente divulgado pelos jornais mineiros, com forte impacto na saúde desses trabalhadores;

2. *Na dimensão geográfica e do meio ambiente*, exploraríamos também os recursos naturais que possam estar relacionado com o fenômeno estudado, por exemplo, a dominância do petróleo na economia da Venezuela, além das proximidades fronteiriças; ou o meio ambiente de florestas devastadas no Haiti e a contaminação biológica dos cursos de água, em muito agravados pelo terremoto de 2010.

Na produção do tabaco, principalmente no sul do Brasil, constataríamos o que Portes et al. (2018) desmascaram como danos ambientais pela contaminação do solo, pelas queimadas e pelo desmatamento, além de pelo consumo desmedido de água;

3. *A dimensão da situação de saúde e de outros indicadores sociais* agruparia também aspectos culturais e antropológicos, identificando pesquisas relevantes sobre o tema. No caso dos refugiados, se a abordagem fosse principalmente no estado de Minas Gerais, trabalharíamos com os diversos indicadores (gênero, raça/cor, estado civil) apresentados e analisados no diagnóstico de qualidade sobre migração e refúgio em Minas Gerais (SOUZA, 2017).

Ou, no caso do tabaco, constataríamos que 7,2 milhões de pessoas morrem anualmente no mundo devido a enfermidades associadas ao uso do tabaco, 156.200 delas no Brasil, entre os 22 milhões de fumantes acima dos 18 anos (TEIXEIRA; PAIVA; FERREIRA, 2017).

Ao considerar indicadores de saúde do trabalhador no processo de produção do agronegócio brasileiro – tanto para a regulação de alimentos processados quanto para a produção de tabaco –, poderíamos ponderar que “um trabalhador morre a cada 30 segundos no mundo por exposição a substâncias tóxicas”, pesticidas, radiação e outras substâncias prejudiciais, segundo a Organização Internacional do Trabalho (ONU, 2018), e buscar evidências científicas de qualidade a respeito dos agrotóxicos no Brasil, comparando-as com as de outros países;

4. Quanto à *dimensão da economia e política*, no processo de inteligência aprenderíamos com o Diário do Comércio e da Indústria, em sua edição de 19 de janeiro de 2018, que o Brasil é o segundo produtor mundial do tabaco, atrás da China, mas líder mundial na exportação desse produto comprovadamente daninho à saúde dos usuários, exportando para 94 países, responsável por aproximadamente 30% dos embarques mundiais, o que representa 1% de todas nossas exportações. O Rio Grande do Sul é o maior exportador, com 78% do total e uma receita de US\$ 1,6 bilhão. No entanto, ao propor decisões e ações informadas por evidências científicas, levaríamos em conta que, apesar de aparentes ganhos financeiros dos produtores, dos exportadores e das indústrias do tabaco, além dos empregos gerados, a carga econômica para a sociedade é desproporcionalmente maior (PINTO; UGÁ, 2010; PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015). Figueiredo, Turci e Camacho (2017) estimam que o uso do tabaco no Brasil custa cerca de R\$ 57 bilhões anuais (R\$ 39,3 bilhões devido à assistência médica e ao tratamento e R\$ 17,5 bilhões devido à perda de produtividade), ameaçando 22 milhões de fumantes no país. Logo, concluiríamos que o custo para a saúde, sem contar o morticínio, é cerca de dez vezes maior do que os ganhos da exportação e sete vezes maior do que os impostos pagos pela indústria de cigarros no país. Portes et al. (2018) adicionam dados dos custos provocados pelo tabaco e pelos derivados na saúde, globalmente, que atinge 1,8% do Produto Interno Bruto mundial.

Na análise do contexto político e econômico dos países envolvidos — ou relativo ao impacto da crise econômica global ora em curso —, refletiríamos sobre o grau da capacidade de resposta unificada do Estado

e da sociedade, o nível de fraccionamento existente ou mesmo o grau de faccionalismo existente em determinada conjuntura, que dificultaria a ação de preparação e resposta do conjunto da sociedade. Nesse requisito, o analista necessita ser duplamente rigoroso com o viés ideológico e os conflitos de interesse expressos na grande mídia. Por isso, avaliaríamos algumas opiniões editoriais como indicativos de pensamento de facções, muitas vezes expressando valores dominantes que merecem ser tomados em conta no cálculo político das ações planejadas. Nessa dimensão, valeria também examinar tanto o nível de bloqueio internacional ao crédito quanto os equívocos econômicos e políticos cometidos pelo governo venezuelano na esfera nacional.

No plano frontal da matriz tridimensional, classificariamos os fatores determinantes da saúde nacional e global, categorizados em conjuntos de fatores mais específicos e que podem ser agrupados em:

1. *Sistêmicos*: seriam analisados primeiro sob a ótica nacional, focalizando no SUS, no Sistema Único de Assistência Social, nos sistemas de segurança, nos organismos de financiamento, nos organismos de gestão das relações externas e da saúde global e no Sisbin. Nos sistemas globais, examinariamos o papel dos organismos internacionais. Aqui sugerimos incorporar o pensamento sistêmico adotado pela OMS em relação aos sistemas de saúde, vis a vis outros setores (DE SAVIGNY; ADAM, 2009). Dos estudos nacionais de que poderíamos desfrutar, os recentes informes do Ipea são de grande utilidade, como o organizado por João Brígido Bezerra Lima, participante do Ciclo de Debates, sobre o perfil demográfico dos refugiados no Brasil no período 1998-2014 (LIMA et al., 2017) ou ainda o Atlas da Violência (IPEA, 2018).

São muito úteis os informes de países elaborados por organismos internacionais sobre setores diversos (OMS, Banco Mundial, Banco Interamericano), estudos de fundações filantrópicas, sempre resguardadas as análises que desvendam conflitos de interesses que devem ser investigadas. Estudo recente da UNICEF sobre determinantes sociais que afetam crianças e adolescentes é de grande utilidade para a inteligência em saúde em relação a determinantes fundamentais da saúde, como a educação, o acesso à informação de qualidade, o trabalho infantil, a moradia, a água e

o saneamento. Encontraríamos nesse estudo que mais de 13 milhões de crianças e adolescentes vivem sem saneamento básico e quase 9 milhões não tem acesso à educação. Incorporaríamos à nossa análise o conceito de privações múltiplas, que agrava o impacto dos determinantes sociais na saúde (UNICEF, 2018);

2. *Individuais*: representando as características e os interesses individuais de atores-chave envolvidos nas negociações que influenciam a condução da iniciativa no interior dos países e a potencial iniciativa diplomática em saúde, principalmente nos altos níveis de decisão política.

Nesse caso, poderíamos indagar de que maneira, por exemplo, a condução de Michel Temer nos conflitos em Roraima poderia ter sido diferente da posição de Dilma Rousseff, a quem substituiu, não pelas funções que ambos exerceram, mas por características pessoais marcadamente diferentes e de domínio público. O viés de interpretação dessas características poderá ser diluído com a participação de diferentes analistas, atuando separadamente e depois construindo algum nível de consenso, enumerando explicitamente o dissenso com o objetivo de garantir uma visão mais encorpada do problema a ser enfrentado e de suas diversas características.

O modelo de análise de Fidler, apresentado anteriormente, poderia ser considerado aqui para indicar as características e os interesses de cada ator-chave individual nas negociações, inclusive para indivíduos em altos mandos decisórios que deverão arbitrar sobre as iniciativas a serem tomadas, embora originalmente o modelo tenha sido desenhado para analisar atores institucionais;

3. *Governamentais*: incluímos nesse compartimento modelos de governança que possam facilitar ou obstaculizar as negociações e ações de cooperação, assim como as rivalidades entre diferentes agências na condução das políticas externas, por exemplo, entre o Ministério da Saúde e o de Agricultura, com interesses, na prática, muitas vezes contraditórios; ou a visão de setores militares sobre a segurança territorial e as agências que focalizam na segurança humana e nos direitos humanos. Nesses casos, consideraríamos identificar qual seria a ética da solidariedade possível entre as nações e a identificação de interesses mútuos, como na negociação da

regulamentação do tabaco. Incluímos aqui modelos de governança, como no caso do Sisbin, que possam facilitar ou obstaculizar as negociações e ações de cooperação;

4. *Sociais e culturais*: significando variados aspectos da sociedade civil e acrescentando avaliações das culturas institucionais que tenham influência na sua atuação dentro e fora do país. Podemos agrupar aqui “características históricas e conjunturais da sociedade durante determinada iniciativa” (PANISSET, 2017, p. 104), seja ela interna e/ou de diplomacia em saúde. Permite revisitar o grau de identidade nacional ou de fracionamento da sociedade em determinado momento, como o expressado nas eleições presidenciais de 2018, e o grau em que esse fracionamento afeta como a nação enfrenta uma determinada crise ou fenômeno que afete sobremaneira a saúde do país ou a global. “Os aspectos culturais, valores e crenças das populações envolvidos na iniciativa deverão ser levados em conta neste conjunto de fatores determinantes do resultado” (Ibid.). São levados em conta também nos diálogos deliberativos que espelham, em parte, as influências culturais e das relações sociais em um determinado momento;

5. *Funções e papéis*: são inerentes à formalidade do cargo que o tomador de decisão ou outros atores ocupam, que molda sua atuação oficial nas negociações e “que provavelmente ocorreriam, independentemente das características individuais dos ocupantes de determinada função, ao contrário das variáveis chamadas aqui anteriormente de individuais”, no item 2 (Ibid., p. 105). Como exemplo, podemos citar novamente a necessidade de Michel Temer manter – como presidente da República – as fronteiras abertas na crise de Roraima, devido a acordos internacionais, mesmo diante da pressão de lideranças de seu partido político na região.

Para facilitar o acompanhamento em tempo real ou, alternativamente, na avaliação retrospectiva de uma iniciativa ou acontecimento, descrevemos quatro estágios que fornecem uma apreciação cronológica dos acontecimentos e de seus resultados (antecedentes, período inicial, momento de implementação e resultados esperados e/ou obtidos na realidade).

Todos os componentes da matriz analítica, além de perpassados pelas abordagens internas e externas, podem ser categorizados como: intrínsecos

às relações e trocas internacionais (comércio, regulamentações, migração, conflitos); como um processo intencional e planejado de diplomacia em saúde (acordos, tratados e convenções internacionais, como no caso do tabaco; atividades de cooperação externa; participação em foros e assembleias internacionais); como de impacto na saúde global (v.g. exportação de tabaco, gestão da epidemia de Zika).

A ferramenta descrita e exemplificada não é rígida, servindo como referência para facilitar a organização das tarefas de inteligência para a saúde. O aprimoramento necessário passa por sua aplicação e suas validações. Requer, portanto, rigor e, simultaneamente, flexibilidade e adaptação para cada contexto, fenômeno ou função (pesquisa, planejamento estratégico ou como facilitadora da análise da inteligência para a saúde) para assegurar melhor utilidade e agilidade.

Para aperfeiçoar sua operabilidade e efetividade como motivadora da ação política, a maneira de apresentar as inter-relações encontradas e analisadas entre os diversos componentes e os resultados obtidos com a análise não pode ser totalmente neutra: a redação de informes deve buscar sensibilizar e motivar os tomadores de decisão e outros atores decisivos para a implementação de políticas efetivas e das ações necessárias para enfrentar determinado problema ou um conjunto deles. Nas políticas informadas por evidências, percebe-se que a participação antefato dos gestores, em conjunto com os pesquisadores e outros analistas no processo de elaboração de informes, facilita a implementação de opções analisadas. As simulações de crise representam oportunidades para a capacitação multiprofissional tanto dos analistas quanto dos gestores.

Determinantes multissetoriais da saúde, inter-relacionados em sua natureza nacional ou global e intrínsecos aos temas de comércio e de seu impacto na saúde; aos fluxos migratórios que nos tornam próximos de outras culturas, mas frequentemente causam temor; às ameaças QBRN; e à dualidade entre os benefícios e as ameaças da biologia sintética para a saúde, entre muitos outros assuntos prementes, exigem de todos nós criatividade e vigilância constante para recuperar e consolidar a segurança humana. Os complexos desafios de saúde que abordamos no Ciclo de Debates do Nethis e a meta vital da segurança humana para todos cobram respostas

rápidas, estratégicas e efetivas, alimentados com vontade política férrea e dentro dos recursos disponíveis, de maneira sustentável.

Exigem mecanismos dinâmicos de inteligência para a saúde capazes de identificar, processar e analisar informações diariamente. Esses mecanismos demandam a combinação de atividades de estudo, vigilâncias permanentes e preparação segura e informada pelas melhores evidências disponíveis, que culminem em ações oportunas e decisivas e da antevisão, da preparação de respostas e do enfrentamento de eventos adversos possíveis. O processamento de inteligência para a saúde global precisa incluir o planejamento estratégico e a gestão do dia a dia, sendo que ambos carecem do desenvolvimento de uma capacidade de escuta da sociedade para a retroalimentação e a avaliação permanente de resultados obtidos.

Além das ferramentas disponíveis e dos profissionais de várias áreas capacitados para utilizá-las, fica a convicção da necessidade premente de alocação de recursos e da vontade política para enfrentar desafios de alta complexidade. Sobretudo, no cerne de um sistema efetivo de inteligência para a saúde e para a segurança humana, estão os valores da equidade, da solidariedade e do respeito mútuo entre os povos.

REFERÊNCIAS

ABIN. **Composição do SISBIN**. Disponível em: <http://www.abin.gov.br/atuacao/sisbin/composicao/>. Acesso em: 14 out. 2018.

ACHARYA, S.; LIN, V.; DHINGRA, N. The role of health in achieving the sustainable development goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 591, 2018.

BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 25-34, 2013.

BERNARD, R. et al. Intelligence and global health: assessing the role of open source and social media intelligence analysis in infectious disease outbreaks. **Journal of Public Health**, p. 1-6, 2018.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 555-560, 2012.

BOWSHER, G.; MILNER, C.; SULLIVAN, R. Medical intelligence, security and global health: the foundations of a new health agenda. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 109, n. 7, p. 269-273, 2016.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. 2018. Disponível em : <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/desenvolvimento-sustentavel-e-meio-ambiente/134-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>. Acesso em: 4 dez. 2018.

BREWER, G. D. The challenges of interdisciplinarity. **Policy sciences**, v. 32, n. 4, p. 327-337, 1999.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Org.). Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. In: **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017. 654p.

CHEN, L.; NARASIMHAN, V. Human security and global health. **Journal of Human Development**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 2003.

COELHO, D. A Modernização da Inteligência Estratégica na Perspectiva da Segurança Humana. **Revista Brasileira de Inteligência**, Brasília, v. 77, 2017.

DA SILVA CORRÊA DIAS, R. I. et al. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, 2015.

DANIELS, N. Toward ethical review of health system transformations. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 3, p. 447-451, 2006.

DE LEEUW, E. Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. **Annual review of public health**, v. 38, p. 329-349, 2017.

DE SAVIGNY, D.; ADAM, T. (Ed.). **Systems thinking for health systems strengthening**. WHO, 2009.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Brazil's health catastrophe in the making. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 731-732, 2018.

FIDLER, D. P. Navigating the global health terrain: Mapping global health diplomacy. **Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy**, v. 6, n. 1, p. 1-43, 2011.

FIGUEIREDO, V. C.; TURCI, S. R. B.; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem-sucedida. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, sup. 3, 2017.

GEDIK, G; PANISSET, U ; DAL POZ, M. Getting information and evidence into policy-making and practice: strategies and mechanisms. In: DAL POZ, M. R. et al. (Org). **Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health with special applications for low-and middle-income countries**. Geneva: WHO, 2009. p. 159-171.

HABY, M. M. et al. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, p. 117, 2015.

HAY, S. I. et al. Big data opportunities for global infectious disease surveillance. **PLoS medicine**, v. 10, n. 4, p. e1001413, 2013.

IPEA. **Atlas da Violência**. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlas-violencia/link/7/crimes-violentos-contr-a-pessoa>. Acesso em: 6 dez. 2018.

KHOURY, M. J.; IOANNIDIS, J. P. A. Big data meets public health. **Science**, v. 346, n. 6213, p. 1054-1055, 2014.

LAVIS, J. N. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. **Health Research Policy and Systems**, v. 7, sup. 1, I1, doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-I1, 2009.

LAVIS, J. N.; BOYKO, J. A.; GAUVIN, F.-P. Evaluating deliberative dialogues focused on healthy public policy. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1287, 2014.

LEE, K.; CHAGAS, L. C.; NOVOTNY, T. E. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. **PLoS Med**, v. 7, n. 4, e1000232, 2010.

LIMA, J. B. B. et al. **Refúgio no Brasil**: caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014). Brasília: Ipea, 2017.

MASSUDA, A. Megaeventos no Brasil: oportunidades e desafios da Copa do Mundo FIFA 2014 para o Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 5, p. 358-61, 2012.

MIJUMBI, R. M. et al. Feasibility of a rapid response mechanism to meet policy-makers' urgent needs for research evidence about health systems in a low income country: a case study. **Implementation Science**, v. 9, n. 1, p. 114, 2014.

MOAT, K. A. et al. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 1, p. 20-28, 2014.

MOHAMMED, A. J.; GHEBREYESUS, T. A. Healthy living, well-being and the sustainable development goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 590, 2018.

MORSE, S. S. Global infectious disease surveillance and health intelligence. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 1069-1077, 2007.

MURRAY, C. J. L. Shifting to sustainable development goals—implications for global health. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 15, p. 1390-1393, 2015.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano 1994**. Lisboa: Tricontinental Editora, 1994. 226 p.

OMS. **Fifty-Eighth World Health Assembly**: resolutions and decisions. Geneva: World Health Organization, maio 2005. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha58-rec1/english/a58_2005_rec1-en.pdf. Acesso em: 9 dez. 2018.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano 1994**. Lisboa: Tricontinental Editora, 1994. 226p.

_____. **Resolution adopted by the General Assembly on 10 September 2012**. New York, 2012. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/290&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r66_resolutions_table_eng.htm&Lang=E. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **Um trabalhador morre a cada 30 segundos no mundo por exposição a substâncias tóxicas**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/um-trabalhador-morre-a-cada-30-segundos-no-mundo-por-exposicao-a-substancias-toxicas-diz-onu/>. Acesso em: 12 out. 2018.

OSUBH. **Institucional**. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/osubh/institucional/>. Acesso em: 9 dez. 2018

OXMAN, A. D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. **Health research policy and systems**, v. 7, n. 1, p. S10, 2009.

PANISSET, U. **International Health Statecraft**: public health and foreign policy in Peru's cholera epidemic. Maryland, Oxford: University Press of America, 2000.

_____. Conceitos operacionais para Diplomacia em Saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Org). **Diplomacia em saúde e saúde global**: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p.87-114.

PANISSET, U. et al. Implementation research evidence uptake and use for policy-making. **Health Research Policy and Systems**, v. 10, 2012.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, p. 1234-1245, 2010.

PITCHON, A. et al. **Índice de vulnerabilidade da saúde 2012**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

PORTES, L. H. et al. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1837-1848, 2018.

RANGEL, E. C. et al. O processo decisório de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00126115, 2017.

