

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**PROTEÇÃO SOCIAL E SISTEMAS FOCALIZADOS
DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL**

INGRID KROEBER SODRÉ
matrícula: 111497237

ORIENTADOR (A): Profa. Beatriz Azeredo

SETEMBRO 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**PROTEÇÃO SOCIAL E SISTEMAS FOCALIZADOS
DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL**

INGRID KROEBER SODRÉ
matrícula: 111497237

ORIENTADOR (A): Profa. Beatriz Azeredo

SETEMBRO 2016

As opiniões expressas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade da autora

RESUMO

A criação do Estado de Bem-Estar Social moderno (*welfare state*) visando garantir a proteção social como direito de todo cidadão, pode ser considerada como uma das maiores conquistas sociais do período pós-guerra. Rompendo com a noção de Seguro Social, de caráter contributivo e restrito, foi criada a Seguridade Social, de cobertura ampla e universal. Este novo conceito vai imprimir ao Estado o dever de garantir os direitos sociais a todos os seus cidadãos.

Entretanto, o cenário econômico não permaneceu estático. As mudanças na doutrina econômica dominante, somadas as diferenças regionais pré-existentes vão afetar severamente a forma como a Seguridade Social vai ser encarada pelas diversas nações do mundo.

Dessa forma, enquanto que os países europeus vão priorizar os investimentos em programas sociais universais, tendo os programas de transferência de renda focalizados nos grupos mais vulneráveis papéis residuais, na América Latina, estes vão se tornar a base da política de combate à pobreza e exclusão social, principalmente após a década de 90. Além disso, as reformas previdenciárias ocorridas na Região vão delegar um maior papel ao setor privado na proteção social.

Apesar da direção tomada na Região, o Brasil estabelece em 1988 a Seguridade Social Brasileira de âmbito universalista e composta pelas áreas da Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Porém, durante a década de 2000, as transferências de renda focalizadas e *means-tested*, vão ganhar prioridade nos gastos do governo, assumindo um papel central na proteção social. Dado destaque de tais programas, tentar-se-á, dentro das limitadas linhas deste trabalho, analisar se estes estão cumprindo os objetivos a que se propõem.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS, SIGLAS E CONVENÇÕES

