



2 | Evolução da Educação e da Saúde



Projeto Brasil 2003-2010

Trajetórias e desafios



2 | **Evolução da Educação e da Saúde**



2 | Evolução da Educação e da Saúde

Coordenação Geral - CGEE

Lucia Carvalho Pinto de Melo

Marcio de Miranda Santos

Antonio Carlos Figueira Galvão

Coordenação Técnica

Tânia Bacelar de Araújo (Coordenadora)

Jorge Jatobá

Aldemir do Vale Souza

Tarcisio Patrício de Araújo

Evolução da Educação e da Saúde | 2





Evolução da Educação e da Saúde

Coordenação — Educação: Romualdo Portela de Oliveira / Saúde: Carlos Grabois Gadelha
Colaboração — Educação: José Eduardo Cassiolato e Silke Weber / Saúde: Lais Costa

Resumo

A Educação foi destacada nos compromissos do governo federal 2003-2010 como um instrumento de promoção da cidadania, do desenvolvimento e da inserção competitiva do Brasil no mundo. A Saúde também foi tratada como prioridade e compreendida como importante dimensão do desenvolvimento social, da dimensão econômica e tecnológica, da dimensão democrática e da dimensão territorial/regional. Busca-se neste capítulo apresentar elementos para uma avaliação dos avanços obtidos no âmbito da Educação e da Saúde no período 2003-2010.

A Educação, no início do governo, caracterizou-se pela expansão da demanda em todos os níveis. Mas os dados sobre a Educação Básica indicam que ainda há muito a investir no atendimento em creche, na atratividade do Ensino Médio e na qualidade da formação oferecida. O Ensino Superior atingiu, em 2008, uma matrícula bruta, referenciada na população de 18 a 24 anos, de 21,9%. A Pós-Graduação, base sobre a qual se expande o sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I), manteve intenso crescimento. No que diz respeito à qualidade, houve um esforço com resultados positivos de manter o robusto sistema de avaliação criado no país nas últimas décadas.

Os gastos com a Educação cresceram de 4% para 4,7% do Produto Interno Bruto (PIB). Valores ainda distantes dos 7%, sinalizados no início do governo. Também permanece como um dos grandes desafios a questão de como equacionar a expansão do sistema educacional com qualidade.

Com relação à Saúde, pode-se afirmar que, no período, o cidadão brasileiro apresentou uma melhoria nas suas condições de Saúde e de acesso, sendo isto, em parte, fruto de aspectos histórico-estruturais que foram preservados explicitamente e, em parte, de fatores decorrentes das políticas públicas adotadas no período.

A mortalidade infantil reduziu-se de modo significativo. Isto se verifica tanto para a mortalidade das crianças abaixo de 5 anos (mortalidade na infância) quanto na mortalidade infantil das crianças

abaixo de 1 ano de idade. No campo da ação mais setorial, o grande destaque foi o Programa Saúde da Família (PSF) que aumentou a cobertura populacional em mais de 50% em nove anos, chegando a cobrir 95 milhões de pessoas (51% da população brasileira) em 94% dos municípios brasileiros.

A produção de serviços ambulatoriais do SUS se elevou em 62% no período, em número de atendimentos, chegando a 3,2 bilhões de procedimentos em 2009. As consultas médicas tiveram um incremento de 9% entre 2003 e 2007. Pode-se afirmar que é possível captar uma nítida tendência de elevação no acesso à Saúde pela população brasileira no período analisado. Mas permanece entre os principais desafios para o setor a falta de uma base de financiamento compatível com o compromisso de conformação de um sistema universal no Brasil.

1. Introdução

No Programa de Governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, a Educação foi enfatizada como “instrumento de promoção da cidadania e, sobretudo nos dias de hoje, instrumento fundamental para o desenvolvimento e a inserção competitiva de qualquer nação no mundo”. Para avançar na construção de um país soberano e sem exclusão, ressaltou-se a necessidade de desenvolver as ciências humanas, naturais e exatas, a tecnologia, as artes e as múltiplas linguagens. O que pressupõe a garantia da Educação de qualidade para todos.

A Saúde, do mesmo modo, também possui uma interface abrangente no contexto do desenvolvimento. Além disso, possui características em geral pouco evidenciadas, que a colocam como área destacada da dimensão econômica e tecnológica (alavanca mais de 8% do PIB brasileiro), da dimensão democrática (é um dos campos mais institucionalizados de participação democrática na gestão) e da dimensão territorial/regional (a organização dos serviços de Saúde no território condiciona o desenvolvimento regional).

A universalização com qualidade da Educação e da Saúde foi considerada pelo governo federal um componente estratégico da dimensão social do desenvolvimento, no estágio atual do Brasil. Considerando essa abrangência, a análise isolada da Educação e da Saúde em si mesmas constituiria um erro para uma visão transversal buscada por esta avaliação, focada no impacto de cada dimensão na vida do cidadão brasileiro no período 2003-2010.



Com esta perspectiva geral, este texto apresenta referências dos resultados obtidos no âmbito da Educação e da Saúde entre 2003 e 2010, apontando desafios que subsistem no quadro atual.

No que diz respeito à Educação,¹ o contexto em que se iniciou o governo, em 2003, caracterizava-se pela expansão da demanda por mais e melhor Educação em todos os níveis, decisiva para a compreensão da trajetória da Educação brasileira desde então.

Buscando fazê-lo, o presente texto apresenta e avalia os compromissos do governo federal e sua ação no período, estruturando-se em seis tópicos: 1) A formação da demanda por Educação; 2) Acesso à Educação Básica, compreendendo suas etapas e modalidades, e à Educação Superior, abrangendo tanto a graduação quanto a Pós-Graduação; 3) Qualidade da Educação Básica e Superior; 4) Democratização da gestão educacional; 5) Financiamento da Educação; 6) Desafios na Educação.

No tocante à Saúde,² em sua relação com a dimensão social do desenvolvimento, a análise foi estruturada em três tópicos: 1) A visão geral de desenvolvimento proposta pelo governo federal nos últimos oito anos, localizando a Saúde tanto na estratégia global quanto no campo específico; 2) A evolução da área da Saúde durante o período nas duas dimensões citadas, indicada por “marcadores” selecionados; 3) Apresentação de alguns dos desafios estratégicos para o aprofundamento e mesmo a concretização da Saúde como direito universal e como fonte estratégica de desenvolvimento e de superação da vulnerabilidade estrutural do Brasil na área.

1 A análise sobre a Educação foi coordenada e elaborada por Romualdo Portela de Oliveira.

2 A análise sobre a Saúde foi coordenada e elaborada por Carlos Augusto Grabois Gadelha.

2. Educação³

2.1. A formação da demanda por Educação⁴

A trajetória da Educação nacional nos anos iniciais do século 21 respondeu a demandas e mudanças herdadas do século anterior. A partir de 1930, expandiram-se, lenta mas significativamente, as oportunidades de acesso e permanência no sistema escolar para amplas camadas da população, fazendo com que, ao final do século 20, o Ensino Fundamental⁵ obrigatório estivesse praticamente universalizado.⁶ Ainda que com um atraso de quase um século em relação aos países desenvolvidos, esta expansão, de evidente característica democratizadora, induziu novas demandas por Educação. As populações que não chegavam à escola, ou que quando chegavam não progrediam no seu interior, passaram a fazê-lo.

Nos últimos anos, intensificou-se a ampliação das oportunidades de escolarização para a população, aumentou a permanência no Ensino Fundamental e elevou-se significativamente seu índice de conclusão. Em 2008, mais de 2,4 milhões de crianças concluíram o Ensino Fundamental, correspondendo a mais de 70% da coorte etária.

Essa mudança gerou duas novas demandas, que condicionaram as possibilidades e perspectivas do presente. De um lado, a demanda por mais vagas, inicialmente, no Ensino Médio, cujo processo de expansão foi vertiginoso na década de 1990, mais do que dobrando a matrícula⁷ e, agora,

3 A análise sobre a Educação foi coordenada e elaborada por Romualdo Portela de Oliveira, graduado em Matemática-Licenciatura (USP, 1982), mestre em Educação (USP, 1990), doutor em Educação (USP, 1995) e livre docente (USP, 2006). Atualmente é professor titular da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Foi coordenador do GT Estado e Política Educacional da Anped (1993-1996), do Curso de Pedagogia da FEUSP (1999-2001), e do programa de Pós-Graduação em Educação da mesma instituição (2007-2010).

4 A redação deste item baseou-se em Oliveira, 2006.

5 Segundo definição adotada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/96), a Educação brasileira organiza-se em dois níveis, Educação Básica e Educação Superior. A Básica compreende, hoje, três etapas, a Educação Infantil, que se subdivide em Creche (0 a 3 anos) e Pré-Escola (4 a 5 anos), Ensino fundamental (6 a 14 anos) e Ensino Médio (15 a 17 anos) e três modalidades, Educação Especial, Educação de Jovens e Adultos e Ensino Profissional. Originalmente, era obrigatório apenas o Ensino Fundamental de 7 a 14 anos, que foi ampliado para nove anos (Lei 11.274, de 06/02/2006), iniciando-se a partir dos seis anos (Lei 11.114, de 16/05/2005) e pela Emenda Constitucional 59, de 11/11/2009, a Educação tornou-se obrigatória dos quatro aos dezessete anos, abrangendo, portanto, a Educação Pré-Escolar, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio. O Ensino Superior compreende os cursos regulares de Graduação, de Pós-Graduação e de Extensão.

6 Dependendo da contagem de população utilizada, em termos nacionais, as taxas de matrícula corresponderiam a 96 ou 97% da população na coorte etária de 7-14 anos. Mesmo que o que falte atender ainda seja significativo, são números muito menores do que os historicamente verificados.

7 Passamos de 3,5 milhões de matrículas em 1990 para 8,2 milhões em 2000.



sobre o Ensino Superior. De outro lado, a demanda por mais qualidade, uma vez que o acesso, a permanência e a conclusão do Ensino Fundamental e, tendencialmente, do Ensino Médio, por parte de populações que eram excluídas por múltiplas reprovações (Cf. Ribeiro & Klein, 2001), fizeram com que se evidenciasse o problema do não aprendido.

Emergiu como questão de política pública o debate acerca da reserva de vagas para determinados grupos, as políticas de ação afirmativa e de cotas. Essas pressões por expansão do Ensino Superior acentuaram a tensão estrutural da universidade entre a excelência e a democracia e impuseram uma reflexão sobre o princípio constitucional da indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão. De um lado, parte significativa da demanda buscou profissionalização de boa qualidade. De outro lado, no contexto da globalização, do aumento da competitividade internacional e da necessidade de maior produtividade, aumentou a demanda por pesquisadores qualificados, o que pressionou, também, a expansão e o aumento da qualidade da Pós-Graduação.

2.2. Acesso à Educação Básica e ao Ensino Superior⁸

No âmbito da universalização do acesso à Educação, o governo federal incluiu entre seus compromissos:

1. Prosseguir com a alfabetização de jovens e adultos, garantindo a continuidade do processo de escolarização, inclusive profissional e, por meio do Programa Mova Brasil, erradicar o analfabetismo de jovens e adultos.
2. Ampliar o acesso à Educação Básica, por meio da universalização do Ensino Fundamental de qualidade, com duração de nove anos e ampliar significativamente a rede de ensino público de nível médio, em especial os CEFETs e IFETs.
3. Ampliar o Ensino Superior de qualidade, criando novas universidades e ampliando as vagas nas universidades federais existentes, além de melhorar sua eficiência.
4. Elevar gradualmente a taxa de conclusão média dos cursos de Graduação presenciais e da relação de alunos por professor nesses cursos.

8 As análises a seguir foram realizadas levando-se em conta a população atual. Entretanto, há que se considerar que o Brasil apresenta uma das mais acentuadas reduções nas taxas de natalidade do mundo, tendo atingido, em 2006, à média de 1,6 filhos por mulher em idade fértil, número abaixo da reposição populacional. Isso implica uma perspectiva de redução da demanda nos próximos anos que, em alguma medida, já é sensível em algumas etapas de escolarização.

5. Expandir a Educação à Distância, utilizando-a para capacitação e formação de professores da Educação Básica.
6. Aprovar a Reforma da Educação Superior.
7. Expandir e qualificar o sistema nacional de Pós-Graduação.

Tomando como primeiro indicador do período analisado os resultados alcançados na alfabetização de jovens e adultos, percebe-se uma queda limitada da taxa de analfabetismo, observando-se, em 2008, um pequeno aumento no número absoluto de analfabetos, ainda que a taxa tenha sofrido pequena redução.

Tabela 1 - População total de 15 anos ou mais e número de analfabetos por grupos etários. Brasil, em anos selecionados.

Ano	População total com + de 15 anos	Analfabetos com + de 15 anos	Total %
2002	125.023.490	14.787.870	11,83
2003	128.164.935	14.797.441	11,55
2006	138.581.447	14.391.064	10,38
2007	141.512.501	14.137.991	9,99
2008	142.999.000	14.247.000	9,96

Fonte: PNAD – IBGE. Elaborada por Inajara Iana da Silva

Dos 14,2 milhões de analfabetos estimados em 2008, 13,5 milhões (95%) tinham mais de 25 anos. O Nordeste concentrava mais da metade do total (7,5 milhões), com taxa de analfabetismo de 19,4%. O gráfico a seguir apresenta dados acerca do analfabetismo funcional (menos de quatro anos de instrução).



Pessoas de 15 anos ou mais; divisão por sexo; em %

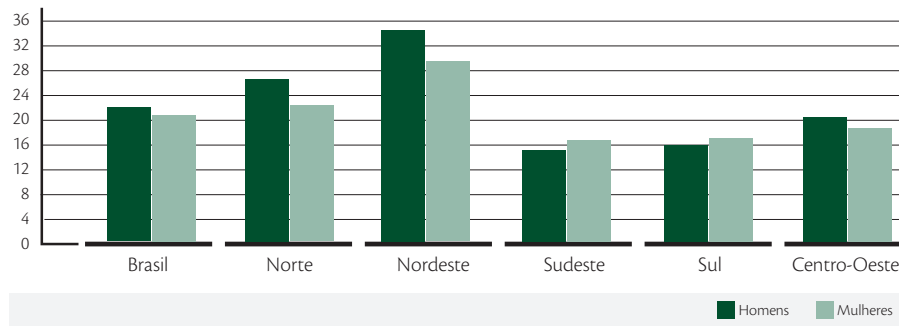


Gráfico 1 - Taxa de analfabetismo funcional.

Fonte: Pnad/IBGE

Há análises que indicam que o analfabetismo está relacionado com as condições gerais de vida da população afetada e que sua eliminação só será possível com a melhora dessas condições, paralelamente ao estancamento da produção de novos analfabetos por parte do sistema de ensino.⁹ Nessas circunstâncias, pode-se compreender a baixa efetividade dos programas na área.

Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a Educação Infantil foi incorporada à Educação Básica e transferida da esfera da assistência social para a educacional. Isso fez com que se desenvolvesse um debate sobre essa etapa da Educação Básica sob uma perspectiva educacional, passando-se a tratar de questões como currículo, avaliação, e necessidades educativas da criança pequena. A partir daí houve um aumento da demanda. Além disso, com a mesma lei impulsionou-se o processo de municipalização do atendimento. A evolução da matrícula na Educação Infantil pode ser observada na Tabela 2, a seguir:

⁹ No período 2003-2010 foi implementado o Programa Brasil Alfabetizado, que atendeu a mais de 10 milhões de alunos. (Cf. Boletim Destaques, 17/03/2010).

Tabela 2 - Matrícula na Educação Infantil segundo a dependência administrativa, e a localização. Brasil, em anos selecionados.

Ano	Dependência Administrativa				Localização		
	Total	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Urbana	Rural
2002	6.130.358	2.460	320.189	4.101.552	1.706.157	5.374.879	755.479
2003	6.393.234	2.458	320.463	4.281.676	1.788.637	5.616.804	776.430
2006	7.016.095	2.471	242.979	4.820.236	1.950.409	6.082.651	933.444
2008	6.719.261	2.238	112.546	4.878.475	1.726.002	5.823.404	895.857
2009	6.762.631	2.454	76.971	4.909.091	1.774.115	5.857.863	904.768

Fonte: INEP. Censo Escolar. Elaborada por Inajara Iana da Silva

Mesmo considerando-se a diminuição da população a ser atendida, devido à incorporação da coorte etária de seis anos ao Ensino Fundamental (aproximadamente 3 milhões de crianças), a matrícula atual representa aproximadamente 40% do grupo etário, com maior carência de vagas na creche (0 a 3 anos). Ainda que exista um debate acerca da conveniência da obrigatoriedade da Educação de 0 a 3 anos, é significativo o número dos que não encontram vaga, particularmente nas cidades médias e grandes, concentrados nos estratos mais pobres.¹⁰ (Cf. Fullgraf, 2008, p. 28)

O crescimento do atendimento, nos últimos anos, foi propiciado, em grande parte, pelo aumento dos processos de conveniamento (compra de vagas) por parte do poder público em instituições pequenas e com condições mais precárias. Isso ocorre fundamentalmente por razões econômicas, já que o atendimento direto (comprometido com padrões mínimos de qualidade) custa mais que os valores atribuídos à creche pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Básico e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB).¹¹

Quanto ao Ensino Fundamental, a evolução da matrícula pode ser observada na tabela a seguir:

10 Esse é um argumento favorável à Emenda Constitucional 59, que tornou compulsória a Educação a partir dos quatro anos, pois ela representará a possibilidade de incorporação ao sistema de Ensino das populações mais pobres, as que hoje estão fora dessa etapa da Educação Básica.

11 O FUNDEB prevê um valor de gasto para a creche em tempo parcial igual a 0,8 vezes o valor de referência (1,1 vezes para a creche em tempo integral), enquanto que a campanha nacional pelo direito à Educação prevê que o adequado seria 2,7. (Cf. www.observatoriodaeducacao.org.br, acesso em 20/04/2010).



Tabela 3 - Matrícula no Ensino Fundamental, segundo a dependência administrativa. Brasil, em anos selecionados.¹²

Região/ Ano	Matrícula por Dependência Administrativa									Matrícula Bruta % ¹¹
	Total	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Privada	%	
Brasil										
2002	35.150.362	26.422	0,1	14.236.020	40,5	17.653.143	50,2	3.234.777	9,2	129,23
2003	34.438.749	25.997	0,1	13.272.739	38,5	17.863.888	51,9	3.276.125	9,5	126,61
2006	33.282.663	25.031	0,1	11.825.112	35,5	17.964.543	54,0	3.467.977	10,4	122,36
2008	32.086.700	25.622	0,1	11.000.916	34,3	17.442.158	54,4	3.618.004	11,3	104,86
2009	31.705.528	25.005	0,1	10.572.496	33,3	17.329.638	54,6	3.778.389	11,9	*

Fonte: INEP. Censo Escolar. Elaborada por Inajara Iana da Silva

*Dado ainda não disponível no fechamento deste estudo.

A matrícula total está tendendo a estabilizar-se em torno da população na faixa etária (aproximadamente 30 milhões), o que indicaria uma situação de “fluxo perfeito” (quem entra no Ensino Fundamental, o conclui nove anos depois). O atendimento tem sido feito majoritariamente pelas redes municipais, mesmo nos Estados do Sudeste, onde ainda é grande a presença da rede estadual. O setor privado tem mantido sua matrícula praticamente estabilizada, aparentemente indicando que se atingiu o teto potencial para essa rede, em virtude de limitações nas condições econômicas da população. Nesta etapa, a principal questão é a qualidade. Os índices de reprovação são relativamente altos (11,3% para o país em 2008), com variações acentuadas entre as regiões (de 15% no Norte e no Nordeste a 8,9 % no Sudeste). Enquanto a evasão tem diminuído (4,4% para o país, 1,7% na região Sul e 7,3% no Norte), os níveis de proficiência nas provas nacionais são alarmantemente baixos. Na prova Brasil de 2007, apenas 27,9% e 23,4% dos alunos da quarta série do Ensino Fundamental atingiram o nível de proficiência adequado para a idade, em Português e Matemática, respectivamente. Para os alunos da oitava série, esses percentuais foram de 20,5% e 14,3%, e para o terceiro ano do Ensino Médio, de 24,8% e 9,7%.