SOUZA, D. A. de. **Diagnóstico sobre migração e refúgio em Minas Gerais**. Belo Horizonte: UNILIVRECOOP, 2017. 467p.

TEIXEIRA, L. A. da S.; PAIVA, C. H. A.; FERREIRA, V. N. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00121016, 2017.

UNICEF. **Pobreza na Infância e na Adolescência**. Brasília: UNICEF, 2018. 20p.

WHO. Centre for Health Development. **Providing health intelligence to meet local needs**: a practical guide to serving local and urban communities through public health observatories. Kobe, Japan: WHO, 2014.

YACH, D.; BETTCHER, D. The Globalization of Public Health, II. The convergence of interest and altruism. **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 5, p. 738-744, 1998.

LEONARDO ALVES RANGEL

MATHEUS STIVALI

TENDÊNCIAS DA SEGURIDADE SOCIAL
NA AMÉRICA LATINA

Técnico de Planejamento e Pesquisa do Ipea. Doutor em Políticas Públicas
PPED-UFRJ

Técnico de Planejamento e Pesquisa do Ipea. Bacharel em Ciências
Econômicas pela Unicamp e pós-graduado pela Universidade De Bristol

TENDÊNCIAS DA SEGURIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA

LEONARDO ALVES RANGEL
MATHEUS STIVALI

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de previdência são parte central dos sistemas de proteção social, cumprindo funções importantes, quais sejam: i) seguro contra contingências diversas, tais como gravidez, acidentes ou doenças; ii) suavização do consumo, quando o indivíduo não mais conseguir gerar renda de seu próprio trabalho; e iii) seguro contra a pobreza na velhice (BARR; DIAMOND, 2010).

Existem diferentes formas de organização dos sistemas de previdência. Suas principais características estão relacionadas a: i) como se financiam; ii) plano de benefícios; e iii) forma como é administrado¹.

O financiamento pode se dar mediante capitalização – em que cada participante constitui reservas para seus próprios benefícios – ou repartição – forma em que, a cada período, contribuições são recolhidas dos segurados para pagar os benefícios devidos, não se constituindo necessariamente reservas financeiras para arcar com despesas futuras.

O plano de benefícios pode assumir as seguintes formas: benefício definido (BD) ou contribuição definida (CD). Planos BD são aqueles em que o benefício pago é definido por uma regra que considera o histórico, a quantidade e o valor das contribuições. Os planos CD, por sua vez, são aqueles em que o benefício a ser pago depende do valor acumulado ao longo do período contributivo de cada indivíduo.

A administração de um sistema de previdência pode ser pública (estatal) ou privada, centralizada ou não. Ressalte-se que a forma de administração estatal é mais comumente observada na experiência internacional.

1 Para maiores detalhes sobre a organização dos sistemas de pensões, ver Bosch, Melguizo e Pagés (2013) e Rangel (2013).

Cada configuração entre as opções possíveis de financiamento, plano de benefícios e administração determina quão bem o sistema previdenciário pode alcançar cada um de seus objetivos. Considerando os países da América Latina, essas escolhas são importantes, pois, ao mesmo tempo em que a política previdenciária precisa alcançar um grande grupo populacional com o objetivo de proteção contra a pobreza na velhice, também é necessário desenvolver um bom mecanismo de suavização do consumo ao longo do ciclo de vida para um contingente significativo de pessoas.

Os países da América Latina contam com sistemas previdenciários com os objetivos de suavização de renda e redução da pobreza na velhice, independentemente do tamanho de suas populações e economias. Essas características, contudo, juntamente com o desenvolvimento histórico e o funcionamento atual, resultam em notada heterogeneidade entre os países da região. A classificação proposta por Mesa-Lago (2004), que considera origem e nível de desenvolvimento dos sistemas, ajuda a entender o momento atual de cada país em termos de cobertura da população trabalhadora e dos idosos. São três as categorias propostas para os sistemas: pioneiros, intermediários e tardios. Elemento comum na classificação proposta é a característica contributiva do sistema: só é coberto e tem direito aos benefícios oferecidos aquele que contribui ou o que teve longo histórico contributivo.

O grupo dos países pioneiros é formado por aqueles que instituíram seus sistemas nas primeiras décadas do século 20: Argentina, Brasil, Chile, Cuba e Uruguai. No início, os sistemas de previdência protegiam grupos mais organizados ou fortes economicamente: empregados das estradas de ferro, dos correios, militares, diplomatas, funcionários públicos responsáveis pela arrecadação de tributos, entre outros. A incorporação de outros grupos, e a conseqüente expansão do sistema, ocorreu de maneira gradual e fragmentada (MESA-LAGO; BERTRANOU, 1998).

Os demais grupos – intermediários e tardios – foram instituídos em meados do século 20 e nas décadas de 1960 e 1970, respectivamente. Foram sistemas, já em sua origem, menos fragmentados que os pioneiros, porém com cobertura inferior. Esta tem como causa algumas propriedades estruturais dos mercados de trabalhos dos países, tais como alta incidência de trabalho não assalariado e alta informalidade – características que não coadunam com sistemas previdenciários contributivos.

Aproximadamente meio século após a implantação dos sistemas previdenciários mais longevos – nos anos 1980 e 1990 –, muitos países observavam baixa cobertura. Rofman e Oliveri (2011) mostram que a cobertura entre os idosos era pouco superior a 30% em muitos países; em alguns, mal chegava a 10%. No entanto, a baixa cobertura não foi a principal preocupação dos governos da região quando da elaboração e da implementação de reformas nas duas últimas décadas do século anterior², mas sim a frágil situação fiscal por que passavam muitos países (BOSCH; MELGUIZO; PAGÉS, 2013).

Por um lado, tem-se que o desenho dos sistemas de previdência foi feito com critérios muito otimistas (ou mesmo benevolentes) quanto à taxa de dependência previdenciária, o que tornava irreais as projeções de longo prazo para despesa. Por outro lado, o rápido envelhecimento populacional – que fazia crescer o número de beneficiários e, conseqüentemente, a despesa previdenciária –, juntamente com as crises econômicas que atingiram países da região ao longo do período, resultaram na incapacidade de os Estados financiarem os deficits (conjunturais e estruturais) de seus sistemas de previdência. Essa situação motivou uma série de reformas – a primeira no Chile, em 1981 –, adotadas por diversos países, a partir de 1993³⁴ (ROFMAN; APELLA; VEZZA, 2013).

Além da promessa de melhorar a sustentabilidade dos sistemas de previdência, as reformas também foram acompanhadas de expectativas positivas no que se refere aos seus potenciais impactos no mercado de trabalho, na melhora da produtividade do trabalho, na elevação da poupança interna e no desenvolvimento dos mercados de capitais e financeiros (MESA-LAGO, 2001).

Especificamente quanto aos impactos no mercado de trabalho, esperava-se que, ao se ter uma relação mais clara entre contribuições e benefícios, haveria mais incentivos para a formalização das relações trabalhistas, o que resultaria em maior cobertura dos trabalhadores e aumento da produtividade do trabalho, a médio e longo prazos. Essa maior conexão entre contribuições

2 Alguns países passaram por reformas nos anos 2000.

3 O Chile serviu de inspiração para reformas estruturais – que introduziram a lógica da capitalização individual, de forma substitutiva ou paralela – no Peru (1993), na Argentina (1994), na Colômbia (1994), no Uruguai (1996), na Bolívia (1997), no México (1997), em El Salvador (1998), no Equador (2001) – apesar de aprovada, nunca foi implementada –, na Costa Rica (2001), na República Dominicana (2003) e no Panamá (2005).

4 O Brasil, em 1998, passou por uma reforma em seu sistema previdenciário, mas, ao contrário da maioria dos demais países da região, tratou-se de uma reforma paramétrica.

e benefícios pode ser percebida claramente nas reformas que introduziram regimes de capitalização com contas individuais, mas também em algumas alterações nos sistemas que mantiveram financiamento via repartição⁵.

A comparação de alguns indicadores antes e depois da reforma, ainda que não seja evidência de seu impacto, sugere que grande parte das promessas feitas nos diferentes países era exageradamente otimista: não houve transformação sensível nos mercados de capitais e financeiros, na ampliação da poupança interna e, principalmente, no crescimento da formalização nos mercados de trabalho (BOSCH; MELGUIZO; PAGÉS, 2013; MESA-LAGO, 2001). Persistia, assim, a baixa cobertura de outrora.

A primeira onda de reformas nos sistemas de previdência dos países da América Latina resultou em melhora na sustentabilidade de longo prazo (GILL; PACKARD; YERMO, 2005). Porém tal melhora se deu pelo reforço do caráter contributivo dos respectivos sistemas de aposentadoria, o que, em um contexto de mercados de trabalho com alta informalidade e rotatividade, tem potencial limitado no que tange à ampliação da cobertura.

O cenário de melhora na sustentabilidade dos sistemas em paralelo à limitação na expansão da cobertura permitiu uma mudança no foco dos estudos sobre proteção social para além da questão fiscal. Aos poucos, o tema da necessidade de ampliação da cobertura ganhou relevância entre estudiosos e organizações multilaterais⁶. Dadas as já mencionadas limitações do regime contributivo, a criação e expansão de benefícios não contributivos (ou assistenciais) foi tema do debate acerca da expansão da cobertura. Dessa forma, o debate apontou na direção de que era preciso reformar para ampliar a cobertura, ainda que pela via alternativa dos benefícios não contributivos.

Nas duas últimas décadas, a tendência que fora observada nos anos 1980 e 1990 se inverteu: ao menos 18 países da região passaram por reformas inclusivas, com o objetivo de expandir a cobertura dos trabalhadores e dos idosos (ROFMAN; APELLA; VEZZA, 2013).

O grande número de países da América Latina, em um relativo curto espaço de tempo, que passou por reformas inclusivas traz à tona a

5 O Brasil, por meio da Lei nº 9.876, de 1999, introduziu o chamado fator previdenciário no cálculo do valor dos benefícios. De acordo com a fórmula do fator, quanto maior o tempo de contribuição do indivíduo ao se aposentar, maior tende a ser o valor de seu benefício.

6 Ver OIT (2001, 2011) e Holzmann e Hinz (2005).

necessidade de maior reflexão sobre as motivações e os resultados dessas reformas. Adicionalmente, embora na maioria dos casos o objetivo final das reformas era o mesmo – a ampliação da cobertura –, havia diferenças importantes nas condições iniciais entre esses países.

Difícilmente os países realizam reformas em seus sistemas de proteção social por apenas um motivo. Alguns estudos sobre o tema sugerem que as mudanças tiveram como mola mestra alguns fatores como: i) o esgotamento da capacidade de expansão da cobertura dos sistemas de previdência, cujas regras remontam à segunda metade do século passado; ii) a melhoria da situação fiscal da maioria dos países da América Latina, devido, em parte, ao boom de commodities observado na década passada; e iii) pressão social, com o objetivo de políticas de proteção para a população como um todo e com foco nos vulneráveis. Como já mencionado, o esgotamento da capacidade de expansão da cobertura é estreitamente relacionado à informalidade nesses países; já os outros dois fatores precisam de maiores considerações.

Os mercados de commodities passaram na primeira década dos anos 2000 pelo que se convencionou chamar de superciclo de commodities. Nesse ciclo, o crescimento das economias emergentes, lideradas pela China, aumentou a demanda global por produtos primários, com a consequente elevação dos preços desses produtos. Para a maioria dos países da América Latina, exportadores líquidos de produtos primários, tal movimento nos preços de commodities significou ganhos econômicos inesperados e serviu para aquecer suas economias (TORRE; FILIPPINI; IZE, 2016), o que ampliou o espaço fiscal em seus orçamentos. Em paralelo a isso, muitos países observaram crescimento da pressão social por novos direitos de cidadania, o que levou a uma onda de mudanças nos governos dos principais países da região. Tais mudanças levaram para o cargo máximo dos países representantes de partidos de centro e esquerda, com a agenda de ampliação de direitos. Assim, a melhora nas economias, e a pressão social por novos direitos, combinada à ascensão ao poder de representantes de partidos com agenda mais inclusiva, resultou nas reformas que tiveram foco na ampliação da cobertura dos sistemas previdenciários.

Assim, a última onda de reformas dos sistemas previdenciários de países da América Latina, entre 2008 e 2017, teve como tendência o avanço dos sistemas administrados pelo Estado juntamente com o desenvolvimento de esquemas solidários. Também foi tendência na região o avanço dos

sistemas não contributivos, de forma a se alcançar o máximo de cobertura possível, principalmente da população idosa.

É possível afirmar que os mais antigos sistemas previdenciários dos países da América Latina já nasceram com os mandatos de exercer as funções de seguro contra contingências e suavização do consumo. Apenas mais recentemente, passaram a exercer com mais assertividade a função de seguro contra a pobreza na velhice – ainda que se reconheça a necessidade de melhorar a adequação dos benefícios para esse fim –, principalmente via expansão da concessão de benefícios não contributivos.

O presente estudo tem como objetivo apresentar a situação da cobertura e discutir as tendências dos sistemas de previdência dos países da América Latina. Para tanto, está dividido em quatro seções, além desta introdução. A segunda seção do trabalho apresenta os indicadores de cobertura da população ativa e dos idosos e também discute os principais problemas decorrentes da baixa cobertura. A terceira seção apresenta a fundamentação teórica das políticas para a ampliação da cobertura, tanto dos trabalhadores ativos quanto daqueles que já deixaram o mercado de trabalho. A quarta seção apresenta algumas experiências recentes para a elevação da cobertura em países selecionados. Por fim, a quinta e última seção consolida as questões apresentadas ao longo do texto e discute os problemas ainda não equacionados e possíveis rumos para fechar as brechas protetivas nos países.

2. COBERTURA DOS SISTEMAS DE PREVIDÊNCIA NA AMÉRICA LATINA

É possível entender a existência e o bom funcionamento dos sistemas de previdência como fundamentais para o exercício dos direitos de cidadania, pois são mecanismos de proteção e garantia de renda frente aos riscos de invalidez, velhice e morte, quando os indivíduos não mais conseguem gerar renda a partir de seu próprio trabalho (CEPAL, 2018).

A partir da premissa de que estar coberto pelo sistema de previdência é algo que reafirma a condição de cidadão, entende-se que o conhecimento acerca da cobertura da população – ativa e idosa (ou quem paga contribuições e quem recebe benefícios) – é de suma importância para se compreender as atuais falhas de garantia de direitos e os desafios futuros para o enfrentamento da situação.

A Tabela 1 apresenta a cobertura dos sistemas de previdência em diversos países da América Latina. Os dados apresentados permitem observar a cobertura da população em diferentes recortes.

Tabela 1. Cobertura dos sistemas de previdência em países da América Latina – diversos anos

		Contribuintes de 15 a 64 anos		Contribuintes de 15 a 64 anos como percentual de	
		Assalariados	Não assalariados	Ocupados	PEA
Argentina	2000	61,6		44,6	38,0
	2006	57,9		44,5	40,3
	2015	67,9		52,9	49,2
Bolívia	2000	37,2	1,7	12,8	12,2
	2006	32,6	2,2	13,5	12,9
	2015	40,7	4,9	18,9	18,3
Brasil	2001	64,5	23,7	48,5	43,9
	2006	67,8	25,4	51,4	47,1
	2015	78,3	37,2	63,9	57,8
Chile	2000	76,1	24,0	62,4	55,8
	2006	78,6	25,0	66,4	62,2
	2015	83,2	23,3	70,7	65,8
Colômbia	2000	41,1			21,7
	2006	52,9	6,9	28,9	24,8
	2015	66,4	11,7	37,7	34,2
Costa Rica	2000		42,9	64,3	61,5
	2006	74,5	39,1	64,0	60,9
	2015	78,3	47,8	70,3	65,7
Equador	2000	46,0	12,0	25,3	24,0
	2006	37,8	11,2	26,2	25,4
	2015	63,7	22,6	46,6	44,8
El Salvador	2000	48,9	3,0	30,9	29,3
	2006	47,3	3,6	31,0	29,8
	2015	45,7	3,4	29,4	28,2

		Contribuintes de 15 a 64 anos		Contribuintes de 15 a 64 anos como percentual de	
		Assalariados	Não assalariados	Ocupados	PEA
Guatemala	2000		0,4	20,2	19,9
	2006	40,0		23,8	23,5
	2015	32,4	1,0	20,7	20,3
Honduras	2000				
	2006	38,6	1,0	19,8	19,1
	2015	38,1	0,7	19,3	18,0
México	2000	52,1		35,7	34,9
	2006	51,2	1,5	35,8	34,6
	2016	40,3	0,6	30,6	29,6
Panamá	2000		18,3	54,2	47,8
	2006	70,0	7,1	47,8	43,9
	2015	75,3	9,0	54,4	51,5
Paraguay	2001	27,3	0,4	13,5	12,5
	2006	25,1	0,6	12,5	11,7
	2015	39,1	1,1	23,2	21,9
Perú	2000	30,4	0,2	14,1	13,4
	2006	29,7	0,1	13,1	12,5
	2015	41,0	0,4	21,0	20,3
Rep. Dominicana	2000				
	2006	48,8		26,7	25,3
	2015	69,2		39,5	37,1
Uruguai (urbano)	2000	51,0	17,5	41,5	35,7
	2006	78,3	38,1	66,9	59,5
	2015	89,0	45,1	77,5	71,6

Fonte: Base de dados – sistema de informação de mercados de trabalho e seguridade social do BID. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram que, entre os anos inicial e final, quase todos os países observaram crescimento da cobertura

de seus sistemas de previdência. O destaque positivo, em todos os recortes, é o Uruguai: quase 90% de cobertura entre os assalariados, maior cobertura entre os não assalariados, mais de 70% de cobertura dos ocupados e da população economicamente ativa (PEA); inversamente, as menores coberturas são observadas na Bolívia, na Guatemala e em Honduras. Apenas para ilustrar o tamanho do desafio da ampliação da cobertura nesses países: mesmo entre os assalariados a cobertura é baixa; não chega a 40% em 2015.

Alguns países observaram relativo sucesso na ampliação da cobertura entre os não assalariados, tais como Brasil, Costa Rica e Uruguai. Porém a cobertura não chega a 50% dos não assalariados nesses países. No geral, dada a forte presença de trabalhadores por conta própria (não assalariados) no mercado de trabalho dos países da região, o desafio de ampliar a cobertura dos sistemas contributivos passa, necessariamente, pelo advento de políticas que promovam a inclusão desse grupo. Alguns países implementaram políticas com tal objetivo nos últimos anos⁷, mas algumas avaliações mostram que a expansão da cobertura foi bem menor do que o esperado e/ou piorou a situação da sustentabilidade dos respectivos sistemas previdenciários⁸.