BPC	Benefício de Prestação Continuada
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
MEI	Microempreendedor Individual
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
PACS	Programa Agentes Comunitários da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEA	População Economicamente Ativa
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
PTC	Programa de Transferência Condicionada de Renda
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RPPS	Regime Próprio da Previdência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – AS ORIGENS DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL MODERNO	10
I.1 – O Estado de Bem-Estar Social Moderno.....	10
I.2 – O Caso Inglês	11
I.2.1 – A Leis dos Pobres de 1601	11
I.2.2 – Emenda à Lei dos Pobres de 1834.....	12
I.2.3 – As Reformas Liberais	13
I.2.4 – A Segunda Guerra Mundial e o Relatório Beveridge.....	15
I.3 – A Questão da Universalização	17
I.4 – A Crise do Estado de Bem-Estar Social.....	18
I.5 – Panorama Recente das Medidas Sociais Adotadas na América Latina	20
CAPÍTULO II – A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA, SEUS SUBSISTEMAS E BENEFÍCIOS	24
II.1 – A Constituição de 1988.....	24
II.2 – Os Subsistemas da Seguridade Social Brasileira.....	26
II.2.1 – A Previdência Social	26
II.2.1.1 – A Organização do Sistema Previdenciário Brasileiro	27
II.2.1.2 – Tipos de Benefícios	28
II.2.1.3 – Desafios	34
II.2.2 – A Saúde	37
II.2.2.1 – Principais Programas da Saúde Brasileira	39
II.2.2.2 – Desafios	42
II.2.3 – A Assistência Social.....	43
II.2.3.1 – Principais Programas da Assistência Social Brasileira	45
II.2.3.2 – Desafios	51
CAPÍTULO III – AS TRANSFERÊNCIAS DE RENDA FOCALIZADAS NO BRASIL	53
III.1 – Introdução.....	53
III.2 – A Evolução Recente do Gastos Sociais no Brasil	53
III.3 – Impactos sobre o nível de desigualdade	59
III.4 – Impactos sobre o nível de pobreza	61
CONCLUSÃO.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1: Modelos e Características das Reformas de Previdência na América Latina	21
Quadro 2: Benefícios Ofertados pela Previdência Social* – Tipos, Beneficiários e Carência	31
Quadro 3: Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos pela Previdência Social, Segundo os Grupos De Espécies – Posição Em Dezembro – 2012/2014	33
Quadro 4: Evolução (em %) da Cobertura Previdenciária da PEA (2003-2012).....	35
Quadro 5: Medidas Recentes de Inclusão Previdenciária	36
Quadro 6: Serviços de Proteção Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade	47
Quadro 7: Composição dos Benefícios Pagos às Famílias com Renda Familiar Mensal de até R\$ 77,00 Por Pessoa.....	50
Quadro 8: Composição dos Benefícios Pagos às Famílias com Renda Familiar Mensal Entre R\$ 77,01 A R\$ 154,00 por Pessoa	51
Quadro 9: Evolução das Despesas da União por Função da Seguridade entre 2002 e 2010 (Em R\$ Milhões De 2016*)	54
Quadro 10: Evolução do Gasto Social por Categoria - 2002 e 2013 - % PIB.....	55
Gráfico 1: Evolução dos Recursos da União na Assistência Social – 2002 a 2014	56
Quadro 11: Participação (%) de Cada Tipo de Transferência no Total de Transferências Diretas de Renda 2001 – 2004	57
Gráfico 2: Evolução dos Recursos da União Executados Voltados ao BPC E PBF – 2002 a 2013.....	58
Gráfico 3: Evolução do Coeficiente de Gini no Brasil – 1960 A 2011	59
Gráfico 4: Contribuição Acumulada para a Queda da Desigualdade – 1995 a 2009	60
Gráfico 5: Proporção de Pobres Segundo Três Linhas – 1995 a 2009	62
Quadro 12: Proporção de Pobres e Indigentes no Brasil -2001 a 2008 (%).....	63
Quadro 13: Redução na Pobreza e Parcela Atribuível ao PBF (%).....	64

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 é considerada um grande marco na história das políticas sociais brasileiras. Dentre suas mais relevantes inovações está a definição do conceito de Seguridade Social como organizador da proteção social no país, a qual vai se fundar em um conjunto de políticas com vocação universal e inclusiva, diferindo da concepção que vigorava até então, de caráter contributivo e restrito a algumas categorias. Além disso, ela também vai instaurar as bases para um amplo sistema de proteção social no Brasil, adotando moldes não muito diferentes daqueles recomendados pelo Relatório Beveridge, na Inglaterra, na década de 40.

O objetivo desta monografia é analisar a evolução dos programas de transferência de renda focalizados e seus resultados no contexto do sistema de proteção social no Brasil, a partir da promulgação da Constituição.

O primeiro capítulo apresenta uma breve contextualização da proteção social no mundo, introduzindo o conceito de Estado de Bem-Estar Social e suas origens, além de mostrar a maneira como se desenvolveu em países específicos, dando destaque a Inglaterra e a América Latina.

O segundo capítulo apresenta a Seguridade Social Brasileira e seus subsistemas: a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde, destacando seus principais programas e benefícios e discutindo seus principais desafios. O terceiro e último capítulo apresenta a evolução dos gastos sociais nos últimos anos, com foco principal na área da Assistência Social, além de discussão sobre os efeitos destes gastos na distribuição de renda e nível de pobreza.

CAPÍTULO I – AS ORIGENS DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL MODERNO

1.1 – O Estado de Bem-Estar Social Moderno

O Estado de Bem-Estar Social surge no fim dos anos 40, com o fim da Segunda Guerra Mundial, quando um novo modelo de organização estatal emerge nos países da Europa Ocidental. Com a guerra, diferentes classes sociais foram forçadas a conviverem mais integradamente e as dificuldades geradas pelos conflitos contribuíram para reforçar a necessidade de uma mentalidade socialmente mais consciente e solidária. Neste contexto, surge o termo inglês *Welfare State*, o qual se refere a um Estado que passou a promover a integração social, garantindo tipos mínimos de renda (seguro contra doença, velhice, invalidez, acidente de trabalho, desemprego e morte) e também subsídios alimentares, saúde, educação, habitação, que foram assegurados a todo cidadão não mais como uma caridade, mas como direito de cidadania (VIANNA, 1998).

