

AVISO AO USUÁRIO

A digitalização e submissão deste trabalho monográfico ao *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia* foi realizada no âmbito do Projeto *Historiografia e pesquisa discente: as monografias dos graduandos em História da UFU*, referente ao EDITAL Nº 001/2016 PROGRAD/DIREN/UFU (<https://monografiashistoriaufu.wordpress.com>).

O projeto visa à digitalização, catalogação e disponibilização online das monografias dos discentes do Curso de História da UFU que fazem parte do acervo do Centro de Documentação e Pesquisa em História do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia (CDHIS/INHIS/UFU).

O conteúdo das obras é de responsabilidade exclusiva dos seus autores, a quem pertencem os direitos autorais. Reserva-se ao autor (ou detentor dos direitos), a prerrogativa de solicitar, a qualquer tempo, a retirada de seu trabalho monográfico do *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia*. Para tanto, o autor deverá entrar em contato com o responsável pelo repositório através do e-mail recursoscontinuos@dirbi.ufu.br.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE HISTÓRIA**

**AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E NAS
INSTITUIÇÕES MILITARES MINEIRAS**

CARLA VIEIRA VILARINHO

CARLA VIEIRA VILARINHO

**AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E NAS
INSTITUIÇÕES MILITARES MINEIRAS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em História, do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em História, sob a orientação do Profo. Leandro José Nunes.

Uberlândia, abril de 2006.

Vilarinho, Carla Vieira, 1978

As políticas de saúde no Brasil e nas Instituições Militares mineiras

Carla Vieira Vilarinho – Uberlândia, 2006

27 fl

Orientador: Leandro José Nunes

Monografia (Bacharelado) – Universidade Federal de Uberlândia, Curso de Graduação em História.

Inclui Bibliografia

Palavras chaves: História da saúde – sus – militares.

CARLA VIEIRA VILARINHO

**AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E NAS
INSTITUIÇÕES MILITARES MINEIRAS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Leandro José Nunes

Profa. Sheille de Freitas Batista

Prof. Paulo Roberto de Almeida

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado ao Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, principalmente a primeira turma do quadro de saúde do bombeiro, enfim a todos os bombeiros que estão sempre prontos a nos atender em casos diversos.

Em especial, dedico ao meu esposo que está sempre ao meu lado em todas as circunstâncias da vida, me apoiando de várias formas e contribuindo para meu crescimento, a minha mãe pelo apoio durante o curso, e por tudo.

AGRADECIMENTOS

De início, quero agradecer a Deus que é nosso Pai em todas as horas.

Ao Prof. Leandro José Nunes pela paciência, tolerância e ajuda, por estar ao meu lado nesta árdua tarefa de conclusão de curso, por ter aceito este desafio.

A Tenente Ana Maria, do Quadro de Oficial da Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, que me orientou em diversas formas sobre o tema trabalhado.

Sumário

Introdução	8
Capítulo 1. A Assistência à saúde no Brasil	12
1.1. A descentralização do SUS.....	16
1.2. As falhas do sistema de saúde.....	18
Capítulo 2. Os militares mineiros e seu plano de saúde	22
Conclusão	25
Bibliografia	28
Anexos	30

RESUMO

A intenção deste trabalho, é foi realizar um breve resgate histórico sobre a assistência à saúde, explanando como e onde se iniciou as bases de amparo à saúde da população de um modo geral.

O estudo abrangeu as etapas de desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil, a assistência à saúde ao trabalhador, ressaltando a criação do SUS como solução para os problemas vigentes, onde em contra partida, encontramos as empresas privadas prestadoras de serviços à saúde que beneficia uma parcela da população que possui acesso a este sistema e tem condições financeiras de arcar com um plano privado, seja através das empresas que trabalham ou pagando um plano de assistência, devido o caos da saúde pública.

Dentro deste contexto encontramos a instituição dos militares de Minas Gerais que consideramos “privilegiados” por possuírem um plano de saúde que abrange todas as áreas médico-hospitalares, para o segurado e seus dependentes. Este plano é de suma importância para toda esta parcela da população. Porém todo ser humano tem o direito de ser assistido em um sistema de saúde que atenda suas necessidades, independente de raça, sexo, status financeiro e profissão.

INTRODUÇÃO

Na Europa, durante o período de transição do feudalismo para o capitalismo, percebe-se que as questões relacionadas à saúde ainda não constituem uma preocupação política, sendo que a precariedade da assistência à saúde predomina. A forma de organização e ocupação dos espaços nos feudos ocasiona uma inadequada higiene. As cidades, que estão conhecendo um processo de crescimento, ou que estão surgindo, acompanhando a consolidação do capitalismo, também não conhecem um processo de planejamento e saneamento, sendo antes um “amontoado” de precárias habitações, com um número cada vez maior de pessoas que disputam espaço, vivendo em condições miseráveis. Neste ambiente, as doenças proliferam, as epidemias são comuns, aumentando o índice de mortalidade devido às péssimas condições de vida.

A higiene não era um hábito destas populações, e isto fez com que doenças, como a Peste Negra, a varíola, o sarampo, as gripes, dizimassem milhares de vidas, tanto no período medieval quanto nos primeiros séculos da chamada época moderna. Como não havia nenhum órgão responsável pela questão da saúde, cabia à Igreja prestar seu papel em obras sociais, amparando os deficientes, as pessoas idosas e as crianças abandonadas, ou seja, iniciando a difusão do cuidar da saúde da população através de uma assistência.

“(...) o êxodo rural em direção às cidades, a migração entre regiões e de cidade para cidade, o cruzamento de oceanos e a penetração em zonas de fronteiras (...) movimentos populacionais e industrialização andam juntos, já que o desenvolvimento econômico moderno do mundo pede mudanças substanciais junto aos povos (...) como evidentemente permite ao mundo manter uma população bem maior (...)”¹

¹ HOBBSBAWN, Eric J. **A Era do Capital 1848-1875**, tradução Luciano Costa Neto. 1ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977, p. 207.

O crescimento populacional, as transformações na economia e a melhoria nas técnicas náuticas, que possibilitaram a construção de navios cada vez maiores e a navegação por rotas mais seguras, aumentaram os fluxos de populações que se deslocavam em direção a outros locais, em busca de melhores condições de vida. Estes deslocamentos, na própria Europa ou em direção a outros continentes recém descobertos ou incorporados às rotas comerciais européias – América, Ásia, África – contribuíram poderosamente para a difusão de doenças entre os povos de vários continentes. Da mesma forma que os europeus introduziram doenças novas nos outros continentes, também eles receberam doenças que ainda não conheciam, em um processo de trocas microbianas que acompanharam as viagens, unificando o mundo também neste sentido. Evidentemente, quando falamos da circulação das doenças neste período – entre os séculos XV e XVIII - não podemos perder de vista que o impacto maior ocorreu entre os povos colonizados, principalmente os indígenas americanos, que não contavam com nenhuma forma de resistência biológica contra os vírus vindos da Europa.

Com o capitalismo e a ampliação do sistema fabril, aumenta a quantidade de pessoas que são expulsas do campo e se dirigem às cidades em busca de condições mínimas de sobrevivência. É o momento do surgimento do operariado, que irá trabalhar nas fábricas em péssimas condições de higiene e de vida. Ainda neste período, não se tem um órgão responsável pela assistência à saúde. Porém, a Igreja, até então a principal instituição que se encarregava de prestar um mínimo de assistência aos pobres, incluindo as questões de saúde, não mais irá se responsabilizar pela questão. A numerosa população e as mudanças nas relações entre Igreja e Estado levam a instituição religiosa a se afastar cada vez mais da assistência que prestava. Caberá agora à massa de trabalhadores lutar pelos seus direitos, pressionando o Estado.

“A partir do momento da consolidação do capitalismo, as condições de vida e de trabalho do nascente proletariado tornaram-se extremamente precárias. Tais condições eram ainda mais insuportáveis à medida que contrastavam de maneira brutal com o novo estilo de vida desenvolvido pela

burguesia industrial. É dentro deste contexto que se desenrola o movimento operário europeu ao longo do século XIX. Este movimento desdobra-se, inicialmente, em formas de resistência que se traduzem no *ludismo*, expressão do protesto da nascente classe operária. Num segundo momento, por volta de meados do século, configura-se o *movimento cartista*, que tinha como objetivo possibilitar ao proletariado até mesmo uma representação política. É possível perceber, pois, um amadurecimento da luta e da resistência dos trabalhadores.