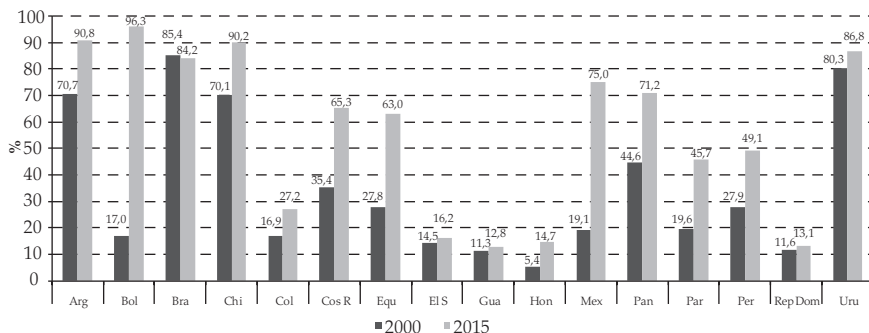
Dadas as funções do sistema previdenciário, a cobertura representa uma conexão entre o presente do trabalhador e sua situação futura, ao atingir idade avançada. Assim, o nível de cobertura da população trabalhadora hoje é uma *proxy* do que será a cobertura entre os idosos – maior cobertura da população ativa tende a se refletir, no futuro, em maior cobertura da população idosa.

O Gráfico 1, a seguir, mostra o percentual da população com 65 anos ou mais que recebe algum benefício contributivo ou não contributivo em países da América Latina. Trata-se de uma medida de proteção da população idosa.

7 Ver Rofman, Apella e Vezza (2013).

8 Ver Grushka (2016) para projeções dos benefícios previdenciários concedidos nas diversas versões das *moratorias previsionales* na Argentina; Costanzi (2018), para avaliação financeira e atuarial do programa do microempreendedor individual no Brasil; Mesa-Lago (2015), para avaliação da sustentabilidade do pilar solidário introduzido no Chile; Aguila et al. (2013), para uma análise dos efeitos e da sustentabilidade do *Programa de pensión para adultos mayores* (anteriormente chamado de *70 y más*), introduzido pelo governo federal do México.

Gráfico 1. Cobertura (benefícios contributivos e não contributivos) da população idosa (65 anos ou mais) em países da América Latina – 2000 e 2015



Fonte: Base de dados – sistema de informação de mercados de trabalho e seguridade social do BID. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

O Gráfico 1 mostra que há diferentes padrões de cobertura e de sua evolução entre os países analisados. Em 2015, a cobertura entre os idosos variava de 13,1% na República Dominicana a 96,3% na Bolívia. Para Argentina, Bolívia, Brasil, Chile e Uruguai, por um lado, a cobertura entre idosos era superior a 80%; por outro lado, para Colômbia, El Salvador, Guatemala, Honduras e República Dominicana, a cobertura entre idosos era inferior a 30% – o que representa alto grau de desproteção entre os idosos.

A elevação da cobertura entre idosos ao longo do período se deu principalmente pelo crescimento dos benefícios não contributivos (BOSCH; MELGUIZO; PAGÉS, 2013; CEPAL, 2018). Destaque para Bolívia, Costa Rica, Equador, México, Panamá, Paraguai e Peru. Ademais, países que observaram alto crescimento da cobertura nos dois períodos analisados, tais como Argentina, Costa Rica e Equador, passaram por reformas em seus sistemas contributivos que propiciaram essa melhora.

Como visto na introdução deste estudo, o desenho original dos sistemas de previdência em grande parte dos países da América Latina era destinado à proteção de apenas uma parcela da população trabalhadora, notadamente os empregados formais das empresas privadas e os funcionários públicos. Inspirados nos sistemas previdenciários que surgiram na Europa no pós-guerra, os sistemas latino-americanos jamais alcançariam cobertura universal com os elevados níveis de informalidade da região.

Dados o rápido envelhecimento populacional observado na região⁹ e a incapacidade do arranjo institucional existente de universalizar a cobertura previdenciária, o desafio dos países da região é criar políticas capazes de alcançar essa população sem cobertura. Alternativas à previdência estatal observadas em outros sistemas de proteção social envolvem maior dependência dos idosos de sua família, uma opção alinhada com o chamado familismo¹⁰ da política social, ou então a acumulação de ativos ao longo do período laboral como forma de poupança, uma opção mais alinhada com um modelo liberal de bem-estar social.

A organização da proteção social em torno da unidade familiar pode elevar o risco de incursão na pobreza – no caso da inatividade na velhice, um mesmo grupo passaria a depender de uma renda menor, mas o ponto mais grave com esse tipo de arranjo é o problema de gênero que ele cria, ao impor mais responsabilidades em tarefas domésticas às mulheres (CEPAL, 2017). Essas são atividades não remuneradas, não cobertas por qualquer sistema protetivo e, em muitos casos, não valorizadas socialmente (OIT, 2018). Assim, a consequência da falta de proteção aos idosos é uma possível perpetuação da pobreza na família, com o agravante de ter um viés de gênero.

O uso de poupança privada – ativos financeiros ou reais – poderia ser uma alternativa à ausência de renda previdenciária, contudo a trajetória laboral dessa população não permite a acumulação de ativos. A situação de informalidade durante os anos de atividade econômica é acompanhada, para a grande maioria desses trabalhadores, de rendimentos baixos e da ausência de mecanismos alternativos de poupança para a velhice. Nesses casos, a única alternativa à renda previdenciária é depender da família (OIT, 2014).

Além de impactos sociais, a baixa cobertura previdenciária pode trazer como consequência o que se pode chamar de custo fiscal oculto. Ele decorre da reação de parte dos cidadãos que demanda políticas que ofereçam benefícios não contributivos de forma a não deixar desprotegida a população, que, por diferentes razões, não conseguiu o benefício contributivo e não percebe qualquer outra renda na velhice.

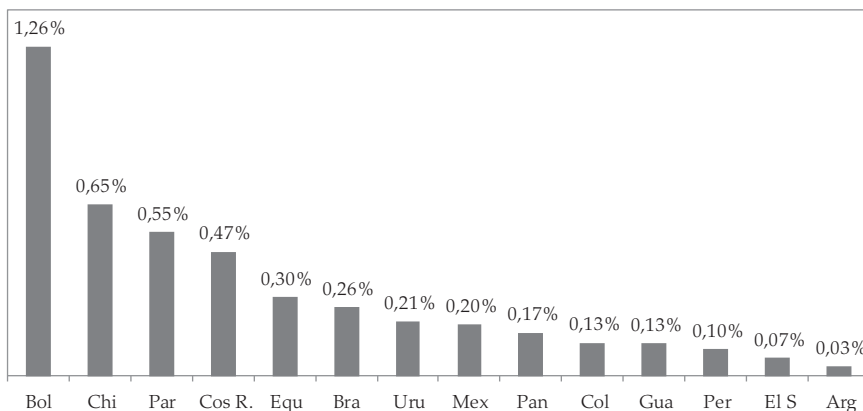
De fato, à medida que os anseios da população não coberta pelo sistema contributivo são atendidos via benefícios não contributivos, esse

9 Ver Acosta Ormaechea, Espinosa-Vega e Wachs (2017).

10 Do termo em inglês *familism*.

custo oculto passa a ser explícito. Isso tem gerado, ressalte-se, um esforço orçamentário relevante para se conseguir destinar o fundo público para a população idosa. O Gráfico 2, a seguir, mostra o gasto público com benefícios não contributivos para alguns países da América Latina.

Gráfico 2. Gasto com benefícios não contributivos em países da América Latina – percentual do PIB



Fonte: Elaboração própria com dados da HelpAge (<http://www.pension-watch.net/>).

O Gráfico 2 mostra que, para a maioria dos países, exceto a Bolívia, o gasto com benefícios não contributivos ainda é relativamente pequeno em relação ao PIB. A manutenção das lacunas de cobertura dos tradicionais regimes contributivos e o rápido envelhecimento populacional, porém, implicarão, necessariamente, o crescimento da despesa com tais benefícios no longo prazo.

Em suma, esta seção apresentou alguns dados sobre cobertura previdenciária da população ativa e dos idosos, para países da América Latina; mostrou também alguns problemas decorrentes dessa baixa cobertura. A seção seguinte discute algumas possíveis políticas que podem ser adotadas de forma a fechar as lacunas protetivas, bem como mitigar os problemas decorrentes delas.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICAS VOLTADAS À ELEVAÇÃO DA COBERTURA DOS SISTEMAS DE PENSÃO

As análises sobre o mercado de trabalho na América Latina utilizam diferentes definições de informalidade, que podem incorporar, ou não, o

vínculo com o sistema previdenciário como característica definidora¹¹. Contudo, esse é o aspecto que ao longo da vida laboral determina a cobertura previdenciária presente e futura do trabalhador.

Um conceito inicialmente restrito ao conjunto das atividades que se desenvolviam sem uma separação clara entre capital e trabalho, isto é, atividades que não envolviam assalariamento, a informalidade incorpora também trabalhadores em outras situações. São considerados informais trabalhadores autônomos e trabalhadores não remunerados (em pequenas empresas familiares ou em atividades agrícolas, por exemplo), além de pequenos produtores e outras formas de relacionamento de trabalhadores com o setor formal. Uma definição mais abrangente considera como parte do setor informal situações como: pequenas empresas em que o proprietário executa diretamente os serviços ou a produção; assalariamento sem contrato; assalariamento ocasional, temporário ou sazonal; e o emprego doméstico (CACCIAMALI, 2000). Além das situações mencionadas, há casos de assalariamento disfarçado, em que trabalhadores atuam como assalariados, mas são contratados como autônomos ou pessoas jurídicas.

Esses casos representam diferentes posições em um espectro de formas de inserção no mercado de trabalho. Elas vão de situações de pouca vulnerabilidade, como trabalhadores que optam por trabalharem como pessoas jurídicas com o objetivo de elisão fiscal, até situações de muita vulnerabilidade, como a de um assalariado sazonal sem contrato que não tem outra opção de trabalho. Essa grande heterogeneidade de situações sugere que não há política pública única que possa fomentar o vínculo de todos esses grupos com o sistema previdenciário simultaneamente. Assim, é necessário considerar a importância relativa de cada grupo sem cobertura previdenciária no país em análise para a priorização das políticas de aumento da cobertura.

Os trabalhadores relativamente jovens podem ser incluídos na previdência com políticas específicas voltadas à formalização, como alíquotas diferenciadas, tratamentos preferenciais ou mesmo uma mudança profunda no sistema para que as regras gerais incorporem uma parte maior da população. Essa é uma forma de expansão da cobertura preferível, pois

11 Pode-se, por exemplo, considerar os trabalhadores autônomos (conta própria) como informais independentemente de eles contribuírem ou não para o sistema previdenciário.

se atua sobre o problema antes da perda da capacidade de trabalho por idade avançada, o principal risco segurado pelo sistema de proteção social¹².

Para os trabalhadores que atingiram as idades finais de atividade econômica sem cumprir os critérios de elegibilidade, outros tipos de política são necessários. Atuando ao fim do período laboral, essas políticas visam criar uma alternativa intermediária entre o benefício previdenciário e o benefício assistencial. Elas assumem diversas conformações entre os países da América Latina, variando desde formas heterodoxas de cumprimento dos critérios de elegibilidade pós-aposentadoria até benefícios totalmente não contributivos, que são, em muitos aspectos, similares aos benefícios assistenciais.

Em ambos os casos, as políticas voltadas para o aumento da cobertura alteram os incentivos criados pelo sistema de seguro social, podendo, inclusive, ter efeitos líquidos contrários ao esperado. Assim, para que essas políticas sejam efetivas, é necessário que se considere em seu planejamento toda a estrutura de benefícios previdenciários e assistenciais existentes e como as decisões intertemporais de trabalhadores e firmas serão afetadas. Para que tais políticas sejam sustentáveis, também é necessário avaliar seu impacto atuarial sobre o sistema previdenciário.

No restante desta seção, os principais tipos de políticas para a expansão da cobertura, durante e ao fim do período laboral, são analisadas de forma a entender a lógica em que estão baseadas, assim como os riscos introduzidos por elas no sistema.

4. EXPANSÃO DA COBERTURA DURANTE O PERÍODO LABORAL

As políticas para a formalização se baseiam em interpretações do funcionamento do mercado de trabalho e da natureza da informalidade. Dada a impossibilidade de afetar todos os tipos de trabalhadores informais ao mesmo tempo, elas são frequentemente direcionadas para um ou alguns dos componentes do setor informal mencionados anteriormente.

Um fator que perpassa todas essas políticas é avaliar como e em que medida os custos associados ao vínculo previdenciário são percebidos pelo empregador – um adicional sobre salário pago – e pelo trabalhador – um

12 Ao aumentar a cobertura previdenciária durante o período economicamente ativo do trabalhador, essas políticas também estendem outras proteções, contra acidentes e adoecimento, por exemplo.

desconto no salário. A incidência estatutária da contribuição previdenciária em grande medida não é relevante, dado que a incidência econômica é determinada pelas diferentes elasticidades de demanda e oferta de trabalho. Em outras palavras, a configuração de cada mercado de trabalho específico determinará quem absorverá os custos para além da determinação legal, podendo existir situações em que o custo da contribuição é absorvido totalmente pelo empregador, na forma de maior custo do trabalho; em outras, ela seria absorvida totalmente pelo trabalhador, na forma de um menor salário.

O segundo fator a ser considerado é quanto o vínculo previdenciário é valorizado por trabalhadores e empregadores. Na medida em que os trabalhadores percebem a cobertura previdenciária como um seguro contra riscos sociais, a cobertura poderá ser valorizada tanto quanto os custos¹³ – ou mesmo mais que os custos incorridos pelos trabalhadores. Do ponto de vista dos empregadores, a valoração do vínculo previdenciário depende de duas avaliações principais: se a cobertura previdenciária afeta ou não a produtividade dos trabalhadores (por dar mais segurança à força de trabalho, por exemplo) e se a empresa vai ser alcançada ou não por ações de fiscalização (caso em que a ausência do vínculo implicaria multas e outras penalidades).

Considerando o financiamento de benefícios sociais com tributos sobre a folha de pagamentos, Summers (1989) propôs que ambos os aspectos deveriam ser analisados conjuntamente, no que se convencionou chamar de vinculação contribuição-benefício. Esse autor sustenta que, dada a valoração dos benefícios sociais, como a previdência, por parte dos trabalhadores, eles estariam mais dispostos em incorrer na incidência econômica da tributação sobre a folha¹⁴. No contexto da informalidade, esse tipo de análise é importante porque o trabalhador não avalia a previdência em comparação à ausência de renda quando atingir idade avançada, mas em relação aos benefícios que seriam obtidos em regimes especiais (implantados para elevar a cobertura, por exemplo) e os benefícios assistenciais.

13 “[...] taxes and social security contributions do not necessarily reduce the perceived income of worker. Social Security contributions may also be considered deferred consumption, for example in the case of contributions to public pension programs” (Boeri; Ours, 2008, p. 81).

14 Por esse motivo, a tributação sobre folha para financiar tais benefícios teria um impacto sobre a eficiência menor que o financiamento via tributos gerais.

Bosch, Melguizo e Pagés (2013) sintetizam as diferentes combinações de percepção de custos e benefícios em um quadro, reproduzido abaixo.

Quadro 1. Custos e benefícios da formalidade

		Trabalhadores	
		Custo > benefício	Custo < benefício
Firmas	Custo > benefício	1) Informalidade por escolha Trabalhadores assalariados não valorizam o seguro social e trabalham para empresas que não estão sujeitas à fiscalização. Trabalhadores autônomos não valorizam os benefícios do seguro social e não estão sujeitos à participação compulsória.	2) Exclusão Trabalhadores assalariados valorizam o seguro social, mas só acessam postos de trabalho em empresas que não estão sujeitas à fiscalização. Trabalhadores autônomos valorizam o seguro social, mas não são capazes de participar do sistema devido aos custos.
	Custo < benefício	3) Elisão fiscal Trabalhadores assalariados não valorizam o seguro social e trabalham para empresas sujeitas à fiscalização, mas com incentivos para a elisão fiscal. Assalariamento disfarçado.	4) Formalidade por escolha Trabalhadores assalariados valorizam o seguro social e trabalham para empresas sujeitas à fiscalização sem incentivos para a elisão fiscal. Trabalhadores autônomos não valorizam os benefícios do seguro social, mas não são obrigados a participarem do sistema.

Fonte: Adaptado de Bosch, Melguizo e Pagés (2013).

Cada política pública voltada para o aumento da cobertura previdenciária visa atuar sobre custos e benefícios de trabalhadores e firmas no sentido de movê-los para o quadrante 4 do Quadro 1.

Dessa forma, um aumento nas ações de fiscalização pode ser uma proposta eficaz para mover trabalhadores de uma situação de informalidade por escolha (quadrante 1) para os quadrantes 3 ou 4 ao aumentar o custo para as firmas de empregarem trabalhadores informais. Considerando o problema contemporâneo dos motoristas de aplicativo de transporte, que se enquadrariam como autônomos no quadrante 1, a regulação setorial

pode exigir que, para eles acessarem o mercado (isto é, se habilitarem junto à plataforma), mantenham vínculo com o sistema previdenciário. Nesse caso, a fiscalização se daria sobre a plataforma e não sobre os autônomos.

Outras situações que se enquadrariam nos casos do quadrante 1 seriam aquelas em que a informalidade seria explicada como efeito da tributação sobre a folha de pagamentos ou consequência dos níveis elevados das alíquotas desses tributos. A tributação sobre a folha de salários causa uma distorção ao fazer com que o valor recebido pelo trabalhador e o custo do trabalho incorrido pela empresa divirjam. Essa diferença, chamada de cunha fiscal, reduziria a eficiência do mercado, resultando em desemprego e informalidade. Alternativamente, a presença de tal tipo de tributação não seria o problema principal, mas sim o nível elevado de tais alíquotas. Nessa segunda linha explicativa, a informalidade seria uma forma de manifestação da curva de Laffer (FULLERTON, 2008), isto é, perdas de arrecadação ocorreriam devido a uma reação dos contribuintes – nesse caso, dos empregados e dos empregadores – a alíquotas de contribuição muito elevadas. Políticas baseadas nesse tipo de diagnóstico propõem a redução de alíquotas de contribuição ou mesmo sua substituição por outro tipo de tributação, não vinculada à folha de pagamentos.

Quanto aos trabalhadores que se encontram em uma situação de exclusão do mercado formal, são necessárias políticas que reduzam o custo para sua inclusão no sistema previdenciário. Dessa forma, a redução do valor da contribuição previdenciária¹⁵ para esse grupo depende de um subsídio, implícito ou explícito, pelo governo para garantir a sustentabilidade do sistema. Muitos países da região adotaram regimes especiais de tributação com o objetivo de formalização, reduzindo custos financeiros e obrigações acessórias para trabalhadores autônomos e pequenas empresas (GONZÁLEZ, 2006, 2009).

Contudo, quando se consideram esses regimes especiais do ponto de vista previdenciário, nota-se que pouca atenção foi dada ao impacto atuarial, isto é, os subsídios são dados implicitamente ao se financiar o déficit do sistema. No caso geral, não há previsão explícita de aportes de outras fontes ao sistema para compensar as alíquotas reduzidas do regime

15 Os regimes especiais para pequenos contribuintes geralmente abarcam todos os tributos e não apenas a contribuição previdenciária.

especial. Adicionalmente, pouca atenção foi dada ao impacto da migração de trabalhadores que já eram formais para o regime subsidiado. Parte dos trabalhadores e das empresas que já eram formais (isto é, já estavam no quadrante 4 do Quadro 1), com a existência de regimes especiais, passa legalmente a contribuir com alíquotas reduzidas, significando uma perda de recursos imediata para o sistema previdenciário.