Juntamente com a noção de Estado de Bem-Estar difunde-se o termo *social security* que visava contrapor o termo *social insurance*. Dessa forma, buscava-se diferenciar o novo caráter da proteção social, de cobertura ampla e universal, dos seguros sociais existentes até então, de caráter unicamente contributivo. Este novo conceito imprime ao Estado o dever de garantir os direitos sociais à todos os seus cidadãos.

Quanto à classificação dos tipos de *welfare state*, reconhece-se como uma tipologia clássica, a estabelecida por Titmuss (1958): o *residual welfare model of social policy*, o *industrial achievement performance model of social policy* e o *redistributive model of social policy*. Partindo desta tipologia, Esping- Andersen (1987) identifica três modalidades de *welfare state*: o liberal, o conservador e o social-democrata.

De acordo com Vianna (1998), no modelo liberal ou residual, o Estado somente intervém quando o mercado impõe demasiadas penas a determinados segmentos sociais e onde os canais “naturais” de satisfação das necessidades – o esforço individual, a família, o mercado, as redes comunitárias - revelam-se insuficientes. Já no modelo conservador ou meritocrático, vincula-se estreitamente a ação “protetora” do Estado ao desempenho dos

grupos protegidos. Por fim, no modelo social-democrata, cabe ao Estado a produção e distribuição de bens e serviços “extramercado”, os quais são dirigidos a todos os cidadãos.

Posteriormente, Esping-Andersen (1991) revê sua tipologia anterior e reclassifica os tipos de *welfare* da seguinte forma: o modelo liberal ou assistencial, o modelo alemão (de origem bismarckiana) e o modelo Beveridgiano.

No primeiro, os direitos sociais não são ligados ao desempenho no trabalho e sim à comprovação da pobreza [...] o segundo, embora adote a previdência social estatal e compulsória com direitos bastante amplos, ‘não assegura automaticamente uma desmercantilização substancial, pois dependem muito da forma de elegibilidade e das leis que regem os benefícios’; o modelo Beveridge é, em princípio, o mais desmercantilizante (oferece benefícios básicos e iguais para todos, serviços que independem de contribuições ou situação no mercado, etc.). (VIANNA, 1998, pág. 27).

Para fins deste trabalho, será adotada a última tipologia, o modelo Beveridgiano.

1.2 – O Caso Inglês

O estudo das origens do Estado de Bem-Estar social deriva da análise de um longo e muito antigo processo histórico. Com o fim de viabilizar este estudo, esta seção terá como foco as origens do Estado de Bem-Estar social britânico, comumente considerado umas das experiências mais marcantes do *welfare* moderno. Adotaremos Nicholas Barr (2004), como principal referência.

A caridade cristã foi gradualmente substituída pela ação do Estado, que ao longo do tempo, foi assumindo uma responsabilidade cada vez maior de socorrer a população carente e, com isso, precisou adaptar-se a um grau de logística cada vez maior, ampliando sua atuação de pequena para grande escala e sua organização de local para central.

Segundo Barr (2004), este processo de transformação pode ser ilustrado à partir dos eventos que mais se sobressaíram na história do *welfare* britânico: A Lei dos Pobres de 1601, a Emenda à Lei dos Pobres de 1834, as Reformas Liberais (1906 – 1914), e a Segunda Guerra Mundial e o Relatório Beveridge. Tais eventos serão abordados nas seções seguintes.

1.2.1 – A Leis dos Pobres de 1601

A Lei dos Pobres de 1601 é considerada um marco, pois representa um primeiro passo relacionado a questão da Assistência Social. Criada com base na Lei de Assistência aos

Pobres de 1576, a idéia por trás da lei era de que os pobres que não estivessem aptos para o trabalho deveriam ser cuidados enquanto que os aptos deveriam ser empregados. Nenhum dos regimes pretendia ser punitivo.