No período em análise, implantaram-se vários programas visando enfrentar o problema. A maioria deles foi reunida no Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), que será analisado mais adiante.

12 Taxa de Matrícula Bruta (TMB) é a relação entre o número total de matriculados num dado nível ou etapa de Ensino e a População na Faixa Etária considerada ideal para o mesmo. A Taxa de Matrícula Líquida (TML) é a relação entre os matriculados com idades “corretas” e a População nessa faixa etária. A TMB indica a capacidade de atendimento do sistema, enquanto que a TML indica o grau de atendimento dentro da faixa etária ideal. Quanto mais próximas de 100% estas taxas, maior será a eficiência do sistema de ensino.

Além disso, a duração do Ensino Fundamental foi ampliada para 9 anos, e seu início foi fixado nos 6 anos de idade.

Na outra etapa da Educação Básica, o Ensino Médio, cujos dados de matrícula são apresentados na Tabela 4, observa-se redução na matrícula total entre 2002 e 2008, com uma pequena retomada em 2009. Note-se que esse total está abaixo do número de pessoas que deveria frequentá-lo (população de 15 a 17 anos: 10,3 milhões de pessoas em 2008).

Tabela 4 - Matrícula no Ensino Médio, segundo a dependência administrativa. Brasil, em anos selecionados.

Brasil/ Ano	Dependência Administrativa								
	Total	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Particular	%
2.002	8.710.584	79.874	0,9	7.297.179	83,8	210.631	2,4	1.122.900	12,9
2.003	9.072.942	74.344	0,8	7.667.713	84,5	203.368	2,2	1.127.517	12,4
2.006	8.903.494	67.650	0,8	7.584.391	85,2	186.045	2,1	1.068.734	12,0
2.008	8.272.159	82.033	1,0	7.177.377	86,8	136.167	1,6	970.523	11,7
2.009	8.366.100	90.353	1,1	7.163.020	85,6	110.780	1,3	973.007	11,6

Fonte: INEP. Censo Escolar. Elaborada por Inajara Iana da Silva

Iniciou-se, portanto, um processo de redução da matrícula total no Ensino Médio, o que já havia ocorrido também no Ensino Fundamental, quando se atingiu 130% de matrícula bruta em 2000. Essa dinâmica decorreu do fato de que a maior parte dos que estão no sistema com defasagem série-idade passaram a se formar. Isto foi evidenciado pelo aumento da taxa de matrícula líquida. Entretanto, a redução da matrícula está ocorrendo antes de o sistema ter capacidade para absorver toda a população na faixa etária. Assim, a meta de universalizá-lo passa pela resolução de questões mais complexas do que simplesmente aumentar a oferta de vagas. Essa diminuição na matrícula pode se relacionar:

- 1) Ao aumento do número de concluintes no Ensino Médio e a uma redução das novas matrículas, decorrentes da redução no número de concluintes do Ensino Fundamental;
- 2) À diminuição da população a ser atendida, devido à queda de natalidade. (Cf. Corbucci, 2009);
- 3) Ao aumento da evasão ou “não matrícula”, envolvendo, de um lado, o chamado para o trabalho e, de outro, o da atratividade (ou sua falta) no Ensino Médio.



Esse último aspecto, identificado como causa importante dos problemas de acesso e permanência, relaciona-se, também, ao fato do currículo do Ensino Médio ser excessivamente acadêmico e pouco relacionado com a vida real e a cultura das populações que passaram a freqüentá-lo nos últimos anos. Uma noção que parece dar conta do conjunto de preocupações relacionadas ao Ensino Médio seria o de “protagonismo juvenil”. (Cf. Ferretti, Zibas & Tartuce, 2004).

De fato, compreender a escola média como uma escola destinada aos jovens implica enfrentar um conjunto de desafios que o currículo atual, ao que parece, não está sendo capaz de fazer. Nessa perspectiva, no ano de 2009, o Conselho Nacional de Educação (CNE), por proposta do Ministério da Educação, autorizou a realização de experiências inovadoras em cerca de cem escolas, com financiamento específico para tal, visando estudar novas alternativas de melhoria da qualidade e da atratividade do ensino.

Quanto ao Ensino Profissional, foi criado o Brasil Profissionalizado, para a formação de mão-de-obra, desenvolvido em parceria com os Estados, buscando-se melhorar a infraestrutura, os equipamentos e a formação de professores dessa modalidade de ensino.¹³

Tabela 5 - Matrículas no Ensino Profissional. Brasil, anos selecionados.

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
2002	72.249	187.196	19.698	285.899	565.042
2003	79.484	165.266	19.648	324.985	589.383
2006	79.878	233.710	23.074	408.028	744.690
2008	77.074	257.543	29.191	431.651	795.459
2009	86.634	271.128	25.695	477.657	861.114

Fonte: INEP. Censo Escolar. Elaborada por Inajara Iana da Silva

A expansão observada (aumento de 52%) ancorou-se fortemente no setor privado (que ofertou a maior parte das vagas e teve um crescimento na matrícula na ordem de quase 67%). Mas o padrão desse crescimento deverá ser modificado nos próximos anos, pelo incremento da oferta pública federal.

Outra iniciativa notável foi a celebração, em 2008, de acordo com o Sistema S (SESI, SENAI, SESC, SENAR e SENAC), com vistas a ampliar o número de vagas gratuitas oferecidas por suas redes de esco-

¹³ Foram celebrados convênios com 18 Estados, em 2008 e 2009, para construção, reforma e ampliação de escolas, com investimento total de R\$ 1,2 bilhão. (Cf. Boletim Destaques, mar.abr. 2010, consulta em 15/03/2010).

las.¹⁴ Esse processo foi pioneiro, assegurando-se destinação pública a parte dos recursos repassados para esse sistema.

Em seu conjunto, os dados sobre a Educação Básica indicam que ainda há muito a investir no atendimento em creche, na atratividade do Ensino Médio e sobretudo na qualidade da formação oferecida. Observa-se também que a taxa de matrícula líquida, nesta etapa, está em ascensão, mas ainda é pequena (atualmente na faixa de 50%), assim como há pequena variação na conclusão, atualmente um pouco superior a 1,8 milhões de alunos por ano. Isso, associado à maior demanda do mercado de trabalho por profissionais escolarizados, em função das modificações em curso no processo produtivo, tem feito com que a demanda pelo Ensino Superior se mantenha alta.

Na faixa etária de 15 a 17 anos, observa-se um número significativo de adolescentes fora da escola e, da mesma forma, entre os que se encontram na escola, permanece significativa a defasagem escolar. São aspectos positivos a se destacar a consolidação do processo de universalização do Ensino Fundamental, a tendência de aproximação entre a conclusão do Ensino Fundamental e a população no grupo etário correspondente, e a implantação de políticas de transferência de renda, que têm propiciado às populações mais pauperizadas a possibilidade de enfrentamento dos custos indiretos da escolarização, particularmente os relativos aos “salários não recebidos”¹⁵ e as iniciativas que visam equacionar a questão curricular no Ensino Médio.

Na mesma linha de incorporação de segmentos marginalizados do sistema escolar, para os quais foram desenvolvidas iniciativas específicas, pode-se citar o Escola Ativa, política para as classes multisseriadas, compreendendo formação dos profissionais, elaboração, aquisição e distribuição de materiais pedagógicos específicos e apoio à gestão das escolas e dos sistemas de ensino, assim como o Projovem Campo (Saberes da Terra) que fornece bolsa de estudos para jovens agricultores alfabetizados que estejam fora da escola.

O Ensino Superior atingiu, em 2008, uma matrícula bruta, referenciada na população de 18 a 24 anos, de 21,9%. Essa expansão vem sendo alavancada fundamentalmente pela iniciativa privada, apesar do significativo aumento da oferta na rede pública. A tabela a seguir mostra o total de matriculados por dependência administrativa.

14 Decretos 6.632, 6.633, 6.635 e 6.637/08, que estabelecem que parte dos recursos recebidos por essas instituições deve ser gasto na oferta de vagas gratuitas.

15 Segundo Theodore Schultz (1967) o salário não recebido é um componente do custo educacional, correspondente ao valor do tempo do estudante, ou seja, seria o salário que o aluno ganharia se estivesse trabalhando e não estudando. Para as famílias mais pobres esse custo da escolarização seria insuportável, explicando-se assim a evasão, apesar de existir oferta gratuita de Educação.



Tabela 6 - Matrícula no Ensino Superior. Brasil, anos selecionados.

Ano	Total	%	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Privada
2002	3.479.913	15,28	531.634	11,94	415.569	3,00	104.452	69,78	2.428.258
2003	3.887.022	14,61	567.701	11,39	442.706	3,26	126.563	70,77	2.750.652
2006	4.676.646	12,61	589.821	10,30	481.756	2,94	137.727	74,14	3.467.342
2008	5.080.056	12,66	643.101	9,65	490.235	2,77	140.629	74,92	3.806.091

Fonte: INEP. Censo Escolar. Elaborada por Inajara Iana da Silva

Após 2006 o governo federal investiu mais intensamente na expansão da rede federal, criando 14 universidades¹⁶ e expandindo a rede de CEFETs/IFETs, de 140, em 2002, para 366 (226 a mais) ainda em 2010. Observe-se também que tal expansão contemplou um amplo processo de interiorização, passando-se a ter uma melhor distribuição da rede de escolas pelo país.

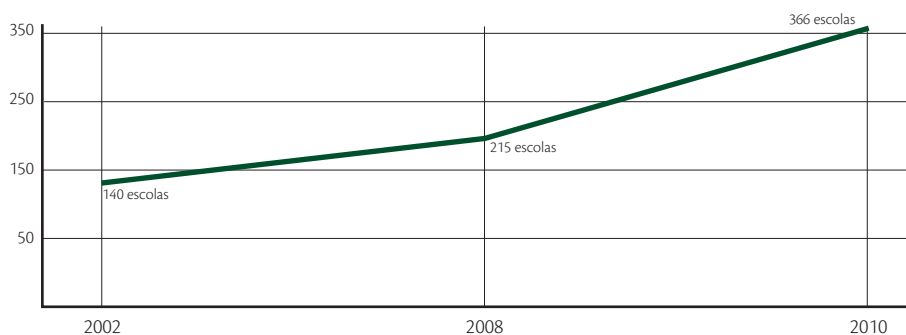


Gráfico 2 - Cenário da Rede Federal até 2010.

Fonte: Ministério da Educação.

Complementarmente à expansão da oferta, foram implantadas políticas de aumento da equidade no ingresso, onde se destacaram as políticas de cotas para estudantes negros e indígenas, em 27 Universidades e CEFETs. Ainda que a questão esteja em apreciação pelo Supremo Tribunal Federal (STF) quan-

16 Segundo informação de março de 2010, "A expansão do Ensino Superior, aliada ao Programa Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), está ampliando a oferta e garantindo a permanência de alunos nas instituições de Educação Superior. O número de vagas em graduação presencial aumentou de 106,8 mil em 2003 para 186,9 mil em 2009. Serão ao todo 59 universidades federais e 282 campi até o final de 2010." (Caderno Destaques, www.planalto.gov.br, acesso em 13/03/2010).

to à sua constitucionalidade, seus impactos na mudança do perfil do alunado nas universidades que a adotaram são importante elemento de democratização.

A iniciativa privada, por sua vez, priorizou algumas regiões, particularmente o estado de São Paulo, onde detém aproximadamente 87% da matrícula, enquanto a média brasileira nas instituições privadas é de 74,9%, fazendo-o preferencialmente em cursos noturnos, mais acessíveis à população trabalhadora,¹⁷ e oferecendo cursos que precisam de menos infraestrutura.¹⁸ O setor privado optou, majoritariamente, por se organizar em instituições não universitárias, preferencialmente centros universitários, faculdades integradas ou isoladas, enquanto o setor público o faz em universidades. Isso ocorre porque as universidades têm responsabilidade com a pesquisa, que exige investimentos adicionais, com pequeno retorno no curto prazo.

O crescimento da matrícula total no período foi de 46%, de modo diferenciado segundo a natureza administrativa. Nas federais cresceu 21% e na rede privada, 57%. Uma parte do crescimento da matrícula no setor privado decorreu do Programa Universidade Para Todos (PROUNI),¹⁹ que converte impostos não pagos em vagas gratuitas ou parcialmente gratuitas.²⁰ Evidentemente, para os beneficiários, nas condições atuais, tem sido a única possibilidade de acesso ao Ensino Superior. Daí sua popularidade.²¹

Entretanto, levantam-se dois tipos de ressalva a esse programa. Primeiro, que tem havido um baixo controle de qualidade das instituições beneficiadas.²² Todavia, a ação do MEC tem sido a de retirar do programa, ou de não renovar a participação, ou ainda de não conceder vagas adicionais para institui-

17 Nesse particular os desníveis na oferta são visíveis. Enquanto que a média de matrícula no noturno é 62,6%, nas escolas públicas tal índice é de 37,7%, e nas instituições privadas, 70,9%. Considerando-se apenas as universidades, o ensino noturno representa 52,9% do total, no setor público o noturno representa 34% e no privado 66,3%. Vale dizer, a universidade pública é "diurna", a privada é "noturna" e ambas as categorias administrativas oferecem mais vagas à noite em instituições não universitárias. (Cf. Censo da Educação Superior, 2009).

18 Os cursos com maior número de matrículas são administração de empresas e pedagogia, que necessitam pouco investimento em infraestrutura e equipamentos.

19 Programa lançado pelo governo federal em 2004, por meio da Medida Provisória 213/2004, alterado pelo decreto n. 5.245, de 10/07/2004, e transformado na lei 11.096, de 13/01/2005. Para uma análise da tramitação do PROUNI no Congresso ver Catani, Hey & Giglioli, 2006 e Carvalho, 2006.

20 Em 2010 foram oferecidas 165 mil vagas nesse programa (86 mil integrais e 79 mil parciais, com isenção de 50%). Segundo o Caderno Destaques (www.planalto.gov.br, acesso em 22/02/2010), foram concedidas 596 mil bolsas de 2005 a 2009.

21 Eugênia Marques (2010) estudou a percepção dos usuários desse programa em duas universidades sul-matogrossenses.

22 Segundo Lisandra Paraguassu, em matéria veiculada pelo O Estado de S. Paulo, em 20/01/2009: "Cruzamento feito pelo Estado com os dados do Índice Geral de Cursos (IGC) - anunciado pela primeira vez em setembro de 2008 e que permite comparar o desempenho das instituições - mostra que 22,9% das que oferecem vagas no PROUNI têm desempenho 1 e 2, o que pode ser traduzido como cursos com baixa ou baixíssima qualidade. Ou seja, de 991 instituições no programa, 227 tiveram desempenho baixo. Os conceitos do IGC variam de 1 a 5".



ções de ensino que tenham obtido consecutivamente dois conceitos negativos no SINAES ou que tenham recebido avaliação inferior a 3 na edição mais recente do ENADE.²³

Segundo, questiona-se o modelo de isenções fiscais adotado, argumentando-se que seria mais indicado investir na ampliação do setor público por meio de políticas de diversificação institucional e aumento da eficiência das instituições existentes com programas como o REUNI. (Cf. Carvalho, 2006)

Por sua vez, estudo realizado recentemente comparou alunos bolsistas e não bolsistas do PROUNI de um mesmo curso dentro de uma mesma instituição. Os resultados mostraram que alunos bolsistas ingressantes teriam, em média, desempenho acadêmico melhor que os não bolsistas, enquanto que os bolsistas concluintes teriam desempenho semelhante ao dos não bolsistas.²⁴ Do ponto de vista dos bolsistas, pesquisa realizada pelo IBOPE com base em 1200 entrevistas evidencia também que 86% dos entrevistados classificam o PROUNI na categoria ótimo.²⁵

O atendimento no setor público, apesar de crescente, não acompanhou o crescimento da matrícula total. A alternativa mais promissora em termos de expansão pública com qualidade tem sido a ampliação das matrículas nos Centros Tecnológicos (CEFETs e IFETs).

Entretanto, apesar do seu impacto na matrícula total ser ainda relativamente pequeno, importa ressaltar a sua organicidade no sistema educacional como um todo, uma vez que ela se articula também com a questão da formação profissional de nível pós-médio.

Outra iniciativa que expandiu o número de vagas para formação superior no setor público foi a Universidade Aberta do Brasil,²⁶ que tem oferecido formação à distância e cujo “principal objetivo é oferecer

23 Vide Lei N° 11.096/2005, Lei N° 11.509/2007 e Portaria MEC N° 15 de 27/11/2009.

24 MEC. Avaliando o desempenho no Enade de bolsistas do ProUni. Na Medida (Boletim de Estudos Educacionais do INEP). Ano 1, N° 3. Brasília: Setembro de 2009, pp. 14-17.

25 IBOPE Inteligência. Sumário analítico: Pesquisa de Opinião Pública sobre o ProUni e Assuntos Relacionados à Educação. São Paulo, Março de 2009.

26 “A Universidade Aberta do Brasil é um sistema integrado por universidades públicas que oferece cursos de nível Superior para camadas da população que têm dificuldade de acesso à formação universitária, por meio do uso da metodologia da Educação à distância. O público em geral é atendido, mas os professores que atuam na Educação Básica têm prioridade de formação, seguidos dos dirigentes, gestores e trabalhadores em Educação Básica dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. Instituída pelo Decreto 5.800, de 8 de junho de 2006. (...) Atualmente, 88 instituições integram o Sistema UAB, entre universidades federais, universidades estaduais e Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFETs). De 2007 a julho de 2009, foram aprovados e instalados 557 pólos de apoio presencial com 187.154 vagas criadas. A UAB, ademais, em agosto de 2009, selecionou mais 163 novos pólos, no âmbito do Plano de Ações Articuladas, para equacionar a demanda e a oferta de formação de professores na rede pública da Educação Básica, ampliando a rede para um total de 720 pólos.” (Cf. www.uab.capes.gov.br, acesso em 17/04/2010)

formação inicial a professores em efetivo exercício na Educação Básica pública que ainda não tenham graduação, o que significa atender à demanda de milhares de profissionais e de redes públicas de ensino, além de propiciar formação continuada.” (www.pde.mec.gov.br, acesso em 17/04/2010).

Ainda que essa seja uma alternativa a ser considerada para as regiões mais isoladas, particularmente a Amazônia, o país ainda possui pouca expertise na modalidade, e as experiências em curso ainda não permitem avaliações conclusivas, ainda que, no momento, seja uma alternativa para a oferta de Ensino Superior.

A Pós-Graduação, reconhecida como um dos componentes mais sólidos da Educação no Brasil, manteve intenso crescimento no período em análise, reduzindo drasticamente a necessidade de formação de quadros no exterior na maioria das áreas do conhecimento. A evolução do número de programas de doutorado entre 2002 e 2008, por grandes áreas do conhecimento, é apresentada a seguir, na Tabela 7.

Tabela 7 - Número de esses de doutorado por áreas do conhecimento. Brasil, anos selecionados.

Grande área	2002	2003	2006	2008
Total	923	942	1.185	1.320
Ciências Agrárias	110	112	147	165
Ciências Biológicas	116	120	152	150
Ciências da Saúde	211	221	257	271
Ciências Exatas e da Terra	116	117	134	150
Ciências Humanas	131	134	163	186
Ciências Sociais Aplicadas	64	64	94	109
Engenharias	93	94	127	133
Linguística, Letras e Artes	58	58	68	73
Multidisciplinar	24	22	43	83

Fonte: Brasil: Doutores 2010 (MCT e CGEE), a partir de dados da Coleta Capes (Capes, MEC). (Tabulação especial elaborada pela Capes em 03/02/2010).