Já na segunda metade do século, surgiram as primeiras associações de trabalhadores (*trade unions*) que, embora inicialmente apresentassem um caráter assistencialista, vieram a dar origem aos sindicatos (...) e a formação das Associações Internacionais dos trabalhadores (AIT)."²

Portanto, percebe-se que as lutas dos trabalhadores, a partir da Revolução Industrial, também incorporam a preocupação com as questões relacionadas à assistência à saúde. O êxodo rural e as péssimas condições de saneamento urbano estavam associados à miséria de grande parte da população empregada nas fábricas, que possuía péssimas condições de trabalho. Neste momento verificava-se a preocupação dos patrões com a capacidade do trabalhador produzir, por isso colocavam médicos para atuarem no interior das fábricas. Mas, no início do século XIX, ocorreram as reivindicações de trabalhadores pelos seus direitos: 8 horas de trabalho, 8 horas de lazer e 8 horas para dormir, o que significava uma interferência no processo de produção, juntamente com a necessidade de melhoria nas condições de trabalho e vida desses trabalhadores, no sentido de adaptar o trabalho às necessidades do ser humano trabalhador e não o contrário, como era a tendência da atuação médica no interior das empresas. O resultado das reivindicações e lutas foi a criação, em 1919, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que desde então reconhece a existência de doenças profissionais, e consagra o seguro-doença como direito do trabalhador.

² MARQUES A., BERUTTI F., FARIA R. **História Contemporânea através de textos**. 9ª ed., São Paulo, Contexto, 2001, p. 48 e 49.

Após a II Guerra Mundial aparece mais claramente a idéia de *Saúde Ocupacional*, acompanhada de movimentos que levaram à criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 e a I Sociedade Mundial de Ergonomia em 1949, de modo que na década de 1950 já está incorporada a Medicina do Trabalho.

Na década de 1970, ganha forças a questão da saúde do trabalhador, com o movimento de trabalhadores sobre questões relativas às condições de trabalho. Este é o momento em que se verifica o trabalhador como ator na história da saúde. Ainda em 1970 se estabelece a necessidade de proteção com a utilização de equipamento de proteção industrial (EPI) pelo trabalhador.

No Brasil, a história se dá em momentos diferentes, da Proclamação da República e a promulgação da nova Constituição em 1891, até a criação do Sistema Único de Saúde, na Constituição de 1988, a questão da saúde percorre vários caminhos, onde ganhou o nome de saúde pública. Na primeira Constituição, na interpretação de seus artigos, podemos perceber que caberia aos Estados e Municípios a administração e realização dos serviços de saúde e higiene da população, que na década de 20, passa por um processo de centralização que também sofreu modificações ao longo dos anos, desde a criação de um Ministério da Saúde até o caráter descentralizado no final do século, com diferenças em termos de definição e de atribuições.

O objetivo deste trabalho é reconstruir os caminhos da saúde pública no Brasil, que começa com a Constituição de 1891, culminando na descentralização do SUS, a implementação de planos privados a assistência à saúde, incluindo a assistência à saúde dos militares do Estado de Minas Gerais. O trabalho está dividido em duas partes; a primeira aborda a política de saúde desde o início da Primeira República, suas transformações até a criação do SUS, ponderando o papel do Estado junto com sua política de privatização a saúde e posteriormente, uma reconstrução dos caminhos que levou à necessidade da criação do plano de assistência à saúde para os servidores militares do Estado de Minas Gerais. Com isso, procuraremos fazer um levantamento histórico da saúde no Brasil, abordando o sistema criado em 1988 e o sistema de saúde dos militares.

CAPÍTULO 1

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Como já foi mencionado anteriormente, foi com a Constituição promulgada no Brasil em 1891 que se atribuiu a necessidade de se ter um consenso sobre questões referentes à saúde pública, a designação a quem caberia a responsabilidade pela saúde.

(...) Em relação à saúde pública, os fluxos migratórios para os centros urbanos criam adversidades até então inexistentes, dentre elas o alastramento de doenças desconhecidas ou ao menos restritas a alguns grupos sociais, atingindo não apenas os imigrantes como também os próprios moradores locais. A doença torna-se um “mal público”, e entra no debate político quando seus efeitos negativos começam a afetar a elite política. Uma vez que a doença não escolhe a classe social a ser atingida, tornam-se imprescindíveis ações de saúde e saneamento que abarquem toda a população, evitando assim que doenças transmissíveis cheguem à elite (...).³

Devido a este processo de urbanização no Brasil, que possibilitou o alastramento de doenças como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola, no início do século XX uma série de ações do governo para a implementação de políticas sociais em saúde foram colocadas em prática. Criou-se em 1896 a Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP), que foi reestruturada em 1904, sob a administração de Oswaldo Cruz, quando foi instituída a obrigatoriedade da vacinação antivariólica, que resultou na Revolta da Vacina.

³ OLIVEIRA, Vanessa Elias. **Política de saúde: as bases históricas da estruturação do sus**. Trabalho apresentado 4º Encontro Nacional da ABCP – Associação Brasileira de Ciência Política. Área Estado e Políticas Públicas. Painel (3) Inovações Institucionais e a provisão de serviços públicos no Brasil. 21-24 julho 2004 – PUC – Rio de Janeiro, p.3.

Esta revolta ajudou a se pensar na necessidade da organização do sistema de saúde brasileiro, uma vez que as mazelas da maioria da população demonstravam o descaso com que a saúde pública era tratada. Materializou-se, portanto, a chamada reforma sanitária de Osvaldo Cruz, visando o combate das grandes endemias.

Assim, em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), visando uma organização sanitária nacional, devido à crise do setor de saúde. Como os compromissos públicos com a questão social não estavam sendo cumpridos, vários estados começaram a pedir auxílio ao Governo federal, permitindo a interferência do mesmo e estando ciente da perda da sua autonomia. O resultado imediato foi o crescimento das atividades federais em saúde nos estados. A idéia era que o Governo federal iniciasse os serviços sanitários nos estados que, posteriormente, deveriam assumi-los. Pouco a pouco, os estados foram aumentando as suas atribuições e substituindo, a ação federal.

Quanto à assistência à saúde dos trabalhadores, esta sempre esteve envolvida com a Previdência Social, a começar pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizada por categorias profissionais e financiadas por empregados e empresas que davam cobertura previdenciária e cobertura à saúde para os trabalhadores.

O ano de 1930 representa o início de uma série de transformações sociais no sentido de institucionalizar os direitos dos trabalhadores, implementados por Vargas. A grande transformação foi a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que proviam a assistência à saúde às diversas categorias de trabalhadores, com financiamento também por parte do Estado. Anterior aos IAPs, as CAPs tinham a obrigatoriedade de prover a assistência médico-hospitalar aos trabalhadores, porém sem a participação do Estado.

Neste momento evidenciam-se as ações da Fundação Rockefeller, com a criação de Centros de Saúde que forneceria, promoveria e coordenaria serviços médicos em cada localidade, onde haveria visitas domiciliares de enfermeiras, inspeções escolares, censo de morbidade, investigações, etc.

A partir de 1934, o Estado também nomeou interventores de saúde nos Estados, com o objetivo de criar ou reorganizar aqueles que não possuíam os

Departamentos Estaduais de Saneamento (DES). Em 1937, Vargas nomeou os próprios governadores como interventores de saúde. A partir de 1941, o DNS passou a concentrar esforços na coordenação e fiscalização das ações de saúde e higiene realizadas nos estados e municípios.

Nos fins da década de 1940, a questão da saúde restringia-se às ações de controle das grandes epidemias, para que não fosse afetado o desenvolvimento econômico do país. Porém, um processo começará a se intensificar a partir de então, a separação das áreas de saúde e saneamento, devido às mudanças no processo de desenvolvimento do país, marcado pela industrialização da década de 1950, quando se estruturou um pólo industrial nos grandes centros urbanos. O modelo de saúde vigente já não daria conta das necessidades do empresariado para com o estado de saúde de seus trabalhadores.

Portanto a “saúde pública prestada diretamente pelo governo federal limitava-se ao controle epidemiológico, sendo que a atenção hospitalar e ambulatorial concentrava-se na iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos. Alguns serviços de saúde eram prestados pelo governo de forma indireta, mas estes eram exclusivos dos trabalhadores formais, com inscrição na Previdência Social. Neste sentido, podemos afirmar que a saúde estava distante de tornar-se um direito social universal, e distante também de ser uma política voltada para as necessidades regionais e locais da população, que variavam muito nos diferentes estados do país. (...) a década de 1960 acentuou a dicotomia entre saúde pública e assistência médica, ficando a primeira no âmbito de atuação do Ministério da Saúde e a segunda centralizada no INPS, criado em 1966 com o objetivo de cuidar do tratamento individual dos doentes, cabendo ao Ministério da Saúde a execução de programas sanitários e de controle de endemias.”⁴

⁴ Ibidem 3, pp. 11 – 13.

Foi na década de 60 que os IAPs são transformados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), onde se uniu a responsabilidade por todos os benefícios relativos à questão previdenciária. Essa centralização levou à expansão da assistência a parcelas da população antes não atendidas (população rural, empregadas domésticas e autônomos), embora isso não assegurasse a qualidade da assistência à saúde prestada.

“Ao longo dos anos 70, a situação do Ministério da Saúde manteve-se estável, ou seja, com poucos recursos próprios e grandes repasses para a iniciativa privada, que era a principal provedora dos serviços de saúde do Brasil autoritário.”⁵

Ou seja, em 1974 foi implantado o Plano de Pronta Ação (PPA), que interferiu nas relações de compra de serviços de saúde entre a Previdência e os prestadores destes serviços, usando os recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ) que levou o Estado, através da Previdência Social, a mediar a compra dos serviços médicos especializados, que privilegiou o produto privado dos serviços de saúde, gerando a perda de qualidade e falta de financiamento do sistema público de saúde, aumentando a demanda à assistência a saúde pela população que não tinha acesso a rede de saúde privada.