Segundo Barr, a Lei dos Pobres tinha a seguinte abordagem: cada paróquia era obrigada a cuidar dos seus pobres que receberiam tratamento de acordo com sua condição. Os chamados “pobres impotentes”, ou seja, os idosos e doentes demais para o trabalho, deveriam ser acomodados em *almshouses*, casas de caridades cristãs, onde seriam cuidados; aos fisicamente capazes era oferecido trabalho em “casas de correção”. Por fim, os que se recusassem a trabalhar deveriam ser punidos na mesma instituição em questão.

Apesar deste sistema funcionar relativamente bem por quase dois séculos, suas instituições, financiadas por impostos locais e adaptadas a uma economia pré-industrial, eventualmente vieram a sofrer as consequências do crescimento populacional, do aumento da mobilidade social, da industrialização e das flutuações da economia. A partir de 1795, a escassez de alimentos e a inflação provenientes das Guerras Napoleônicas somadas às colheitas ruins, disseminaram a pobreza não somente entre os desempregados e incapazes, mas também entre a população trabalhadora. Dentre as iniciativas locais criadas para conter tal fenômeno, destaca-se o sistema *Speenhamland*, o qual fornecia às famílias beneficiárias um subsídio cujo valor básico era baseado no preço do pão, o qual deveria complementar salários abaixo do nível de subsistência.

Estas iniciativas logo foram alvo de críticas de autores como Malthus e Ricardo; o primeiro afirmava que a assistência aos pobres levaria a um crescimento populacional excessivo; já Ricardo, afirmava que as iniciativas depreciariam os salários e, portanto, agravaria a pobreza.

Com o fim das Guerras Napoleônicas, os soldados sobreviventes retornaram ao país, contribuindo para o aumento do desemprego, o que juntamente com as pressões inflacionárias tornou o sistema vigente, o qual era financiado localmente, caro e insustentável.

I.2.2 – Emenda à Lei dos Pobres de 1834

A emenda à Lei dos Pobres de 1834 surge como consequência do ambiente econômico instável e das críticas filosóficas descritas na seção anterior. Neste contexto, foi estabelecida uma Comissão Real para estudar a questão, a qual viria apresentar um relatório em tom

laissez-faire. A visão principal contida no relatório era de que as ações do Estado de cunho assistencial acabavam por disseminar a pobreza, ao invés de diminuí-la.

Desta forma, dentre as principais recomendações da Comissão estavam as propostas de menor elegibilidade no acesso aos auxílios e de centralização administrativa. O princípio da menor elegibilidade tinha como argumento central a idéia de que a indigência entre os fisicamente capazes de trabalhar seria estimulada pelo recebimento dos benefícios. Assim sendo, foi proposto que a assistência deveria ser condicional, onde apenas os moradores das *workhouses* poderiam receber algum benefício. Além disso, as *workhouses* deveriam oferecer um padrão de vida abaixo do padrão de vida do trabalhador mais pobre, para evitar o desestímulo ao trabalho. Já a centralização administrativa tinha como propósito evitar a corrupção e a má-administração, garantindo uma uniformidade, e assim aumentando a eficácia dos gastos.

Segundo Barr, a Lei dos Pobres de 1601 e os princípios contidos no relatório da Comissão Real tinham uma importante diferença. Na primeira, a intenção era de se oferecer trabalho aos fisicamente capazes de trabalhar, sem a criação de um estigma. O segundo, desestimulava as reivindicações pelos benefícios, através das condições desagradáveis para o recebimento destes e também pela criação de um estigma aos beneficiários.

A Emenda à Lei dos Pobres de 1834 foi rapidamente publicada após os relatórios da Lei dos Pobres. No entanto, seus efeitos foram menos positivos do que o esperado. De acordo com Barr:

Muitas pessoas foram forçadas a aceitar as condições severas das *workhouses*, enquanto que muitas outras sofreram privações terríveis para evitá-las. No entanto, devido à sua própria crueldade, o sistema se tornou ao longo do tempo, uma força para mudança (...). (BARR 2004, pág. 12, tradução própria).

I.2.3 – As Reformas Liberais

Os anos compreendidos entre 1906 e 1914 foram marcados por reformas na legislação social da Grã-Bretanha, as quais foram implementadas após as eleições gerais de 1906 pelo Partido Liberal Britânico. Segundo Hay (1975), as Reformas Liberais são comumente interpretadas como um dos grandes passos rumo ao *Welfare State* inglês.