Observou-se uma expansão significativa, de 6,1% ao ano, no número de programas. Tal expansão tem sido vital para o desenvolvimento tecnológico e científico do país e para o aumento da competitividade da economia brasileira, uma vez que a Pós-Graduação é, por excelência, o nicho da pesquisa. A política contínua de expansão da Pós-Graduação no Brasil levou, por outro ângulo, à formação de competências nos mais diversos campos do conhecimento, com a ampliação ainda mais expressiva na



capacidade de formar novos doutores nas últimas décadas. O Gráfico 3 retrata essa evolução: entre 2002 e 2008, o número de doutores titulados cresceu à taxa de 8,5% ao ano:

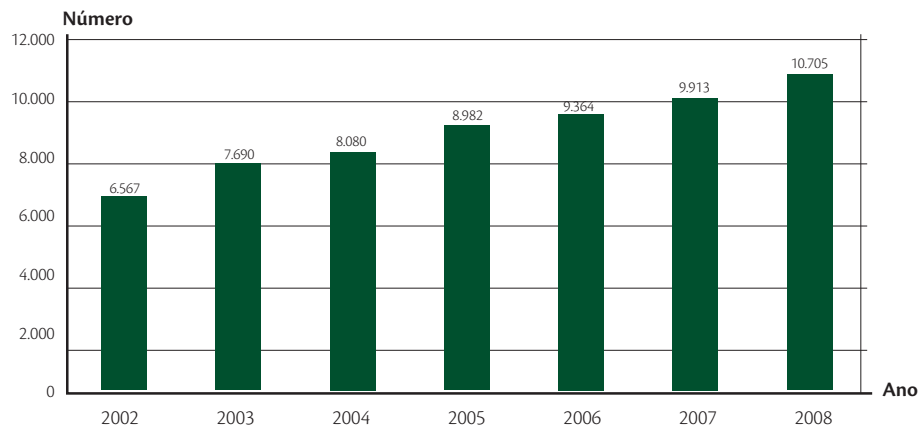


Gráfico 3 - Número de doutores titulados no Brasil, 2002-2008.

Fonte: Demografia da Base Técnico-científica. Relatório final. Brasília: CGEE, 2009

Elaborado a partir de dados da Coleta Capes (Capes, MEC)

A Pós-Graduação constitui a base sobre a qual se expande o sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I). Os doutores têm também, além da função de desenvolver a pesquisa, a de formar novos quadros, inclusive novos doutores, para o sistema. Em 2002, formaram-se no Brasil, nas diversas áreas do conhecimento, 6,567 doutores; em 2008, formaram-se 10,705 doutores; uma trajetória de expansão, sustentada ao longo de todo o período, de 218%.

A composição do contingente de doutores segundo o perfil das respectivas áreas de conhecimento apresenta, no entanto, problemas. Predominam as Ciências Humanas e Sociais (incluindo Linguística, Letras e Artes), que avançam relativamente sobre as demais, especialmente com relação às Ciências Exatas e da Terra, as Engenharias e as Ciências Biológicas. Ainda que as Ciências Humanas e Sociais tenham papéis relevantes no desenvolvimento do país, os especialistas concordam que essa expansão relativa é indesejada. A maior competitividade da economia exige a aplicação do conhecimento científico aos processos produtivos, e a introdução de novas formas de organização da produção e de novos produtos. O conhecimento necessário para enfrentar tal desafio repousa nas ciências exatas e biológicas e nas tecnologias. Por essa razão, é importante estimular a formação dos doutores nessas áreas bem como criar as condições para que a atividade profissional dos portadores desses conhecimentos ocorra também fora das universidades, especialmente nas empresas.

Para um sistema de CT&I, que deve encarar responsabilidades cada vez maiores frente às demandas de inovação, o perfil atual das áreas precisa ser revertido, mediante novos incentivos e programas específicos, para permitir respostas objetivas aos desafios do desenvolvimento do país. É nas áreas das Engenharias (incluindo campos como a Ciência da Computação) e das Exatas e Biológicas²⁷ que o país deve buscar formar, preferencialmente, as competências necessárias para o seu desenvolvimento.

Ao contrário do perfil das áreas de conhecimento, o perfil regional da formação de doutores no Brasil parece evoluir na direção almejada da redução de desigualdades. Os programas de doutorado existentes no país se desconcentraram de forma crescente em direção aos Estados menos abastados da Federação.

Em 1996, 72,1% desses programas situavam-se na região Sudeste, enquanto que, em 2008, apenas 60,4% localizavam-se ali. Em consequência, se em 1996 era de 88,6% a proporção de doutores titulados no Sudeste, em 2008, 70,1% dos doutores fizeram seu curso na região.²⁸ Todas as demais regiões ganharam posição relativa nesse período. Ademais, como é possível supor, muitos desses titulados no Sudeste eram oriundos de outras regiões, reforçando a percepção de que um efetivo movimento de desconcentração da base técnico-científica do país está em curso.

A condição de emprego dos doutores segue a mesma orientação, minorando a forte atração exercida pela região Sudeste como seu campo de atuação. Entre 1996 e 2008 caiu a participação relativa do contingente de doutores empregados no Sudeste, que passou de 68,3% do total para 53,0%.

Outra característica interessante da trajetória recente foi a inversão na proporção de homens e mulheres no conjunto dos doutores titulados a cada ano. Se em 1996 eram 1.540 homens para 1.222 mulheres, em 2008, eram 5.476 mulheres para 5.154 homens; uma proporção, nesse último ano, de 51,5% para o gênero feminino, o que contribuiu, ao menos nas camadas de maior qualificação técnico-científica, para a diminuição das desigualdades de gênero no país.

Os ganhos em termos de recursos humanos dedicados à CT&I fizeram-se acompanhar por uma evolução muito favorável dos recursos despendidos no setor. A constatação mais importante no período analisado foi a da estabilidade na alocação de recursos públicos federais para a infraestrutura de C&T, historicamente submetida a incertezas e discontinuidades, desde que se iniciou a institucionalização do sistema nacional de C&T, nos anos 1950.

²⁷ Conforme a Demografia da Base Técnico-Científica. Relatório final. Brasília: CGEE, 2009.

²⁸ Conforme a Demografia da Base Técnico-Científica. Relatório final. Brasília: CGEE, 2009.



Tabela 8 - Investimentos públicos em Ciência e Tecnologia. Brasil, 2003-2008

Ano	Investimentos Públicos em C&T (em milhões de R\$ correntes)			% em relação ao total	% em relação ao PIB
	Federais	Estaduais	Total	Públicos	Públicos
2003	7.392,5	3.705,7	11.098,2	51,88	0,65
2004	8.688,2	3.900,5	12.588,6	52,36	0,65
2005	9.570,1	4.027,3	13.597,4	49,85	0,63
2006	11.476,6	4.282,1	15.758,6	51,87	0,66
2007	14.083,5	5.687,4	19.770,9	53,93	0,76
2008	16.003,8	6.595,4	22.599,2	52,99	0,78

Fonte: MCT

A partir dessa estabilidade, observou-se um aumento significativo no aporte de recursos públicos federais para a infraestrutura de CT&I. De fato, de acordo com os dados da Tabela 8, os investimentos públicos em CT&I evoluíram de pouco mais de R\$ 11 bilhões em 2003 (0,65% do PIB) para aproximadamente R\$ 22,6 bilhões em 2008 (0,78% do PIB). A execução orçamentária por parte do Ministério da Ciência e Tecnologia saltou de aproximadamente R\$ 1,9 bilhão em 2002 (aproximadamente 0,10% do PIB) para R\$ 6,5 bilhões para 2009, prevendo-se R\$ 8,0 bilhões, em 2010.

Como resultado do esforço conjunto de todas as frentes da Educação, desde o Ensino Básico até a Pós-Graduação e o apoio à Ciência e Tecnologia, pode-se afirmar que o sistema educacional expandiu-se no período 2002-2008, ocasionando, como conseqüência, uma ampliação da escolaridade média da população de 10 anos e mais (Tabela 9). Há progresso em todas as regiões do país e em especial no Nordeste.

Tabela 9 - Número médio de anos de estudo. Brasil e Grandes Regiões, 2002 e 2008.

Ano	Brasil	Sul	SE	NE	NO	CO
2002	6,2	6,7	6,9	4,9	6,1	6,5
2008	7,1	7,5	7,7	5,9	6,5	7,3

Fonte: Pnad. 2008. Elaboração dos autores.

Da população de 10 anos e mais, 16,3 milhões têm menos de um ano de instrução, 20,3 milhões têm de um a três anos e 45,3 milhões têm de quatro a sete anos, abaixo da média nacional, indicando que

mesmo com os progressos alcançados, o objetivo de elevar a média de escolarização da população para 12 anos ainda está distante e vai manter-se na agenda política nos próximos anos.²⁹

Para que o país se consolide como potência emergente é necessário elevar a produtividade e a competitividade da economia. Esforços para aumentar o investimento em infra-estrutura e atividades produtivas são essenciais, mas devem estar acompanhados de um massivo esforço para melhorar substancialmente o conhecimento em todos os níveis. O conhecimento detido pela população é elemento diferenciador da qualidade e da sustentabilidade do desenvolvimento econômico e social. Esse componente permitirá a superação de importante restrição a uma inserção mais competitiva do Brasil no contexto da economia mundial.

2.3. Qualidade da Educação Básica e Superior

Dentre os compromissos firmados pelo governo federal em relação à qualidade da Educação, pode-se elencar:

1. Fazer valer os padrões de qualidade estabelecidos para o funcionamento de instituições públicas e privadas, com vistas a garantir a adequação e a efetividade do atendimento.
2. Definir padrões de qualidade e auxiliar aos Municípios com piores resultados para melhorar sua gestão e qualidade de ensino.
3. Formar profissionais de Educação competentes, atualizados e em número necessário.
4. Promover nas escolas públicas de Ensino Fundamental e Médio, ampla inclusão digital com adequada capacitação de professores e gestores. Equipar as escolas de Ensino Fundamental e Médio com laboratórios de informática, conectados à rede de Internet em banda larga.
5. Implantar programa de livros didáticos, cobrindo todos os componentes curriculares do Ensino Médio.
6. Dar continuidade e aperfeiçoar aos programas nacionais de avaliação do Ensino Básico e Superior.
7. Alcançar a meta de alfabetizar todas as crianças até os oito anos.

²⁹ Para que isso seja atingido, será necessário ampliar substantivamente a escolarização Pós-Média.



Apontada como a mais importante deficiência da Educação brasileira, a qualidade é princípio constitucional (CF, art. 206, IV) e tema de difícil equacionamento. Por estar constitucionalizada, pode-se, no limite, ir aos tribunais exigí-la como componente do direito à Educação de cada um (Cf. Oliveira & Araújo, 2005 e Oliveira, 2006, 2007b). Assim sendo, é necessário objetivá-la. A forma mais direta de perceber essa idéia é considerar-se a dimensão “condições materiais de funcionamento” das escolas. Ainda que essa dimensão não esgote o que se pode entender por qualidade de ensino, é intuitivo que sem condições mínimas uma escola é incapaz de garantir ensino de qualidade. A segunda dimensão diz respeito aos resultados do processo educacional.³⁰ Se tomarmos o aporte de recursos para a melhoria da qualidade, pode-se citar o FUNDEB, que ampliou a complementação anteriormente realizada pela União aos Estados e Municípios e o Piso Nacional de Salários do Magistério da Educação Básica.

No que diz respeito aos resultados, os programas nacionais de avaliação (SAEB, ENEM, avaliação da Pós-Graduação, avaliação do Ensino Superior, generalização do ENEM para acesso ao Ensino Superior) foram mantidos e incrementados com a introdução da Prova Brasil, versão censitária do SAEB, do Provinha Brasil e do Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos (ENCCEJA). Esse esforço de manter o robusto sistema de avaliação criado no país nas últimas décadas foi positivo, pois tais programas possibilitam a melhora no acompanhamento e na avaliação dos sistemas de ensino.

Os resultados dessas medidas em larga escala permitiram a construção de vários indicadores de monitoramento, tanto na Educação Básica quanto na Superior. Entre eles, uma novidade importante foi o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), em 2007. Esse índice é uma combinação de aprovação com proficiência em Língua Portuguesa e Matemática. Modelado pelos patamares dos países da OCDE, o IDEB estabeleceu objetivos para o país, para cada sistema de ensino e cada escola, de modo a que, em 2021, venhamos a atingir o nível educacional dos países desenvolvidos em termos de proficiência em Linguagem e Matemática. Teve o mérito de combinar resultados importantes, pois é desejável que os níveis de proficiência melhorem e aumentem os percentuais de aprovação (Fernandes, 2007). Entretanto, ele não pode se confundir com um indicador de qualidade, pois não sintetiza tudo o que se entende por educação de qualidade.

30 Não será analisada aqui a terceira dimensão, referente aos processos educacionais que ocorrem no interior das escolas. (Cf. Oliveira & Araújo, 2005)

Também foram tomadas iniciativas no sentido de melhorar as condições físicas de funcionamento das escolas com medidas de promoção da inclusão digital.³¹ A ampliação da cooperação técnica da União, para induzir melhorias na qualidade, aglutinou-se em torno do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), lançado em 2007 e materializado em mais de quarenta programas.

Na efetivação do PDE, cabe destaque ao Plano de Ações Articuladas (PAR), parte do compromisso “Todos pela Educação”.³² Trata-se de desenvolvimento, com a colaboração técnica da União, de planos de ação visando melhoria de indicadores educacionais de Estados e Municípios. Tal iniciativa, ancorada em transferências voluntárias de recursos da União, representou um movimento diferenciado de relação com os entes federados, particularmente os mais pobres e com menos condições técnicas de desenvolver políticas próprias, no sentido de maior colaboração da União aos entes subnacionais para a melhoria da Educação.

Ao lado desse apoio na gestão, uma questão substantiva para a melhoria da Educação que aparece com ênfase na literatura é a relativa ao professorado. Um aporte ao debate foi apresentado pelo Relatório McKinsey (2007) sobre sistemas de ensino de sucesso, que analisou os sistemas educacionais que apresentavam melhores resultados nas comparações internacionais. Suas conclusões apontam no sentido de priorizar o aperfeiçoamento do professorado, entendendo que isso se desdobraria em três dimensões, “atratividade”, “formação” e “retenção”.

No Brasil, a atratividade da profissão, ainda que apresentando melhora nos últimos anos (Moriconi, 2008), é pequena. Hoje, um jovem que tenha possibilidade de ser aprovado no vestibular de um curso mais concorrido, não opta por cursar uma licenciatura, que forma professores.

Por outro lado, há muita discussão em torno do modelo mais adequado de formação, mas longe estamos de conseguir um acordo nacional sobre isso³³ (Gatti & Barreto, 2009). No que se refere à terceira dimensão, a retenção, a situação do Brasil é crítica. Segundo dados organizados por Dilvo Ristoff (2008), o Brasil, nos últimos 25 anos, formou mais professores do que o número de postos de trabalho

31 No âmbito do PDE foram aglutinados programas de melhoria da infraestrutura física das redes de Ensino. Entre estas podem ser destacadas a aquisição de laboratórios de informática para escolas de Educação Básica, assim como instalação de banda larga (Proinfo), salas de recursos multifuncionais e aquisição de ônibus escolares entre outros programas de suporte à infraestrutura. Segundo informação constante do boletim Destaques (mar. 2010), foram adquiridos 54.749 laboratórios e instalada banda larga em 42.668 escolas, em 2008 e 2009, instaladas 15.551 salas multifuncionais entre 2005 e 2009, adquiridos 5.721 ônibus escolares em 2008-2009 e implementado programa de eletrificação de escolas em zonas rurais entre outras iniciativas.

32 Decreto 6.094, de 24/04/2007.

33 Entre as medidas de estímulo tomadas nesse particular, cite-se o PIBID – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência, destinado a estudantes de licenciatura plena de instituições municipais e comunitárias.



de professor existentes no país, mas o número dos que estão em exercício e que possuem formação adequada é menor que o de funções docentes. Isso significa que parte dos formados não permanece na profissão, tornando central a questão de se reter os bons profissionais. Isto remete ao debate sobre condições de trabalho e carreira.

No quesito condições de trabalho, a principal medida implantada nos últimos anos foi o estabelecimento do Piso Nacional de Salários do Magistério, o que indica o reconhecimento de que a mudança de qualidade do magistério requer salários iniciais condizentes com a importância social de sua atividade e que sejam crescentes ao longo da vida, caso contrário o bom profissional encontraria opções mais atrativas, inclusive no próprio sistema de ensino.

Nessa medida, há um problema conceitual com os planos de carreira nos quais o professor, para progredir, tenha de deixar de ser professor, tornando-se coordenador, diretor, supervisor etc. É certo que houve avanços no tratamento dado ao magistério, e algumas iniciativas a respeito foram tomadas. Entretanto, o equacionamento mais geral da questão não ocorreu.

2.4. Democratização da gestão educacional

No plano da gestão educacional e da relação entre a União, Estados e Municípios no compartilhamento das responsabilidades pela Educação no país, foram compromissos assumidos pelo governo federal:

1. Redefinir as competências no regime de colaboração a ser implantado entre os entes federados, buscando reverter o processo de municipalização predatória da Educação e democratizando a gestão educacional, incentivando a reorganização e o aperfeiçoamento dos conselhos escolares e dos conselhos de cada um dos sistemas de ensino.
2. Instituir o Fórum Nacional de Educação e convocar a I Conferência Nacional de Educação (CONAE) para avaliação das determinações da LDB, das metas do Plano Nacional de Educação e para aperfeiçoar o regime de cooperação entre as esferas de governo.
3. Rever o sistema de avaliação que inclui o Exame Nacional de Cursos (ENC), conhecido como Provão, e desenvolver o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior.
4. Estabelecer mecanismos e critérios que superem os limites do processo de seleção e considerar a possibilidade de implantar novas formas de acesso ao Ensino Superior, em especial para negros e estudantes egressos da escola pública.

A colaboração entre os entes federados, com a peculiaridade de termos uma federação de três níveis, reveste-se de grande complexidade política, pois depende da vontade dos gestores de cada esfera administrativa, não tendo mecanismos de implementação definidos em lei. Com isso, a ação articulada dos diferentes sistemas fica comprometida. Ainda que ocorram ações como o PDE, que aumentou a colaboração entre os entes federados; que se tenha efetivado a complementação da União ao FUNDEB, que impactou a desigualdade regional; e que tenha sido realizada a Conferência Nacional de Educação (CONAE), que impulsionou a elaboração de um novo Plano Nacional de Educação de forma mais democrática; e que, nesse processo, tenha impulsionado a discussão em torno do Sistema Nacional de Educação, sua plena efetivação ainda permanece distante.

No que diz respeito à democratização da gestão do sistema, realizaram-se atividades de formação, produção de materiais visando estimular a constituição de mecanismos participativos em nível de escola, tais como Conselhos de Escola e Grêmios Estudantis. Entretanto, no que diz respeito ao desenvolvimento de mecanismos democráticos de gestão de sistema, as ações foram mais limitadas, uma vez que a iniciativa mais ampla, a CONAE, foi realizada apenas no último ano de governo.³⁴ Entretanto, representou um marco na articulação da sociedade política e da sociedade civil na perspectiva de elaboração democrática de políticas educacionais, uma vez que contou com ampla participação em nível local, regional, estadual e nacional, e pode representar a consolidação de um espaço de participação mais sólido se for institucionalizada, assim como implantada a proposta de constituição de um Fórum Nacional de Educação.³⁵

Quanto ao Ensino Superior, a proposição de Reforma Universitária (PL 7.200/2006),³⁶ tramita na Câmara dos Deputados, não dando sinais de que será aprovada no curto prazo. A alternativa encontrada foi encaminhar um processo de reestruturação das Universidades Federais, com vistas a ampliar sua capacidade de atendimento e aumentar sua eficiência por meio do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)³⁷, que vem melhorando a eficiência das universidades federais por meio de expansão da oferta e de projetos que reduzam a evasão e ocupem vagas ociosas. É um programa mais bem estruturado que o PROUNI, na medida em que promove a expansão com vagas de boa qualidade e cria uma infraestrutura pública que tem mais estabilidade do que a ofertada pela iniciativa privada. Seus impactos não são muito sensíveis até o

34 Ainda que, em 2008, tenha sido realizada a Conferência Nacional de Educação Básica (CONEB), esta não logrou nem a amplitude nem a repercussão da Conae.

35 O Fórum Nacional de Educação, proposto quando da discussão da LDB, seria composto por representação das sociedades civil e política, teria a função de acompanhar e fiscalizar a execução do PNE.