Os incentivos para o assalariamento disfarçado geralmente se originam de um desalinhamento significativo da tributação – contribuição para a previdência e imposto de renda – entre os contribuintes pessoas físicas e jurídicas. Assim, uma política tributária que aproximasse o tratamento de pessoas físicas e jurídicas reduziria as oportunidades de elisão fiscal. Empresas ficariam indiferentes entre contratar o trabalhador como assalariado ou como pessoa jurídica, e os trabalhadores obteriam remunerações semelhantes, já que o volume de impostos seria semelhante nas duas situações. Além da tributação, o assalariamento disfarçado poderia ser desincentivado pelo aumento da fiscalização, elevando o custo para as empresas.

5. EXPANSÃO DA COBERTURA APÓS O PERÍODO LABORAL

Como já mencionado, a previdência é um seguro contra riscos sociais, destacadamente contra a perda da capacidade de trabalho por idade avançada, cuja cobertura depende do vínculo do trabalhador com o sistema ao longo da vida laboral. É a natureza de seguro da previdência – um pagamento hoje pela garantia de renda futura – que cria a vinculação contribuição-benefício, mencionada anteriormente como fator importante para a valoração do sistema previdenciário pelos trabalhadores.

Por outro lado, a natureza de seguro da previdência imputa a ela características comuns a outros seguros; particularmente, cria incentivos para o comportamento oportunista e para o risco moral. No contexto previdenciário, o comportamento oportunista se manifestaria na busca das condições mais favoráveis entre as regras do sistema, isto é, na busca pelo melhor benefício com os critérios de elegibilidade mais brandos disponíveis. Nesse mesmo contexto, o risco moral se manifestaria na mudança do comportamento do trabalhador na presença do seguro em relação ao seu

comportamento na sua ausência. Por exemplo¹⁶, na redução da poupança para a velhice devido à participação do regime previdenciário ou mesmo à não participação (voluntária) no regime previdenciário devido à existência de outros benefícios.

Contrastando com a previdência, as políticas de assistência social têm uma lógica diferente e complementam o sistema de proteção social ao garantir renda para aqueles cidadãos que não conseguiram cumprir os critérios de elegibilidade da previdência ao atingirem idades avançadas e que, de outra forma, estariam em situação de pobreza. Isto é, a elegibilidade aos benefícios assistenciais é condicional à renda (e/ou riqueza) do potencial beneficiário. O bom funcionamento do sistema de proteção social depende de que previdência e assistência social tenham limites bem definidos e atuem de forma concertada na sociedade.

A expansão da cobertura previdenciária nos países da América Latina se deu pela criação de regimes não contributivos e por anistias fiscais das contribuições previdenciárias não pagas ao longo da vida laboral.

A introdução de regimes previdenciários não contributivos altera os limites entre as políticas, e, em muitos casos, a previdência não contributiva se aproxima de um benefício assistencial sem a necessidade de teste de meios. Garante-se a cobertura do seguro (previdência) para quem não o havia contratado, mudando drasticamente os incentivos do sistema.

Embora tais políticas se destinem aos trabalhadores que chegaram ao fim do período laboral sem atender às condições de elegibilidade, elas acabam por impactar as decisões daqueles que ainda estão no mercado de trabalho. O benefício não contributivo pode romper a vinculação contribuição-benefício de forma que o trabalhador não valorize a vinculação ao sistema e o abandone. Nesse caso, haveria um aumento da cobertura dos trabalhadores idosos à custa da redução da cobertura dos trabalhadores jovens, provocando uma perda de receita para o sistema previdenciário. Uma forma de evitar esse efeito adverso da introdução de um benefício previdenciário não contributivo e ainda elevar a cobertura seria diferenciar esses benefícios em relação aos benefícios previdenciários contributivos e também em relação aos benefícios assistenciais. Essa diferenciação poderia

16 Nenhum desses comportamentos é ilegal ou mesmo imoral; trata-se apenas de respostas dos participantes aos incentivos oferecidos pelas regras do sistema de proteção social.

se dar quanto às condições de elegibilidade (por exemplo, idades diferenciadas) e em relação ao valor dos benefícios, de forma que a existência de benefícios não contributivos (e assistenciais) não compromettesse a vinculação contribuição-benefício.

A instituição de um dispositivo que permita a anistia de contribuições previdenciárias não pagas – pagando-as posteriormente à aposentadoria, com algum nível de subsídio e com os recursos do próprio benefício – também introduz riscos significativos aos sistemas previdenciários. Garante-se a contratação do seguro (previdência) após a efetivação do risco social, mudando também os incentivos do sistema.

Inicialmente deve-se considerar que o período de carência como critério de elegibilidade, isto é, o tempo de participação no sistema previdenciário antes de se poder solicitar benefícios, cumpre um papel importante na contenção do risco moral no sistema previdenciário. Ademais, considerando que a maioria dos sistemas previdenciários é financiada na forma de repartição, cria-se uma despesa em que a contribuição correspondente não vem de trabalhadores ativos no mercado de trabalho, mas sim de um desconto no próprio benefício.

Essas características do instituto da anistia tributária enfraquecem a vinculação contribuição-benefício, afetando as decisões dos trabalhadores ativos no mercado de trabalho de forma a reduzir o valor que eles atribuem ao vínculo com o sistema previdenciário. O trabalhador que tem um histórico contributivo bom enquanto jovem, por exemplo, pode ter incentivos fortes para abandonar o sistema e ter um custo menor ao pagar as contribuições faltantes ao aderir à anistia.

A seção seguinte do trabalho apresenta e discute algumas das recentes políticas de ampliação da cobertura protetiva em países da América Latina.

6. EXPERIÊNCIAS RECENTES DE AMPLIAÇÃO DA COBERTURA NA AMÉRICA LATINA

Esta seção tem como objetivo apresentar algumas experiências recentes de ampliação da cobertura de idosos em países da América Latina. São, na terminologia apresentada na seção anterior, políticas para a expansão da cobertura após o período laboral.

Um conjunto amplo de países da América Latina adotou medidas para a expansão da cobertura protetiva de idosos por meio de programas não contributivos ou alterações nas condições de acesso de programas contributivos.

Em Rofman, Apella e Vezza (2013), os autores propõem uma taxonomia para a classificação das diversas medidas adotadas, bem como apresentam algumas políticas adotadas em alguns países de forma a reduzir as brechas de proteção. O Quadro 2, a seguir, sintetiza algumas dessas medidas.

Quadro 2. Programas de ampliação de cobertura, características e ano de implementação

País	Programa	População beneficiada	Integrado ao regime contributivo	Ano de implementação
Colômbia	Colombia Mayor	Focalizado	Não	2013
Costa Rica	Pensión no contributiva	Focalizado	Não	1975
Equador	Subprograma (BDH) Pensión para Adultos Mayores	Focalizado	Não	2006
El Salvador	Pensión Básica Universal	Focalizado	Não	2009
Paraguay	Pensión Alimentaria para Adultos Mayores	Focalizado	Não	2009
Peru	Pensión 65	Focalizado	Não	2011
México	70 y más	Focalizado com objetivo de universalização	Não	2007
Panamá	100 a los 70*	Focalizado com objetivo de universalização	Não	2009
Argentina	Moratoria Previsional	Focalizado com objetivo de universalização	Sim	2005
Brasil	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Focalizado com objetivo de universalização	Não	1993

País	Programa	População beneficiada	Integrado ao regime contributivo	Ano de implementação
Chile	Pensión Básica Solidaria	Focalizado com objetivo de universalização	Sim	2008
Uruguai	Reforma da Pensión por Vejez	Focalizado com objetivo de universalização	Sim	2009
Bolívia	Renta Dignidad	Universal	Não	2008
Trinidad e Tobago	Pensión para Ciudadanos Mayores	Universal	Sim	2001

Fonte: Rofman, Apella e Vezza (2013), Base de Dados de Programas de Proteção Social Não Contributiva na América Latina e Caribe, da Cepal, e *Social Pension Database*, da Pension Watch.

* Posteriormente, em 2014, foi substituído pelo programa 120 a los 65.

A partir das diferentes experiências apresentadas no Quadro 2, foram selecionados alguns casos para apresentações mais pormenorizadas na presente seção do trabalho: Argentina, Chile, Bolívia e Equador.

O *Moratorias Previsionales*, na Argentina, além de ter apresentado um resultado bastante positivo em termos de aumento de cobertura, é um programa integrado ao regime contributivo que tem como objetivo a universalização, ainda que seja focalizado no grupo de trabalhadores que não conseguiram contribuir com o mínimo necessário para obter suas aposentadorias.

A *Pensión Básica Solidaria*, do Chile, é uma alteração no sistema de previdência do país: a introdução de um pilar solidário totalmente integrado ao sistema existente. A *Renta Dignidad*, da Bolívia, é um benefício universal pago a todos os cidadãos ao completar 65 anos de idade. Por fim, o *Subprograma Pensión para Adultos Mayores*, do Equador, é um programa focalizado, não integrado ao regime contributivo, pago a todos os cidadãos a partir dos 65 anos de idade, desde que não recebam qualquer outro benefício da seguridade social.

Argentina

Em 1994, influenciado pela reforma chilena de 1981, o sistema de previdência da Argentina foi estruturalmente reformado: estabeleceu-se um

componente de contas individuais administrado pelas *Administradoras de Fondos de Jubilaciones e Pensiones* (AFJP) (ARENAS DE MESA; BERTRANOU, 1997).

Uma série de reformas paramétricas teve início em 2002. Entre as principais mudanças, destaque para o movimento de valorização dos benefícios pagos pelo componente público do sistema de previdência, que operava em paralelo às AFJP (BERTRANOU et al., 2012).

Em 2005, o ano começa na Argentina com uma medida de real impacto na ampliação da cobertura da população idosa: o estabelecimento de uma moratória previdenciária (ou Plano de Inclusão Previdenciária). Essa medida, uma política de ampliação de cobertura após o período laboral, permitia que os indivíduos que já tinham idade, mas não tinham suficiente tempo de contribuição para solicitar a *Prestación Básica Universal* (PBU)¹⁷, estabelecessem planos de pagamento da então chamada dívida previdenciária, equivalente ao tempo restante para atingir a carência contributiva. Era estabelecido um plano de pagamento dessa dívida; enquanto o indivíduo se encontrasse adimplente, perceberia a PBU.

Em dezembro do mesmo ano, a moratória previdenciária foi estendida aos trabalhadores autônomos, sendo que, para eles, as parcelas mensais aprovadas em seu plano de pagamento da dívida previdenciária eram descontadas do valor do benefício recebido.

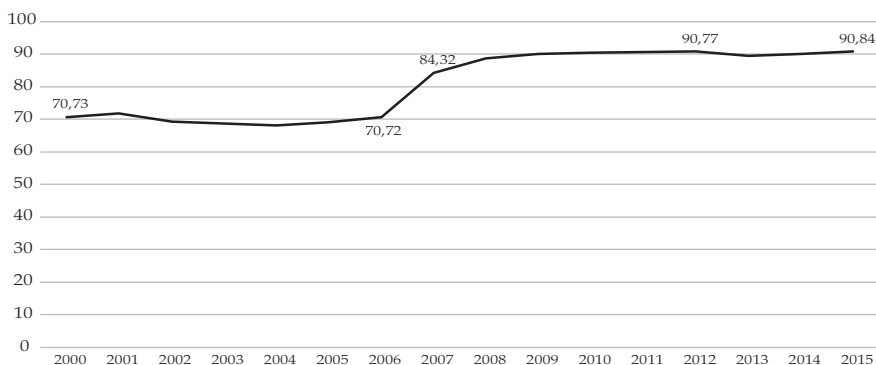
A moratória previdenciária de 2005 representou a concessão de benefícios para mais de dois milhões de pessoas, o que resultou em mais de 90% de cobertura em 2010: cifra que supera os mais altos índices históricos de cobertura de idosos na Argentina e em países da América Latina (BERTRANOU et al., 2011).

Em 2008, a Argentina passou por outra reforma estrutural, dessa vez eliminando o regime de capitalização com contas individuais. Tal sistema foi completamente substituído por um regime de repartição administrado pelo Estado chamado *Sistema Integrado Previsional Argentino* (SIPA). Essa reforma teve como objetivos ampliar a cobertura do sistema previdenciário – tanto para trabalhadores quanto idosos beneficiários – e recuperar os valores das prestações pagas (BERTRANOU et al., 2012).

17 Os requisitos para receber a PBU são tempo de contribuição e idade: 65 anos para homens e 60 anos para mulheres, além de 30 anos de contribuição para ambos.

Mais recentemente, o governo argentino aprovou outra moratória previdenciária, em setembro de 2014. São objeto dessa moratória os trabalhadores autônomos e, como grande novidade, os trabalhadores que aderiram ao regime do *monotributo*¹⁸. O Gráfico 3, a seguir, apresenta o percentual da população com 65 anos ou mais que recebe algum benefício contributivo ou não contributivo.

Gráfico 3. População de 65 ou mais anos de idade que recebe benefício contributivo ou não contributivo – %



Fonte: Base de dados – sistema de informação de mercados de trabalho e seguridade social do BID. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

Como pode-se observar no Gráfico 3, há forte elevação da cobertura dos idosos no ano de 2007, refletindo o efeito da *moratoria previsional*. A cobertura passou dos 70%, em 2006, para mais de 90% poucos anos depois.

Como se mostrou, desde os anos 2000 as reformas no sistema previdenciário da Argentina resultaram em grande crescimento da cobertura da população idosa, sendo que a moratória previdenciária – implementada em três momentos – foi a maior responsável pela elevação da população idosa beneficiária. A elevação da cobertura teve como consequência o crescimento do gasto com o sistema previdenciário (aposentadorias, pensões e benefícios não contributivos), que passou de 3,8% para 8,3% do PIB de 2005 a 2017.

18 O *monotributo* é o regime simplificado e subsidiado com o objetivo de formalização, inclusão previdenciária e de cobertura do seguro de saúde voltado a trabalhadores autônomos de baixa renda na Argentina. Para mais informações, acessar: <https://monotributo.afip.gob.ar/public/ayuda/index.aspx>.

Para além da consequência fiscal, a expansão da cobertura dos idosos representou também baixa incidência de pobreza na velhice e impactos positivos na distribuição de renda (LUSTIG; PESSINO; SCOTT, 2013).

Chile

O Chile passou por uma reforma paradigmática em seu sistema de previdência social, em 1981. Naquele ano, o sistema público, que operava no modelo de repartição com benefício definido, fora privatizado. Isso significou a substituição do modelo então vigente para um modelo de capitalização com contas individuais e contribuição definida.

O modelo chileno de reforma do sistema de pensões, ainda que tenha sido usado como inspiração por diferentes países, sempre fora alvo de críticas por diferentes motivos: baixa cobertura da população trabalhadora, baixa cobertura entre idosos, benefícios de valores não adequados, altos custos de administração dos fundos de privados e outros (MESA-LAGO, 2001).

O ano de 2008 foi marcado no Chile por outra reforma estrutural em seu sistema de previdência. Foi estabelecido um pilar não contributivo, integrado ao privado contributivo – que segue sendo o carro chefe do modelo chileno de pensões –, de financiamento público e administrado pelo Estado.

A reforma levada a cabo em 2008, a partir da criação do pilar solidário, visava a combater a pobreza na velhice (pessoas a partir dos 65 anos); também buscava aumentar a cobertura previdenciária de grupos vulneráveis (jovens, mulheres e trabalhadores autônomos) e o aperfeiçoamento do pilar de capitalização por meio da regulação dos investimentos, da diminuição de custos e do aumento da concorrência entre as administradoras de fundos de pensão (ARENAS DE MESA, 2010; CORTÊS; FLORES, 2014).

O pilar não contributivo chileno tem dois componentes principais, a *Pensión Básica Solidaria* (PBS)¹⁹ e o *Aporte Previsional Solidario* (APS). Aquele é destinado a pessoas que não recebem benefício dos fundos de pensão, enquanto este é voltado para pessoas que recebem pensão contributiva abaixo de determinado patamar, a *Pensión Máxima con Aporte Solidario* (PMAS); o valor da APS é tanto menor quanto maior for a pensão contributiva, de

19 Benefício que substitui o antigo *Programa de Pensiones Asistenciales*, é destinado ao grupo populacional formado pelos 60% mais pobres.

forma que a soma de APS e pensão contributiva seja sempre menor ou igual à PMAS.

A Tabela 2, a seguir, apresenta o quantitativo de recebedores de PBSs e APSs para diferentes anos.

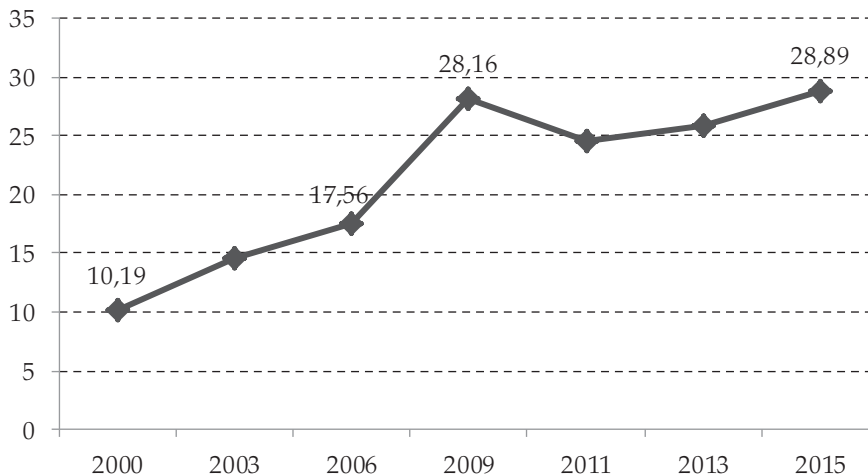
Tabela 2. Quantidade de beneficiários do pilar não contributivo no Chile

	2008	2010	junho de 2017
<i>Pensión Básica Solidaria (PBS)</i>	596.645	623.508	581.771
<i>Aporte Previsional Solidario (APS)</i>	13.836	387.587	815.620
Total	610.481	1.011.095	1.397.391

Fonte: Cepal (2018).

A Tabela 2 mostra forte crescimento da cobertura do pilar não contributivo do sistema de previdência chileno. Como resultado do aumento do número de beneficiários do pilar solidário, tem-se que a cobertura entre a população idosa (65 anos ou mais) cresceu consideravelmente ao se cotejar os períodos anterior e posterior à reforma. Isso pode ser visto no Gráfico 4, a seguir.

Gráfico 4. Percentual de idosos (65 anos ou mais) que recebem benefícios não contributivos no Chile – 2000 a 2015



Fonte: Base de dados – sistema de informação de mercados de trabalho e seguridade social do BID. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

Nota: Os dados de 2000 a 2006 correspondem aos benefícios do Programa de Pensiones Asistenciales, antigo programa de benefícios não contributivos.