Barr (2004) e Hay (1975) distinguem três aspectos aos quais se atribuem as origens dessas reformas: pressões da classe trabalhadora, a mudança de atitude em relação ao *welfare*

e pressões institucionais. Apesar de haver uma concordância entre especialistas quanto à relevância das pressões da classe trabalhadora, alguns autores como Hobsbawn (1979) e Peeling (1979) afirmaram que tais pressões foram pouco importantes e até desprezíveis.

Dentre as mudanças de atitude em relação ao *welfare* destacam-se: o surgimento na elite política britânica do argumento da eficiência nacional, ou seja, de que o crescimento econômico dependeria de uma força de trabalho saudável e instruída; a aceitação de que nem toda situação de pobreza era de origem moral; e a ascensão do coletivismo. Quanto ao argumento da eficiência nacional, apesar de debatido, reconhece-se que minimamente transformou as reformas sociais em politicamente respeitáveis.

No que tange à mudança de atitude em relação à pobreza, estudos sobre as condições de saúde dos recrutas na Guerra dos Bôeres levantaram dados empíricos que contribuíram para esta mudança, uma vez que mostraram que a pobreza estava mais difundida do que se acreditava. Já a ascensão do coletivismo ocorre em meio à uma mudança de pensamento entre filósofos que argumentavam que a tradicional definição de liberdade individual, uma das raízes do liberalismo “clássico”, é limitada. Foi colocado que a liberdade individual não se tratava apenas de liberdade econômica, mas também dependia de um grau de segurança econômica. Neste contexto, argumentou-se que o Estado, a fim de intensificar a liberdade individual dos cidadãos, deveria ter um papel ativo nas reformas sociais, surgindo assim o liberalismo “progressista”.

Vale ressaltar que alguns anos antes, o governo alemão liderado por Bismarck iniciou uma ampla reforma social visando o aumento da produtividade, assegurar o apoio de trabalhadores e afastar as idéias socialistas consideradas mais radicais, tudo isso em meio a formação do novo Estado alemão. Criou-se um sistema de seguro social, no qual, a partir de contribuições compulsórias individuais, obtinha-se o direito a um sistema de benefícios garantidos. De acordo com Barr, esse sistema foi estudado por Lloyd George ¹e influenciou legislações posteriores na Grã-Bretanha.

Por fim, as pressões institucionais das associações de representantes da classe trabalhadora juntamente com o medo causado pela emergência do socialismo europeu fizeram com que os liberais tivessem uma urgência em aprovar leis populares. Dentre as principais medidas aprovadas estão: o fornecimento de refeições gratuitas para crianças na escola,

¹ Estadista britânico, do Partido Liberal, o qual se tornou primeiro-ministro do Reino Unido durante a Primeira Guerra Mundial.

aposentadoria para os idosos com mais de 70 anos, seguro desemprego (limitado aos trabalhadores de algumas indústrias), seguro saúde compulsório e taxaço progressiva.

Apesar de ser argumentado que tais medidas romperam fundamentalmente com as doutrinas políticas e econômicas praticadas até então, uma avaliação mais crítica de cada uma das medidas rebate tal argumento. Por exemplo, os sistemas de aposentadorias oferecido aos idosos com mais de 70 anos, era até certo ponto *means-tested* e restrito aos idosos que nunca tinham recebido qualquer assistência do governo; o seguro desemprego era baseado numa contribuição semanal e restrito a certos trabalhadores de certas indústrias e o seguro saúde era limitado ao chefe de família.

Além disso, como exposto anteriormente, as reformas não foram de qualquer maneira únicas ou pioneiras. Nos anos oitenta do século XIX, a Alemanha já havia introduzido um regime de seguro social e em 1898, a Nova Zelândia também introduzira um sistema de aposentadorias não-contributivo. Por volta de 1908, países como Dinamarca, Irlanda, Áustria, República Tcheca e Austrália também já possuíam legislação social de algum tipo.