36 Formulada a partir de propostas provindas de várias audiências públicas e de mais de uma centena de documentos elaborados por entidades da sociedade civil dentre as quais SBPC, ACB, ABMES, CNI, ANDES, ANDIFES, CRUB, UNE, MST

37 Decreto 6.096, de 24/04/2007.



momento, uma vez que os investimentos são recentes ou ainda estão sendo realizados, mas os planos apontam na perspectiva de uma ampliação dos serviços prestados pela Rede Federal de Ensino e, nesse processo, de melhoria dos indicadores de gestão.³⁸

No que diz respeito à avaliação do Ensino Superior, o Exame Nacional de Cursos (ENC), conhecido como provão, foi substituído pelo Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES).³⁹ O SINAES possui três componentes: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. É um sistema mais indutivo de avaliação, pois permite que a informação produzida seja utilizada como subsídio para o auto-aprimoramento institucional. Exatamente por isso, seu uso como regulador do sistema é mais limitado. Se o objetivo da avaliação é aperfeiçoar o sistema, o SINAES é um instrumento adequado, mas o setor privado também precisa de regulação, uma vez que o aperfeiçoamento institucional, em muitos casos, é contraditório com os objetivos financeiros da instituição, particularmente no que diz respeito à qualidade. Uma vez que se abandonou o antigo controle na autorização e passou-se a fazê-lo por meio do controle dos resultados, com o fim do ENC o sistema ficou sem um mecanismo eficiente de controle.

O vestibular não foi alterado em sua essência. A partir de 2009, o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) passou a ser utilizado por um grupo de instituições como o único mecanismo de seleção para ingresso e, em outras, como um dos componentes a ser considerado (como já ocorria). Permaneceu o mecanismo de prova seletiva, ainda que unificada.⁴⁰

2.5. Financiamento da Educação

O governo federal incorporou entre suas metas um conjunto de compromissos voltados para o financiamento da expansão e da qualificação do sistema educacional brasileiro. Entre esses compromissos estavam:

1. Criar as condições para que – por meio do esforço conjunto da União, Estados e Municípios –,

38 Não deixa de ser um evento carregado de simbologia, a realização de inéditas audiências anuais do Presidente da República com os Reitores das Universidades Federais, organizados na ANDIFES – Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior.

39 Lei 10.861, de 14/04/2004.

40 Os problemas operacionais enfrentados pela aplicação nacional do ENEM, em 2009, causaram alterações no número de instituições que o consideraram como único elemento nos processos de ingresso. As conseqüências dessa opção só ficarão mais claras nos próximos anos, com aplicações seguidas.

o percentual de gastos públicos em Educação em relação ao PIB seja elevado para o mínimo de 7% no período de dez anos;

2. Aprovar e implantar o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Básico e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB);
3. Instituir o Piso Salarial Nacional do Magistério.
4. Redefinir a docência por meio de diretrizes de carreira que contribuam para a ampliação da jornada do professor na mesma escola e para o trabalho integrado e coletivo nos espaços educacionais.
5. Ampliar o financiamento das universidades federais.
6. Ampliar significativamente os investimentos públicos para expandir e consolidar o Sistema Nacional de CT&I, considerando a melhoria da localização regional da base técnico-científica do país e sua articulação aos requerimentos da promoção do desenvolvimento social.

Tomando os gastos em Educação, durante o período 2002-2007 os valores aplicados mantiveram-se próximos dos 4% do Produto Interno Bruto (PIB). (Cf. Castro, 2009). Em 2008, esse valor subiu para 4,5% e, em 2009, para 4,7%.⁴¹ Ainda que indiquem a perspectiva de aumento, os valores atingidos permanecem distantes dos 7%, sinalizados no início do governo. Observe-se que esse crescimento deveu-se, fundamentalmente, ao aumento do gasto por parte do governo federal.

Outra medida importante no quesito financiamento foi o FUNDEB. Aprovado por meio da Emenda Constitucional 53/2006, possibilita tratar o financiamento da Educação Básica de forma integrada, distribuindo melhor os recursos. Resolvem-se, com ele, alguns dos problemas criados pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), que concentrou recursos no Ensino Fundamental, deixando as outras etapas e modalidades da Educação Básica sem fonte específica de financiamento. Na perspectiva de se reduzir a desigualdade, o fundo tem representado um aumento do compromisso da União para com esse nível de ensino, pois apesar de, conceitualmente, a complementação de a União ser mais adequada no FUNDEF, esta não foi cumprida até a sua substituição pelo FUNDEB.⁴² Ainda que com esse mecanismo de complementação aos

⁴¹ A expectativa é que no ano de 2010, o gasto atinja 5%.

⁴² A complementação da União ao FUNDEF trabalhava com a perspectiva de que esta elevaria o gasto médio por aluno de cada estado à média nacional, enquanto que a complementação, no caso do FUNDEB, está limitada a 10% do fundo, o que não necessariamente eleva o gasto nos Estados mais pobres à média nacional.



Estados mais pobres a União exerça um papel equalizador, sua ação é limitada ao teto de 10% do fundo. (Cf. Castro, 2007, Castro & Duarte, 2008, Oliveira, 2007 e Pinto, 2009a, 2008)

Uma modificação relevante nessa área consubstanciou-se na Emenda Constitucional 59/2009, que eliminou a DRU (Desvinculação das Receitas da União), que retirava 20% da base de cálculo para verificação dos percentuais a serem aplicados em Educação pelo mecanismo da vinculação constitucional de recursos (CF. art. 212). Isso poderá representar, nos próximos anos, um aumento da aplicação da União na Educação.

O Piso Nacional de Salários do Magistério⁴³ foi aprovado, regulamentando-se dispositivo constitucional e cumprindo compromisso pendente com o professorado brasileiro desde 1993, quando o governo federal pactuou com a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE) a implantação de um Piso Nacional. Estabeleceu-se assim um patamar mínimo de remuneração do professorado da Educação Básica, associando-o a determinadas condições de trabalho, como a constante do §4º do art. 2º: “Na composição da jornada de trabalho, observar-se-á o limite máximo de 2/3 (dois terços) da carga horária para o desempenho das atividades de interação com os educados,” prevendo-se apoio financeiro da União para os Estados que justificarem a incapacidade de pagar o estabelecido. Trata-se de inegável avanço, atacando um dos problemas mais importantes da Educação brasileira. Esta lei foi contestada por um grupo de governadores, por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin 4167/2008), que alegou que sua aplicação força a ampliação do gasto em Educação em todos os Estados e Municípios mesmo naqueles cujo salário para 40 horas é superior ao Piso Nacional, pois com o limite proporcional máximo de horas em sala de aula (dois terços da jornada total), será necessária a contratação de mais professores.

No que diz respeito aos programas de merenda e transporte, foi estendida a abrangência dos programas nacionais de Alimentação Escolar (PNAE), de Apoio ao Transporte do Escolar (PNATE) e do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE) para o Ensino Médio e para a Educação de Jovens e Adultos.⁴⁴

Considerando os compromissos assumidos pelo governo, observa-se, em maior ou menor grau, a tentativa de atendê-los, ainda que não necessariamente no ritmo e na magnitude originalmente propostos. Entre os avanços importantes pode-se destacar, tomando como referência as áreas apresentadas no início, no que diz respeito ao acesso, o esforço de ampliação da oferta pública de Ensino Profissional e Superior, efetivado pelo aumento no número de universidades e de centros tecnológicos públicos.

⁴³ Lei 11.738, de 16/07/2008. O valor para o ano de 2009 foi fixado em R\$ 950,00 e para 2010 em R\$ 1.024,67.

⁴⁴ Medida Provisória 455/2009, transformada em lei pelo Projeto de Lei de Conversão nº 8/2009, sancionada em 16/06/2009.

Tal ampliação, ainda que incapaz de atender toda a demanda, representou uma mudança de rota na ação do governo federal que é importante assinalar.

No que diz respeito à melhora da qualidade da Educação, a instituição do Piso Nacional de Salários dos Profissionais da Educação e o compromisso do governo federal com sua efetivação sinalizam adequadamente o rumo a seguir. No que diz respeito à gestão, a ampliação da colaboração com os demais entes federados e a realização da CONAE como forma de impulsionar a elaboração de um novo Plano Nacional de Educação é fim e meio, uma vez que a institucionalização de mecanismos participativos de tomada de decisão mudam a qualidade da elaboração de políticas educacionais no país e, finalmente, a perspectiva de se ampliarem os gastos com Educação sinaliza a necessidade de tornar a Educação uma verdadeira prioridade nacional.

2.6. Desafios na Educação

Da análise aqui apresentada pode-se afirmar que permanecem na agenda três grandes desafios, a saber:

1. Como equacionar a expansão do sistema educacional, de modo a que todos tenham garantido o seu direito à Educação de qualidade, consigam concluir sua formação inicial e ingressar dignamente no mercado de trabalho?
2. Como enfrentar o coração do problema da qualidade da Educação, o referente à docência, tanto no que diz respeito à sua atratividade, formação adequada e retenção dos bons profissionais em exercício?
3. Como criar as condições para ampliar o gasto do país em Educação, de modo a atingir os patamares aprovados na CONAE, 7% do PIB em 2011 e 10% em 2014?

O primeiro desafio diz respeito ao desenho do sistema como um todo. Neste momento, o sistema educacional não diversifica as possibilidades de caminhos formativos. Basicamente, quem conclui o Ensino Médio não tem alternativa a não ser demandar o Ensino Superior. Não se concebe qualquer terminalidade em cursos pós-médios que permitam ao indivíduo ingressar adequadamente no mercado de trabalho.

Nessa perspectiva, o desafio é expandir o sistema de Ensino Superior como um todo, o que inclui instituições universitárias e não-universitárias, estas últimas destinadas à formação de profissionais técnicos de nível Superior. Há a necessidade de se pensar na diversificação institucional e regional na Educação Superior.



A política de expansão dos CEFETs/IFETs e de cursos similares que garantam formação de boa qualidade pode ser ampliada e conjugada com a possibilidade de continuidade dos estudos em universidades de pesquisa, regidas pelo princípio da indissociabilidade entre ensino pesquisa e extensão?

Se não se realiza a expansão tanto de instituições universitárias quanto não universitárias, a demanda crescente se dirigirá inteiramente para o Ensino Superior universitário, o que envolve dois riscos: 1) estimular o crescimento do Ensino Superior de negócios, que apenas visa a acumulação, sem qualquer preocupação com a qualidade (Cf. Oliveira, 2009) e 2) transformar a necessária ampliação da rede de universidades públicas de pesquisa em um processo que enfatize apenas a ampliação de vagas em detrimento de seu envolvimento com a produção de conhecimento de ponta.

Em síntese, o desafio é expandir a oferta de cursos superiores em instituições universitárias e não universitárias de boa qualidade, que garantam ao mesmo tempo a profissionalização de seus egressos. Ademais, deve-se consolidar, onde couber, e expandir a rede de instituições universitárias de pesquisa voltada para a produção de conhecimentos que permitam ao país desenvolver-se autonomamente na área científica e tecnológica.

O segundo desafio é equacionar o problema da qualidade da Educação Básica, o que passa por formular políticas sistêmicas de colaboração entre os entes federados, de prover condições equânimes de financiamento e de conseguir transformar o magistério em profissão atraente, bem formada e que tenha condições de trabalho capazes de reter os bons profissionais.

E, finalmente, há a necessidade de se recolocar no centro da agenda da política educacional a perspectiva de ampliação substantiva do gasto em Educação. A experiência de países como a Coreia do Sul, que conseguiu dar o salto no desenvolvimento educacional ampliando consistentemente o gasto em Educação, não deve ser esquecida. (Birdsall & Sabot, 1996)

O argumento de que nosso gasto em Educação em relação ao PIB não é muito inferior ao de países desenvolvidos não se sustenta, pois eles já universalizaram o atendimento de toda a população na Educação Básica e têm sistemas de Ensino Pós-Médio muito mais amplos que o nosso⁴⁵. A proposta

⁴⁵ Este argumento apenas sustenta a idéia de que realizada a universalização da Educação Básica com qualidade, equacionada a questão da formação Profissional após o Ensino Médio e a expansão do Ensino Superior para uma parcela substantiva da população na faixa etária, inclusive acompanhando a redução da população mais jovem, os investimentos em Educação possam ser destinados apenas à manutenção do sistema e, portanto, serem menores do que os necessários para o salto à frente que precisamos neste momento.

do CONAE é comprometer 7% do PIB, em 2011, e 10% em 2014 com Educação. Essas são bandeiras a serem perseguidas.⁴⁶

46 O dispositivo de 7% do PIB incluído no PNE de 2001, vetado pelo Executivo, foi fruto de acordo em um momento em que a orientação das políticas públicas era muito restritiva da ação do Estado no tocante ao financiamento das políticas sociais. Entretanto, nem essa meta deverá ser atingida em 2011, quando o plano completará dez anos de aprovação.



3. Saúde

3.1. Principais compromissos com a Saúde

A área da Saúde constitui, ao mesmo tempo, um campo inerente da Seguridade Social e uma das áreas mais dinâmicas para a geração e difusão de inovação, determinando, em grande medida, a competitividade e o desempenho das economias nacionais em longo prazo (Gadelha et al., 2009a). Considerando essa abrangência, é necessário pensar como a área se inseriu na proposta geral de desenvolvimento do país, no período 2003-2010.

A grande marca da proposta de desenvolvimento do governo federal foi a busca de uma convergência histórica na trajetória de crescimento do país entre a dimensão econômica e a dimensão social. Tanto nos Programas de Governo para os dois mandatos, lançados nas campanhas de 2002 e 2006, quanto nos documentos básicos do planejamento governamental manifestou-se explicitamente a busca de se criar um círculo virtuoso entre a melhoria na distribuição de renda e nas condições de exclusão social e pobreza e a competitividade econômica e a geração de emprego, renda e riqueza. Essa perspectiva desdobrou-se para o campo da Saúde, sendo crescentemente incorporada na Política Nacional de Saúde como sua marca mais expressiva e inovadora (IPEA, 2009), com base no reconhecimento de que essa é uma área que alia, a um só tempo e de modo essencial, as dimensões econômica, tecnológica e social.

A Saúde foi tratada pelo governo federal, de 2003 a 2010, no contexto das políticas sociais e dos direitos de cidadania. O grande compromisso assumido foi com o avanço na garantia dos direitos definidos na Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 – Brasil, 1990), relacionados à universalização do acesso, à equidade e à integralidade (acesso integral e articulado, envolvendo todos os níveis de complexidade tecnológica), tendo ainda como diretrizes organizativas a descentralização (regionalizada e pactuada) e a gestão participativa.

Essa percepção estratégica com destaque para a universalização já se manifestava no Programa de Governo de 2002 e se reproduziu nos anos seguintes, nos Planos Plurianuais e nos dois principais documentos da Saúde para o período: o Plano Nacional de Saúde e o Programa Mais Saúde.⁴⁷ De fato, as idéias-força do “movimento sanitário”, que se mobilizou com sucesso para a incorporação da Saúde universal como direito na Constituição de 1988, agora encontravam um espaço político para atuar em favor de seu cumprimento efetivo, uma vez que a própria composição das equipes

47 Ministério da Saúde, 2004 e 2007

ministeriais ao longo dos últimos oito anos envolveu sanitaristas reconhecidos nos níveis decisórios mais elevados (Machado; Lima e Baptista, 2009).

Sem pretender dar conta do amplo conjunto de objetivos e metas constantes nesses documentos, cabe elencar alguns elementos dessa formulação estratégica dos compromissos e que foram assumidas ao longo do período analisado:

1. Consolidar e obter um avanço significativo nas ações de atenção à saúde, configurando um sistema nacional integrado e estruturado a partir das ações de atenção básica em Saúde;
2. Constituir uma rede nacional descentralizada no território, seguindo as atribuições definidas nos marcos legais do SUS entre os diferentes níveis da federação, ficando a execução no nível estadual e (principalmente) no nível municipal, em função da complexidade das atividades;
3. Consolidação das ações de prevenção e de vigilância em Saúde, com ênfase nas doenças transmissíveis;
4. Desenvolvimento de ações de promoção à saúde, destacando-se ainda mais num quadro de crescente importância das doenças crônico-degenerativas e também fruto do reconhecimento de que a saúde depende de um conjunto de políticas econômicas e sociais que estão fora da governabilidade específica do setor (conforme consta na própria Constituição Federal);
5. Reforço da regulação sanitária mediante a consolidação da ANVISA como órgão normatizador e coordenador do sistema nacional para garantir a segurança e eficácia dos produtos em saúde;
6. Melhoria na regulação do segmento de Saúde suplementar (operadoras de planos e seguros de Saúde) para garantir a articulação técnica e financeira com o SUS e para aumentar a eficiência do sistema e a abrangência e qualidade da atenção;
7. Garantir um financiamento estável e com a magnitude requerida para o cumprimento do pacto político-social constitucional assumido pelo governo federal no período;
8. Introdução de mecanismos de gestão tanto no nível da organização da rede nacional e descentralizada de Saúde quanto das unidades produtivas de bens e serviços, requerendo também uma melhoria na gestão do trabalho e da educação para os trabalhadores do SUS (vínculos precários, novos requisitos de qualificação, etc.);

Uma segunda dimensão da Saúde diz respeito ao seu impacto no padrão nacional de desenvolvimento e passou a ser enfatizada com grande força a partir de 2007. O ponto de partida desse novo



contexto foi o reconhecimento do caráter estratégico do chamado Complexo Industrial da Saúde (CIS) que envolve todas as atividades produtivas em Saúde, abrangendo a indústria e os serviços.⁴⁸ De fato, houve uma grande convergência nas orientações estratégicas do governo, decorrente da elevada visibilidade que a questão do papel estratégico e da vulnerabilidade da base produtiva da Saúde exerceu sobre os formuladores de políticas e tomadores de decisão.

Em decorrência, a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) lançada em 12/5/2008⁴⁹ situou o CIS como uma das seis áreas estratégicas portadoras de futuro em decorrência de sua alta intensidade científica e tecnológica e potencial de disseminação de conhecimento e inovação para a matriz produtiva. O Mais Saúde (“PAC da Saúde”), lançado em dezembro de 2007 pelo Ministério da Saúde, pela primeira vez nesse campo da política social, define o Complexo Industrial da Saúde como um dos eixos estratégicos para a política de Saúde, trazendo para sua agenda a questão do desenvolvimento da base produtiva e da inovação. Por fim, sob a designação de “Insumos em Saúde”, o Plano de Ação 2007-2010 do MCT (PAC da Inovação) também situa a área da Saúde como uma das áreas estratégicas, orientando o financiamento e a atuação do Sistema Nacional de CT&I.

Houve, de fato, uma grande convergência nas orientações estratégicas das políticas públicas para a Saúde, partindo-se do desafio de dotar o país de uma base produtiva e de inovação em Saúde avançada, reconhecendo-se o risco – para o sistema de Saúde e para a estratégia de universalização – provocado pela fragilidade da base nacional de inovação numa área de alta intensidade e dinamismo científico e tecnológico.⁵⁰ Um dos elementos mais diferenciadores desta perspectiva foi o fato de que ela emergiu no campo da Saúde, particularmente no Mais Saúde, impulsionando sua absorção por outras políticas nacionais de áreas até então distantes da social.

O Mais Saúde tratou de modo explícito das relações entre Saúde e desenvolvimento: “A Saúde possui, assim, duas dimensões. (...) É parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de geração de riqueza para o país. O direito à Saúde articula-se com um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente num padrão de desenvolvimento que busque o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares” (Mais Saúde, p. 5 e 6).

48 Para ficar evidente que o CIS também incorpora as atividades de serviços (todos os segmentos seguem um padrão industrial de produção), Gadelha et al. (2009a) adotam o termo “Complexo Econômico-Industrial da Saúde” (CEIS) ao invés de Complexo Industrial da Saúde (CIS) para demarcar a visão de que existe um verdadeiro Sistema Produtivo da Saúde que mobiliza parte substantiva da economia nacional.

49 Já em 2004 a PITCE havia definido as áreas de fármacos e medicamentos como prioritárias na política industrial

50 A saúde representa 22% do gasto mundial de P&D, assumindo, em conjunto com a área de defesa, a liderança do esforço mundial de inovação (Global Forum, 2008).