Este modelo privado supriu as empresas, garantindo a assistência à saúde para seus trabalhadores, assistência já existente desde as CAPs, na década de 20. As empresas estatais que surgiram adotaram planos privados de assistência à saúde, acoplados a seus departamentos de recursos humanos. Posteriormente, multinacionais e empresas nacionais de grande e médio porte adotaram convênios com empresas privadas de assistência a saúde.

Entretanto, o modelo não atende a assistência que a população brasileira necessita. Houve um aumento da disponibilidade de acesso aos serviços de saúde após a unificação dos IAPs, porém somente uma parcela da população, os trabalhadores formais, terão acesso. Embora a Reforma

⁵ Ibidem 4, p. 15.

Sanitária dos anos 80 tivesse a aparência e repercussão de um projeto estatal, o que se firmou foi o projeto baseado na privatização, descentralização e focalização, com ênfase no sistema privado exercido pela regulamentação do Estado, que gerou a perda de qualidade e falta de financiamento do sistema público de saúde, aumento da demanda à assistência à saúde, hoje atendida pelo mercado representado pelas operadoras de planos e seguros de saúde.

Porém, aparecem as Ações Integradas em Saúde (AIS) e é constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, extinguindo o INAMPS, visando à descentralização dos serviços de saúde de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira. Este sistema foi uma preparação para a implementação do SUS.

“A partir de 1982, desenvolveram-se no âmbito da Previdência Social propostas de reforma do setor saúde, objetivando minorar os custos da assistência médica previdenciária. Dentro deste movimento por reforma surgiram as propostas descentralizadoras, direcionando as ações em atenção básica à saúde para os níveis estadual e municipal. O movimento sanitário não apenas havia participado do movimento pela democratização como também estava trabalhando na elaboração de uma proposta de aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Saúde, com base no princípio que será mais tarde incluído na Constituição: a saúde como um direito de todos e dever do Estado.”⁶

Após várias discussões entre os diversos componentes do setor de saúde, a Constituição de 1988 instituiu um sistema de saúde único, universal e descentralizado.

“A saúde inicia uma nova experiência de descentralização, diferente daquela ocorrida no começo do século, mas

⁶ Ibidem 5, p. 15.

assemelha-se na divisão de competências entre as esferas de governo.”⁷

1.1. A descentralização do SUS

Segundo Vanessa Elias Oliveira “a Constituição de 1988 foi o marco mais importante na redefinição das prioridades das ações estatais na área da saúde pública”. Em seu artigo 196, assegura que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*.

Contudo, é a partir da aprovação da Lei n.º 8.080, de 1990, que instituiu a Lei Operacional da Saúde (LOS), que se iniciou a institucionalização do sistema proposto pela Constituição Federal, de sua aprovação resultaram dois aspectos fundamentais:

1. Criação dos mecanismos institucionais que vincularam a descentralização à municipalização;
2. Aprovação da Lei Complementar n.º 8.142/1990, que dispõe sobre os assuntos pendentes da legislação anterior: condições e formas de transferências de recursos e a participação da comunidade na gestão do SUS (criação do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde).

A partir de 1991, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), do Ministério da Saúde, passaram a ser o principal arranjo institucional a regulamentar a descentralização do sistema de saúde. Foram editadas Normas Operacionais com o intuito de organizar e operacionalizar o funcionamento do SUS, a responsabilidade do governo local, que foi reforçada com a publicação da NOB 1/96, cujo objetivo era fortalecer a atenção primária dos serviços de saúde (de responsabilidade municipal).

Com a publicação das Normas Operacionais Básicas do SUS, desencadeou-se um amplo processo de descentralização, transferindo para os estados e municípios um conjunto de recursos e responsabilidades para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Como consequência, o Ministério da Saúde aumentou o repasse de recursos Fundo a Fundo, para

⁷ Ibidem 6, p. 17.

estados e municípios que haviam se habilitado em alguma das formas de gestão, e diminuiu o repasse determinado pela produção ambulatorial e/ou hospitalar, antes a única forma de transferência. A transferência Fundo a Fundo representou um avanço no processo de municipalização, conforme podemos verificar:

“Desde meados da década de 90, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a sistemática de repasse fundo a fundo em detrimento da remuneração dos serviços prestados. Tal fato decorre da necessidade de adequação dos mecanismos de transferência de recursos à nova concepção do sistema de saúde posta em prática com a Constituição de 1988. A remuneração de serviços produzidos “financia” a doença, trata a prefeitura como mero prestador de serviços e privilegia as localidades que já possuem estrutura de serviços. O repasse fundo a fundo, diferentemente, prioriza a atenção integral à saúde, atribui ao prefeito o papel de gestor do Sistema Único de Saúde e estabelece planos de ações de saúde de acordo com a realidade local” (Ministério da Saúde, 2000: 13).

Com isso, tomando a transferência Fundo a Fundo como indicador do grau de municipalização dos serviços de atenção primária à saúde, podemos afirmar que o processo de municipalização foi realmente intenso entre os anos de 1994 e 2002, sendo que o ano de 1998 representou um ponto de inflexão importante, pois foi neste ano que foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB).

Com o PAB, passa-se a dispor do modo de financiamento tendo por base o *per capita*, além do modo já existente de compra de serviço com base na oferta. Para tanto, foi feita a divisão do teto financeiro contemplando a atenção básica e a assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

O Piso de cada município é calculado tendo por base um valor *per capita* e transferido de forma automática, “fundo a fundo”. Substitui-se a forma anterior de financiamento por prestação de serviços para a lógica de transferência de

recursos. Com essa nova lógica, o município passa, em contrapartida, a assumir a responsabilidade pelo nível de atenção básica à saúde.

Desde então, muitos municípios que ainda não haviam se habilitado em nenhum tipo de gestão o fizeram, passando a receber os recursos municipais diretamente no Fundo Municipal de Saúde, mesmo que a produção tenha sido menor do que o teto estipulado pelo Ministério da Saúde.

Este processo de municipalização foi ainda ampliado com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, que determinou a porcentagem mínima dos recursos próprios que estados e municípios devem aplicar na saúde. Estes percentuais foram especificados na Emenda e devem aumentar gradativamente, ano a ano, até atingirem o valor de 12% para os estados e 15% para os municípios.

Os estados e municípios que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a 7% não poderão reduzi-lo, refazendo os cálculos para os anos seguintes de acordo com o patamar de despesas que já haviam atingido. Com isso, a municipalização promovida ao longo dos anos 90 está, de certa forma, garantida, pois os entes federados não podem diminuir seus gastos prévios com saúde.”⁸

1.2. As falhas do sistema de saúde

Mesmo com a implementação do SUS para atender o trabalhador, principalmente informal e também uma parcela importante da população que são os aposentados e crianças, transferindo aos estados e municípios um conjunto de responsabilidades para a atuação do mesmo, não foi o suficiente para resolver os problemas enfrentados pela comunidade na questão da saúde.

Após 1970, quando o Estado assume a responsabilidade de atuar nas políticas de saúde, várias mudanças transformaram a rede pública de atendimento à comunidade. Porém o SUS não acompanhou os avanços tecnológicos o que, somando-se a falta de profissional qualificado e bem pago, gerou uma séria deficiência nos atendimentos. Há uma necessidade de investimento social no sentido de melhorar e adaptar o SUS às constantes

⁸ Ibidem 7, pp. 17 – 19.

transformações da sociedade brasileira, dando acesso a todos que o necessitam. Existem, hoje, vários hospitais públicos, com funcionários qualificados que não atendem às necessidades da maioria da população. As verbas destinadas à saúde não são suficientes para manter um padrão adequado de atendimento, criando várias filas na espera para consulta, tratamentos, etc.

As políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades dos trabalhadores, de modo geral, têm que ser repensadas. A cobertura de serviços do setor suplementar (privado) de saúde está aquém das demandas porque abrangem apenas os serviços médico-hospitalares, não sendo, portanto, uma assistência integral à saúde. O que ocorre, na realidade, é que os planos privados são muito caros, principalmente para idosos, que na maioria são aposentados e necessitam de um plano de assistência à saúde e acabam ficando a mercê do SUS. E isso também ocorre com a maior parte da população, que não possui condições financeiras de custear um plano privado de saúde.

A situação dos trabalhadores empregados também é questionável, já que estes não estão livres das mazelas do sistema de saúde brasileiro como um todo. A regulamentação do setor suplementar de saúde, que vem sendo realizada por agência reguladora, também está muito aquém de qualquer interferência na estrutura desse modelo, até mesmo pela inexistência de critérios de avaliação da qualidade dos serviços prestados por este setor. Outra situação enfrentada pelos trabalhadores formais são as relações estabelecidas entre as empresas dos planos de assistência privada à saúde e a empresa que contrata estes serviços, que faz com que “cada caso seja um caso”, ou seja, cada plano vai ter uma rede credenciada, cobertura, utilização e financiamento diferenciados, não sendo um plano integral que atinja todas as necessidades destes trabalhadores.