O aumento do número de beneficiários do pilar não contributivo trouxe como consequência a elevação da cobertura entre as mulheres, melhora na taxa de reposição dos benefícios e redução da incidência de pobreza na velhice (CEPAL, 2018; MESA-LAGO, 2015).

Bolívia

Em 1997, a Bolívia passou por uma reforma previdenciária paradigmática: seu antigo sistema público, que operava sob repartição com benefício definido, foi substituído por um sistema privado, que opera via capitalização com contas individuais e contribuição definida.

O antigo sistema era frequentemente alvo de diversas críticas: i) alta fragmentação; ii) baixa cobertura da PEA e da população idosa; iii) idades de aposentadoria muito baixas (50 e 55 anos para mulheres e homens) e outras. Essas críticas foram usadas como justificativas para a reforma de 1997 (MESA-LAGO; BUSTILLOS, 2013).

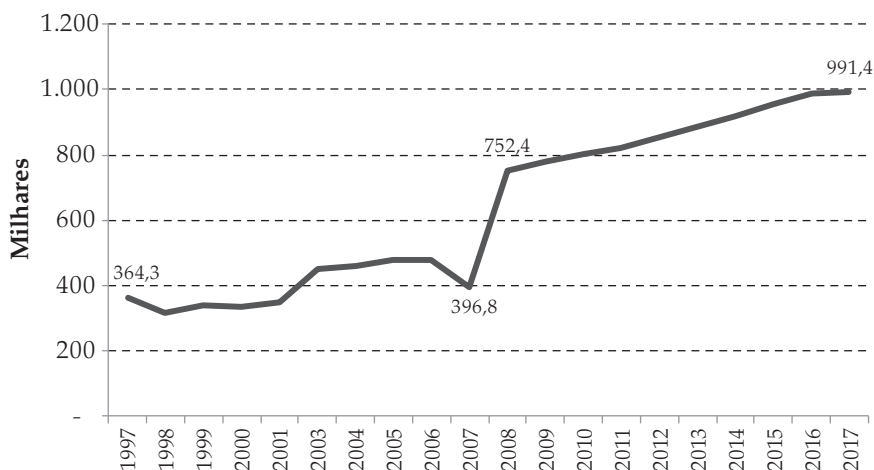
No bojo da reforma de 1997, como uma resposta ao problema da baixa cobertura entre os idosos, foi criado o benefício não contributivo chamado *Bono Sol*. Esse era um benefício pago a todos os bolivianos a partir dos 65 anos de idade. Contudo, só foi pago até o fim de 1997; sua suspensão, que ocorrera por problemas de financiamento, perdurou até 2002, quando se adotou o nome de *Bolivida*.

Em uma tentativa de ser mais sustentável no longo prazo, o *Bolivida* pagava benefícios menores que o *Bonosol* e tampouco era universal. Vale destacar que seu financiamento tinha como origem os recursos gerados pela privatização de algumas empresas estatais.

Em 2008, o *Bolivida* foi substituído pelo *Renta Dignidad*: benefício mensal, vitalício e universal, pago a partir dos 60 anos de idade a todos os residentes no país – bolivianos e naturalizados. O valor do benefício é diferenciado, de acordo com o recebimento ou não de um benefício contributivo ou qualquer renda de outros programas estatais, sendo maior para os que não possuem nenhuma outra renda. Seu financiamento é oriundo de parte dos impostos sobre hidrocarbonetos (30% da arrecadação desse imposto), do Tesouro Nacional e de recursos de municípios e do fundo indígena, além dos dividendos das empresas públicas capitalizadas (FIAP, 2011).

O Gráfico 5, a seguir, apresenta a evolução do número de pessoas que recebem benefícios não contributivos na Bolívia, para diversos anos.

Gráfico 5. Pessoas que recebem benefícios não contributivos na Bolívia – diversos anos



Fonte: Base de dados da Cepal.

Nota: Não há informação para o ano 2002.

Como pode ser visto no Gráfico 5, entre 2007 e 2008 há grande crescimento no número de pessoas que recebem o benefício não contributivo na Bolívia. Nesse período houve a mudança do *Bolivida* para o *Renta Dignidad*, este com critério de idade para concessão mais benevolente que aquele (60 anos contra 65 anos).

No ano 2017, pouco menos de um milhão de pessoas receberam o *Renta Dignidad*, o que representou mais de 90% de cobertura para a população com 60 anos de idade ou mais na Bolívia (CEPAL, 2018).

Com um custo fiscal de aproximadamente 1% do PIB, o programa *Renta Dignidad* foi responsável pela redução da pobreza entre 6 e 7,1 pontos percentuais (UGARTE; BOLIVAR, 2015). Também foram encontrados resultados positivos no tocante à diminuição do trabalho infantil e elevação da taxa de matrícula escolar de crianças que vivem em domicílios com beneficiários do programa (LOZA; WILDE; CÓRDOVA, 2013).

Equador

Mediante decreto executivo de setembro de 2006, o governo do Equador estabeleceu o *Subprograma* (do *Bono de Desarrollo Humano* – BDH) *Pensión para Adultos Mayores*. Esse programa, focalizado em idosos pobres, consistia em uma transferência mensal no valor de US\$ 11,50²⁰. Seu objetivo era aumentar a cobertura da população idosa que não tinha acesso às transferências da seguridade social.

A Carta Constitucional de 2008 do Equador trouxe algumas novidades no tocante ao tratamento dispensado aos idosos em relação à Constituição anterior, de 1998: enquanto esta tratava os idosos como grupo vulnerável, a nova Carta passou a tratá-los como grupo de atenção prioritária – há inclusive um capítulo constitucional que versa sobre os direitos dos idosos.

A reforma constitucional foi seguida de uma série de alterações em leis e programas como forma de adaptação aos novos preceitos constitucionais. Algumas dessas mudanças foram consolidadas no *Plan Nacional del Buen Vivir*²¹ (PNBV): instrumento para alcançar os objetivos do bem viver e a garantia de direitos, previstos na constituição de 2008 (ROFMAN; APELLA; VEZZA, 2013).

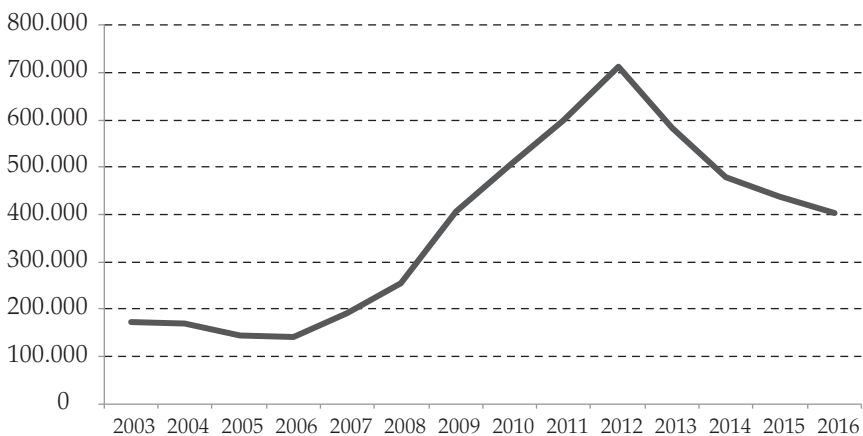
A principal alteração no tratamento do grupo dos idosos advinda com o PNBV foi a implementação de políticas para a universalização do benefício não contributivo, com mudanças no *Bono de Desarrollo Humano* (BDH) – voltado à população de 65 anos ou mais que vive em situação de pobreza e não recebe qualquer benefício da seguridade social –, a partir de melhorias no subprograma *Pensión para Adultos Mayores*. O Gráfico 6, a seguir, mostra a quantidade de idosos que recebem o BDH.

O Gráfico 6 mostra a evolução no número de beneficiários idosos do BDH de 2003 a 2016. Como é possível observar, o advento do *Subprograma Pensión para Adultos Mayores* (2006) e suas posteriores alterações a partir da Constituição de 2008 resultaram em elevação da quantidade de beneficiários.

20 Posteriormente, o valor da transferência fora aumentado para US\$ 30,00, ainda em 2006; US\$ 35, em 2009; US\$ 50,00, em 2012; e US\$ 100,00, em 2017, com vigência em 2018.

21 Para maiores detalhes sobre o PNBV, ver Rofman, Apella e Vezza (2013) e Equador (2012).

Gráfico 6. Quantidade de idosos (65 anos ou mais) que recebem o BDH no Equador



Fonte: Base de dados – sistema de informação de mercados de trabalho e seguridade social do BID. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

De acordo com dados do BID²², a cobertura do programa alcançou 41,2% da população com 65 anos ou mais, em 2012. Mesmo tendo observado queda nos anos seguintes, a cobertura ainda se encontra em níveis superiores aos de antes da Carta Constitucional de 2008.

Com gasto de aproximadamente 0,3% do PIB em 2016, o benefício não contributivo destinado aos idosos tem como principal impacto a redução da incidência de pobreza na velhice. Dethier, Pestieau e Ali (2010) estimam que a incidência de pobreza, quando não se considera a renda oriunda do benefício, sofre elevação de 14 pontos percentuais.

Na presente seção, foram apresentadas algumas experiências bem-sucedidas na expansão da cobertura protetiva de idosos. No caso da Argentina, o advento da política de *moratoria previsional* resultou em forte ampliação da cobertura dentro do sistema contributivo. No Chile, a ampliação da cobertura se deu também de forma integrada ao pilar contributivo de contas individuais, por meio da introdução de um pilar solidário (não contributivo) a partir de transferências estatais para os que nunca contribuíram ou, caso tenham contribuído, não conseguiram benefício adequado.

22 Base de dados do Sistema de Informação de Mercados de Trabalho e Seguridade Social. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

As experiências de expansão da cobertura dos idosos na Bolívia e no Equador diferenciam-se dos casos de Argentina e Chile, pois se deram por meio da criação e expansão de benefícios não contributivos não integrados ao regime contributivo tradicional.

Todos os casos apresentados tiveram como resultado a ampliação da cobertura dos idosos e melhora na adequação dos benefícios pagos. Contudo, deve-se atentar para os custos fiscais e para a sustentabilidade de longo prazo dessas políticas. Bosch, Melguizo e Pagés (2013) apresentam projeções, com base em diferentes premissas, para o gasto com benefícios não contributivos para idosos em países da América Latina. Os resultados das projeções supondo o pagamento de benefícios não contributivos equivalentes a 10% do PIB per capita em cada país – valor de benefício considerado como adequado para combater a pobreza na velhice – mostram forte elevação na despesa como percentual do PIB. Expansão da despesa como as projetadas sempre levantam questões tais como a capacidade de pagamento do Estado e a continuidade do apoio da população a tal tipo de benefício.

Outra questão de suma importância a ser considerada quando do desenho de políticas para a expansão da cobertura entre os idosos diz respeito às implicações que tais políticas têm no comportamento dos indivíduos que participam do mercado de trabalho, conforme apresentado na seção anterior. Em suma, o benefício não contributivo deve ser pensado de forma a gerar o menor desincentivo possível ao trabalhador. A ideia é que ele não desista de buscar sua formalização e a contribuição ao regime contributivo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas previdenciários mais longevos na América Latina remontam à primeira metade do século 20. Países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba e Uruguai foram pioneiros na proteção previdenciária aos seus trabalhadores.

Os sistemas mais recentes diferenciam-se dos mais antigos por serem menos fragmentados. Foram pensados, desde sua concepção, para serem mais unificados. Contudo, observam, historicamente, cobertura inferior aos mais antigos. A lógica contributiva, característica e premissa dos sistemas, independentemente de serem pioneiros ou não, em paralelo com a grande informalidade, a rotatividade do trabalho e o não assalariamento

– características dos mercados de trabalho dos países da região –, representava sério limitador para o cumprimento das funções de qualquer sistema previdenciário, quais sejam, seguro contra contingências, suavização do consumo e seguro contra pobreza na velhice.

O início da década de 2000 trouxe à tona o debate sobre a baixa cobertura dos sistemas previdenciários dos países da América Latina, bem como o esgotamento da capacidade de expansão dos sistemas instituídos na lógica contributiva. Em paralelo a isso, muitos países observaram melhorias na situação fiscal, e seus governos foram pressionados por grupos sociais aliados da proteção social oferecida pelos sistemas contributivos. Tal conjunção de fatores resultou na segunda onda de reformas, de meados da década de 2000 a 2017. Preocupada com a baixa cobertura da população idosa, ela observou o avanço de esquemas solidários, na maioria das vezes administrados pelo Estado.

Os dados sobre cobertura da população trabalhadora nos países da América Latina mostram a grande heterogeneidade existente, ainda que a maioria dos países tenha observado elevação da cobertura entre os anos analisados, sendo que o mesmo pode ser dito a respeito da cobertura da população idosa: elevação entre os anos analisados, mas persistente heterogeneidade entre países.

É nesse contexto – baixa cobertura de trabalhadores e idosos – que muitos países realizaram reformas inclusivas: alguns alteraram as regras dos tradicionais sistemas contributivos, outros instituíram políticas de incentivo à inclusão da população ativa; também houve a criação de benefícios não contributivos para idosos, de forma a não deixar tal grupo populacional desamparado. É possível citar as experiências exitosas de Argentina – com as *moratorias previsionales* – e da Bolívia – com o *Renta Dignidad* – no tocante à elevação da cobertura da população idosa. Este adotou o caminho da ampliação da cobertura via benefício não contributivo e aquele alterou regras do regime contributivo. Destaca-se que mesmo essas experiências exitosas de elevação da cobertura previdenciária introduziram modificações que podem afetar o funcionamento da parte contributiva do sistema, assim como sua sustentabilidade, no longo prazo.

A expansão da cobertura dos sistemas previdenciários é essencial para a garantia dos direitos de cidadania. Dessa forma, entendem-se como positivas as experiências para a inclusão da população ativa e idosa. Contudo, deve-se atentar para os custos fiscais e para a sustentabilidade de longo

prazo, principalmente nos casos de criação e expansão de benefícios não contributivos para idosos.

Outra questão que merece atenção diz respeito às implicações das políticas de ampliação da cobertura previdenciária no comportamento dos participantes do mercado de trabalho. O benefício não contributivo deve ser desenhado de forma a não desestimular o trabalhador em relação à busca por formalização e contribuição ao regime previdenciário contributivo. Assim, o ideal seria que as políticas de expansão da cobertura, principalmente entre idosos, fossem desenhadas de forma integrada ao regime contributivo, justamente para reduzir os possíveis desincentivos derivados da possibilidade de recebimento de benefício não contributivo.

REFERÊNCIAS

ACOSTA ORMAECHEA, S.; ESPINOSA-VEGA, M.; WACHS, D. **Demographic Changes in Latin America: The Good, the Bad and ...**. Washington, D.C.: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2017/04/13/Demographic-Changes-in-Latin-America-The-Good-the-Bad-and-44836>>. Acesso em: 9 set. 2018.

AGUILA, E. et al. **Programas de Pensiones No Contributivas y su Viabilidad Financiera**. El Caso de México. Working Papers. [s.l.] RAND Corporation, jul. 2013.

ARENAS DE MESA, A. **Historia de la reforma previsional chilena**: una experiencia exitosa de política pública en democracia. Santiago: Organización Internacional do Trabalho, 2010.

ARENAS DE MESA, A.; BERTRANOU, F. Learning from social security reforms: Two different cases, Chile and Argentina. **World Development**, v. 25, n. 3, p. 329–348, 1997.

BARR, N.; DIAMOND, P. **Pension Reform: A Short Guide**. New York: Oxford University Press, USA, 2010.

BERTRANOU, F. et al. **Encrucijadas en la seguridad social argentina**: Reforma, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones. Buenos Aires: Cepal e OIT, 2011.

_____. Más allá de la privatización y la reestatización del sistema previsional de Argentina: Cobertura, fragmentación y sostenibilidad. **Desarrollo económico: revista de ciencias sociales**, Buenos Aires, n. 205, p. 3-30, 2012. ISSN 0046-001X.

BOERI, T.; OURS, J. V. **The economics of imperfect labor markets**. Princeton, NY: Princeton University Press, 2008.

BOSCH, M.; MELGUIZO, Á.; PAGÉS, C. **Better Pensions Better Jobs: Towards Universal Coverage in Latin America and the Caribbean**. Washington, D.C.: IADB, 2013.

CACCIAMALI, M. C. As economias informal e submersa: conceitos e distribuição de renda. In: CAMARGO, J. M.; GIAMBIAGI, F. (Eds.). **Distribuição de Renda no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. p. 121–143.

CEPAL. **Repositorio de información sobre uso del tiempo de América Latina y el Caribe**. Santiago: [s.n.], 2017.

_____. **Panorama Social de América Latina 2017**. Santiago: Cepal, 2018.

CORTÊS, C. L.; FLORES, C. S. El Sistema de Pensiones de Chile en la Encrucijada: reformando la Gran Reforma de 2008. **Textos & Contextos**, v. 13, n. 1, p. 113–127, jun. 2014.

COSTANZI, R. N. **Os Desequilíbrios Financeiros do Microempreendedor Individual (MEI)**. Carta de Conjuntura. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

DETHIER, J.-J.; PESTIEAU, P.; ALI, R. **Universal minimum old age pensions: impact on poverty and fiscal cost in 18 Latin American countries**. [s.l.] The World Bank, 2010. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/397501468299147949/pdf/WPS5292.pdf>. Acesso em: 3 set. 2018.

EQUADOR. Ministerio de Inclusión Económica y Social. **Avance en el Cumplimiento de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012.

FIAP. **Programas de Pensiones no Contributivas en Países FIAP**. Santiago: Federación Internacional de Administradoras de Fondo de Pensiones (FIAP), maio 2011.

FULLERTON, D. Laffer curve. In: DURLAUF, S. N.; BLUME, L. E. (Eds.). **The New Palgrave Dictionary of Economics**. 2. ed. Basingstoke: Nature Publishing Group, 2008. p. 839–841.

GILL, I. S.; PACKARD, T. G.; YERMO, J. **Keeping the Promise of Old Age Income Security in Latin America**. Washington DC: World Bank Publications, 2005.

GONZÁLEZ, D. **Regímenes Especiales de Tributación para Pequeños Contribuyentes en América Latina**. [s.l.] Inter-American Development Bank, 15 fev. 2006. Disponível em: <<http://publications.iadb.org/handle/11319/2302>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

_____. **La política tributaria heterodoxa en los países de América Latina:** gestión pública. Santiago: Cepal, 2009.

GRUSHKA, C. **Perspectivas del Sistema Integrado Previsional Argentino y de ANSES, años 2015-2050.** [s.l.: s.n.], 2016.

HOLZMANN, R.; HINZ, R. **Old-Age Income Support in the 21st Century:** An International Perspective on Pension Systems and Reform. [s.l.] World Bank Publications, 2005.

LOZA, F. E.; WILDE, S. M.; CÓRDOVA, J. M. **El Impacto de la Renta Dignidad:** Política y Redistribución del Ingreso, Consumo y Reducción de la Pobreza en Hogares con Personas Adultas Mayores. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas del Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2013.