Como decorrência dessa perspectiva, houve um movimento da política pública para reconhecer, de modo ainda incipiente, a interface entre Saúde e desenvolvimento, indo além de uma visão restrita apenas ao campo social. Como condicionante concreto desse movimento, chamou atenção o fato de que a dependência econômica e tecnológica – expressa num déficit comercial em Saúde explosivo e que atingiu o patamar de US\$ 8 bilhões em 2008 – tem ameaçado e vulnerabilizado a universalização (que implica um consumo de massa de grande envergadura), colocando em risco diversos programas estratégicos de Saúde intensivos em conhecimento e tecnologia, como os de imunização, para o câncer, de traumatologia-ortopedia, cardiologia, AIDS, entre muitos outros.

Assumiu-se, particularmente no contexto geral da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que o enfrentamento do desafio de redefinir e impulsionar o desenvolvimento do sistema produtivo da Saúde é, por natureza, uma política transversal, que deve incluir a articulação de várias instâncias da área da Saúde, bem como de instâncias das demais esferas de governo. Para tanto, no mesmo momento do lançamento da PDP, foi criado por Decreto Presidencial o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde, envolvendo catorze ministérios e instituições estratégicas para o CIS.

Como diretrizes gerais das políticas mencionadas para a Saúde, cabe enfatizar:

1. Fortalecer o Complexo Industrial e de Inovação em Saúde no Brasil para o atendimento das necessidades de Saúde em escala ampliada, fruto dos objetivos de universalização e integralidade;
2. Aumentar a competitividade em inovações das empresas e produtores públicos e privados – de modo articulado com as Instituições de Ciência e Tecnologia (ICTs), permitindo iniciar um processo de substituição de importações de produtos de maior densidade de conhecimento e de inovação e que atendam às necessidades de Saúde.
3. Utilizar estrategicamente o poder de compra do Estado na área da Saúde em articulação com políticas de fomento ao desenvolvimento industrial.
4. Implementar políticas tributárias, tarifárias e de regulação sanitária que garantam a competitividade da produção local frente às importações em termos de preço e de qualidade dos produtos e insumos da Saúde.

Em síntese, os compromissos específicos do governo federal nos últimos oito anos vincularam-se ao aprofundamento da proposta constitucional da Saúde como direito de cidadania, por meio da implantação no Brasil de um modelo de proteção social universal tendo como paradigma o modelo de Estado de Bem-Estar assumido na Europa no pós-guerra – que, mesmo quando baseados em se-



guros, foram crescentemente assumindo a garantia universal da Saúde – em oposição aos modelos baseados na lógica de mercado, a exemplo do paradigma americano.⁵¹ A par desse movimento, a área da Saúde passou a se aproximar crescentemente da lógica geral da proposta do governo para o país, mediante a consolidação em suas políticas da percepção da existência de uma relação direta e endógena entre Saúde e desenvolvimento, incorporando, a um só tempo, a dimensão social e a econômica como partes indissociáveis da estratégia de desenvolvimento adotada.

3.2. A Saúde na agenda do desenvolvimento nacional

Considerando que seria impossível fazer uma apreciação detalhada da evolução de uma política tão complexa como a de Saúde no período abarcado por este estudo (2003-2010), os dados apresentados a seguir devem ser vistos apenas como grandes (e muito seletivos) marcadores que ilustram a percepção apresentada neste trabalho, assentada na análise de um amplo conjunto de documentos, dados e trabalhos analíticos. Assim sendo, cabe apresentar a visão sobre os avanços e os limites do governo federal no campo da Saúde para em seguida comentar alguns desses “marcadores” selecionados. Num esforço de síntese, podem ser consideradas quatro grandes características políticas e institucionais que marcaram a intervenção empreendida no período em termos de seu impacto direto e indireto nas condições de Saúde.

Em primeiro lugar, destacou-se o impacto dos determinantes sociais da Saúde. Há um reconhecimento, clássico no campo da Saúde Pública (ou coletiva), de que as condições de Saúde dependem de fatores muito mais gerais atinentes aos padrões nacionais de desenvolvimento, envolvendo a distribuição de renda, pobreza, condições de trabalho, de alimentação e nutrição, saneamento, além do padrão de crescimento econômico, entre muitas outras dimensões (WHO, 1978; WHO, 2008; CNDSS; 2009). Nessa perspectiva, esses condicionantes gerais evoluíram muito favoravelmente no governo, havendo um alto impacto da melhoria expressiva dos indicadores de pobreza, de distribuição de renda, crescimento, alimentação e nutrição, entre outros.

Em segundo lugar, mesmo com a grave limitação de recursos para o SUS e com os problemas estruturais de gestão, observou-se uma clara expansão das ações em Saúde em praticamente todas as áreas de intervenção, indo desde ações inovadoras de promoção à Saúde até uma expansão significativa em diversas áreas de atenção, sobretudo na atenção básica, mas também em outras ações como serviços de alta complexidade, vigilância em Saúde e imunização e regulação sanitária e do segmento suplementar de Saúde.

51 Artigos apresentados no livro organizado por Giovanella et al. (2008).

Em terceiro lugar, observou-se um importante movimento e o início de um significativo conjunto de ações concretas para tratar a Saúde como área estratégica do padrão de desenvolvimento do governo federal. Como mencionado, a Saúde, sob a marca do Complexo Industrial da Saúde (CIS), entrou na agenda prioritária da política nacional, desencadeando importantes iniciativas concretas para os segmentos produtivos e para a infraestrutura tecnológica, envolvendo um aporte significativo de financiamento do BNDES e do MCT (os fundos setoriais) e uma ação pioneira do Ministério da Saúde – em termos de seu papel estratégico e da envergadura das iniciativas, envolvendo inclusive a articulação das ações de governo – para estimular a produção e a inovação em Saúde mediante uma articulação entre o setor público e o privado. Não obstante, esse avanço ainda foi circunscrito às indústrias da Saúde – ainda não envolvendo os serviços de maior densidade tecnológica nessa lógica – e, como veremos, sua escala ainda precisa ser muito ampliada, quantitativa (recursos) e qualitativamente (marco regulatório) para engendrar uma profunda transformação produtiva para o acesso de massa e para a geração endógena de inovações em Saúde.

Em quarto lugar, cabe ressaltar que, a despeito da expansão em curso, não se obtiveram condições políticas e institucionais concretas para o enfrentamento de lacunas estruturais relacionadas ao financiamento e à gestão do sistema de Saúde, não parecendo que a área teve centralidade na política nacional de desenvolvimento, a despeito da ênfase mencionada no compromisso com a universalidade em todos os níveis de atenção. De fato, entende-se que os dados selecionados e apresentados a seguir marcam o avanço das ações para a conformação do SUS; que entretanto se mostra insuficiente para atender aos desafios do presente e ainda mais do futuro no que toca ao acesso universal, à capacidade tecnológica endógena para a inovação em Saúde e à capacidade de resposta em termos da qualidade e eficiência da rede nacional e das unidades produtoras. Esses elementos estruturantes que bloqueiam uma transformação profunda na área da Saúde possuem impactos negativos tanto na qualidade quanto na perspectiva de dinamização do SUS frente ao sistema privado de serviços, impondo, por sua vez, limites na estratégia nacional de desenvolvimento, envolvendo desde a inovação até a capacidade de um SUS universal que favoreça e seja um fator indutor da redução das desigualdades regionais.

Se considerarmos os impactos diretos e indiretos das duas primeiras características que marcaram o período – a evolução favorável dos determinantes sociais da Saúde e a expansão dos serviços de Saúde –, e pensando nos indicadores mais gerais, podemos afirmar que, no período, o cidadão brasileiro apresentou uma melhoria nas suas condições de Saúde e de acesso, sendo isto, em parte, fruto de aspectos histórico-estruturais que foram preservados explicitamente e, em parte, de fatores decorrentes das políticas públicas adotadas no período.



Os dois grandes indicadores-síntese das condições de Saúde da população são positivos, refletindo esta melhoria nas condições gerais do país e na expansão das ações em Saúde. A mortalidade infantil reduziu-se de modo significativo. Isto se verifica tanto para a mortalidade das crianças abaixo de 5 anos (mortalidade na infância) quanto na mortalidade infantil das crianças abaixo de 1 ano de idade. Esta última é um marcador decisivo das condições de Saúde e de acesso ao sistema, uma vez que reflete tanto a assistência pré-natal quanto as condições de acesso no momento mais vulnerável de uma pessoa (em conjunto com a velhice).

A Tabela 10 e o Gráfico 4 mostram que a mortalidade infantil de crianças até 1 ano de idade se reduziu em 21% de 2003 a 2008, sendo um indicador muito expressivo para um período de 5 anos. Ainda mais, as informações mostram que a região Nordeste foi a que apresentou melhor desempenho, a despeito de ainda ter um nível razoavelmente superior ao do Brasil, chegando ao patamar (ainda muito elevado) da região Norte. No que se refere à esperança de vida ao nascer – o outro indicador-síntese – a evolução apresentada na Tabela 11, naturalmente lenta pelo próprio ciclo de vida das pessoas após um determinado patamar crítico, também mostra um resultado positivo, com os dados regionalizados do DATASUS indicando um aumento superior a 1 ano até 2007 (72,5 anos), havendo indicadores que já ultrapassam 73 anos no presente. Novamente, destaca-se a região Nordeste como a de melhor melhoria, a despeito de seu patamar ser muito inferior, o que, de certa forma, explica o crescimento mais acelerado frente ao impacto das políticas sociais e de Saúde.

Tabela 10 - Taxa regionalizada de mortalidade infantil em < de 1 ano por mil nascidos vivos. Brasil e Grandes Regiões, 2003-2008.

Região	2003	2004	2005	2006	2007	2008
NO	21,46	20,72	19,60	19,52	18,50	17,60
NE	23,30	21,36	20,40	19,26	18,39	17,03
SE	16,30	15,61	14,79	14,53	13,85	13,47
SU	15,78	14,98	13,80	13,34	12,94	12,63
CO	16,74	17,24	16,26	15,46	14,88	14,41
Brasil	18,94	17,90	16,98	16,41	15,69	14,96

Fonte: DATASUS/MS, Acesso em 20/2/2010 às 14 h.

Dados preliminares para o ano de 2008.

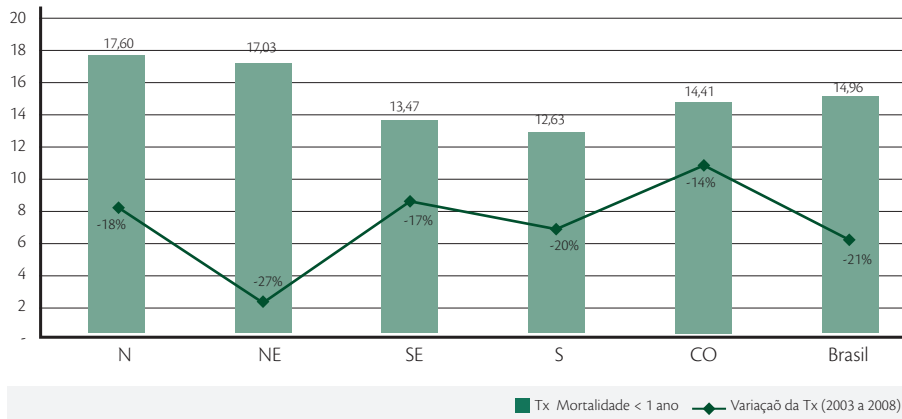


Gráfico 4 - Taxa de mortalidade infantil em <1 ano e variação.
Brasil e Grandes Regiões, 2003-2008.

Fonte: DATASUS/MS, Acesso em 20/2/2010 às 14 h.

Dados preliminares para o ano de 2008.

Tabela 11 - Evolução regionalizada da esperança de vida ao nascer.
Brasil e Grandes Regiões, 2003-2007.

Região	2003	2004	2005	2006	2007	Variação 2003/2007
NO	70,4	70,7	71,0	71,3	71,6	1,6%
NE	68,3	68,6	69,0	69,4	69,7	2,1%
SE	72,9	73,2	73,5	73,8	74,1	1,6%
SU	73,6	73,9	74,2	74,4	74,7	1,5%
CO	72,6	72,9	73,2	73,5	73,7	1,5%
Brasil	71,4	71,7	72,1	72,4	72,5	1,5%

Fonte: DATASUS (IDB, 2008). Acesso em 21/2/2010 às 11 h.

No campo dos determinantes gerais dessa melhoria nas condições de vida das pessoas, deve-se enfatizar também a crescente mobilização e indução do governo federal para as iniciativas de promoção à saúde que possuem elevado impacto, se contrapondo a uma medicalização excessiva das ações de saúde. O avanço, internacionalmente reconhecido, no controle do uso do tabaco no Brasil constituiu um dos exemplos mais bem sucedidos de promoção à Saúde. Da mesma forma, a política para o planejamento familiar (incluindo a proposta de extensão da licença maternidade para seis meses), as ações regulatórias como a política contra o uso de bebidas alcoólicas ao dirigir (a Lei Seca,



cujos efeitos são captados em indicadores mais recentes de violência no trânsito) e a imposição de redução de sódio e de restrição à gordura trans nos alimentos são marcos exemplares do início de um processo, ainda incipiente, de considerar a saúde um fator associado à qualidade de vida.

Adicionalmente, o fato de se tratarem temas polêmicos, mas necessários, como o aborto, trazendo-os para o campo da Saúde Pública, possui grande relevância, pois em todas as experiências internacionais são temas que levam anos ou décadas para serem politicamente definidos. O início do debate mais amplo e aberto assumido pela área da Saúde no período não pode ser caracterizado como um movimento desnecessário e sem impacto, uma vez que é um caso típico em que a transformação envolve mudanças culturais, o debate de idéias e um progressivo, crescente e longo processo de esclarecimento.

No campo da análise mais “setorial” da atenção à saúde, o grande destaque foi o Programa Saúde da Família (PSF) em conjunto com o de saúde bucal (Brasil Sorridente). O PSF aumentou a cobertura populacional em mais de 50% em nove anos, chegando a cobrir 95 milhões de pessoas (51% da população brasileira) em 94% dos Municípios brasileiros. Esse é reconhecidamente um programa estruturante que vai além da atenção básica ao ter potencial de organizar uma rede regional, incluindo sua relação com a atenção de média e alta complexidade por um sistema regionalizado de referenciamento, que envolve a articulação dos três níveis de governo. O programa hoje já engloba 30 mil equipes de Saúde da Família, mobilizando diretamente cerca de 240 mil profissionais de Saúde no território nacional. Sua disseminação municipal também implica um importante efeito na equidade em Saúde (Gráfico 5).

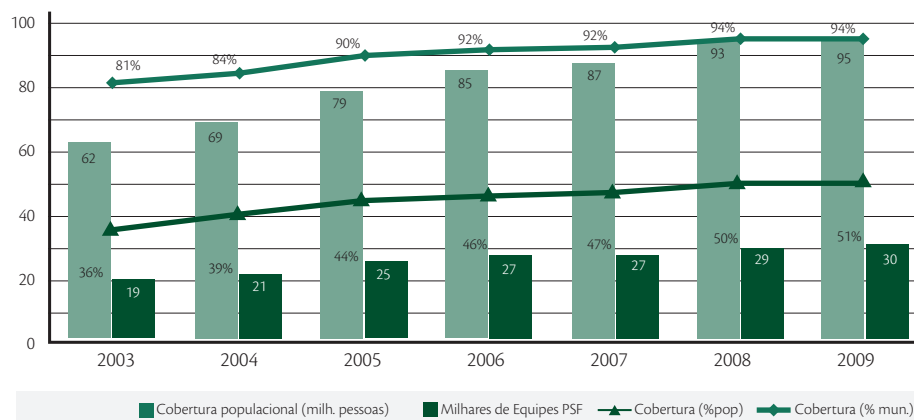


Gráfico 5 - Evolução da cobertura populacional do Programa Saúde da Família (PSF), por municípios e número de equipes. Brasil, 2003-2009.

Fonte: Sala de Situação MS (acesso em 20/02/2010) e Brasil, 2009 (Caderno Destaques).

Em uma direção análoga e convergente, o Brasil Sorridente atinge quase 90 milhões de pessoas, cobrindo 85% dos Municípios e tendo como estrutura física de apoio 808 Centros de Especialidades Odontológicas em 2009, refletindo um incremento de mais de oito vezes no período estudado.⁵²

Como na política social em um país como o Brasil a escala das ações é de alta relevância, pode-se dizer que a magnitude do aumento da cobertura e seu impacto nas iniquidades em Saúde são elementos com forte potencial estruturante e transformador, indo muito além das visões restritas que reduzem a interpretação destas políticas à sua dimensão focalizada, desconsiderando, por vezes e de modo distante da realidade concreta das pessoas, sua abrangência nacional e seu potencial para organização do Sistema de Saúde como um todo.

De fato, reconhece-se que esta ampliação da ação do PSF tem um grande potencial de mudança no modelo de atenção, conforme enfatizam autores de diferentes matrizes políticas, mas com forte tradição no pensamento sanitário, apontando para a necessidade de superação de um modelo “hospitalocêntrico” e medicalizado, caro, com baixa qualidade e ineficiente. É nesta direção que as ações de unidades fixas e móveis de urgência e emergência – respectivamente as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – podem ser vistas como mais uma iniciativa potencial para tirar a centralidade do hospital ao estabelecer atendimentos antes que os pacientes “batam nas portas dos hospitais” sem qualquer referenciamento e com grande risco de uma atenção precária e de baixa qualidade.

Com relação às UPAs, em fevereiro de 2010 estavam em funcionamento 254 unidades. Quanto ao SAMU, segundo o Gráfico 6, o serviço já cobre 55% da população brasileira, tendo 1.111 ambulâncias de suporte básico e 299 de suporte avançado, sendo claramente uma prioridade de ação do Ministério da Saúde.

Em que pese a importância intrínseca e o potencial que essas iniciativas possuem se articuladas com o PSF e os demais componentes do sistema de Saúde, a integração territorial destas iniciativas ainda é um objetivo distante, havendo uma grande fragmentação e riscos desestruturantes se estas ações não forem articuladas no território. Para tanto, o governo apresentou a proposta dos Territórios Integrados de Saúde (TEIAS), que ainda está em fase inicial, não sendo possível uma avaliação.

52 Sala de Situação do MS, 2010

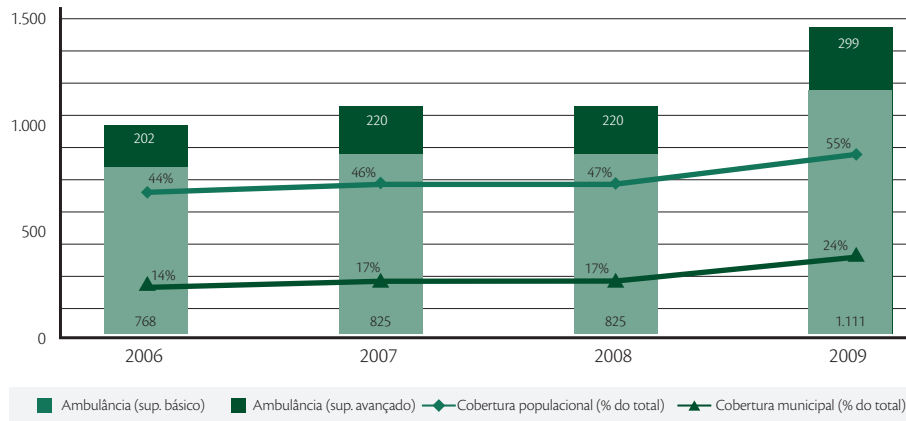


Gráfico 6 - Cobertura do SAMU populacional, municipal e número de ambulâncias de suporte básico e avançado. Brasil, 2006-2009.

Fonte: Sala de Situação do MS e IBGE. Acesso em 12/02/2010 às 15:30 h

Nas áreas mais características da atenção médico-hospitalar (envolvendo a atenção de média e alta complexidade), as informações indicam uma evolução expressiva nos serviços oferecidos à população usuária do SUS, o que é vital para o acesso do cidadão aos serviços de Saúde, considerando que apenas 22% da população brasileira possuem planos de Saúde com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e que diversos serviços de maior complexidade são ofertados apenas no sistema público (ANS, 2010).