Enfim, podemos verificar que existem duas situações que são contraditórias no universo do trabalhador. Primeiramente, podemos pensar na questão dos trabalhadores formais fazerem parte da “elite” do país pelo fato de estarem empregados, e possuírem, na maioria dos casos, um plano privado de assistência à saúde. Porém outra situação é colocada a partir do momento em que qualquer um que se aproxime da realidade do dia-a-dia dos trabalhadores,

vai se deparar com um mundo onde a insalubridade e periculosidade, adicionados aos exames pré-admissionais e periódicos e ao tempo de afastamento por doenças e acidentes, são exemplos da ambigüidade que os trabalhadores enfrentam. Sejam eles formais ou informais, cada qual com sua realidade enfrenta as dificuldades colocadas para ter direitos a uma assistência a saúde adequada que atenda as necessidades do trabalhador.

CAPÍTULO 2

OS MILITARES MINEIROS E SEU PLANO DE SAÚDE

Para compreender o desenvolvimento da rede privada de assistência à saúde, é preciso entender melhor o papel do Estado. Durante a década de 70, como já citado anteriormente, o Estado foi o mediador do mercado de produção de serviços de saúde, que resultou no incentivo da prática da assistência à saúde voltada ao lucro.

Isto contribuiu para o crescimento do setor privado, uma vez que o Estado garantiu esse crescimento. Lembramos que isso foi possível devido ao financiamento a hospitais privados, através de recursos do FAZ (Fundo de Apoio ao desenvolvimento social), pela compra de serviços pela Previdência, que induziu a realização da assistência à saúde na rede credenciada.

A contratação dos serviços privados de saúde, de acordo com a utilização conforme a complexidade de cada serviço, adicionando o fator tecnológico, favoreceu o desenvolvimento deste mercado privado de saúde que cobra de acordo com cada serviço prestado. Este crescimento não foi acompanhado pelo Estado ou pela sociedade. Para o Estado, a privatização do serviço de assistência à saúde pode ser compreendido como uma solução para a minoria da população, que são os trabalhadores formais, que puderam usufruir (com custos) dos serviços de saúde privados. Em contrapartida, o trabalhador informal ficou à mercê do Sistema Único de Saúde, que propõe a divisão de tarefas através da descentralização da saúde, passando a responsabilidade para Municípios, Estados e Governo Federal, mas que, na prática, o sistema não consegue atender as necessidades básicas da massa populacional devido à falta de infra-estrutura na rede médico-hospitalar.

É dentro deste contexto de privatizações que encontraremos a assistência a saúde dos servidores militares.

Em meados de 1911 foi criada a Caixa Beneficente da Polícia Militar (CBPM), com a destinação de assistência previdenciária (pensão) às viúvas

dos militares. Em 1978 a Caixa é transformada em autarquia e a partir de então, com os recursos adicionais da contribuição do Estado, a Caixa adquiriu a estrutura financeira adequada à execução da finalidade social para a qual fora criada em 1911, a prestação previdenciária militar. Porém a CBPM assumiu a Assistência à Saúde como um apêndice, pois era uma necessidade do militar que já comparecia com sua parte nestes custos, mas como já foi dito seu objetivo era outro. Entretanto, até o ano de 1980, a assistência à saúde do militar era encapada pelo órgão previdenciário CBPM, com os moldes da assistência previdenciária, ou seja, com a participação do segurado nos custos. Somente em casos extremos, quando o militar era acidentado em serviço, que o Estado custeava a sua assistência. A partir de então, a PMMG fez constar em seu orçamento, recursos para assistir os militares da ativa, que mais tarde foi estendido aos militares inativos e dependentes, através de um convênio firmado entre a IPSM (Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais), sucessor da Caixa Beneficente, e a PMMG. Esta assumiu todo o gerenciamento da assistência à saúde para o público previdenciário.

A razão principal da PMMG assumir a questão da saúde, é o fato da instituição estar intimamente integrada a todas as comunidades espalhadas pelo imenso território mineiro, tendo condições de gerenciar o sistema de saúde para todo o seu público. Isto significa que, quando a PMMG assume o gerenciamento da assistência à saúde, quem irá coordenar o IPSM será o Estado, contando com a participação dos militares que assumiram a chefia do IPSM, uma vez que os próprios militares estão subordinados indiretamente ao Estado.

O IPSM, para suprir as necessidades da assistência à saúde, firma contratos com a rede privada médico-hospitalar. Para o custeio destes serviços é descontado do militar 8% da remuneração básica, tendo este direito à utilização dos serviços cem por cento custeados pelo IPSM e o Estado, dentro dos limites estabelecidos pelo plano, sendo que os dependentes de militares usufruem do plano, pagando 25% do valor de cada serviço. O valor recolhido do militar é repassado para o IPSM, que destina parte para a saúde e parte para o Estado que “reembolsa” o dinheiro com o custeio de parte dos serviços

utilizados. Portanto, Estado e IPSM pagam para os credenciados os serviços prestados.

Quando mencionamos militares, englobam-se os militares da polícia e do bombeiro, instituições independentes que usufruem o mesmo sistema de saúde.

Para que o serviço da rede credenciada seja completo, o IPSM não só controla todas as contas em vários pontos do estado como também, integradas à estrutura da maioria das unidades espalhadas pelo território mineiro da polícia ou do bombeiro, existem as Seções de Assistência à Saúde (SAS), com a finalidade de desenvolver serviços de natureza primária ou preventivos, na área médica, odontologia e psicológica. Portanto, os militares e dependentes possuem a alternativa de realizar um tratamento básico dentro da unidade. Para que este sistema funcione, existem oficiais e praças qualificados em cada área de atuação para atender este público.

De certo modo, verificamos que esta parcela da população possui uma assistência à saúde que abrange suas necessidades, pois os militares, de um modo geral, necessitam deste plano de saúde, desta assistência realizada nas unidades e na rede de conveniados que os mesmos possuem para que possam efetuar seu trabalho nas ruas com eficiência, garantindo a segurança pública para a comunidade. O militar sabe que tanto ele como sua família estão amparados no âmbito de assistência à saúde. Caso venha acontecer algo com o militar, seu dependente receberá uma pensão, já que o trabalho dos militares é considerado uma atividade de risco e tem que existir um amparo não somente para ele como também para seus dependentes, para que o mesmo possa desenvolver seu trabalho nas ruas com tranquilidade, protegendo a comunidade. Por isso a sociedade vê com bons olhos estas corporações.

CONCLUSÃO

Conforme vimos, vários foram os caminhos percorridos pela assistência à saúde. Primeiramente foi necessário resgatar as bases históricas da assistência à saúde, para que pudéssemos estudar a evolução da saúde no Brasil.

O século XX se inicia com a reforma sanitária de Oswaldo Cruz, que provoca a Revolta da Vacina, que são as primeiras ações destinadas à questão da saúde promovida pelo governo. A partir de então, uma série de medidas foram sendo executadas para que a assistência ao trabalhador pudesse se efetivar.

Na década de 20 foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), visando uma organização sanitária nacional, sendo o resultado o crescimento das atividades federais em saúde nos estados. Cria-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que davam cobertura previdenciária e cobertura a saúde para os trabalhadores. Na década de 30 criam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que proviam a assistência à saúde às diversas categorias de trabalhadores. Em 1941, o DNS passou a concentrar esforços na coordenação e fiscalização das ações de saúde e higiene realizadas nos estados e municípios. Na década de 60 os IAPs são transformados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Em 70 o Estado facilita a compra dos serviços privados de assistência à saúde através da previdência. Em 80 é constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que será a base para que na Constituição de 1988 fosse instituindo o sistema de saúde único, universal e descentralizado, o SUS.

Conforme percebemos com este breve histórico, várias ações foram colocadas em prática para que a assistência à saúde fosse assistida da melhor maneira possível para o trabalhador. Seja através da criação do SUS para atender à maior parte da população, seja através dos planos privados de assistência à saúde destinados aos trabalhadores formais que trabalham em empresas, que prezam por adquirirem estes instrumentos de assistência à saúde para seus funcionários.

Mas também podemos verificar nos dias atuais que a implementação do SUS, em 88, não resolveu a situação da saúde para a população de um modo geral. Seus princípios não deixam margens a dúvidas do amparo a saúde que o mesmo propõe, mas na prática as propostas não saem do papel. O que fazer se os objetivos do SUS não estão sendo alcançados? O que fazer com o consumo de serviços suplementares de saúde, onde os trabalhadores não sabem se podem ter acesso a melhores serviços de saúde, uma vez que os mesmos têm que seguir as regras da empresa onde trabalha, e ainda que devido à posse do plano de saúde, eles têm mais fácil acesso aos serviços que os demais brasileiros?

Além destas questões ainda nos deparamos com a realidade dos militares, no caso, os militares mineiros que possuem um plano de assistência à saúde estadual, com uma ampla rede de credenciados que abrange todas as áreas de saúde, se estendendo para seus dependentes, e ainda a garantia de um emprego estável, com aposentadoria garantida devido ao mesmo plano que atinge a previdência dos mesmos.