LUSTIG, N.; PESSINO, C.; SCOTT, J. The Impact of Taxes and Social Spending on Inequality and Poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico, Peru, and Uruguay: Introduction to the Special Issue. **Public Finance Review**, v. 42, n. 3, p. 287–303, 2013.

MESA-LAGO, C. Structural reform of social security pensions in Latin America: Models, characteristics, results and conclusions. **International Social Security Review**, v. 54, n. 4, p. 67–92, 1 jan. 2001.

_____. **Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social.** [s.l.] United Nations Publications, 2004.

_____. Reformas estructurales y Re-reformas de pensiones, y sus efectos en el bienestar social: el caso de Chile. **Política y Sociedad**, v. 52, n. 3, p. 719–739, 2015.

MESA-LAGO, C.; BERTRANOU, F. **Manual de economía de la seguridad social en América Latina.** [s.l.] Centro Latinoamericano de Economía Humana, 1998.

MESA-LAGO, C.; BUSTILLOS, L. O. La re-reforma de pensiones en Bolivia. **Revista Trabajo**, v. 10, p. 109–141, 2013.

OIT. **Social Security:** a new consensus. Ginebra: Organização Internacional do Trabalho, 2001.

_____. **Piso de Protección Social para una Globalización Equitativa e Inclusiva.** Ginebra: Organização Internacional do Trabalho, 2011.

_____. **Social protection for older persons:** key policy trends and statistics. Ginebra: Organização Internacional do Trabalho, 2014.

_____. **El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente [Resumen].** Ginebra: Organização Internacional do Trabalho, 2018. Disponible em: https://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_633654/lang--es/index.htm. Acceso em: 30 ago. 2018.

RANGEL, L. A. **A criação da previdência complementar dos servidores públicos e a instituição de um teto para os valores dos benefícios:** Implicações na Distribuição de Renda e na Taxa de Reposição das Aposentadorias. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento da UFRJ, 2013.

ROFMAN, R.; APELLA, I.; VEZZA, E. (Ed.). **Beyond Contributory Pensions:** Fourteen Experiences with Coverage Expansion in Latin America. Washington, DC: World Bank Publications, 2013.

ROFMAN, R.; OLIVERI, M. L. **La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina:** conceptos e indicadores. Buenos Aires: The World Bank, 2011. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/733871468277787391/La-cobertura-de-los-sistemas-previsionales-en-Am-233-rica-Latina-conceptos-e-indicadores>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

SUMMERS, L. H. Some Simple Economics of Mandated Benefits. **The American Economic Review**, v. 79, n. 2, p. 177–183, 1989.

TORRE, A. de la; FILIPPINI, F.; IZE, A. **LAC Semiannual Report April 2016:** The Commodity Cycle in Latin America - Mirages and Dilemmas. [s.l.] The World Bank, 2016.

UGARTE, D.; BOLIVAR, O. El Efecto de la Redistribución del Ingreso sobre la Reducción de la Pobreza en Bolivia. **Cuadernos de Investigación Boliviana**, v. 1, n. 1, out. 2015.

TATIANA LEMOS SANDIM

TENDÊNCIAS ATUAIS DOS PROGRAMAS
DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA
CONDICIONADA NA AMÉRICA LATINA

Doutora em Administração Pública e Governo - FGV-EAESP. Pesquisadora
do Centro de Estudos em Administração Pública e Governo - CEAPG

TENDÊNCIAS ATUAIS DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA CONDICIONADA NA AMÉRICA LATINA

TATIANA LEMOS SANDIM

Desde a década de 1990, assistimos a uma difusão notável, sobretudo na América Latina, de Programas de Transferência de Renda Condicionada¹ (PTRCs) (BARRIENTOS, 2013). Os PTRCs são intervenções governamentais voltadas para a redução da pobreza que têm dois objetivos expressos. O primeiro deles, de curto prazo, relaciona-se diretamente com a sobrevivência material das famílias beneficiárias por meio do acesso a bens primários, como alimentação e higiene, viabilizado por meio da transferência de renda. O objetivo de longo prazo expressa a teoria de mudança subjacente aos PTRCs e pressupõe que, com o aumento de estoque de capital humano, surgirão condições necessárias para o rompimento do ciclo geracional de reprodução da pobreza (PASE; CORBO, 2015; ESPÍNOLA; ZIMMERMANN, 2018). O capital humano, por sua vez, seria aumentado com a maior escolarização e a melhoria das condições de saúde das pessoas beneficiadas, sobretudo das crianças e dos adolescentes. Esses objetivos determinaram que os programas focalizassem sua ação nas famílias mais pobres e que tenham crianças.

Outro objetivo, menos citado e não menos relevante, refere-se ao empoderamento econômico e social das mulheres, bem como a promoção da igualdade de gênero. Como contribuição para o alcance dessa finalidade, os recursos financeiros são repassados diretamente para as mulheres (TEBALDI; ESSER; DAVIDSEN, 2017).

Quando do surgimento desse tipo de intervenção, muitos foram os questionamentos acerca de sua legitimidade, pertinência e, sobretudo, sua capacidade de entregar como resultado a redução da pobreza de forma eficiente e efetiva. Passados 20 anos desde a estreia das primeiras intervenções,

1 Em castelhano, a tradução mais comum é *Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas* (PTMC).

alguns desses questionamentos iniciais encontraram respostas adequadas e perderam sentido. Contribuíram para isso as inúmeras avaliações realizadas que reiteradamente demonstraram os efeitos na redução da pobreza imediata possibilitados pelas transferências de renda às famílias mais pobres. A esses estudos se somam outros que demonstram a alta capacidade de focalização desses programas e o aumento nas matrículas e na conclusão de anos de ensino entre crianças e adolescentes pertencentes às famílias beneficiadas.

Por outro lado, a pouca capacidade para evidenciar a sustentabilidade dos resultados na vida dessas mesmas famílias reitera os questionamentos sobre a efetividade de intervenções dessa natureza e, ainda, enseja o surgimento de novas questões associadas ao futuro desses programas. A experiência acumulada com a execução dos PTRCs assim como as transformações e crises sociais, econômicas e políticas vivenciadas pelos países latino-americanos no período recente contribuem para a formação de um cenário em que esse novo grupo de questões é urgente, sinalizando que há pouca ou nenhuma disposição para aguardar a passagem de outras duas décadas para que as respostas sejam encontradas. A urgência também é mantida pela inclusão da redução da pobreza como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que prevê a extinção da pobreza extrema em todo o planeta até 2030.

Alinhando-nos a esse debate, analisamos neste texto algumas dimensões das experiências de PTRCs atualmente em execução na América Latina em busca de identificar e analisar as transformações mais recentes, bem como as convergências e dissonâncias entre elas. Pretende-se contribuir para a compreensão do momento atual e, sobretudo, sinalizar algumas tendências futuras já visíveis no horizonte.

Para avançar pelos caminhos percorridos pelos PTRCs, começaremos com o resgate dos elementos básicos que sintetizam suas origens, seus propósitos iniciais e o contexto de sua implantação. Para tanto, a seção seguinte narra um breve panorama histórico sobre os PTRCs na América Latina. Nas seções subsequentes, anteriores às conclusões, discutiremos as principais dimensões características desses programas e as tendências identificadas na literatura recente. Neste texto abordaremos quatro dimensões que consideramos destacáveis. A primeira delas discute a própria existência desse tipo de intervenção. A partir da análise da disseminação e das alterações recentes, discutiremos as tendências de manutenção dessas iniciativas,

apontando que ainda não é possível afirmar alterações substanciais em termos de volume de investimento e da cobertura, ainda que já se vislumbrem algumas mudanças nesse campo. Na sequência o foco se move para as avaliações realizadas nesses programas. Nessa dimensão, as tendências apontam para a crescente busca por impactos ou resultados sustentáveis na vida das pessoas beneficiárias. As dificuldades encontradas nesse campo são de várias ordens e, de acordo com a nossa percepção, contribuem para que outra dimensão ganhe relevância nesse contexto. A última seção, assim, discute a crescente necessidade de articulação dos PTRCs com outras estratégias, com vistas à construção de soluções coletivas para a pobreza.

Como estratégia metodológica, recorreremos ao levantamento bibliográfico das publicações mais recentes sobre o tema, com ênfase para as publicações da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e artigos acadêmicos.

1. UM BREVE PANORAMA HISTÓRICO DOS PTRCS LATINO-AMERICANOS

Os PTRCs surgiram no contexto de uma reforma da agenda social, e, com ela, dos programas de redução da pobreza na América Latina e no Caribe (ALC)², fortemente orientados pelos princípios de racionalização dos investimentos e focalização nos mais pobres. A teoria da mudança subjacente pressupõe que o alívio da pobreza corrente, o aumento do consumo domiciliar e a criação de condicionalidades são capazes de romper a transmissão geracional da pobreza (IBARRARÁN et al., 2017).

O fenômeno da pobreza é uma preocupação social há muitos séculos, tendo sido alvo de inúmeros estudos publicados desde pelo menos o século XVI (VIVES³, 1992). A pobreza foi gradativamente integrada às responsabilidades públicas por volta desse mesmo período e, desde então, recebeu tratamentos muito variados. Quando observamos o processo de implantação

2 Atualmente existem programas similares de transferência de renda na África, no Oriente Médio e na Ásia.

3 Este autor é considerado um dos mais importantes humanistas espanhóis. Em 1538 escreveu um Tratado de Socorro para os Pobres, no qual propôs ações para a população e também para os governos com a finalidade de extinguir a pobreza. Essa obra é considerada um marco no rompimento da visão da pobreza associada a um desígnio divino, ao propor sua inclusão entre os temas sociais.

dos PTRCs e percebemos sua ocorrência simultânea em muitos países de um mesmo continente, uma das primeiras perguntas que surgem indaga sobre os porquês desse movimento.

Entre os elementos indicativos dessa motivação na literatura encontra-se a redemocratização dos países latino-americanos, ocorrida, principalmente, ao longo das décadas de 1990 e 2000. Nesse momento, os governos acolheram a demanda pela inserção na agenda governamental de um sistema de proteção social capaz de proteção de grupos de pessoas que estavam completamente à margem do progresso. Nesse escopo emergiu, entre outras, a temática da urgência na redução da pobreza de forma rápida, sustentada e consistente baseada no reconhecimento de sua natureza política e, logo, como um problema a ser desnaturalizado e equacionado. Isso se deu com a ascensão de elites reformistas e desenvolvimentistas, em um primeiro momento, orientadas pelo ideário neoliberal (PASE; CORBO, 2015; ESPÍNOLA; ZIMMERMANN, 2018).

As agências multilaterais também incluíram essa questão como prioridade e passaram a incorporar em seus acordos com os países latinos a necessidade de implantação de estratégias capazes de melhorar a condição de vida das famílias e de indivíduos em situação de pobreza; com isso, passaram a incitar a formulação de políticas públicas nesse campo. Os PTRCs passaram a integrar uma agenda orquestrada de reformas que tinham como um de seus propósitos desonerar os governos de parte dos compromissos assumidos com a população e, ao mesmo tempo, responder à crise econômica que acentuava a pobreza entre a população (BARRIENTOS, 2013). Dessa agenda fizeram parte uma série de atributos, como o estímulo às privatizações e descentralizações e a focalização das ações como contraposição à universalização, visando o direcionamento dos benefícios para grupos específicos (SOUSA, 2015).

Assim, em seu desenho, os PTRCs contemplavam premissas neoliberais e carregavam a noção de que a pobreza era, sobretudo, um problema de governança que se impunha como obstáculo aos próprios modos de produção capitalista (Ibid.; MAGRO; REIS, 2011). Nesse contexto, o conceito de pobreza adotado centrou-se em definições que superavam as perspectivas exclusivamente monetaristas, capazes de considerar a pobreza unicamente como insuficiência de renda, incluindo necessidades não monetárias relevantes, como nutrição, habitação e assistência social, presentes no enfoque das necessidades básicas insatisfeitas.

A adoção desse modelo de intervenção revelou, por um lado, a intenção de impedir a reprodução e o agravamento de condições inadequadas de vida e, ao mesmo tempo, demonstrou o desinteresse pelo enfrentamento das causas desse fenômeno. Além disso, a ampliação do conceito de pobreza, muitas vezes, traduziu-se na prática no aumento do acesso à educação e saúde, que, ainda que seja fundamental e se insira no campo das garantias de direitos sociais, apresentou-se para as famílias pobres de forma imposta por meio de condicionalidades que deveriam ser cumpridas sob pena de exclusão do programa (ESPÍNOLA; ZIMMERMANN, 2018).

Desde 1997, mais de 40 iniciativas de transferência de renda condicionada e não contributiva foram implantadas em 19 países latino-americanos, segundo informações da Cepal⁴. A tabela abaixo relaciona essas intervenções, organizadas por país e por período de funcionamento. Na última coluna, a ausência do ano final denota tratar-se de um programa ainda vigente.

Tabela 1. PTRCs na América Latina por país e período de funcionamento

País	Programa	Período de funcionamento
Argentina (AR)	Asignación Universal por Hijo para Protección Social	2009-
	Familias por la Inclusión Social	2005-2010
	Jefas y Jefes de Hogar Desocupados	2002-2005
Bolívia (BL)	Bono Juancito Pinto	2006-
	Bono Madre Niño-Niña Juana Azurduy	2009-
Brasil (BR)	Bolsa Alimentação	2001-2003
	Bolsa Escola	2001-2003
	Bolsa Família	2003-
	Cartão Alimentação	2003 (finalizado)
	Programa Bolsa Verde	2011 -
	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil PETI	1996 -
Chile (CH)	Chile Solidario	2002-2012
	Ingreso Ético Familiar (IEF)	2012 - 2014
	Programa Familias	2014-

4 Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social, CEPAL. Disponível em: <https://dds.cepal.org/bdptc/#es>.

País	Programa	Período de funcionamiento
Colômbia (CL)	Más Familias en Acción	2001 -
	Red Unidos Ex Red Juntos	2007 -
	Subsidios Condicionados a la Asistencia Escolar	2005-2012
Costa Rica (CR)	Avancemos	2006 -
	Superémonos	2000-2002
Ecuador (EC)	Bono de Desarrollo Humano	2003
	Bono Solidario	1998-2003
	Desnutrición Cero	2011 -
El Salvador (ES)	Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias en El Salvador (ex Comunidades Solidarias Rurales o Red Solidaria)	2005 -
Guatemala (GT)	Mi Bono Seguro	2012
	Mi Familia Progresá	2008-2011
	Protección y Desarrollo de la Niñez y Adolescencia Trabajadora	2007-2008
Honduras (HN)	Bono Vida Mejor (ex Bono 10.000 Educación, Salud y Nutrición)	2010 -
	PRAF/BID Fase II	1998-2005
	PRAF/BID Fase III	2006-2009
	Programa de Asignación Familiar (PRAF)	1999-2009
México (MX)	Oportunidades Programa de Desarrollo Humano (ex Progresá)	1997-2014
	Prospera – Programa de Inclusión social	2014 -
Nicarágua	Red de Protección Social	2000-2006
	Sistema de Atención a Crisis	2005-2006
Panamá (PN)	Bonos Familiares para la Compra de Alimentos	2005 -
	Red de Oportunidades	2006 -
Paraguay (PI)	Abrazo	2005 -
	Tekoporã	2005
Peru	Juntos Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres	2005 -
República Dominicana	Programa Solidaridad-	2005 - 2012
	Progresando con Solidaridad	2012 -
Trinidad e Tobago	Targeted Conditional Cash Transfer Program (TCCTP)	2005 -
Uruguay	Asignaciones Familiares - Plan Equidad	2008 -
	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)	2005 - 2007
	Tarjeta Uruguay Social (ex-Tarjeta Alimentaria)	2006 -

Fonte: Elaboração própria a partir da *Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe*, da Cepal.

Como é possível observar, em alguns países existiu (e ainda existe) mais de um PTRC em funcionamento ao mesmo tempo, como, por exemplo, no Brasil (Programa Bolsa Família e Programa Bolsa Verde), na Bolívia (*Bono Juancito Pinto* e *Bono Madre Niño-Niña Juana Azurduy*) e no Equador (*Bono de Desarrollo Humano* e *Desnutrición Cero*). Outra situação comum é ocasionada pelo eventual redesenho da estratégia, com sua substituição por outra sob nova denominação. Esse movimento é mais visível em Honduras, cujo programa foi reestruturado por três vezes até alcançar um formato mais sustentável, vigente desde 2008. Circunstâncias similares aconteceram também no México, no Chile e no Uruguai, com o redesenho de suas intervenções, visando seu aprimoramento.

Nesse contexto, a Nicarágua constitui-se como uma exceção. Foi o único país que já desenvolveu PTRCs por um período e encerrou-os sem substituí-los por outro programa (*Red de Protección Social* e *Sistema de Atención a Crisis*)⁵.

Em 2013, aproximadamente 137 milhões de pessoas em 17 países da América Latina recebiam transferências de renda que representavam, em média, 20% do orçamento domiciliar, pagas com o investimento médio de 0,4% do Produto Interno Bruto (PIB) (IBARRARÁN et al., 2017). Os números da última década demonstravam que os resultados de curto prazo estavam sendo alcançados com relativo êxito. De acordo com a Cepal (2018), a pobreza e a indigência diminuíram na região, ainda que não tivessem sido alcançados patamares satisfatórios. Em 2002, 44% da população na América Latina e no Caribe vivia em situação de pobreza e 19% em condição de indigência (ou pobreza extrema). Em 2014, os percentuais caíram para 29% e 12%, respectivamente.

Em 2016, porém, a incidência da pobreza e da extrema pobreza cresceu na América Latina pela primeira vez na última década. Nesse ano, os indicadores começaram a evidenciar um retrocesso social também no que se refere à redução do ritmo de queda da desigualdade de renda e ao aumento da incidência da pobreza entre crianças, adolescentes, jovens, mulheres e a população rural (CEPAL, 2018).

⁵ O país desenvolveu outras estratégias de redução da pobreza, como o *Hambre Cero*, por exemplo. Neste programa, no entanto, a proposta era de distribuição de insumos para o desenvolvimento de pequenas propriedades e não a transferência monetária.

Esses números tornaram evidente a insuficiência dos sistemas de proteção social existentes na região e, de forma mais objetiva, destacaram os limites e o esgotamento dos PTRCs como estratégia de redução da pobreza, ainda que o papel por eles desempenhado seja de fundamental importância (BARRIENTOS, 2013). A efetividade dos PTRCs se viu comprometida em um ambiente de estagnação ou, em alguns casos, de retração econômica e tornou evidente a necessidade de desenvolver novos sistemas de proteção social, pautados pela redução da desigualdade, focados na garantia dos direitos e capazes de prover proteção integral e universal, de forma sustentável (CEPAL, 2018).

2. A RESILIÊNCIA DOS PTRCs NA AMÉRICA LATINA

A década passada se caracterizou, entre outros avanços no campo social, também como um período de implantação de PTRCs em diversos países latino-americanos. Entre 2005 e 2007, surgiu a maior parte das iniciativas estreadas em países como Panamá, Colômbia e Bolívia, que colocaram em marcha pela primeira vez programas de transferência de renda condicionada – até os dias atuais em funcionamento. Brasil e México se destacam como pioneiros nesse cenário, por terem implantado programas de grande porte, como o *Oportunidades* e o Bolsa Família. Outros países, porém, lançaram ainda na década de 1990 suas primeiras intervenções, como demonstrado na Tabela 1.