1. A produção de serviços ambulatoriais do SUS se elevou em 62% de 2003 a 2009 em número de atendimentos, chegando a 3,2 bilhões de procedimentos ao longo de último ano (DATASUS, 22/2/2010), havendo um crescimento mais expressivo na região Norte (86%);
2. Em termos das consultas médicas, observou-se um incremento de 9% entre 2003 e 2007, chegando a 486 milhões de consultas nesse último ano coberto pelo dado disponibilizado no DATASUS para o atendimento médico (idem). Nesse caso, observa-se uma disparidade regional muito acentuada, na qual o Sudeste, apesar de ter crescido abaixo da média do Brasil (6%), apresentou, por exemplo, mais do que sete vezes o número de consultas por habitante do que a região Norte.

No que se refere às internações hospitalares, os dados, numa primeira abordagem, parecem contraditórios com esta expansão verificada em nível ambulatorial. O número de internações caiu 5% de

2003 até 2009, somente havendo expansão na região Norte. Em termos absolutos, as internações no SUS foram de 11 milhões, o que, junto com o atendimento ambulatorial, mostra a grande escala em que o SUS opera. Mesmo considerando a necessidade de uma análise muito mais detalhada dos dados, deve-se enfatizar que há um relativo consenso na literatura de que o modelo assistencial centrado no hospital leva a que haja um número excessivo e ineficiente de internações. Assim sendo, a expansão da atenção básica e das unidades pré-hospitalares de urgência e emergência (SAMU e UPA) poderiam levar a uma diminuição relativa na intensidade das internações. Em todo caso, a hipótese, a ser testada, que se considera mais provável, é de uma simultânea mudança (positiva) no perfil da assistência com a permanência de problemas de acesso em termos de internações.

Quanto aos equipamentos para diagnóstico de alto impacto na Saúde e que possuem uma complexidade tecnológica relativa, o sistema também vem apresentando uma expansão nacional, como fica evidente pelos marcadores relacionados a tomógrafos computadorizados e mamógrafos cuja disponibilidade para pacientes do SUS aumentou significativamente. Apenas nos últimos três anos, ambos aumentaram sua oferta acima de 30% (mais precisamente, 32% de acréscimo para os tomógrafos e 31% para os mamógrafos).⁵³

No âmbito da assistência farmacêutica, a expansão também foi evidente e muito expressiva. O avanço na política de acesso a medicamentos – além de outros produtos essenciais como vacinas – e a crescente incorporação tecnológica já levaram a participação destas despesas no orçamento do Ministério da Saúde de 5,8% em 2003 para 12,3% em 2009, saindo de um patamar de R\$ 2,8 bilhões em 2003 para R\$ 6,8 bilhões em 2009 (DAF/SCTIE/MS, 2010). Além disto, a expansão do Programa de Farmácia Popular tem sido muito expressiva, alcançando um elevado reconhecimento pela população.⁵⁴ Em 2010 o programa já estruturou uma rede de 530 estabelecimentos públicos e conta com uma rede conveniada de 11.459 farmácias, que operam na modalidade de co-pagamento em que o consumidor arca com 10% do custo (Sala de Situação/MS, 2010).

Por fim, vale enfatizar que talvez seja no campo dos serviços de maior complexidade, em conjunto com a atenção básica, onde o SUS mostra de modo mais acentuado sua potência e importância, em que pesem todos os problemas de qualidade e de acesso, evidenciando o esforço para o cumprimento do princípio de atenção integral para todo cidadão brasileiro, independentemente da complexidade tecnológica do serviço (princípio da integralidade). Entre outras, as áreas de cardiologia, de oncologia e de transplantes e a oferta de leitos complementares para ações de alta complexidade (UTI

53 DATASUS, 2010.

54 Na pesquisa bimestral do governo federal (Brasil, 2009b), esse programa é o de melhor avaliação entre todos os programas da área social (73% dos entrevistados classificam o programa no nível ótimo/bom).



e outras) refletem isto de modo importante, ainda que parcial, sendo o acesso promovido pelo SUS único no contexto dos países de baixa e média renda, o que fica evidente nas informações abaixo.

1. Apenas entre 2004 e 2007, as cirurgias cardíacas se elevaram 259%. Se for excluído o ano de 2004, que foi atípico (o que poderia levar a uma baixa confiabilidade no dado), a evolução entre 2005 e 2007 também é muito expressiva: 54% a mais de procedimentos cirúrgicos cardiológicos foram efetuados no SUS, atingindo 232,2 mil cirurgias no último ano (75% no Sul e Sudeste - DATASUS, 2010).
2. Na área de oncologia, o esforço de estruturação de uma Rede de Atenção Oncológica, envolvendo a implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, entre outras ações para atenuar os problemas de acesso – o que é muito relevante na perspectiva da universalização – tem como contrapartida o aumento da participação da área no total de internações. No período, esse patamar evoluiu de 6% para 8% do total. Em 2007 foram registradas 546 mil internações, havendo uma previsão exponencial de crescimento – envolvendo também os tratamentos de quimio e radioterapia – para viabilizar o acesso com o avanço na estruturação da rede nacional (INCA, 2010).
3. A área de transplantes, um serviço raramente ofertado em sistemas nacionais de países menos desenvolvidos, é um grande destaque e emblema da importância do Brasil ter optado por um sistema universal mesmo com todos os problemas e desafios para sua construção (que serão comentados ao final). Entre 2005 e 2008 o SUS aumentou o número de transplantes realizados de 15.570 para 19.125 (DATASUS/SNT, 2010), o que seria inviável para o financiamento privado, permitindo uma expansão do acesso inexistente em sociedades que não institucionalizaram o direito de acesso universal, equitativo e integral.
4. Ainda como um marcador da evolução da estrutura física da rede de prestadores do SUS para ações de alta complexidade, observa-se no período uma expansão significativa dos Leitos Complementares (ou seja, que não são para uso rotineiro), abarcando UTIs, Unidades Intermediárias, Neonatal e de Isolamento. Os dados disponíveis para os últimos quatro anos indicam uma expansão de 15% no Brasil, sendo a região Norte a que apresenta uma evolução bem acima da média (39%), se bem que parte de um patamar muito baixo, alterando de forma residual a distribuição total.

Como resultado desta expansão nos diversos níveis de prestação de serviços médico-hospitalares pode-se afirmar que é possível captar uma nítida tendência de elevação no acesso à Saúde pela população brasileira no período analisado. Algumas das formas indiretas de captar esta tendência são dadas pelas informações de acesso ao Sistema de Saúde em momentos críticos da vida de uma pes-

soa, como no período de nascimento e de morte. Quanto ao primeiro, a informação disponível indica que, no presente, 98% dos partos ocorrem com assistência hospitalar, deixando claro o acesso da mulher aos serviços de Saúde nesse momento crítico para a mãe e seu filho, sendo esse um processo que teve continuidade desde a criação do SUS (MS, 2009). Quanto ao segundo, as informações disponíveis evidenciam que as causas mal definidas de mortalidade se reduziram significativamente no período recente, com queda muito acentuada nas regiões Nordeste e Norte, evidenciando – além da possível melhoria no sistema de informações – que se reduziram as mortes sem que ao menos tenha sido dado um diagnóstico da causa pelos serviços de Saúde (idem).⁵⁵

No que concerne às ações de prevenção e de vigilância em Saúde – críticas para a inteligência epidemiológica do sistema e para o controle das doenças transmissíveis emergentes (como a Gripe causada pelo vírus H1N1) e reemergentes (como Dengue, Tuberculose e Febre Amarela) –, houve um fortalecimento e avanço na regionalização do sistema nacional, envolvendo a Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Nas ações de prevenção, o grande destaque é a continuidade do Programa Nacional de Imunizações, contribuindo de modo muito importante para os indicadores de Saúde, incidindo, sobretudo, na mortalidade infantil e na Saúde do idoso. Os indicadores de cobertura são quase sempre superiores a 90% da população-alvo, o que é um feito mundial marcante, considerando a dimensão continental do país e uma população de mais de 190 milhões de habitantes. A despeito de ser limitada uma análise apenas quantitativa das doses de vacinas aplicadas (que podem variar periodicamente dependendo das condições epidemiológicas), a indicação da evolução mostra que entre 2003 e 2008 as doses aplicadas ficaram na faixa de 140 milhões de doses-ano, sendo que, em 2008, atingiram 213 milhões. Esta informação mostra, mais do que uma evolução quantitativa, pouco relevante analiticamente, uma excelente capacidade de resposta da rede nacional descentralizada e articulada no nível federal, responsável pela implementação das diretrizes e metas do Programa Nacional de Imunizações.

Como marco recente do programa, pode-se citar a vacinação contra a Rubéola em 2008, imunizando-se 67,2 milhões de brasileiros, sendo a maior vacinação em massa já feita no mundo (novamente a Saúde como consumo de massa de produtos inovadores) e que explica o “pico” observado no ano acima mencionado, havendo a expectativa de certificação pela OMS do Brasil como “um país livre de Rubéola”. Para 2010 esta expansão do Programa continua, havendo a previsão já programada da vacinação contra pneumococos e contra a meningite C, evitando, apenas na primeira, a mor-

⁵⁵ Apenas entre 2003 e 2006 as causas mal definidas de mortalidade reduziram-se de 13% para 8% (DATASUS/IDB/MS, acessado em 19/02/2010).



te de cerca de 1.500 crianças, além das sequelas destas infecções (DATASUS/IDB/MS acessado em 19/2/2010 e Fiocruz, 2010).

Com relação à evolução de doenças transmissíveis não evitáveis por imunização – em que pesem as restrições para uma ação integrada, envolvendo saneamento, educação, desenvolvimento local, entre outros fatores que explicam, por exemplo, problemas como os relacionados ao controle da Dengue – há indicadores bastante importantes de evolução nas ações de prevenção e controle. Para dar alguns exemplos destacados, podem ser citadas a redução da taxa de incidência de Tuberculose de 44,9 para 37,1 entre 2003 e 2008 (DATASUS /IDB/MS, 2010). Assim como a dos casos confirmados de Hanseníase, que passaram de 58.832 em 2003 para 29.558 em 2009, implicando uma queda de 50% no período (DATASUS /IDB/MS e Sinan Net, 2010).

De forma análoga, e muito representativa, situam-se os resultados do Programa de AIDS, que está entre as iniciativas brasileiras para a Saúde mais citadas internacionalmente como referência mundial, sendo de total responsabilidade do SUS em articulação com a sociedade civil. No período recente, entre 2003 e 2007, os novos casos de AIDS reduziram-se de 37.406 para 33.689, representando uma queda de 10% em apenas 5 anos. A taxa de incidência caiu de 21,15 para 17,79. novos casos a cada 100 mil habitantes (Gráfico 7). Esse é outro dos programas brasileiros citado internacionalmente como referência mundial, sendo de total responsabilidade do SUS articulado com a sociedade civil.

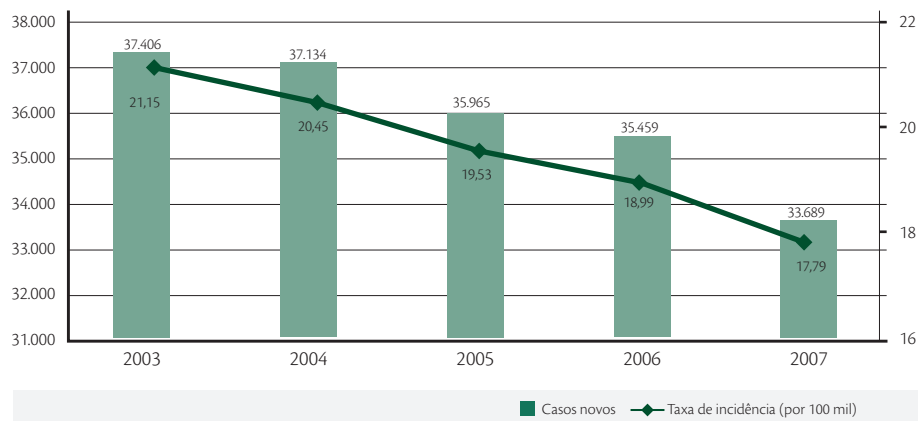


Gráfico 7 - Evolução de novos casos de AIDS. Brasil, 2003-2007

Fonte: DATASUS, 2010 (IDB/2008). Acesso em 19/2/2010 às 10 h.

Sintetizando a evolução das ações de prevenção e atenção à Saúde (segunda característica mencionada acima), há robustas indicações de uma expansão do SUS que atua na direção da universalização. Todavia, ao contrário do que se observa nos programas de atenção básica (com destaque para o PSF e Brasil Sorridente) e de prevenção e vigilância (imunização, controle de doenças, etc.) cabe destacar que, do ponto de vista regional, praticamente todas as informações apontam para uma grande rigidez na oferta do SUS, restringindo a configuração de uma rede regionalizada de assistência mais equânime e eficiente no território.

As indicações sobre as internações, a distribuição de médicos, de equipamentos, da estrutura para o tratamento de doenças de alta complexidade, entre muitos outros indicadores dos serviços de Saúde, mostram que os fortes limites financeiros ao investimento no Sistema e sua direção fragmentada (fruto da dinâmica proveniente das emendas parlamentares, das pressões políticas locais, etc.) impedem uma reestruturação da rede segundo uma lógica nacional regionalizada (Gadelha et al., 2009b), comprometendo os grandes objetivos de regionalização previstos nos princípios básicos do SUS e reforçados no Pacto pela Saúde (MS, 2006).

Com relação às atividades regulatórias no campo da Saúde cabe apontar as duas principais em termos de ação pública concreta. Primeiro, no que toca à regulação do Sistema de Saúde Suplementar, coordenada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observa-se no período que esse subsistema expandiu de modo importante, saindo de um patamar de 31,8 milhões de beneficiários registrados na Agência ao final de 2003 para 42,9 milhões de pessoas no final de 2009, não considerando os planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2010). Entre esses anos, o número de operadoras ativas manteve-se no mesmo patamar (precisamente caiu de 1.119 para 1.098 - idem), refletindo, de certo modo, o esforço para garantir o equilíbrio econômico-financeiro e a sustentabilidade das empresas e do setor (o que se reflete inclusive no descompasso entre o aumento dos beneficiários frente ao número de operadoras). Mais amplamente, o período foi marcado pela busca para garantir a ampliação dos direitos dos consumidores, mediante a ampliação do rol de procedimentos (atualizados periodicamente), da qualidade da assistência, da sustentabilidade econômica das empresas do setor para cumprir os compromissos contratuais e de outras medidas de grande impacto na classe média como a portabilidade dos Planos de Saúde.

A grande questão que envolve a área se refere aos limites de seu crescimento que, em princípio, poderia ser um fator negativo para a constituição de um sistema universal no país não focalizado apenas nos pobres ou excluídos (essa é a proposta constitucional assumida com grande ênfase nos últimos oito anos). Ou seja, esse subsistema atende hoje 22% da população brasileira e não pode ser



desconsiderado pelo planejamento e a programação governamental da rede de Saúde,⁵⁶ o que não tem se mostrado trivial, haja vista a permanente dificuldade de implementar mecanismos de ressarcimento ao SUS nos atendimentos de maior complexidade. Nesta perspectiva, o fortalecimento do SUS e a progressiva inclusão da classe média se colocam como necessidades estruturais prementes para configurar o SUS como um sistema universal de qualidade, envolvendo os distintos extratos econômicos, ainda mais num contexto, muito difundido recentemente, de explosão do crescimento da classe média, fruto da melhoria social observada ao longo desse período. Caso contrário, há o risco de o SUS sofrer uma reversão como proposta de sistema universal, tornando-se um sistema focado e pouco qualificado e atrativo para a sociedade.

Outra vertente relevante na regulação em Saúde, e que envolve uma forte interface com o setor privado, refere-se à expansão das ações de Vigilância Sanitária, mediante a ampliação da atuação da ANVISA como coordenadora de uma rede nacional. A análise detalhada da evolução recente fugiria do escopo deste estudo, mas deve ser destacado que, de um lado, a ação regulatória do Estado em favor da Saúde ampliou-se significativamente, conforme revelam as informações sobre a apreensão de produtos, a fiscalização crescente dos estabelecimentos produtivos e comerciais com impacto na Saúde e a evolução normativa para proteger a Saúde da população. Foi nesse período que a Agência se institucionalizou com a constituição de 83% de seu quadro de pessoal de carreira, o que é uma condição para a missão de uma agência reguladora que exerce funções de Estado (ANVISA, 2010).

De outro lado, numa vertente menos tradicional e introduzida pela perspectiva do Mais Saúde, a ANVISA vem começando a adotar práticas proativas para estimular a produção industrial nacional, no sentido de caminhar para a criação de um ambiente regulatório favorável que, ao mesmo tempo, assegure a eficácia e segurança dos produtos, a exemplo da recente alteração da regulação dos princípios ativos farmacêuticos para eliminar o “viés” pró importação (fruto das condições de regulação dos fármacos importados frente aos produzidos localmente), das inúmeras reuniões, encontros e eventos com as associações empresarias, da instalação de comitês regulatórios para acompanhar proativamente o processo de inovação, entre outros exemplos destacados. Todavia, esse movimento encontra obstáculos na cultura institucional e na prática concreta na “ponta operacional do sistema”, onde ainda predomina uma visão punitiva (a despeito de esse ser um poder inerente a missão institucional) e uma “rotina regulatória” pouco seletiva para estimular a produção e a inovação local. Portanto, nesta vertente, o período caracteriza-se por um processo ainda embrionário, se bem que muito importante, de articular a regulação sanitária com uma visão estratégica da constituição de uma base qualificada de produção e inovação em Saúde.

56 O “outro lado da moeda” é que 78% dos brasileiros dependem apenas do SUS.

A análise efetuada até o momento já tangencia – como evidente no parágrafo acima – o elo entre Saúde e desenvolvimento que é um dos principais marcos em termos de uma nova concepção e da implementação de novas intervenções no campo da Saúde, o que foi reconhecido por um trabalho recente do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA, 2009). Como mencionado no início, a introdução da perspectiva do Complexo da Saúde remete para uma visão mais ampla da necessidade de reestruturação dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde, requerendo a articulação entre os direitos e o consumo de massa e a evolução da base de produção e inovação de bens e serviços em Saúde, integrando a lógica econômica e a sanitária (Gadelha, 2003).

A Tabela 12 evidencia concretamente esta perspectiva da Saúde como uma frente de desenvolvimento de alta relevância econômica (além de sua reconhecida relevância social). Observa-se claramente a alta participação da Saúde na geração de demanda efetiva para o sistema produtivo, avançando mais de 8% do PIB pelo impacto que exerce no consumo final de bens e serviços no país. Esta demanda, em grande parte, gera valor no Brasil, considerando que as atividades da Saúde respondem por 6% do PIB em termos de valor adicionado (IBGE, 2009b), estando no patamar de toda agropecuária e de cerca de 30% do PIB da indústria de transformação (Contas Nacionais, IBGE). Em termos de seu impacto no emprego, as ocupações diretas em Saúde cresceram 22% de 2003 a 2007, chegando a 4,2 milhões, enquanto as ocupações totais da economia cresceram 12% no mesmo período (IBGE, 2009b). O sistema produtivo da Saúde responde ainda por cerca 10% do total dos empregos qualificados (MS, 2007), evidenciando a importante interface com a área de educação e seu papel para uma economia baseada no conhecimento.

Estas informações sintéticas revelam claramente o descompasso entre a visão tradicional do gasto em Saúde como uma restrição e aquela que também entende esse sistema produtivo como uma fonte de expansão e de geração de consumo de massa e oportunidades de investimento. Esse papel se mostra ainda mais expressivo ao se considerar que a composição das atividades em Saúde envolve segmentos de alta intensidade tecnológica e de inovação, sendo um dos grandes veículos de geração e uso de inovações nas áreas portadoras do futuro – o que possui um desdobramento nacional e regional relacionado à configuração da rede no território – como a biotecnologia, os novos materiais, as TI aplicadas aos serviços, a nanotecnologia, a química fina e os equipamentos eletrônicos (Gadelha et al., 2009a).