Nos deparamos, portanto, com quatro patamares diferentes. Os trabalhadores informais que podem ou não se vincular a um plano de assistência privado, porém a maioria dos brasileiros depende mesmo do SUS que não satisfaz as necessidades básicas da saúde. Temos os trabalhadores formais, com carteira assinada, onde uma minoria que trabalha em empresa de grande porte é vinculada a serviços privados de saúde fazendo com que seus empregados sejam subjugados a estes serviços. Temos ainda os trabalhadores, mesmo formais, que dependem dos SUS, já que o estabelecimento em que trabalham não oferece planos de assistência à saúde. E ainda nos deparamos com os militares que possuem um plano completo de assistência à saúde, tornando-se privilegiados diante da maioria dos brasileiros que não possuem uma assistência completa, porém os militares se igualam aos demais trabalhadores quando ambos não possuem auxílio à insalubridade e periculosidade.

Uma sugestão pertinente neste trabalho é que se desenvolvam novos estudos que proporcionem uma compreensão das políticas de assistência social, em especial as relacionadas à saúde do trabalhador de cada região, considerando as diferentes realidades dos Estados no Brasil. Será que não

seria pertinente analisar o IPSM ou outro órgão responsável pela saúde dos militares de outras regiões, ou mesmo do exército, que abrange todo o país, como exemplo de que a assistência à saúde pode funcionar se houver vontade política e seriedade na administração, colocando em prática a saúde como direito de todos e dever do Estado.

BIBLIOGRAFIA

DIAS, Rodrigo Fernandes Moraes e MACHADO, Maria Clara Tomaz. “O alfa e o ômega – a saúde pública em Uberlândia”.In: **Cadernos de Pesquisa do CDHIS** – Centro de Documentação e Pesquisa em História da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia 1º Semestre 2000, nº 26 ano 13, pp.26 – 29.

DUBY, Georges. **A Europa na Idade Média**, 1ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 1988.

MARQUES A., BERUTTI F. e FARIA R., **História Contemporânea através de textos**, 9ª ed., São Paulo, Contexto, 2001.

HOBBSBAWN, Eric J. **A Era do Capital 1848-1875**; tradução Luciano Costa Neto, 1ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

_____ **A Era dos Impérios: 1875-1914**; tradução Sieni Maria Campos e Yolanda Steidel de Toledo; revisão técnica: Maria Célia Paoli, 8ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2003.

_____ **Era dos Extremos: o breve século XX, 1914-1991**; tradução Marcos Sanrrista, 2ª ed., São Paulo, Companhia das Letras, 1997.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**, São Paulo, Ática, 2004.

OLIVEIRA, Vanessa Elias. **Política de saúde: as bases históricas da estruturação do sus**. Trabalho apresentado 4º Encontro Nacional da ABCP – Associação Brasileira de Ciência Política. Área Estado e Políticas Públicas. Painel (3) Inovações Institucionais e a provisão de serviços públicos no Brasil. 21-24 julho 2004 – PUC – Rio de Janeiro.

LEI Nº 10.366, de 28 de dezembro de 1990 – Dispões sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM.

Estatuto do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Decreto nº 26.562, de 19 de fevereiro de 1987. Aprova o Estatuto do Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais – IPSEMG.

Resolução Conjunta nº 07/90, de 09 de agosto de 1995 – Dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde para a Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) e Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais (IPSM).

Resolução Conjunta nº 3692/2002, Legislação de Saúde PMMG, CBMMG e IPSM.

Resolução Conjunta nº 001/2002 – PMMG-CBMMG-IPSM – Aprova o Plano Diretor para Reformulação do Sistema de Saúde, implanta o novo modelo de gestão do Sistema de Saúde, e constitui e nomeia o Conselho Gestor do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM.

BGPM nº 230, de 13 de dezembro de 1994 – **Regimento Interno das Seções de Assistência à saúde da PMMG**.

ANEXO 1
Histórico da Previdência Social
1888-1933

1888

Decreto nº 9.912-A, de 26 de março de 1888, regulou o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios. Fixava em 30 anos de efetivo serviço e idade mínima de 60 anos os requisitos para a aposentadoria.

Lei nº 3.397, de 24 de novembro de 1888, criou a Caixa de Socorros em cada uma das Estradas de Ferro do Império.

1889

Decreto nº 10.269, de 20 de julho de 1889, criou o Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas de Imprensa Nacional.

1890

Decreto nº 221, de 26 de fevereiro de 1890, instituiu a aposentadoria para os empregados da Estrada de Ferro Central do Brasil, benefício depois ampliado a todos os ferroviários do Estado (Decreto nº 565, de 12 de julho de 1890).

Decreto nº 942-A, de 31 de outubro de 1890, criou o Montepio Obrigatório dos Empregados do Ministério da Fazenda.

1892

Lei nº 217, de 29 de novembro de 1892, instituiu a aposentadoria por invalidez e a pensão por morte dos operários do Arsenal da Marinha do Rio de Janeiro.

1894

projeto de lei apresentado pelo Deputado Medeiros e Albuquerque, visava instituir um seguro de acidente do trabalho. No mesmo sentido foram os projetos dos Deputados Gracho Cardoso e Latino Arantes (1908), Adolfo Gordo (1915) e Prudente de Moraes Filho.

1911

Decreto nº 9.284, de 30 de dezembro de 1911, criou a Caixa de Pensões dos Operários da Casa da Moeda.

1912

Decreto nº 9.517, de 17 de abril de 1912, criou uma Caixa de Pensões e Empréstimos para o pessoal das Capatazias da Alfândega do Rio de Janeiro.

1919

Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, tornou compulsório o seguro contra acidentes do trabalho em certas atividades.

1923

Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, na verdade a conhecida Lei Elói Chaves (o autor do projeto respectivo), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. É considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita.

Decreto nº 16.037, de 30 de abril de 1923, criou o Conselho Nacional do Trabalho com atribuições inclusive, de decidir sobre questões relativas a Previdência Social.

1926

Lei nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926, estendeu o Regime da Lei Elói Chaves aos portuários e marítimos.

1928

Lei nº 5.485, de 30 de junho de 1928, estendeu o regime da Lei Elói Chaves aos trabalhadores dos serviços telegráficos e radiotelegráficos.

1930

Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930, criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo como uma das atribuições orientar e supervisionar a Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das decisões das Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Decreto nº 19.497, de 17 de dezembro de 1930, determinou a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões para os empregados nos serviços de força, luz e bondes.

1931

Decreto nº 20.465, de 1º de outubro de 1931, estendeu o Regime da Lei Elói Chaves aos empregados dos demais serviços públicos concedidos ou explorados pelo Poder Público, além de consolidar a legislação referente às Caixas de Aposentadorias e Pensões.

1932

Os trabalhadores nas empresas de mineração foram incluídos no Regime da Lei Elói Chaves.

1933

O Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, considerado "a primeira instituição

brasileira de previdência social de âmbito nacional, com base na atividade genérica da empresa".

1934

A Portaria nº 32, de 19 de maio de 1934, do Conselho Nacional do Trabalho, criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Aeroviários.

Os trabalhadores nas empresas de transportes aéreo foram incluídos no Regime da Lei Elói Chaves.

O Decreto nº 24.272, de 21 de maio de 1934, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes.

O Decreto nº 24.274, de 21 de maio de 1934, criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns.

O Decreto nº 24.275, de 21 de maio de 1934, criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores.

O Decreto nº 24.615, de 9 de julho de 1934, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários.

O Decreto nº 24.637, de 10 de julho de 1934, modificou a legislação de acidentes do trabalho.

1936

A Lei nº 367, de 31 de dezembro de 1936, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.

1938

O Decreto-Lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938, criou o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado.

O Decreto-Lei nº 651, de 26 de agosto de 1938, criou o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas, mediante a transformação da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns.

1939

O Decreto-Lei nº 1.142, de 9 de março de 1939, estabeleceu exceção ao princípio da vinculação pela categoria profissional, com base na atividade genérica da empresa, e filiou os condutores de veículos ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas.

O Decreto-Lei nº 1.355, de 19 de junho de 1939, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores.

O Decreto-Lei nº 1.469, de 1º de agosto de 1939, criou o Serviço Central de Alimentação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.

Foi reorganizado o Conselho Nacional do Trabalho, criando-se a Câmara e o Departamento de Previdência Social.

1940

O Decreto-Lei nº 2.122, de 9 de abril de 1940, estabeleceu para os comerciantes regime misto de filiação ao sistema previdenciário. Até 30 contos de réis de capital o titular de firma individual, o interessado e o sócio-quotista eram segurados obrigatórios; acima desse limite a filiação era facultativa.

O Decreto-Lei nº 2.478, de 5 de agosto de 1940, criou o Serviço de Alimentação da Previdência Social, que absorveu o Serviço Central de Alimentação do IAPI.

1943

O Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho, elaborada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e que elaborou também o primeiro projeto de Consolidação das Leis de Previdência Social.