É interessante observar que, ainda que com reformulações, os PTRCs têm se consolidado como uma estratégia de redução da pobreza e, nesse sentido, desenvolvido o que podemos chamar de “resiliência”, uma vez que eles têm resistido aos choques de naturezas distintas. Primeiro, daqueles provenientes das mudanças governamentais e das consequentes alterações ideológicas e políticas na agenda pública e na percepção da legitimidade e da pertinência de intervenções dessa natureza. Depois, do impacto das crises econômicas recentes que ensejam estratégias revisionistas, sobretudo em relação aos investimentos voltados para os mais pobres.

Por outro lado, parece ingênuo e pouco consistente nos ater ao fato da mera permanência de um conjunto de programas para afirmar algo acerca de sua relevância, eficácia ou efetividade, ou mesmo sobre sua capacidade de atuação, ainda que esses fatores não sejam desprezíveis. Avançaremos, assim, para dimensões objetivas envolvidas na execução de uma política

pública: o volume de investimentos e a cobertura populacional. Com base nos dados disponibilizados pela Cepal, identificamos o volume de investimentos em relação ao PIB (em dólares) e também o alcance populacional por país. Apresentamos a cobertura em termos de percentuais populacionais. No entanto, como os PTRCs assumem a família como unidade de intervenção, a quantidade de pessoas atendidas é uma estimativa calculada a partir de informações secundárias, com procedimentos variáveis por país.

Para melhor observação do comportamento dessas intervenções por país ao longo dos anos, optamos por favorecer a trajetória histórica. Assim, utilizamos também os dados dos programas já encerrados, nos casos em que identificamos que o programa atual é uma reformulação da intervenção passada⁶. Selecionamos um PTRCs por país, notadamente aquele que envolvia o maior volume de recursos financeiros e tinha a maior cobertura.

Esse gráfico nos mostra que o investimento médio em termos percentuais oscila entre as cifras de 0,1% a 0,4% do total do PIB de cada país. O Equador se destaca por investir no programa *Bono de Desarrollo Humano* percentuais variantes entre 0,7% e 0,97% para o período entre 2007 e 2012. A indisponibilidade de dados mais recentes, entretanto, não nos permite compreender seu comportamento mais recente.

A variação no volume de investimentos parece sofrer influência da implantação de novos programas, como exemplificam Chile e Honduras. No caso de Honduras, com a implantação do programa *Ingreso Ético Familiar*, o investimento é reduzido pela metade em relação ao que era empregado no programa anterior. No Chile, porém, ainda que o novo programa tenha surgido como substituto, o *Chile Solidario* continuou em funcionamento até que todas as famílias recebessem os benefícios previstos quando de sua inclusão no programa. Nesse caso, como utilizamos os valores do novo programa, o que identificamos foi a tendência a uma redução futura.

6 Nessa condição, encontram-se: 1) Argentina: com o acréscimo dos dados do extinto programa *Familias por la Inclusión Social* (2005-2010); 2) Chile: apresentamos também os dados disponíveis sobre o programa *Chile Solidario* para o período entre 2002 e 2011; 3) Guatemala: com o programa *Mi Familia Progresá* (2008-2011); 4) Honduras: agregamos ao programa atual *Bono Vida Mejor* os dados do *Programa de Asignación Familiar* para os anos de 2003 a 2009; 5) México: os dados referem-se à execução dos programas *Oportunidades* e *Prospera*, para os períodos de 2003-2013 e 2014-2016, respectivamente; 6) República Dominicana: utilizamos também as informações dos programas *Solidaridad* (2005-2012); 7) Uruguai: com o *Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social* (PANES) (2005-2007).

Gráfico 1. Investimento anual em percentual do PIB por PTRC/País

Fonte: Elaboração própria a partir da *Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe*, da Cepal.

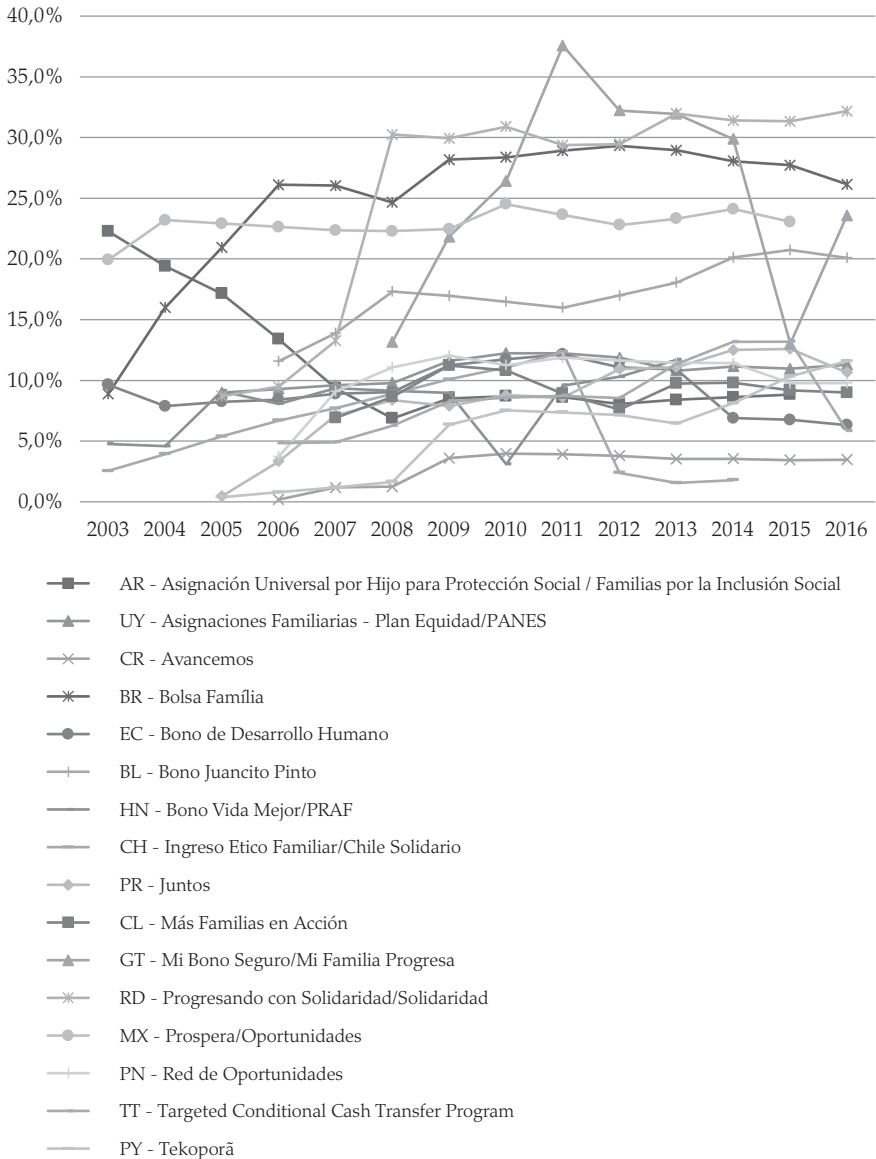
De forma agregada, observamos pequenas oscilações nos investimentos, que, até o fim de 2016, não se mostravam particularmente sensíveis aos efeitos das crises econômicas ou das mudanças governamentais e suas consequentes mudanças programáticas. Por outro lado, esse cenário pode ser indicativo da necessidade de permanência dos PTRCs, considerando que a conjuntura determinante de sua demanda segue presente, seja porque é ou se tornou refratária ao modelo empregado, seja porque as crises e mudanças governamentais retroalimentam a própria existência da demanda.

Essas hipóteses ficam mais claras quando observamos o gráfico com a cobertura dos PTRCs, a partir do percentual populacional. Novamente vemos que há um conjunto de países que mantém o alcance de seus PTRCs em torno de 10% da população. Há, porém, maior dispersão e alguns países se destacam por apresentarem cobertura populacional acima da média, igualmente constante no tempo. Nesse grupo encontram-se o México, o Brasil e, nos últimos anos, também a República Dominicana. A Guatemala se destaca desses grupos pela amplitude da oscilação (entre 15 e 37%); e a Argentina e o Chile, pela redução na quantidade de famílias atendidas.

É importante ter consciência que percentuais populacionais em alguma medida similares se referem a quantidades de pessoas bastante variáveis. Para citar alguns exemplos, o programa Bolsa Família beneficiou em 2016 mais de 54 milhões de pessoas, o que representou 26,14% da população, ao passo que a República Dominicana atendeu mais de 32% da população e alcançou quase 3,5 milhões de cidadãos e cidadãs.

No Gráfico 2 podemos observar a distribuição da cobertura populacional estimada nos últimos 15 anos para os países latino-americanos com PTRCs ativos atualmente.

Até onde os dados disponíveis nos permitem afirmar, observamos que a tendência presente aqui aponta para a manutenção dos PTRCs, ainda que essa manutenção se dê à custa do redesenho dos programas, como as que foram implantadas ao longo dos últimos anos. De todo modo, ainda que nesse cenário, podemos observar que não são expressivas – ou pelo menos não visualizáveis ainda – alterações no sentido da redução do investimento ou da cobertura na maior parte dos países latino americanos.

Gráfico 2. Cobertura poblacional estimada por país/programa

Fonte: Elaboração própria a partir da Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe, da Cepal.

3. AVALIAÇÕES DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: LIMITES E POSSIBILIDADES

No campo das avaliações de políticas e programas, há uma série de possibilidades de trabalho, com finalidades distintas. A avaliação das intervenções públicas tem ganhado crescente espaço e relevância, e já é relativamente comum que um grupo cada vez maior de programas e políticas seja avaliado, sobretudo, com foco na mensuração de seus resultados. Quando tratamos dos PTRCs, a avaliação assume maior relevância e tem se mostrado um tema especialmente importante, no qual muitos recursos são investidos. Sobre esses programas existe uma profusão de estudos sob as mais variadas perspectivas e com objetivos voltados para a avaliação da eficiência, da focalização, dos resultados e também dos impactos alcançados.

Observando os trabalhos mais recentes, identificamos uma série consistente de estudos que tem demonstrado a capacidade dos PTRCs para reduzir a incidência e a brecha da pobreza. Nesse grupo estão também os trabalhos que afirmam serem os PTRCs estratégias eficazes para melhorar as condições imediatas de vida da população em situação de pobreza, com maior ênfase para aquelas que sofrem o impacto direto da dimensão monetária (ROBLES; AZEVEDO, 2011; MOLINA-MILLAN et al., 2016).

Los PTMC han sido inequívocamente efectivos en incrementar el consumo de los hogares beneficiarios, así como en reducir la incidencia y, especialmente, la intensidad de la pobreza y la desigualdad (Fiszbein y Schady, 2009; Stampini y Tornarolli, 2012; Levy y Schady, 2013). No solamente los PTMC han aumentado el consumo, sino que también han mejorado su composición en términos de calidad y la variedad del consumo de alimentos. (IBARRARÁN et al., 2017, p. 2).

Existem também indicadores que demonstram a redução da incidência de trabalho infantil (Ibid.; WORLD WITHOUT POVERTY, 2017), ainda que as transferências não sejam suficientes para cobrir a diferença na renda doméstica (ARAUJO; BOSCH; SCHADY, 2017).

Os estudos que evidenciam os resultados mais expressivos situam-se no campo da educação. Em um estudo comparado entre países da América Latina e o Caribe, a ampliação da inserção escolar entre os beneficiários variou entre 0,5% na Jamaica e 12,8% na Nicarágua. Esse dado é particularmente importante porque dialoga com o aumento de estoque de capital humano, variável presente na teoria de câmbio do programa. De forma adicional, também existem evidências de que os PTRCs contribuem para o aumento da progressão escolar (IBARRARÁN et al., 2017). No Brasil, uma das avaliações do Bolsa Família também apontou a competência do programa para reduzir as taxas de abandono escolar das crianças e aumentar a frequência entre os adolescentes de 15 a 17 anos (WORLD WITHOUT POVERTY, 2017).

O programa argentino (*Asignación Universal por Hijo*) demonstrou capacidade para impactar positivamente na matrícula das crianças e dos adolescentes entre 15 e 17 anos. O aumento da taxa de matrícula para esse grupo foi de 4% no conjunto de pessoas beneficiadas, sendo o resultado mais influenciado pelos meninos. Para os grupos mais jovens, porém, o programa se mostrou insuficiente para incentivar a inserção escolar. Por outro lado, é um incentivo importante quando observada a taxa de evasão, que reduziu 4 e 7% para os grupos entre 12-14 e 15-17 anos, respectivamente. A avaliação sugere que esses resultados foram possíveis com a alteração no desenho do programa, que incorporou penalidades por descumprimento das condicionalidades educacionais, articulação com outras políticas e a criação de incentivos extras para o cumprimento de etapas educacionais (UNICEF et. al, 2017). Outras avaliações também têm mostrado que as condicionalidades (ou corresponsabilidades) associadas às transferências monetárias são importantes para aumentar os níveis escolares e a realização de exames preventivos de saúde, vacinação e acompanhamento do crescimento entre as crianças beneficiárias (ROBLES; AZEVEDO, 2011).

A inserção laboral é um tema muito discutido no contexto dos PTRCs. Já foram desenvolvidos vários estudos para atender a um questionamento frequente relacionado aos efeitos de curto prazo: os PTRCs criam incentivos negativos para o trabalho entre as famílias beneficiárias? Os estudos têm sido contundentes na demonstração de que esses efeitos não existem na maior parte dos países investigados; em alguns países, eles existem em segmentos específicos da população. Para outros países, os estudos mostram que a

influência se restringe à preferência por trabalhos informais em detrimento dos formais, sobretudo quando o recebimento da transferência de renda está associado à formalidade do emprego dos beneficiários. Um estudo realizado no Equador demonstrou que o programa local não gera desincentivo ao emprego, mas tem efeito sobre a condição de formalidade (IBARRARÁN et al., 2017). Resultados similares também foram identificados no Uruguai (MEDELLÍN et al., 2015) e no Brasil (WORLD WITHOUT POVERTY, 2017).

Outro estudo em que foram analisadas evidências de avaliações de sete PTRCs em seis países, sendo três deles latino-americanos (México, Honduras e Nicarágua), afirma não ter encontrado evidências que esses programas têm efeitos sobre a propensão ao trabalho nem sobre o número de horas trabalhadas, para homens ou mulheres (BANERJEE et al., 2015). Em 2014, dois estudos distintos sobre o programa brasileiro Bolsa Família encontraram resultados diferentes (BARBOSA; CORSEUIL, 2013; FIRPO et al., 2014). Para um deles existem efeitos na redução da mão de obra feminina entre as beneficiárias, enquanto para o outro o efeito da transferência de renda na escolha por trabalho (formal ou informal) e na quantidade de horas trabalhadas é nulo. Em um estudo mais recente, concluiu-se que o risco de uma beneficiária parar de trabalhar é entre 7 e 10% menor do que o de uma pessoa não beneficiária (SANTOS et al., 2016).

Na área da saúde, os impactos são positivos em relação ao aumento do uso dos serviços preventivos e à redução da mortalidade em grupos etários específicos, especialmente com causas relacionadas com a pobreza, como a desnutrição (IBARRARÁN et al., 2017). No Brasil, entre os municípios com altas concentrações de famílias participantes do Bolsa Família, a taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos é 19% menor do que entre os demais. Quando limitadas as causas de mortalidade relacionadas à pobreza, como diarreia e desnutrição, esses mesmos municípios têm percentuais 53% e 65% menores, respectivamente (WORLD WITHOUT POVERTY, 2017).

Outro tipo de estudo comum sobre os PTRCs busca qualificar sua capacidade de focalização. Em 2017, o programa brasileiro Bolsa Família era o programa social envolvendo transferência de renda mais bem focalizado do país. Essa acurácia na focalização também era encontrada nos programas do Chile e do México (Ibid.). Na Argentina, um estudo sobre o *Programa Asignación Universal por Hijo* também concluiu que há um alto

grau de focalização, com 20% das famílias mais pobres recebendo cerca de 50% do total de transferências pagas pelo programa (UNICEF et al., 2017).

As avaliações sobre os PTRCs esbarram em seus limites quando o objetivo se move em direção à busca pelos impactos de longo prazo. Os estudos nessa área têm sido pouco expressivos no sentido de afirmar a sustentabilidade dessas mudanças de vida ocasionadas durante a participação nos PTRCs. Ou seja: os impactos ainda são pouco precisos, pouco evidentes ou pouco observáveis sob a forma esperada quando da proposição desses programas. De modo geral, a avaliação de impacto de longo prazo dos programas é uma tarefa difícil e demanda muitos recursos. No campo dos PTRCs, a demonstração de resultados se mostra mais complexa em função das restrições metodológicas envolvidas, que aportam desafios ligados à falta de potência estatística ou às muitas dificuldades e, no limite, à impossibilidade de criar grupos de controle e tratamento adequados para a comparação entre as estratégias experimentais, por exemplo (IBARRARÁN et al., 2017).

Ainda assim, uma série de estudos são desenvolvidos nesse campo. Suas evidências, porém, são mais bem caracterizadas como mistas (TEJERINA; PIZANO, 2016) ou insuficientes para afirmar que os objetivos de longo prazo têm sido alcançados. Estudos que buscam avaliar a qualidade do processo educativo, por exemplo, encontram indicativos de que o aumento nos indicadores, como inserção escolar ou aprovação, não ocorreu em companhia da melhoria dos resultados de aprendizagem (IBARRARÁN et al., 2017). Ou seja, o aumento da progressão escolar não é garantia de que crianças e adolescentes aprendam mais enquanto estão nas escolas (ARAUJO; BOSCH; SCHADY, 2017). Por conseguinte, as evidências ainda são insuficientes para afirmar que um jovem que acumulou mais anos de educação formal está acessando em sua vida adulta melhores empregos ou salários (MEDELLÍN et al., 2015).

Uma análise da capacidade dos PTRCs ajudarem as famílias a escapar da armadilha da reprodução intergeracional da pobreza mostra que, após um período (três ou seis anos) participando do programa, as famílias beneficiárias do PTRC equatoriano (*Bono de Desarrollo Humano* – BDH) apresentaram resultados iguais ou bastante similares àqueles apresentados pelas famílias do grupo de controle (não participantes). Ou seja, as crianças pertencentes a famílias que receberam a transferência de renda não

apresentaram melhores resultados na adolescência, e os adultos jovens integrantes de famílias beneficiárias tiveram resultados um pouco melhores no rendimento escolar do que os do grupo de controle. Em longo prazo, a probabilidade de a participação no programa causar algum impacto na vida das crianças e dos adolescentes é bastante modesto. Esse resultado é particularmente importante se recordamos que o Equador é o país que apresenta o maior nível de investimento e paga benefícios que constam entre os mais altos entre os países da América Latina, alcançando a cifra de 20% de todo o orçamento familiar (ARAUJO; BOSCH; SCHADY, 2017).