Tabela 12 - Composição do consumo final da Saúde por setor institucional.
Participação no PIB (%). Brasil, 2000-2007.

Setores Institucionais/Produtos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Famílias	4,9	5,1	5,0	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8
Administração Pública	3,1	3,1	3,3	3,2	3,2	3,3	3,5	3,5
Inst. sem fim de lucro a serviço das famílias	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total Geral	8,1	8,3	8,4	8,1	8,1	8,2	8,5	8,4

Fonte: IBGE, 2009b (sintetizada).

Todavia, a evolução recente também mostra a excessiva fragilidade tecnológica da atividade econômica em Saúde, tornando vulnerável a própria política nacional de Saúde. No mesmo período em que o SUS e o sistema suplementar se expandem, o Gráfico 8 mostra que o déficit comercial real eleva-se de US\$ 3,39 bilhões para US\$ 7,26 bilhões até 2008, havendo estimativas preliminares que já se encontra em US\$ 8 bilhões (GIS/Fiocruz, 2010). Esta situação é insustentável numa perspectiva de universalização, como fica evidente, por exemplo, pelo mencionado crescimento exponencial com os gastos do governo federal com medicamentos e outros insumos de alto conteúdo tecnológico.

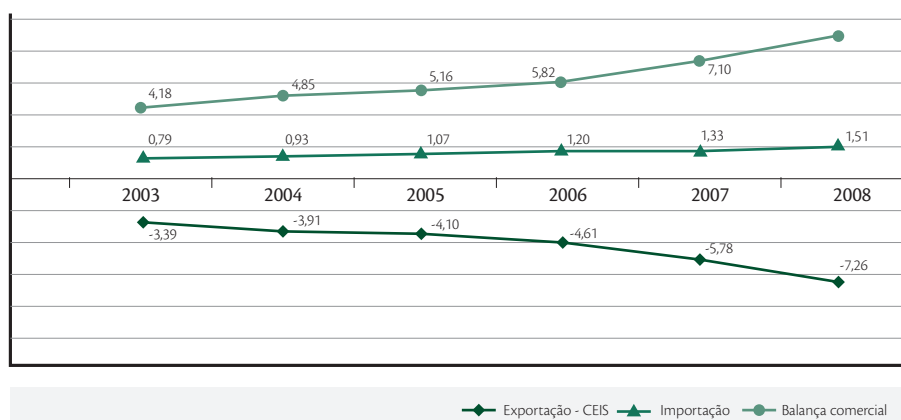


Gráfico 8 - Evolução da balança comercial do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS).
Brasil, 2003-2008 (US\$ bilhões a preços constantes, atualizados pelo IPC americano)

Fonte: GIS/ENSP-VPPIS/Fiocruz - metodologia a partir de dados do sistema Alice (SECEX/MDIC).

Esses indicadores revelam, ao mesmo tempo e de forma incontestável, a necessidade de se priorizar a estratégia de inovação em Saúde e de integração da dimensão econômica com a social no bojo da estratégia de universalização. A necessidade de integração destas duas dimensões se expressa de modo evidente na possibilidade do uso do poder de compra do Estado para atender tanto as necessidades do SUS quanto para o estímulo à inovação e à produção nacional, potencializando o círculo virtuoso entre garantia de direitos, o consumo de massas, o investimento e a inovação, constituindo um dos fatores para atenuar a forte dependência em Saúde da estratégia competitiva dos oligopólios internacionais que dominam todos os segmentos do Complexo Econômico Industrial da Saúde (Gadelha et al., 2009a).

Como marcas do período recente, o fato desta relação entre Saúde e desenvolvimento ter sido assumida no âmbito da PDP, do Mais Saúde e do PAC da Inovação⁵⁷ levou à implementação de uma série de iniciativas, cabendo apontar alguns exemplos destacados. De início, verificou-se a retomada de uma ação de política industrial para a área que se expressou, emblematicamente, na retomada de iniciativas estratégicas do governo para a internalização da produção de fármacos no Brasil, mediante o estabelecimento de parcerias público-privadas entre as empresas farmoquímicas nacionais e os laboratórios oficiais que possuem acesso ao mercado público, criando uma base inicial para um uso mais abrangente do poder de compra do Estado para o desenvolvimento tecnológico em Saúde. O marco desse processo foi a produção nacional do Efavirenz (que faz parte do “coquetel” para o tratamento da AIDS), sendo o primeiro licenciamento compulsório feito no Brasil, sinalizando que a Saúde pública e o acesso deveriam presidir a política de inovação. Esta parceria envolveu dois laboratórios oficiais (Farmanguinhos/Fiocruz e Lafepe) e três empresas privadas produtoras de fármacos no país. Aprofundando esse modelo, o Ministério da Saúde institucionalizou em 2009 uma Política de Desenvolvimento Produtivo, viabilizando nove outras parcerias com um marco legal mais estável.

Um segundo exemplo destacado refere-se à crescente articulação da política de assistência farmacêutica para a transformação da base produtiva nacional de medicamentos, o que pode ser observado pelo aumento da participação dos genéricos nas vendas da indústria, passando de 5,5% em 2003 para 15% do mercado em 2009 (Progenéricos, 2010); pela mencionada evolução do gasto do Ministério da Saúde com a compra direta de medicamentos e outros produtos e pela expansão do programa de Farmácia Popular, levando a uma significativa mudança no perfil da demanda de medicamentos. Esta mudança, em conjunto com o novo contexto de renascimento da política industrial para a área da Saúde, teve um forte impacto no aumento da participação do capital nacional na indústria farmacêutica, cujas empresas já atingem 45% do faturamento total contra um patamar

57 O Plano de Ação de Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional (PACTI) foi lançado em 2007 pelo governo federal, com previsão de investimentos de R\$ 41 bilhões em pesquisas e capacitação científica até o final de 2010.



histórico não superior a 20% (Valor Econômico, 2009), se bem que haja o risco de reversão nesse processo pela falta de uma base endógena de inovação.

Um terceiro reflexo da aproximação dos campos da Saúde e do desenvolvimento pode ser observado a partir do aprofundamento do apoio à inovação nos produtores públicos de vacinas, reagentes para diagnóstico e biofármacos (notadamente Fiocruz e Butantan), associando a estratégia de imunização com o desenvolvimento tecnológico local, utilizando-se o poder de compra inclusive para ter acesso às tecnologias das empresas líderes mundiais. Foram marcos desta estratégia as transferências de tecnologia para a vacina contra o Rotavírus, Gripe, Tríplice Viral e Quádrupla bacteriana (DTP + H1b). Para 2010, o calendário de vacinação prevê a inclusão de vacinas contra Pneumococos e contra Meningite C, envolvendo no primeiro caso a atração de um Centro de P&D em vacinas, viabilizada por um acordo entre a Fiocruz e a GlaxoSmithKline, no contexto da prioridade política à inovação em Saúde.

Ademais, observou-se um investimento importante nas instituições públicas de produção e inovação em Saúde. Na rede de laboratórios oficiais, o Ministério da Saúde investiu R\$ 370 milhões nos produtores públicos com recursos orçamentários de 2003 a 2009 (SCTIE/MS, 2010) e há previsões concretas de montagem de uma infraestrutura de apoio tecnológico à inovação em Saúde, destacando-se alguns projetos da Fiocruz em parceria com o MCT e o BNDES (tais como o Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, o Centro Integrado de Protótipos, Biofármacos e Reagentes para Diagnóstico e a infraestrutura tecnológica para desenvolvimento da insulina). Ressalta-se também nesse processo a criação da Hemobrás, em Pernambuco, para atuar no campo dos hemoderivados e produtos para biotecnologia, estando o investimento ainda em fase inicial.

O quinto destaque verificou-se no campo dos serviços de maior intensidade de conhecimentos, cabendo enfatizar que a concepção que alia a dimensão social com a da inovação começa a ser incorporada, ainda que de modo implícito, também na assistência à Saúde. Como exemplos marcantes, podem ser citados os investimentos de grande envergadura já incorporados no PPA e no orçamento da União do novo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e do novo Campus Integrado do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para atuarem como coordenadores nacionais – respectivamente nos campos de traumatologia-ortopedia e de oncologia – de redes assistenciais nacionais e descentralizadas de inovação em serviços com alto potencial de articulação com a indústria.

Por fim, o fato mais revelador da perspectiva inaugurada por esta vertente talvez seja a entrada de instituições da área econômica e de C&T na priorização da produção e da Inovação em Saúde, com destaque para a ação do BNDES que, depois de ter criado um programa para a área farmacêutica em 2004 (Profarma I), ampliou o seu escopo para todo o complexo industrial em 2007 numa forte arti-

culação com a área da Saúde inclusive em sua formulação (Profarma II). Até Julho de 2009 a carteira de investimento, incluindo as contrapartidas, era de R\$ 2,54 bilhões, dando-se ênfase à inovação nos segmentos industriais do Complexo da Saúde. No campo de C&T, os fundos de subvenção canalizaram para as empresas inovadoras em Saúde o valor de R\$ 800 milhões em 2007 e 2008, sendo cerca de 27% para a Saúde no edital desse último ano (MCT, 2009).

A despeito de todo esse movimento representar a retomada, em novas bases, de uma política industrial e produtiva para a Saúde, a evolução do déficit comercial e o retorno do risco de uma entrada “não inovadora” das líderes internacionais para recuperar o espaço perdido representam tanto uma ameaça quanto um indicador de que os instrumentos disponíveis ainda são insuficientes, notadamente para cumprir os objetivos da PDP e do Mais Saúde. Isto fica evidente pelo uso limitado do poder de compra do Estado para estimular a inovação e o desenvolvimento produtivo dos setores intensivos em tecnologia, a despeito de sua indicação em todos os programas e políticas governamentais citados.

Esse é um dos indicadores que reflete a limitada centralidade da visão entre Saúde e desenvolvimento, bastando considerar que a proposta desenvolvida pelo Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) para o uso estratégico do poder de compra em Saúde ainda não teve condições de ser encaminhada e apreciada pelo Congresso Nacional. Ao longo da crise de 2009 esse limite também apareceu, pois, ao contrário do que se observou nos EUA, a geração de demanda efetiva no âmbito da Saúde (mediante gastos anticíclicos) não foi priorizada na estratégia governamental, a despeito das políticas sociais terem mostrado sua força ao sustentarem a demanda pública da maior parte dos segmentos produtivos da Saúde naquele período. Em todo caso, uma nova agenda foi lançada e já há um expressivo portfólio de iniciativas concretas – incluindo os serviços de maior densidade tecnológica – que apontam para um otimismo, cauteloso, da perspectiva de aliar um sistema universal com uma base produtiva dinâmica e inovadora.

3.3. Desafios para a Saúde

A situação vigente na Saúde (um sistema universal em construção num país como o Brasil), a dinâmica econômica e social gestada entre 2003 e 2010 (crescimento com distribuição de renda e inclusão social), e o novo contexto estrutural e prospectivo (transição demográfica, deslocamento da fronteira tecnológica em Saúde e mudança na estrutura e papel do Estado) impõem enormes desafios que, em parte, também refletem as lacunas das estratégias implementadas. A necessidade de seu enfrentamento aponta para frentes de intervenção que, se não forem tratadas com prioridade,



implicarão riscos de crises sucessivas na Saúde que podem minar o objetivo de se ter um sistema universal, justo e dinâmico do ponto de vista econômico.

Dentre os desafios principais e macro-políticos, cabe enfatizar os seguintes:

1. Ainda está por ser instituída uma base de financiamento compatível com o compromisso de conformação de um sistema universal no Brasil, havendo vazios assistenciais regionais e no interior das regiões metropolitanas. Ou seja, o acesso universal ainda tem limites expressivos em termos quantitativos, qualitativos, regionais e locais. A extinção da CPMF, a não regulamentação da Emenda Constitucional 29 (definindo claramente os gastos em Saúde) e a não aprovação de mecanismos alternativos de financiamento do SUS (como a Contribuição Social da Saúde) evidenciam claramente a falta de apoio político para a constituição concreta de um sistema universal no Brasil. O próprio fato da questão dos recursos para o SUS ter sido tratada predominantemente no âmbito setorial da Saúde reflete que o financiamento de um sistema universal não se tornou uma questão com a devida centralidade no âmbito dos poderes executivo e legislativo.

Como resultado, o Gráfico 9 mostra que o gasto federal praticamente não se alterou em relação ao PIB (situado em 1,7% do PIB em 2007), sendo que 70% é repassado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fruto da lógica descentralizada de funcionamento do SUS. Somando os Estados e Municípios, os gastos públicos chegam a 3,6% do PIB. A proporção do gasto governamental sobre o PIB e sobre o gasto total do governo é incompatível com um sistema universal. A Tabela 13 mostra que, considerando os países da OCDE (que também contemplam sistemas não universais como o americano), a desproporção é enorme. Nos países desenvolvidos o gasto público representa mais de 70% do gasto em Saúde, sendo que não há no mundo nenhum sistema universal cujo financiamento público esteja abaixo desse patamar. No Brasil, a participação pública no gasto em Saúde situa-se abaixo de 50%, tendo também uma reduzida participação no gasto total do governo frente aos países da OCDE, o que reflete a insuficiência da mobilização política, social e econômica para embasar a estruturação efetiva de um sistema universal. Esta situação se mostra ainda mais grave se for considerado que 78% da população depende apenas do SUS, sem acesso a planos de Saúde registrados e regulados pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2010).

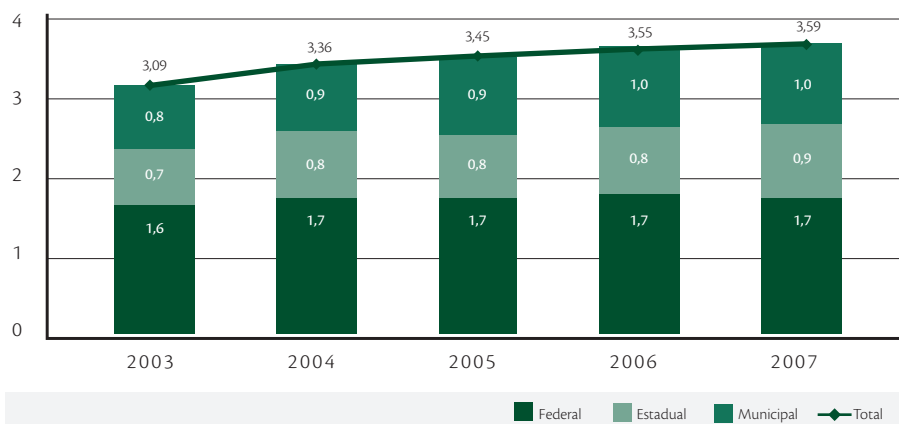


Gráfico 9 - Gasto público em Saúde em percentual do PIB – 2003 a 2007

Fonte: DATASUS, 2010 (IDB/2008) e RIPSA, 2008. Acesso em 19/2/2010 às 10 h.

Tabela 13 - Gastos públicos em Saúde como % do gasto total em Saúde e como % do gasto do total governo. Brasil e OCDE (média), 2000 a 2006

Gastos públicos em Saúde como % do gasto total							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Média OCDE	70,7	71,1	71,4	71,7	71,6	71,8	72,5
Brasil	40,0	40,5	41,9	41,3	43,3	44,1	47,9
Gastos públicos em Saúde como % do gasto total do governo							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Média OCDE	13,8	14,2	14,4	14,7	15,1	15,2	15,5
Brasil	5,5	6,6	7,0	6,1	7,2	6,7	7,2

Fonte: GIS/ENSP-VPPIS/FIOCRUZ, a partir de dados da WHO (2008).

2. O modelo de gestão do SUS precisa avançar em duas direções principais. Do ponto de vista de uma rede descentralizada e regionalizada as várias partes do sistema precisam ser articuladas, envolvendo um resgate e uma redefinição do papel das distintas esferas de governo e da relação entre o SUS e o segmento de Saúde suplementar. A dimensão nacional de coordenação e de indução tem que ser retomada com força para que a desarticulação institucional, sujeita a todos os tipos de pressão política, não gere um sistema fragmentado e, de fato não nacional,



mesmo que disperso no território. Para tanto é necessário desde um fortalecimento da capacidade institucional e profissional no nível central até recursos para investimento que são escassos e fragmentados e que seguem, muitas vezes, uma lógica particularista local.

Além disto, cabe reconhecer que, do ponto de vista econômico, as unidades de produção de bens e serviços em Saúde são organizadas de modo bastante complexo, caracterizando uma estrutura produtiva tipicamente empresarial, o que não se confunde com sua natureza jurídica (sejam órgãos da administração direta, fundações, empresas públicas ou privadas, organizações sociais ou outras modalidades). Ou seja, a discussão do modelo jurídico deve estar subordinada à visão de qual a melhor forma de operar unidades produtivas para garantir sua eficácia e eficiência para atingir os princípios constitucionais de acesso universal com qualidade. Nesse sentido, o formato jurídico-institucional do setor Saúde deixa de ser uma questão apenas industrial ou da relação entre o público e o privado (que caracterizou a agenda restrita de reforma do Estado do período neoliberal), para se tornar uma agenda da garantia dos meios para um sistema universal e de qualidade.

Em que pesem os avanços nas formas de gestão contratualizada com os hospitais universitários e filantrópicos, eles se mostram tímidos frente às necessidades existentes para todo o Sistema. De fato, a questão da gestão das unidades produtivas também carece de uma visão político-estratégica de sua centralidade, como fica evidente pela paralisação no Congresso Nacional do projeto para as Fundações Estatais, sem que tenha sido dada qualquer alternativa para uma situação crítica e fortemente articulada com a questão do financiamento.

3. O terceiro desafio, relacionado ao anterior, refere-se à capacitação da base produtiva e de inovação em Saúde. Todos indicadores demográficos e sociais apontam para uma explosão do consumo de massa em Saúde. Mesmo com a mudança no modelo de atenção – estruturado com base na atenção primária, em rede e com atividades intensas de promoção – o sucesso desses fatores (refletidos por exemplo na queda da mortalidade infantil e no envelhecimento) vão pressionar a demanda de assistência numa grande de escala. Se o país não tiver uma base produtiva que possua uma gestão moderna (item anterior) e uma capacidade de geração de conhecimento e de inovação tanto para introduzir novos produtos e processos na atenção à Saúde quanto para controlar a incorporação tecnológica, o compromisso com a universalidade estará permanentemente em risco. Os dados do déficit comercial expressam esta “nova dependência” estrutural numa área de alta sensibilidade social e importância econômica.

Nessa direção, entende-se que a constituição de uma base endógena de inovação em Saúde no país requer a estruturação de uma rede de instituições de Estado que dê suporte a uma estratégia de âmbito nacional, a semelhança do que ocorre nas áreas de energia e da agropecuária, onde a Petrobras e a Embrapa “ancoram” o processo de inovação em articulação com o setor

privado. Considerando as particularidades da Saúde, o objetivo (expresso no Mais Saúde) de expansão nacional da Fiocruz deveria ser aprofundado para o desafio da constituição de uma rede nacional regionalizada de inovação, articulando esta instituição-chave na área de CT&I e produção em Saúde com os institutos nacionais de assistência (INCA, INTO, Instituto de Cardiologia, entre outros). Isto se mostra essencial para uma perspectiva de longo prazo que articule a dimensão social e a econômica, podendo orientar e viabilizar um padrão adequado de inovação tecnológica, público e privado, que permita dar um salto qualitativo num ambiente internacional extremamente competitivo e ameaçador. Em última instância, somente o enfrentamento do desafio da inovação em Saúde e de redução das assimetrias internacionais permitiria garantir o acesso integral à Saúde pelo cidadão independentemente do grau de complexidade tecnológica dos bens e serviços.

4. Como decorrência dos desafios indicados acima – sendo mesmo um fator condicionante – coloca-se a necessidade de construção de uma capacidade estratégica no nível federal do sistema de Saúde para garantir o predomínio de uma visão nacional em sua orientação e regulação. A concepção (correta) de organização de um sistema descentralizado que prioriza a execução das ações em nível estadual e, principalmente, municipal tem como contrapartida conceitual e operacional a existência de uma estrutura hierarquizada capaz de estabelecer uma organicidade das ações para a configuração de um Sistema Nacional de Saúde integrado no território. Para tanto, o nível federal tem que ter uma alta capacidade de formulação e indução de políticas nacionais e de regulação do sistema, estabelecendo formas democráticas e coerentes de organização federativa, sem o que o risco da existência de uma ineficiência sistêmica e de fragmentação das ações se torna incontornável.