1944

A Portaria nº 58, de 22 de setembro de 1944, criou o Serviço de Assistência Domiciliar e de Urgência, como comunidade de serviços da Previdência Social.

O Decreto-Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944, reformou a legislação sobre o seguro de acidentes do trabalho.

1945

O Decreto nº 7.526, de 7 de maio de 1945, dispôs sobre a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil.

O Decreto-Lei nº 7.720, de 9 de julho de 1945, incorporou ao Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas o da Estiva.

O Decreto-Lei nº 7.835, de 6 de agosto de 1945, estabeleceu que as aposentadorias e pensões não poderiam ser inferiores a 70% e 35% do salário mínimo.

1946

O Decreto-Lei nº 8.738, de 19 de janeiro de 1946, criou o Conselho Superior da Previdência Social.

O Decreto-Lei nº 8.742, de 19 de janeiro de 1946, criou o Departamento Nacional de Previdência Social.

O Decreto-Lei nº 8.769, de 21 de janeiro de 1946, expediu normas destinadas a facilitar ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários melhor consecução de seus fins.

1949

O Decreto nº 26.778, de 14 de junho de 1949, regulamentou a Lei nº 593, de 24 de dezembro de 1948, referente à aposentadoria ordinária (por tempo de serviço) e disciplinou a aplicação da legislação em vigor sobre Caixas de Aposentadorias e Pensões.

1950

O Decreto nº 35.448, de 1º de maio de 1950, expediu o Regulamento Geral dos institutos de Aposentadoria e Pensões.

1953

O Decreto nº 32.667, de 1º de maio de 1953, aprovou o novo Regulamento do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes e facultou a filiação dos profissionais liberais como autônomos.

O Decreto nº 34.586, de 12 de novembro de 1953, criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos, que ficou sendo a Caixa Única.

1960

A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, criou a Lei Orgânica de Previdência Social - LOPS, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

O Decreto nº 48.959-A, de 10 de setembro de 1960, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social.

A Lei nº 3.841, de 15 de dezembro de 1960, dispôs sobre a contagem recíproca, para efeito de aposentadoria, do tempo de serviço prestado à União, autarquias e sociedades de economia mista.

1963

A Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963, criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Aposentadoria para trabalhadores da zona rural.

A Resolução nº 1.500, de 27 de dezembro de 1963, do Departamento Nacional de Previdência Social, aprovou o Regimento Único dos Institutos de Aposentadoria e Pensões.

1964

O Decreto nº 54.067, de 29 de julho de 1964, instituiu comissão interministerial com representação classista para propor a reformulação do sistema geral da previdência social.

1966

O Decreto-Lei nº 66, de 21 de novembro de 1966, modificou os dispositivos da Lei Orgânica da Previdência Social, relativos às prestações e ao custeio.

A Lei nº 5.107, de 13 de setembro de 1966, instituiu o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS.

O Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

1967

A Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967, integrou o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social.

O Decreto nº 61.784, de 28 de novembro de 1967, aprovou o novo Regulamento do Seguro de Acidentes do Trabalho.

1968

O Decreto-Lei nº 367, de 19 de dezembro de 1968, dispôs sobre a contagem de tempo de serviço dos funcionários públicos civis da União e das autarquias.

1969

O Decreto-Lei nº 564, de 1º de maio de 1969, estendeu a Previdência Social ao trabalhador rural, especialmente aos empregados do setor agrário da agroindústria canavieira, mediante um plano básico.

O Decreto-Lei nº 704, de 24 de julho de 1969, ampliou o plano básico de Previdência Social Rural.

O Decreto-Lei nº 710, de 28 de julho de 1969 e o Decreto-Lei nº 795, de 27 de agosto de 1969 alteraram a Lei Orgânica da Previdência Social.

O Decreto nº 65.106, de 6 de setembro de 1969, aprovou o Regulamento da Previdência Social Rural.

1970

A Lei Complementar nº 7, de 7 de setembro de 1970, criou o Programa de Integração Social-PIS. Funcionários após 5 anos tem direito a abono salarial, quando aposenta pode retirar este fundo.

A Lei Complementar nº 8, de 3 de dezembro de 1970, instituiu o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP.

1971

A Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971, institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRÓ-RURAL, em substituição ao plano básico de Previdência Social Rural.

O Decreto nº 69.014, de 4 de agosto de 1971, estruturou o Ministério do Trabalho e Previdência Social-MTPS.

1972

O Decreto nº 69.919, de 11 de janeiro de 1972, regulamentou o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRÓ-RURAL.

A Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, incluiu os empregados domésticos na Previdência Social.

1973

A Lei nº 5.890, de 8 de junho de 1973, alterou a Lei Orgânica da Previdência Social.

O Decreto nº 72.771, de 6 de setembro de 1973, aprovou o Regulamento do Regime de Previdência Social, em substituição ao Regulamento Geral da Previdência Social.

A Lei nº 5.939, de 19 de novembro de 1973, instituiu o salário-de-benefício do jogador de futebol profissional.

1974

A Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Em 02 de maio de 1974, Arnaldo da Costa Prieto foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social (cumulativamente).

O Decreto nº 74.254, de 4 de julho de 1974, estabeleceu a estrutura básica do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 04 de julho de 1974, Arnaldo da Costa Prieto foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 4 de julho de 1974, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

A Lei nº 6.118, de 9 de outubro de 1974, instituiu o Conselho de Desenvolvimento social, como órgão de assessoramento do Presidente da República.

A Lei nº 6.125, de 4 de novembro de 1974, autorizou o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social.

A Lei nº 6.168, de 9 de dezembro 1974, criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social.

A Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974, instituiu o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos ou inválidos, também conhecido como renda mensal vitalícia.

A Lei nº 6.195, de 19 de dezembro de 1974, estendeu a cobertura especial dos acidentes do trabalho ao trabalhador rural.

1975

O Decreto nº 75.208, de 10 de janeiro de 1975, estendeu os benefícios do PRO-RURAL aos garimpeiros.

O Decreto nº 75.508, de 18 de março de 1975, aprovou o regulamento do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social destinado a dar apoio financeiro a programas e projetos de caráter social que se enquadrem nas diretrizes e prioridades da estratégia de desenvolvimento social dos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

A Lei nº 6.226, de 14 de julho de 1975, dispôs sobre a contagem recíproca, para efeito de aposentadoria, do tempo de serviço público federal e de atividade privada.

A Lei Complementar nº 26, de 11 de setembro de 1975, unificou o Programa de Integração Social e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público e criou o Fundo de Participação - PIS/PASEP.

A Lei nº 6.243, de 24 de setembro de 1975, determinou, entre outros pontos, a elaboração da Consolidação das Leis da Previdência Social.

A Lei nº 6.260, de 6 de novembro de 1975, instituiu para os empregadores rurais e dependentes benefícios e serviços previdenciários.

A Lei nº 6.269, de 24 de novembro de 1975, instituiu um sistema de assistência complementar ao jogador de futebol.

O Decreto nº 76.719, de 3 de dezembro de 1975, aprovou nova estrutura básica do Ministério da Previdência e Assistência Social.

1976

O Decreto nº 77.077, de 24 de janeiro de 1976, expediu a Consolidação das Leis da Previdência Social.

O Decreto nº 77.514, de 29 de abril de 1976, regulamentou a lei que instituiu benefícios e serviços previdenciários para os empregadores rurais e seus dependentes.

A Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, ampliou a cobertura previdenciária de acidente do trabalho.

O Decreto nº 79.037, de 24 de dezembro de 1976, aprovou o novo Regulamento do Seguro de Acidentes do Trabalho.

1977

A Lei nº 6.430, de 7 de julho de 1977, extinguiu o Serviço de Assistência e Seguro Social dos Econômicos.

A Lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977, dispõe sobre previdência, privada aberta e fechada (complementar).

A Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, orientado, coordenado e controlado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável "pela proposição da política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados" e das entidades a ele vinculadas.

1978

O Decreto nº 81.240, de 15 de janeiro de 1978, regulamentou a Lei nº 6.435/77, na parte referente à Secretaria de Previdência Complementar.

1979

O Decreto nº 83.080, de 24 de janeiro de 1979, aprovou o Regulamento de Benefícios da Previdência Social.

O Decreto nº 83.081, de 24 de janeiro de 1979, aprovou o Regulamento de Custeio da Previdência Social.

O Decreto nº 83.266, de 12 de março de 1979, aprovou o Regulamento de Gestão Administrativa, Financeira e Patrimonial da Previdência Social.

Em 14 de março de 1979, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva é exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 15 de março de 1979, Jair de Oliveira Soares é nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

O Decreto nº 84.362, de 31 de dezembro de 1979, alterou a denominação das inspetorias gerais de finanças dos Ministérios civis para secretarias de controle interno.

1980

A Lei nº 6.887, de 10 de dezembro de 1980, alterou a legislação de Previdência Social.

O Decreto nº 84.406 de 21 de janeiro de 1980, criou a coordenadoria de assuntos parlamentares (CAP) e a coordenadoria de assuntos internacionais (CINTER).