Outro estudo comparou os programas do México, da Colômbia e da Nicarágua e identificou efeitos positivos sobre a escolaridade e o desenvolvimento de habilidades cognitivas. Porém, afirmou que as evidências sobre outros resultados são inconclusivas com o uso de metodologias experimentais e não experimentais (MOLINA-MILLAN et al., 2016).

De forma mais abrangente, há ainda estudos que apontam para o reconhecimento de que esse tipo de programa, por si só, não é capaz de enfrentar estruturalmente o fenômeno, prestando-se ao papel de lenitivo para as más condições de vida e não para a sua superação (ESPÍNOLA; ZIMMERMANN, 2018).

As dificuldades envolvidas para evidenciar resultados sustentáveis obtidos por meio das transferências monetárias e os resultados pouco consistentes encontrados somados ao contexto recente de crise econômica lançaram luz sobre as limitações desse tipo de intervenção como estratégia de solução sustentável para a pobreza.

Essas constatações influenciam alguns encaminhamentos, que se inserem em diferentes campos da compreensão sobre quais seriam as soluções mais adequadas para esses novos contornos da questão da pobreza. Um grupo de ações avança em busca de criar soluções coordenadas, articulando vários atores sociais, governamentais ou não, visando o aumento da capacidade produtiva das famílias e, assim, o incremento em suas condições de sobrevivência e a consequente redução da dependência das transferências monetárias governamentais. Outro conjunto se dedica a pensar melhorias voltadas para a focalização e aferição do cumprimento das condicionalidades por parte das beneficiárias. Nesse campo estão operacionalizadas as estratégias que buscam criar atalhos para a porta de saída dos PTRCs, por

meio da vigilância constante sobre o público beneficiário, quer no momento do ingresso no programa, quer durante sua permanência.

A focalização nas famílias mais pobres faz parte das estratégias iniciais dos PTRCs. Contudo, a recertificação (no Brasil denominada como atualização cadastral) tem ganhado importância no campo do debate sobre a criação de estratégias de saída, sendo esse um tema novo, uma vez que o objetivo inicial dos PTRCs era romper com a reprodução intergeracional da pobreza. Esse tema é, ainda, uma questão delicada, uma vez que os grupos populacionais são vulneráveis à pobreza de forma peculiar, com destaque para as crianças, mulheres e comunidades rurais. Ademais, quase 50% das famílias beneficiárias vive em situação de pobreza crônica (MEDELLÍN et al., 2015).

O contexto de crescimento econômico vivido por boa parte dos países latino-americanos na década passada e a consequente ampliação das ofertas de trabalho e emprego para as pessoas pobres, principalmente aquelas situadas próximo aos umbrais estabelecidos pelos critérios de elegibilidade para os PTRCs, trouxeram para o cenário questionamentos acerca da necessidade de criar mecanismos para a exclusão daquelas que superaram as condições de pobreza, inclusive, para que outras famílias pudessem ser incluídas (IBARRARÁN et al., 2017). A pergunta deveria ser, entretanto, se a saída a ser estimulada (e considerada) é do PTRC ou da pobreza. Vale lembrar que a parcela mais expressiva na melhoria de vida das famílias beneficiárias não decorreu da participação no PTRC e, sim, de outras dimensões da vida, como o acesso ao mercado de trabalho facilitado pelo crescimento econômico.

Quando focalizamos a primeira opção, a saída do próprio PTRC envolve esforços para a criação de estratégias de aferição periódica da manutenção das condições de elegibilidade na família beneficiária. Por outro lado, privilegiar a segunda opção insere os PTRCs necessariamente em estratégias mais amplas. Alguns países têm lidado com essa situação de forma inovadora para o continente. No Chile, por exemplo, foi criada uma bonificação paga para as mulheres beneficiárias que conseguem um trabalho formal (MEDELLÍN et al., 2015). De todo modo, essas estratégias se dão de forma articulada com outras ações, capazes de potencializar esse efeito – elas serão mais bem abordadas na seção seguinte.

4. A INTEGRAÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA COM OUTROS PROGRAMAS

Uma tendência bastante presente identificada entre os PTRCs na atualidade é a de articulação com outras ações, outros programas, outros setores e outras estratégias governamentais ou não. Assiste-se ao reconhecimento da insuficiência desse tipo de programa para a redução sustentável da pobreza e, logo, à tentativa de construção de uma solução ampliada, capaz de envolver linhas de ação com potencial para impactar na inserção laboral e na geração de renda para as famílias pobres.

Quando falamos dessa tendência, não estamos desconsiderando que, desde o princípio, para os PTRCs que estabelecem condicionalidades para as famílias beneficiárias, o próprio desenho de implementação determinou a necessidade de algum nível de coordenação, principalmente, em relação às ações relacionadas à aferição de resultados e frequência de educação e registros de acompanhamento das condições de saúde (IBARRARÁN et al., 2017).

De fato, ainda que existam registros de construção de estratégias de articulação entre setores para o funcionamento dos PTRCs, o potencial dos PTRCs nesse sentido ainda é pouco aproveitado. A promoção de coordenação com outros setores e a criação de uma sinergia capaz de mobilizar a intervenção estatal de forma ampla para a promoção de ofertas qualitativamente melhores têm sido colocadas como dois dos grandes desafios para o futuro dos PTRCs (Ibid.). Algumas iniciativas nesse sentido têm sido propostas e desenvolvidas.

Ademais, as articulações para as quais gostaríamos de chamar atenção se inserem no campo da inserção produtiva das famílias. O programa mexicano *Prospera*, por exemplo, incluiu em seu desenho quatro linhas de trabalho por meio das quais busca coordenar e vincular ações que extrapolam o escopo inicial de programas de transferência de renda e alcançam temas como a inclusão financeira e o incremento das capacidades produtivas domiciliares e da própria inclusão profissional e produtiva. A realização dessas ações é a nova condição para a inclusão social das famílias pobres (Ibid., 2018).

No Chile, o Programa *Familias* oferece acompanhamento psicossocial e sociolaboral para as famílias incluídas no programa. As sessões de acompanhamento psicossocial têm como objetivo promover o desenvolvimento de

habilidades e capacidades para a inclusão social e o desenvolvimento autônomo. São 19 sessões ao longo dos 24 meses de intervenção com a família. Ademais, esse eixo também tem como finalidade vincular os beneficiários aos serviços sociais responsáveis pelo atendimento de demandas nas áreas de educação, saúde, habitação, emprego, formação profissional e oficinas de dinâmica familiar. O acompanhamento sociolaboral almeja aumentar a capacidade de geração de renda autônoma nos adultos, tanto por meio da criação de microempreendimentos quanto da inserção no mercado de trabalho, com a melhoria de suas condições de empregabilidade (VARGAS; CUEVA; MEDELLÍN, 2017).

No Brasil, em 2011, foi lançado o programa Brasil Sem Miséria com três pilares de atuação: garantia de renda, acesso aos serviços públicos e inclusão produtiva. Este tinha como objetivo aumentar as capacidades e oportunidades de trabalho das famílias, bem como criar estratégias para a geração de rendas para as famílias nos meios urbano e rural. O pilar da garantia de renda contava com o Programa Bolsa Família e com outros dois programas⁷. O eixo de acesso a serviços articulava programas de saúde, educação e assistência social, nos moldes do que já se praticava no âmbito do PBF até então. A grande novidade do programa ficou por conta do eixo de inclusão produtiva. Para a execução dessas ações foram envolvidos os ministérios do Desenvolvimento Social, da Educação, do Desenvolvimento Agrário, da Integração Nacional e do Meio Ambiente. As atividades envolviam a promoção de cursos de qualificação profissional, microcrédito, assistência técnica para o meio rural, bem como acesso à água e aos mercados públicos, por meio de programas como o Água Para Todos e o Programa de Aquisição de Alimentos. A maior parte dessas ações já existia e estava em funcionamento. O que se criou de novo foi a grande capacidade de articulação entre as ações, permitindo que 22 milhões de pessoas superassem a pobreza extrema e mais de 1 milhão de pessoas se matriculassem em cursos do Pronatec, após dois anos de execução do programa (MONTAGNER; MULLER, 2015).

7 Um deles era o BPC – Benefício de Prestação Continuada. Criado por meio da Loas, em 1993, o BPC garante o pagamento de um salário mínimo para pessoas com deficiência e idosas que vivam em famílias com renda familiar per capita mensal de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (BRASIL, 1993). O Brasil Carinhoso foi um programa criado para tirar da miséria as famílias com crianças de até 15 anos de idade, por meio de transferência de renda, paga às famílias juntamente com o PBF.

A Tabela 2 a seguir apresenta um breve resumo das estratégias de saída desenvolvidas em alguns países latino-americanos atualmente. Como é possível observar, as proposições se concentram no campo da inserção produtiva no mercado formal ou autônomo. O Equador é o único país a ofertar unicamente o microcrédito para as famílias, ação que se dá de forma articulada nos demais países que utilizam essa alternativa.

Tabela 2. Programas de transferência de renda condicionada por estratégia de saída

Programa	Estratégia de saída
CL: <i>Ingreso Ético Familiar</i>	Empreendedorismo
PR: <i>Juntos</i>	<i>Programa Mi Chacra Emprendedora</i> Transferência de bem produtivos (sementes, fertilizantes, gado) e treinamento de habilidades
BR: Bolsa Família	Programa Brasil Sem Miséria: Urbana: Microcrédito e fundos para iniciar negócios Rural: Treinamento de habilidades, transferências de tecnologia (sementes, fertilizantes), vinculação com mercados e contratos públicos.
RD: <i>Progresando con Solidaridad</i>	Empreendedorismo, treinamento e microcrédito.
EC: <i>Bono de Desarrollo Humano</i>	Microcrédito
ES: <i>Comunidades Solidarias</i>	Urbana: Empreendedorismo, treinamento de habilidades, trabalho comunitário, incentivo econômico condicional. Rural: treinamento de habilidades, acesso a bens produtivos, fortalecimento de vínculos com os mercados locais.
MX: <i>Prospera</i>	Vários programas: Treinamento de habilidades, empreendedorismo, vinculações ao mercado, crédito.

Fonte: Adaptado de Medellín et al. (2015).

O risco envolvido nesse tipo de articulação é de transitar de programas emblemáticos de redução da pobreza, como têm sido vistos os PTRCs, para outros com caráter igualmente transitórios, furtando-se da responsabilidade de instituir políticas permanentes, estáveis e capazes de manter a pobreza sob controle. Além disso, é preciso mudar a perspectiva e fortalecer a ação da assistência social e focalizar o desenvolvimento humano e a criação de oportunidades para que a inclusões sociais e econômicas alcançadas sejam sustentáveis (BARRIENTOS, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de PTRCs é, desde sua proposição inicial há mais de 20 anos, um desafio sob muitos aspectos. A gestão é complexa, afinal, coloca em marcha todo um conjunto de ações que envolve a criação de critérios de elegibilidade, permanência e transferência de recursos, passando pela identificação e inclusão do público, pela verificação do cumprimento das condicionalidades e pela efetivação do pagamento para centenas de milhares ou milhões de pessoas. A implementação cotidiana também envolve a complexidade na coordenação de ministérios, serviços e equipamentos públicos e, em alguns países, também de administrações municipais para o acesso à educação e saúde, para a execução de procedimentos de checagem e para a garantia de que as famílias mais pobres permanecerão no programa e poderão, a longo prazo, dispor de recursos que as permitam romper com o ciclo de reprodução da pobreza (IBARRARÁN et al., 2017).

As avaliações desses programas são frequentes e variadas e atualmente já constituíram alguns pontos pacíficos acerca de seus efeitos. Tais pontos se referem à capacidade dos PTRCs para aumentar a frequência e o nível de escolaridade de crianças e adolescentes em praticamente todos os países latino-americanos. No entanto, são ambíguos os resultados que evidenciam impactos positivos e sustentáveis no longo prazo na vida das pessoas, sobretudo no que se refere ao rompimento da reprodução geracional da pobreza. Ainda que seja possível abrir um leque de questionamentos acerca das metodologias empregadas e das próprias possibilidades de aferição empírica de algo tão complexo e multiforme, a narrativa construída tem evidenciado a pouca efetividade no rompimento do ciclo geracional da pobreza, na possibilidade de viabilizar melhores inserções profissionais futuras para as crianças e adolescentes beneficiados ou mesmo na melhoria nos níveis de aprendizagens por eles auferidos.

Influenciada por essa constatação e pelo reconhecimento dos limites dos PTRCs em resolver sozinhos a questão, têm se disseminado estratégias que buscam articular ações capazes de juntas romper com a transmissão intergeracional da pobreza. Todavia, soluções sustentáveis devem ser visceralmente conectadas ao desempenho do mercado de trabalho, com a produtividade dos empregos por ele gerados e com as possibilidades

criadas para a inserção da população pobre, dimensões fundamentais ainda desconectadas do debate da superação da pobreza.

O reconhecimento dos limites dos PTRCs não deve, porém, ser confundido com sua incapacidade de gerar resultados. Esses programas fazem muito bem o que a eles lhes cabe: criam condições para o aumento de capital humano entre as famílias pobres e melhoram as condições de vida imediata. Cabe ressaltar ainda que alguns de seus resultados são comprometidos pela qualidade e pela insuficiência da oferta dos serviços de saúde e educação.

Até pouco tempo atrás, extrapolava o escopo direto das responsabilidades dos PTRCs a necessidade de rever a qualidade na oferta de serviços ou mesmo a criação de estratégias relacionadas diretamente à capacidade e à inserção produtiva das famílias beneficiadas. A tendência é de que os PTRCs sejam cada vez mais instados a avançar nesse sentido e sejam alçados à condição de articuladores dessas mudanças.

Contudo, é uma estratégia temerária, especialmente se não se der de forma inserida no campo do reconhecimento da crise dos sistemas de proteção social e da necessidade de centrar o debate sobre a pobreza para o campo da desigualdade social, avançando em direção a estratégias que contemplem a multidimensionalidade da pobreza e a abordem de forma realmente sistêmica e articulada.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, M. C.; BOSCH, M.; SCHADY, N. ¿Pueden las transferencias monetarias ayudar a que los hogares escapen de una trampa intergeneracional de pobreza? **Documento de trabajo del BID**, n. 767, fev. 2017.

BANERJEE et al. Debunking the Stereotype of the Lazy Welfare Recipient: Evidence from Cash Transfer Programs Worldwide. **HKS Working Paper**, n. 076, dez. 2015.

BARBOSA, A. L. N. de H.; CORSEUIL, C. H. L. Bolsa Família, Escolha Ocupacional e Informalidade no Brasil. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.

BARRIENTOS, A. Transferencia de Ingresos para el Desarrollo Humano a Largo Plazo. Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo. **One Pager**, n. 224, nov. 2013.

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília, DF: 7 de dezembro de 1993.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina, 2017**. Santiago: Nações Unidas, 2018.

ESPÍNOLA, G. M.; ZIMMERMANN, C. R. As transferências condicionadas de renda na América Latina: lenitivos para a pobreza? **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 55-65, jan./abr. 2018.

FIRPO, S. et al. Evidence of Eligibility Manipulation for Conditional Cash Transfer Programs. **EconomiA**, v. 15, n. 3, p. 243-60, 2014.

IBARRARÁN, P. et al. **Así funcionan las transferencias condicionadas: Buenas prácticas a 20 años de implementación**. Banco Interamericano de Desarrollo, 2017. Disponível em: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8159/Asi-funcionan-las-transferencias-condicionadas.PDF?sequence=7>. Acesso em: 08 ago. 2018.

MAGRO, A. F. do N.; REIS, C. N. dos. Os Programas de Transferência de Renda na América Latina: panorama de experiências em desenvolvimento. **Revista acadêmica**, editada y mantenida por el Grupo EUMED.NET de la Universidad de Málaga, año 5, n. 10, jun. 2011.

MEDELLÍN, N. et al. Hacia adelante: Recertificación y estrategias de salida en los programas de transferencias monetarias condicionadas. **Monografía del BID**, n. 348, 2015.

MOLINA-MILLAN, T. et al. Long-term impacts of conditional cash transfers in Latin America: review of the evidence. Inter-American Development Bank. **Working Paper Series**, n. 732, out. 2016.

MONTAGNER, P.; MULLER, L. H. (Orgs.). Inclusão Produtiva Urbana: O Que Fez o PRONATEC/Bolsa Formação entre 2011 e 2014. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, n. 24, 2015. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Educação.

PASE, H. L.; CORBO, C. As políticas públicas de transferência direta de renda na América Latina: uma análise de política comparada. **JURIS**, Rio Grande, v. 24, p. 265-289, 2015.

ROBLES, M.; AZEVEDO, V. **Identificación de beneficiarios de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC)**. Banco Interamericano de Desarrollo. Sector de Conocimiento y Aprendizaje. Nota de Política, abril 2011.

SANTOS, D. B. et al. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a duração do emprego formal das pessoas pobres. **Discussion Paper** n. 5, 2016. FGV/EAESP.

SOUSA, S. de M. P. S. Dimensões qualificadoras dos Programas de Transferência de Renda na América Latina e Caribe. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 327 - 337, ago./dez. 2015.

TEBALDI, R.; ESSER, A.; DAVIDSEN, A. D. **Promoção de resultados sensíveis ao gênero e às crianças em programas de transferência de renda**: uma análise de diferentes estratégias na administração de programas. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo. Research Brief, n. 61, nov. 2017.

TEJERINA, L.; PIZANO, V. **Programas de transferencias monetarias condicionadas e inclusión financiera**. Nota técnica IDB-TN, n. 1140, 2016.

UNICEF et al. **Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo 2017**. Argentina: UNICEF, ANSES, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, dez. 2017.

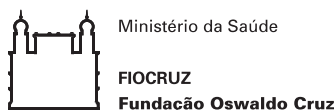
VARGAS, L. H.; CUEVA, P.; MEDELLÍN, N. ¿Cómo funciona Ingreso Ético Familiar?: mejores prácticas en la implementación de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina y el Caribe. **Nota técnica IDB-TN**, n. 1163, 2017.

VIVES, J. L. **Tratado del socorro de los pobres**. Valencia: Imprenta de Benito Monfort, 1992. Ed. original: 1781.

WORLD WITHOUT POVERTY. Brazil Learning Initiative. **Impacts of the Bolsa Familia Program (BFP)**. Set. 2017. Disponível em: <https://www.wwp.org.br/wp-content/uploads/25.-Impacts-of-the-BFP.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

O Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas foi criado em 2012, mediante cooperação entre o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB) e o Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Nethis/Fiocruz-Brasília), com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/ OMS). Fundou-se no reconhecimento da crescente importância do conceito de desenvolvimento humano integrado ao desenvolvimento econômico e social.

Esta terceira rodada de estudos do Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas (OICH) tem como foco a evolução recente das políticas públicas na América Latina, com ênfase em áreas temáticas específicas tais como trabalho, educação e seguridade social. Esse foco justifica-se a partir da preocupação em identificar incrementos das desigualdades sociais nos distintos países e suas repercussões negativas sobre as condições de saúde da população.



Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7967-130-2



9 788579 671302