Ou seja, o SUS, como um sistema nacional de Saúde, também requer a organização de uma nova estrutura no nível federal, com a incorporação de um corpo estratégico de profissionais capazes de elaborar, induzir e avaliar as políticas nacionais. Com isto, seria possível, por exemplo, se efetuar uma ação efetiva para viabilizar os objetivos de uma atuação regionalizada que tenha uma visão nacional das iniquidades – que inclusive recupere o espaço crítico dos Estados na ação regional – e a regulação da incorporação tecnológica no SUS que permita induzir aquelas inovações que a população de fato precisa. Sem isto, a ineficiência sistêmica e o descontrole do uso de tecnologias – como de fato vêm ocorrendo pela “judicialização” da Saúde – tornam qualquer financiamento insuficiente para o atendimento de demandas que nem sempre se ligam às necessidades de Saúde.

5. A última grande questão que deve ser enfrentada refere-se à questão democrática e aos mecanismos de participação no SUS. A agenda intersetorial da Saúde e a relação entre Saúde e desenvolvimento coloca na agenda setorial como tirar o SUS do “insulamento” nos fóruns participativos de decisão. As instâncias de pactuação e de deliberação devem ser repensadas para



aprofundar a gestão democrática, incorporando novas lógicas e novos atores no direcionamento estratégico e no controle social. No presente, observa-se o risco destas instâncias participativas se burocratizarem e refletirem lógicas e interesses localizados que não interagem com a política nacional de desenvolvimento. Isso remete para novas questões e para a necessidade de superação de paradigmas restritos ao campo da Saúde.

Em síntese, a atuação do governo federal nos últimos anos deixa um SUS mais forte e com ações mais amplas para atender aos princípios constitucionais que foram recorrentemente assumidos. Todavia, as questões estruturais não foram equacionadas e assumidas como prioridades nacionais. A próxima gestão possuirá alicerces de política econômica e social muito mais favoráveis para um salto de qualidade e para uma profunda transformação que atualize a agenda da Saúde e a inserção endógena da Saúde no cerne da política nacional de desenvolvimento.

A grande aposta – que constitui, ao mesmo tempo, uma expressiva oportunidade para o SUS – é aliar a proteção social universal e o consumo de massa como vetores de progresso técnico, investimento e competitividade, permitindo a redução da vulnerabilidade econômica e social e inserindo a Saúde de modo orgânico na nova estratégia nacional de desenvolvimento. O quadro atual indica que ou estratégias futuras assumem esta perspectiva e colocam a Saúde no cerne da agenda de desenvolvimento ou serão surpreendidos por transformações e pressões políticas, sociais, demográficas, econômicas e tecnológicas fortemente ameaçadoras para uma perspectiva de desenvolvimento que integra a vertente econômica com a social.

4. Síntese dos compromissos e resultados

Compromissos	Resultados
Educação	
Prosseguir com a alfabetização de jovens e adultos, garantindo a continuidade do processo de escolarização, inclusive profissional e, por meio do Programa Mova Brasil, erradicar o analfabetismo de jovens e adultos.	Houve uma queda limitada da taxa de analfabetismo, observando-se, em 2008, um pequeno aumento no número absoluto de analfabetos. Dos 14,2 milhões de analfabetos estimados em 2008, 95% tinham mais de 25 anos.
Ampliar, com Estados e Municípios, o acesso à Educação Básica, por meio da universalização do Ensino Fundamental de qualidade, com duração de 9 anos, compreendendo o atendimento à Educação Infantil; a continuidade da reestruturação do Ensino Médio, a ampliação significativa do Ensino Técnico e a continuidade das mudanças para a Educação no Campo.	A Educação Infantil foi incorporada à Educação Básica. Nas creches, a matrícula atende somente 40% do grupo etário. No Ensino Fundamental a matrícula total está tendendo a estabilizar-se em torno da população na faixa etária, cerca de 30 milhões. A principal questão é a qualidade. No Ensino Médio ocorreu redução na matrícula entre 2002 e 2008, com pequena retomada em 2009. O total de matriculados está abaixo do número de pessoas que deveria frequentá-lo.

Compromissos	Resultados
Ampliar significativamente a rede do Ensino Médio, em especial os CEFETs e aprofundar a ampliação do Ensino Superior de qualidade. Para isso, implantar e consolidar o PROUNI, criar novas universidades e ampliar o número de vagas nas Universidades Federais existentes.	A expansão do Ensino Superior vem se dando majoritariamente pela iniciativa privada. Após 2006, o governo expandiu mais intensamente a rede federal, criando 14 universidades e ampliando a rede de CEFETs/IFETs. O crescimento da matrícula total no período foi de 46%, sendo 21% na rede federal e 57% na rede privada. A Pós-Graduação manteve intenso crescimento.
Democratizar a gestão educacional. Convocar a 1ª Conferência Nacional de Educação (CONAE) para avaliação das determinações da LDB, das metas do Plano Nacional de Educação e para aperfeiçoar o regime de cooperação entre as esferas de governo.	As ações foram limitadas. A CONAE foi realizada apenas em 2010. Mas representou um marco na articulação da sociedade na perspectiva de elaboração democrática de políticas educacionais.
Aprovar a Reforma Universitária e desenvolver o Plano Nacional de Pós-Graduação e o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES).	A Reforma Universitária tramita lentamente no Congresso. Por isso, o governo criou o Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). O SINAES foi implantado e avalia as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes.
Saúde	
Consolidar e obter um avanço significativo nas ações de atenção à Saúde, configurando um sistema nacional integrado e estruturado a partir das ações de atenção básica em Saúde.	Mesmo com grave limitação de recursos para o SUS e com problemas estruturais de gestão, observou-se uma clara expansão das ações em Saúde, indo desde ações promoção à Saúde até uma expansão significativa em diversas áreas de atenção, sobretudo na atenção básica.
Reduzir a mortalidade, especialmente a infantil, focando as causas mais relevantes.	A mortalidade infantil de crianças até 1 ano de idade se reduziu em 21% de 2003 a 2008, indicador muito expressivo para um período de 5 anos.
Constituir uma rede nacional descentralizada no território, seguindo as atribuições definidas nos marcos legais do SUS entre os diferentes níveis da federação, ficando a execução no nível estadual e (principalmente) no nível municipal, em função da complexidade das atividades.	O grande destaque foi o Programa Saúde da Família (PSF) que aumentou a cobertura populacional em mais de 50% em nove anos, chegando a cobrir 95 milhões de pessoas (51% da população brasileira) em 94% dos Municípios brasileiros.
Consolidar as ações de prevenção e de vigilância em Saúde, com ênfase nas doenças transmissíveis.	Para o controle das doenças transmissíveis emergentes (como a Gripe causada pelo vírus H1N1) e reemergentes (como Dengue, Tuberculose e Febre Amarela), houve um fortalecimento e avanço na regionalização do sistema nacional.
Melhorar a regulação do segmento de Saúde suplementar (operadoras de planos e seguros de Saúde) para garantir a articulação técnica e financeira com o SUS e para aumentar a eficiência do sistema e a abrangência e qualidade da atenção.	Nas áreas mais características da atenção médico-hospitalar (envolvendo a atenção de média e alta complexidade), as informações indicam uma evolução expressiva nos serviços oferecidos à população usuária do SUS.
Garantir um financiamento estável e com a magnitude requerida para o cumprimento do pacto político-social constitucional de universalização da Saúde assumido pelo governo federal.	Ainda está por ser instituída uma base de financiamento compatível com o compromisso de conformação de um sistema universal no Brasil, havendo vazios assistenciais regionais e no interior das regiões metropolitanas. Ou seja, o acesso universal ainda tem limites expressivos em termos quantitativos, qualitativos, regionais e locais



Compromissos	Resultados
<p>Reconhecer o caráter estratégico do Complexo Industrial da Saúde (CIS) que envolve todas as atividades produtivas em Saúde, abarcando a indústria e os serviços. Fortalecer o Complexo Industrial e de Inovação em Saúde no Brasil para o atendimento das necessidades do setor em escala ampliada, fruto dos objetivos de universalização e integralidade.</p>	<p>A Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) situou o CIS como área estratégica em decorrência de sua alta intensidade científica e tecnológica e potencial de disseminação de conhecimento e inovação para a matriz produtiva. O Programa Mais Saúde ("PAC da Saúde") definiu o CIS como um dos eixos estratégicos para a política de Saúde.</p>

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de informação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, março de 2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: fev. 2010.
- ARAUJO, R.L.S. **Financiamento da educação básica no governo Lula: elementos de ruptura e continuidade com as políticas do Governo de FHC**. 2007. Dissertação (Mestrado) Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- BIRDSALL, N.; SABOT, R. **Opportunity foregone: education in Brazil**. Washington, D.C: Inter-American Development Bank/John Hopkins University Press, 1996.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, com as modificações introduzidas pela EC n. 14. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1997.
- _____. **Emenda Constitucional nº 14**, de 12 de setembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I, p. 18.109, 13 set. 1996a.
- _____. **Emenda Constitucional nº 53**, de 19 de dezembro de 2006. Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/ec53.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2007.
- _____. **Emenda Constitucional nº 59**, de 11 de novembro de 2009. Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição Federal, dá nova redação aos incisos I e VII do art. 208, de forma a prever a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliar a abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da Educação Básica, e dá nova redação ao § 4º do art. 211 e ao § 3º do art. 212 e ao caput do art. 214, com a inserção neste dispositivo de inciso VI.
- _____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. – Lei Orgânica da Saúde –Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.
- _____. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L9394.htm>>.



- _____. **Lei nº 9.424**, de 24 de dezembro de 1996. Dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério, na forma prevista no art. 60, § 7º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, e dá outras providências. Brasília, 1996c. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9424.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2007.
- _____. **Lei nº 11.114**, de 16 de maio de 2005. Altera os arts. 60, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com o objetivo de tornar obrigatório o início do Ensino Fundamental aos seis anos de idade. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11114.htm>. Acesso em: 25 jun. 2007.
- _____. **Lei nº 11.274/2006**. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da Educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o Ensino Fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm>. Acesso em: 23 jun. 2007.
- _____. **Lei nº 11.494**, de 20 de junho de 2007. Regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB, de que trata o art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; altera a Lei no 10.195, de 14 de fevereiro de 2001; revoga dispositivos das Leis nos 9.424, de 24 de dezembro de 1996, 10.880, de 9 de junho de 2004, e 10.845, de 5 de março de 2004; e dá outras providências. Brasília, 2007.
- _____. **Lei 11.738**, de 16 de julho de 2008. Regulamenta a alínea “e” do inciso III do caput do art. 60 do Ato das Disposições constitucionais Transitórias, para instituir o Piso Salarial para os Profissionais do Magistério Público da Educação Básica. <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/>>. Acesso em: 20 jan. 2010.
- _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional: Plano de Ação 2007-2010**. Brasília: MCT, 2010. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/66226.html>>.
- _____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde**. Portaria N. 2607 de 10 de Dezembro de 2004 (DOU no 238, 13 de dezembro de 2004).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão – diretrizes operacionais**. Brasília: Série Pactos pela Saúde, 2006, v.1. 75 p. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011 (PAC Saúde)**. 1. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único da Saúde (SUS) no Brasil.** Série G – Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs>>.
- _____. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Política industrial, tecnológica e de comércio exterior.** Brasília: MDIC, 2003. Disponível em: <http://www.camara-e.net/_upload/20031126Diretrizes.pdf>.
- _____. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Política de desenvolvimento produtivo (PDP).** Brasília: MDIC, 2008. Disponível em: <<http://www.desenvolvimento.gov.br/pdp/arquivos/destswf1224095287.ppt>>
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial.** Brasília: MPOG, 2003
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano Plurianual 2008-2011. Desenvolvimento com inclusão social e educação de qualidade. Mensagem presidencial.** Brasília: Brasília: MPOG, 2007. V. I.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. **Caderno Destaques.** Brasília: SECOM, 2009. 61 p.
- _____. Presidência da República. **Pesquisa quantitativa regular bimestral 2009-03.** Meta pesquisa de opinião. Governo Federal. Brasília, nov. 2009.
- CAMARGO, R.B.; PINTO, J.M.R.; GUIMARÃES, J.L. Sobre o financiamento no Plano de Desenvolvimento da Educação. **Cadernos de Pesquisa**, Fundação Carlos Chagas, v. 38, p. 81-98, 2008.
- CAMPBELL, D.T. **Assessing the impact of planned social change.** The Public Affairs Center, Dartmouth College, Hanover New Hampshire, USA. December, 1976.
- CARREIRA, D.; PINTO, J.M.R. **Custo-aluno qualidade inicial: rumo à Educação pública de qualidade no Brasil.** São Paulo: Campanha Nacional pelo Direito à Educação, 2007.
- CARVALHO, C.H.A. O PROUNI no governo Lula e o jogo político em torno do acesso ao ensino superior. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 27, n. 96, Oct. 2006.
- CASSIOLATO, J.E. (Nota Técnica). In: **Projeto Brasil 2003-2010: Trajetórias e desafios.** Brasília: CGEE, 2010.
- CASTRO, J.A. Evolução e desigualdade na educação brasileira. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 108, p. 673-697, out. 2009.
- _____. Financiamento e gasto público na Educação Básica no Brasil: 1995-2005. *Educ. Soc.*, vol.28, n.100, p.857-876. Out 2007.



- CASTRO, J.A.; DUARTE, B.C. **Descentralização da Educação pública no Brasil: trajetória dos gastos e das matrículas**. Brasília: IPEA, n. 1352, 2008.
- CATANI, A.M., HEY, A.P.; GILIOLI, R.S.P. PROUNI: democratização do acesso às Instituições de Ensino Superior? Curitiba, **Educar em Revista**, n. 28, p. 125-140, 2006.
- CORBUCCI, P.R. **Sobre a redução das matrículas no ensino médio regular**. Brasília: IPEA, 2009. (Texto para discussão, 1421).
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Saúde2008 - As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil**. Relatório Final. Brasília/Rio. 2008
- DATASUS. **Acesso à base de dados do IDB de 2008, Sinan Net, Sala de Situação, CNES e RIPS** 2008, durante o mês de fevereiro de 2010.
- FERNANDES, R. **Índice de desenvolvimento da educação básica (Ideb)**. Brasília: INEP Anísio Teixeira, 2007. (Série Documental. Textos para Discussão, n. 26).
- FERRETTI, C.J.; ZIBAS, D.M. L.; TARTUCE, G.L.B.P. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. **Cad. Pesqui.** v.34, n.122, pp. 411-423. 2004.
- FULLGRAF, J.B.G. O lugar da educação infantil na sociedade contemporânea. **Ciênc. let.**, P. Alegre, n. 43, p. 25-40, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.fapa.com.br/cienciaseletras>>. Acesso em: 10 abr. 2010.
- GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da Saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, Rio de Janeiro. 2003.
- GADELHA, C.A.G.; MALDONADO J.; VARGAS, M.A.; BARBOSA, P. **Complexo econômico-industrial da saúde. Relatório Final do Projeto Projeto PIB: Perspectiva do Investimento no Brasil**. IE UFRJ/IE-Unicamp - BNDES. no prelo. 2009a
- GADELHA, C.A.G.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: D'AVILA VIANA, A.L., IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009b.
- GATTI, B.; BARRETTO, E. S. S. **Professores no Brasil: impasses e desafios**. Brasília: Unesco, 2009.
- GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.; SCOREL, S.; NORONHA, J. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008.
- GIS/FIOCRUZ. **Grupo de Inovação em Saúde**. Fiocruz, 2010

- GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. **Monitoring financial flow for health research: the changing landscape of health research for development.** Geneva: Andrés de Francisco and Stephen Matlin (ed.), 2008.
- HARVEY-BEAVIS, O. **Performance-based rewards for teachers: a literature review.** OECD, 2003.
Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/17/47/34077553.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2007.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Dados fornecidos pelo Instituto.** Rio de Janeiro, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD).** Brasília: IBGE. 2009a.
- _____. **Contas Satélites da Saúde 2005-2007.** Coordenação de Contas Nacionais/Diretoria de Pesquisas/IBGE/MPOG. Rio de Janeiro: IBGE. 2009b. (Contas Nacionais, 29).
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2009. 3 v. : gráfs., tabs.
– (Brasil: o estado de uma Nação). Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: Nov. 2009.
- MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA; T.W.F. Desenvolvimento, sistema de proteção social e saúde: correntes teóricas e perspectiva histórica (Parte 2 do Eixo I). In: GADELHA, C.A.G.; MALDONADO, J. (Coord.). **Desenvolvimento e saúde: Relatório final do Projeto OPAS/Fiocruz/Fiotec.** Mimeo. 2009
- MARQUES, E.P.S. **O programa Universidade para Todos e a inserção de negros na educação superior: a experiência de duas instituições de Educação Superior de Mato Grosso do Sul (2005-1008).** São Carlos, (Doutorado em Educação), UFSCAR, 2010.
- MCKINSEY & COMPANY. **How the World's Best Systems work.** Disponível em: <http://www.mckinsey.com/clientervice/socialsector/resources/pdf/Worlds_School_Systems_Final.pdf>. 2007.
- MORICONI, G.M. **Os professores públicos são mal remunerados nas escolas brasileiras? Uma análise da atratividade da carreira do magistério sob o aspecto da remuneração.** Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2008.
- OLIVEIRA, R.P. O financiamento da educação. In: OLIVEIRA, R.P.; ADRIÃO, T. **Gestão, financiamento e direito à educação. 3.** Xamã: Ed. São Paulo, 2007a.
- _____. O direito à Educação. In: OLIVEIRA, R.P.; ADRIÃO, T. **Gestão, financiamento e direito à educação. 3.** Xamã: Ed. São Paulo, 2007b.
- _____. Da universalização do Ensino Fundamental ao desafio da qualidade: uma análise histórica. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, 2007. p. 661- 690.
- _____. **Estado e política educacional: desafios do século XXI.** São Paulo, FEUSP, Livre Docência, 2006.



- _____. A transformação da educação em mercadoria no Brasil. **Educação & Sociedade**, v. 30, p. 739-760, 2009.
- OLIVEIRA, R.P.; ARAÚJO, G.C. Qualidade do ensino: uma nova dimensão da luta pelo direito à Educação. **Revista Brasileira de Educação**, n. 28. Jan-Abr. 2005.
- PARTIDO DOS TRABALHADORES. **Programa de Governo: Coligação Lula Presidente (2002) – Um Brasil para Todos: crescimento, emprego e inclusão social. Coligação Lula Presidente.** PALLOCI FILHO Filho, A.; DANIEL, C. (Coord.). São Paulo: PT, 2002.
- _____. **Programa de Governo 2007/2010.** Coligação Lula Presidente. São Paulo: PT, 2006
- PINTO, J.M.R.. O financiamento da educação no governo Lula. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 25, p. 323-340, 2009a.
- _____. Remuneração adequada do professor: desafio à Educação brasileira. **Retratos da Escola**, v. 3, p. 51-67, 2009b.
- _____. A política recente de fundos para o financiamento da Educação e seus efeitos no pacto federativo. **Educação e Sociedade**, v. 28, p. 877-897, 2007.
- RIBEIRO; KLEIN. Progenéricos. Disponível em: <<http://www.progenericos.org.br/mercado.htm>>. Acesso em: 2009
- RISTOFF, D. **A educação em guerra.** Brasília: Capes-Educação Básica, mimeo. 2008.
- SCHULTZ, T. **O valor econômico da educação.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- SCTIE/MS. **Dados fornecidos.** SCTIE/MS, 2010.
- Valor Econômico. **Saúde. Valor Setorial.** Suplemento Especial de dezembro de 2009.
- WEBER, S. (Nota Técnica). In: **Projeto Brasil 2003-2010: Trajetórias e desafios.** Brasília: CGEE, 2010.
- World Health Organization (WHO / UNICEF). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health.** Final Report. 2008
- _____. **Declaração de Alma-Ata.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata. 1978.