1981

O Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981, criou, no Ministério da Previdência e Assistência, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária-CONASP.

O Decreto-Lei nº 1.910, de 29 de dezembro de 1981, dispôs sobre contribuições para o custeio da Previdência Social.

1982

Em 7 de maio de 1982, Jair de Oliveira Soares é exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 10 de maio de 1982, Hélio Marcos Pena Beltrão é nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

O Decreto nº 87.374, de 8 de julho de 1982, alterou o Regulamento de Benefícios da Previdência Social.

1983

Em 11 de novembro de 1983, Hélio Marcos Pena Beltrão foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 11 de novembro de 1983, Jarbas Gonzaga Passarinho foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

1984

O Decreto nº 89.312, de 23 de janeiro de 1984, aprovou nova Consolidação das Leis da Previdência Social.

1985

O Decreto nº 90.817, de 17 de janeiro de 1985, alterou o Regulamento de Custeio da Previdência Social.

Em 14 de março de 1985, Jarbas Gonzaga Passarinho foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 15 de março de 1985, Francisco Waldir Pires de Souza foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

O Decreto nº 91.439, de 16 de julho de 1985, transferiu a Central de Medicamentos (CEME) do MPAS para o MS.

1986

Em 13 de fevereiro de 1986, Francisco Waldir Pires de Souza foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 18 de fevereiro de 1986, Raphael de Almeida Magalhães foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

O Decreto-Lei nº 2.283, de 27 de fevereiro de 1986, instituiu o seguro-desemprego e o Decreto-Lei nº 2.284, de 10 de março o manteve.

O Decreto nº 92.654, de 15 de maio de 1986, instituiu no Ministério da Previdência e Assistência Social grupo de trabalho para "realizar estudos e propor medidas para reestruturação das bases de financiamento da previdência social e para reformulação dos planos de benefícios previdenciários".

O Decreto nº 92.700, de 21 de maio de 1986, instituiu a função de Ouvidor na Previdência Social.

O Decreto nº 92.701, de 21 de maio de 1986, instituiu o Conselho Comunitário da Previdência Social, associação constituída por "contribuintes e usuários dos serviços previdenciários ou por entidades sindicais, profissionais ou comunitárias com representatividade no meio social".

O Decreto nº 92.702, de 21 de maio de 1986, criou o Conselho Superior de Previdência Social, como órgão coletivo de caráter consultivo.

1987

Em 22 de outubro de 1987, Raphael de Almeida Magalhães foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 27 de outubro de 1987, Renato Archer foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

1988

Em 28 de julho de 1988, Renato Archer foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 29 de julho de 1988, Jader Barbalho foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

1990

Em 14 de março de 1990, Jader Barbalho foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 15 de março de 1990, Antonio Rogério Magri foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

A Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, extinguiu o Ministério da Previdência e Assistência Social e restabeleceu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

O Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990, criou o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, mediante a fusão do IAPAS com o INPS. Serve para assistência social para aposentadoria e benefícios(maternidade, acidente trabalho, assistência pos morte).

1991

A Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, dispôs sobre a organização da Seguridade Social e instituiu seu novo Plano de Custeio.

A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, instituiu o Plano de Benefícios da Previdência Social.

O Decreto nº 357, de 7 de dezembro de 1991, aprovou o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social.

A Lei Complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991, instituiu contribuição para financiamento da Seguridade social, elevando a alíquota da contribuição social sobre o lucro das instituições financeiras, e deu outras providências.

1992

Em 19 de janeiro de 1992, Antonio Rogério Magri foi exonerado do cargo de Ministro do Trabalho e da Previdência Social.

Em 20 de janeiro de 1992, Reinhold Stephanes foi nomeado Ministro do Trabalho e da Previdência Social.

O Decreto nº 611, de 21 de julho de 1992, deu nova redação ao Regulamento dos Benefícios da Previdência Social.

O Decreto nº 612, de 21 de julho de 1992, deu nova redação ao Regulamento da Organização e do Custeio da Seguridade Social.

Em 2 de outubro de 1992, Reinhold Stephanes foi exonerado do cargo de Ministro do Trabalho e da Previdência Social.

Em 15 de outubro de 1992, Antonio Brito Filho foi nomeado Ministro do Trabalho e da Previdência Social.

A Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992, dispôs sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Extinguiu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social e restabeleceu o Ministério da Previdência Social (MPS).

A Lei nº 8.540, de 22 de dezembro de 1992, dispôs sobre a contribuição do empregador rural para a Seguridade Social.

A Lei nº 8.542, de 23 de dezembro de 1992, dispôs sobre a política Nacional de Salários e deu outras providências.

1993

O Decreto nº 752, de 16 de fevereiro de 1993, dispôs sobre a concessão do Certificado de Entidades Filantrópicas.

O Decreto nº 757, de 19 de fevereiro de 1993, dispôs sobre a arrecadação das diretorias e dos conselhos de administração fiscal e curador das entidades estatais.

A Lei nº 8.641, de 31 de março de 1993, estabeleceu normas sobre a contribuição dos clubes de futebol e o parcelamento de débitos.

A Lei nº 8.647, de 13 de abril de 1993, dispôs sobre a vinculação do servidor público civil, ocupante de cargo em comissão ao Regime Geral de Previdência Social.

O Decreto nº 801, de 20 de abril de 1993, dispôs sobre a vinculação das entidades integrantes da administração pública federal indireta ao Ministério da Previdência Social (MPAS).

A Lei nº 8.650, de 22 de abril de 1993, dispôs sobre as relações de trabalho do treinador profissional de futebol.

O Decreto nº 832, de 7 de junho de 1993, dispôs sobre a contribuição empresarial devida ao clube de futebol profissional e o parcelamento de débitos (de acordo com a Lei nº 8.641/93).

A Lei nº 8.672, de 6 de julho de 1993, instituiu normas gerais sobre desportos.

A Lei nº 8.688, de 21 de julho de 1993, dispôs sobre as alíquotas de contribuição para o Plano de Seguridade do Servidor Público Civil dos Poderes da União, das autarquias e das fundações públicas, e deu outras providências.

A Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, dispôs sobre a extinção do INAMPS.

O Decreto nº 894, de 16 de agosto de 1993, dispôs sobre a dedução de recursos do Fundo de Participação dos Municípios para amortização das dívidas para com a Seguridade Social e ao FGTS.

A Lei nº 8.706, de 14 de setembro de 1993, dispôs sobre a criação do Serviço Social do Transporte SEST e do Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte-SENAT.

O Decreto nº 982, de 12 de novembro de 1993, dispôs sobre a comunicação, ao Ministério Público Federal, de crimes de natureza tributária e conexos, relacionados com as atividades de fiscalização e lançamento de tributos e contribuições.

O Decreto nº 994, de 25 de novembro de 1993, dispôs sobre a arrecadação e distribuição do salário-educação.

A Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispôs sobre a Organização da Assistência Social.

O Decreto nº 1.007, de 13 de dezembro de 1993, dispôs sobre as contribuições ao SEST e ao SENAT.

Em 15 de dezembro de 1993, Antonio Brito Filho foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência Social.

Em 15 de dezembro de 1993, Sérgio Cutolo dos Santos foi nomeado Ministro da Previdência Social.

1994

O Decreto nº 1.097, de 23 de março de 1994, dispôs sobre providências relativas às entidades de fins filantrópicos.

A Lei nº 8.861, de 25 de março de 1994, dispôs sobre a licença por maternidade.

A Lei nº 8.864, de 28 de março de 1994, estabeleceu tratamento diferenciado e simplificado para as microempresas e empresas de pequeno porte.

A Lei nº 8.900, de 30 de junho de 1994, dispôs sobre o seguro-desemprego.

A Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, vinculou os notários, oficiais de registro, escreventes e auxiliares à Previdência Social, de âmbito federal, assegurando a contagem recíproca de tempo de serviço e sistemas diversos.

O Decreto nº 1.317, de 29 de novembro de 1994, estabeleceu que a fiscalização das entidades fechadas de previdência privada seja exercida pelos Fiscais de Contribuições Previdenciárias do INSS.

O Decreto nº 1.330, de 08 de dezembro de 1994, regulamentou a concessão do benefício de prestação continuada, previsto no artigo 20 da Lei nº 8.742/93.

1995

Em 1º de janeiro de 1995, Sérgio Cutolo dos Santos foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência Social.

A Medida Provisória nº 813, de 1º de janeiro de 1995, dispôs sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Transformou o Ministério da Previdência Social (MPS) em Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em 1º de janeiro de 1995, Reinhold Stephanes foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

A Lei nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995, instituiu o Real.

O Decreto nº 1.457, de 17 de abril de 1995, promulgou o Acordo de Seguridade Social entre Brasil e Portugal.

O Decreto nº 1.514, de 05 de junho de 1995, alterou o Regulamento da Organização e do Custeio da Seguridade Social.

O Decreto nº 1644, de 25 de setembro de 1995, aprovou estrutura regimental do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), revogando o Decreto nº 503 de 23 de abril de 1992.

O Decreto nº 1.689, de 07 de novembro de 1995, promulgou o Convênio de Seguridade Social entre o Brasil e a Espanha.

O Decreto nº 1.744, de 18 de dezembro de 1995, regulamentou a concessão de benefício de prestação continuada à pessoa portadora de deficiência ou idosa e extinguiu o auxílio-natalidade, o auxílio-funeral e a renda mensal vitalícia.

1996

O Decreto nº 1.823, de 29 de fevereiro de 1996, transfere ao Ministério da Previdência e Assistência Social competência para análise e aprovação das prestações de contas de processos oriundos da extinta Fundação Legião Brasileira de Assistência e dá outras providências.

A Lei Complementar nº 85, de 15 de fevereiro de 1996, alterou o artigo 7º da Lei Complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991, que estabeleceu a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social - COFINS.

O Decreto nº 1.875 de 25 de abril de 1996, promulgou o acordo de previdência social, entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República do Chile, de 16 de outubro de 1993.

A Medida Provisória nº 1.415, de 29 de abril de 1996, dispõe sobre o reajuste do salário mínimo e dos benefícios da previdência social, alterou alíquotas de contribuição para a seguridade social e instituiu contribuições para os servidores inativos da união.

A Medida Provisória 1.526, de 5 de novembro de 1996, dispõe sobre o regime tributário das microempresas e empresas de pequeno porte, instituiu o Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte- SIMPLES e deu outras providências.

1997

O Decreto nº 2.115 de 08 de janeiro de 1997, aprovou o estatuto social

da Empresa de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social - Dataprev, e deu outras providências.

O Decreto nº 2.172 de 05 de março de 1997, aprovou o regulamento dos benefícios da Previdência Social.

O Decreto nº 2.173 de 05 de março de 1997, aprovou o regulamento da organização e do custeio da seguridade social

Lei 9.477 de 24 de julho de 1997, instituiu o Fundo de Aposentadoria Programada Individual - FAPI e o plano de incentivo a aposentadoria programada individual, e deu outras providências.

Lei 9.506 de 30 de outubro de 1997, extinguiu o Instituto de Previdência dos Congressistas - IPC, e deu outras providências.

1998

Em 02 de abril de 1998, Reinhold Stephanes foi exonerado do cargo de Ministro da Previdência e Assistência Social.

Em 06 de abril de 1998, Waldeck Vieira Ornélas foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social.

Lei 9.630 de 23 de abril de 1998 dispõe sobre as alíquotas de contribuição para o Plano de Seguridade Social do Servidor Público Civil ativo e inativo dos poderes da União, das autarquias e das fundações públicas, e deu outras providências.

A lei 9.717, publicada no Diário Oficial no dia 28 de novembro de 1998, dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares.

A Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, estabelece o eixo da Reforma da Previdência Social.

As principais mudanças foram: limite de idade nas regras de transição para a aposentadoria integral no setor público- fixado em 53 anos para o homem e 48 para a mulher, novas exigências para as aposentadorias especiais, mudança na regra de cálculo de benefício, com introdução do fator previdenciário.

1999

A Lei nº 9.783/99 Dispõe sobre a contribuição para o custeio da Previdência Social dos servidores públicos, ativos e inativos e dos pensionistas dos três Poderes da União.

A Emenda Constitucional nº 21/99 Prorrogou, alterando a alíquota, a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF.

O Decreto nº 3.039/99 Alterou os artigos 30 a 33 do Regulamento da Organização e do Custeio da Seguridade Social, aprovado pelo Decreto nº 2.173, de 05/03/97.

O Decreto nº 3.048/99 aprovou o Regulamento da Previdência Social.

O Decreto nº 3.142/99 Regulamentou a contribuição social do salário-educação, prevista no art. 212, § 5º, da Constituição, no art. 15 da Lei nº 9.424, de 24/12/96 e na Lei nº 9.766, de 18/12/98.

A Lei nº 9.876/99 Dispõe sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual o cálculo do benefício e alterou dispositivos das Leis nº 8.212 e 8.213, ambas de 24/07/91.

O Decreto nº 3.265/99 Alterou o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/99.

2000

DECRETO Nº 3.342 - DE 25 DE JANEIRO DE 2000 - DOU DE 26/01/2000.

Regulamenta a execução do Programa de Recuperação Fiscal - REFIS.

DECRETO Nº 3.409 - DE 10 DE ABRIL DE 2000 - DOU DE 11/04/2000.

Define as ações continuadas de assistência social.

DECRETO Nº 3.431 - DE 24 DE ABRIL DE 2000 - DOU DE 25/04/2000.

Regulamenta a execução do Programa de Recuperação Fiscal - REFIS.

LEI Nº 9.964 - DE 10 DE ABRIL DE 2000 - DOU DE 11/04/2000.

Institui o Programa de Recuperação Fiscal - Refis e dá outras providências, e altera as Leis nos 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.844, de 20 de janeiro de 1994.

DECRETO Nº 3.452 - DE 09 DE MAIO DE 2000 - DOU DE 10/05/2000.

Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

DECRETO Nº 3.454 - DE 09 DE MAIO DE 2000 - DOU DE 10/05/2000.

Delega competência ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social para a prática dos atos que especifica.

DECRETO Nº 3.504 - DE 13 DE JUNHO DE 2000 - DOU DE 14/06/2000.

Altera dispositivos do Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

LEI Nº 10.002 - DE 14 DE SETEMBRO DE 2000 - DOU DE 15/09/2000.

Reabre o prazo de opção ao REFIS.

LEI Nº 10.034 - DE 24 DE OUTUBRO DE 2000 - DOU DE 25/10/2000.

Altera a Lei nº 9.317, de 5 de dezembro de 1996, que institui o Sistema Integrado de Imposto e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte - SIMPLES.

LEI Nº 10.035 - DE 25 DE OUTUBRO DE 2000 - DOU DE 26/10/2000.

Altera a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1] de maio de 1943, para estabelecer os procedimentos, no âmbito da Justiça do Trabalho, de execução das contribuições devidas à Previdência Social.

LEI Nº 10.050 - DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000 - DOU DE 16/11/2000.

Altera o art. 1.611 da Lei nº 3.071, de 1] de janeiro de 1916 - Código Civil, estendendo o benefício do § 2º ao filho necessitado portador de deficiência.

LEI Nº 10.099 - DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000 - DOU DE 20/12/2000.

Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, regulamentando o disposto no § 3º do art. 100 da Constituição Federal, definindo obrigações de pequeno valor para a Previdência Social.

LEI Nº 10.170 - DE 29 DE DEZEMBRO DE 2000 - DOU DE 30/12/2000.

Acrescenta parágrafos ao art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, dispensando as instituições religiosas do recolhimento da contribuição previdenciária incidente sobre o valor pago aos ministros de confissão religiosa, membros de instituto de vida consagrada, de congregação ou de ordem religiosa.

LEI Nº 10.189 - DE 14 DE FEVEREIRO DE 2001 - DOU DE 16/02/2001.

Dispõe sobre o Programa de Recuperação Fiscal - Refis.

2001

Em 11.04.2001, o Decreto 3.788 institui, no âmbito da administração pública federal, o Certificado de Regularidade Previdenciária - CRP.

Em 29.05.2001, a Lei 109 dispõe sobre o regime de Previdência Complementar e dá outras providências.

Em 31.05.2001, o Decreto 3.826 dispõe sobre o reajuste dos benefícios mantidos pela Previdência, a partir de 1º de junho de 2001.

Em 12.07.2001, a Lei 10.259 dispõe sobre a instituição dos Juizados Especiais Cíveis e criminais no âmbito da Justiça Federal.

Em 26.11.2001, o Decreto 4.032 altera dispositivos do regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048, de 06-05-1999.

Em 26.12.2001, a Lei 10.355 dispõe sobre a estruturação da carreira previdenciária na âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, e dá outras providências.

2002

Em 09.01.2002, o Decreto 4.079 altera dispositivos do regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

Em 15.04.2002, a Lei 10.421 estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade.

Em 24.05.02, o Decreto 4.249 dispõe sobre o reajuste dos benefícios mantidos pela Previdência Social, a partir de 1º de junho de 2002.

Em 27.05.02, o Decreto 4.250 regulamenta a representação judicial da União, autarquias, fundações e empresas públicas federais perante os Juizados Especiais Federais, instituídos pela lei nº 10.259, de 12 de julho de 2001.

Em 28.06.2002, a Lei 10.478 dispõe sobre a complementação de aposentadorias de ferroviários da Rede Ferroviária federal S.A. - RFFSA, em liquidação, e dá outras providências.

Em 03.07.2002, a Lei 10.483 dispõe sobre a estruturação da carreira da seguridade social e do trabalho no âmbito da administração pública federal, e dá outras providências.

Em 05.09.2002, o Decreto 4.360 altera o art. 36 do decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995, que regulamenta o benefício de prestação continuada

devido a pessoa portadora de deficiência e a idoso, de que trata a lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Em 17.09.2002, o Decreto 4.381 acresce parágrafos ao art. 3º do decreto no 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do certificado de entidade de fins filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993.