O período que se seguiu após as Reformas Liberais foi de estagnação no que tange às políticas sociais. Foram implantadas políticas de habitação, através da lei de Habitação e Planejamento Urbano de 1919, melhorias no seguro desemprego a partir do aumento da sua abrangência quanto ao setor trabalhado e a *The Widows, Orphans and Age Contributory Pensions Act* de 1925, que visava a garantia de pensões para viúvas, orfãos e idosos.

I.2.4 – A Segunda Guerra Mundial e o Relatório Beveridge

A Segunda Guerra Mundial correspondeu a um período dramático em todo o continente europeu, afetando a vida de todos envolvidos, o que culminou em importantes mudanças de atitude. Houve uma redução das distinções sociais, uma vez que a escassez de comida e os ataques à bomba afetaram todas as classes. Neste contexto, há um aumento da conscientização entre a população dos problemas sociais, uma vez que a guerra obrigou as diferentes classes a conviverem mutuamente, seja no serviço militar, seja nos processos de evacuação das cidades.

Desta forma, como consequência direta das necessidades criadas pela guerra, algumas políticas sociais foram generalizadas. Por exemplo, as refeições gratuitas nas escolas, previamente uma forma de caridade, se tornaram parte da vida escolar e a extensão das

pensões às vítimas dos bombardeios, dependentes de prisioneiros de guerra, entre outros. Além disso, o atendimento emergencial gratuito nos hospitais, antes restrito aos militares, se estendeu a um grupo cada vez mais amplo de pessoas, o que serviu como base para um sistema de saúde em larga escala e financiado pelo Estado. Tais mudanças expressam o caráter cada vez mais universal das políticas sociais.

Em 1942, em meio às tantas mudanças, é publicado o Relatório Beveridge, o qual tinha como uma das orientações principais ao Governo Britânico o combate aos considerados cinco “Grandes Males”: a pobreza, a doença, a ignorância, a miséria e o ócio, garantindo uma proteção social desde o nascimento até a morte do indivíduo. Assim sendo, o relatório previa um sistema de seguro social abrangente no âmbito de pessoas e necessidades, onde cada indivíduo deveria pagar semanalmente uma contribuição através de um documento único. Após certo período, os benefícios pagos pelo desemprego, invalidez e aposentadorias seriam desvinculados de renda obtida anteriormente. Além disso, benefícios também deveriam ser pagos pela maternidade, para viúvas e órfãos.

Portanto, o sistema de seguro social proposto por Beveridge se caracterizava por sua cobertura obrigatória e universal no que diz respeito a todos os indivíduos e riscos. Não haveria políticas de *means test* e o sistema deveria ser administrado nacionalmente.

Com a vitória do Partido Trabalhista nas eleições de 1945, algumas das políticas sociais apontadas no Relatório Beveridge foram transformadas em lei, dando início ao Estado de Bem-Estar Social Britânico moderno. Para tal, o governo britânico apoiou-se em três pilares principais, como proposto por Beveridge: o seguro social, a universalidade dos benefícios e a assistência social focalizada na população mais pobre, a qual vivia abaixo dos padrões de vida mínimos aceitos pela sociedade britânica.

Desta forma, o *welfare state* se espalhou pela Europa, onde diversos países adotaram sistemas de seguridade social com as mesmas bases do sistema inglês, combinando os mais variados tipos de benefícios. Ainda, vale lembrar que nesses países, as políticas sociais universais predominam, enquanto que as políticas sociais focalizadas de *means-test* possuem peso marginal, agindo como um mecanismo complementar às primeiras (LAVINAS, 2006).

1.3 – A Questão da Universalização

No que diz respeito à formulação das políticas sociais, há uma importante diferenciação referente às questões da universalização e da focalização de tais políticas. A universalização é regida pelo princípio da igualdade, onde todos os indivíduos possuem direitos iguais, adquiridos na sua condição de cidadão. Já na focalização, rege o princípio da equidade, no qual os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, necessitam de tratamento diferenciado.

Apesar de ser uma opção cara, a universalização garante os serviços de forma indiscriminada, não gera estigma e atua preventivamente, antes que se configure a situação de pobreza. No entanto, tal opção possui como grande obstáculo a escassez de recursos, devido a grande extensão de seu público-alvo. A redução dos custos dos serviços prestados para a diminuição do peso destas políticas no orçamento público pode acabar por reduzir a qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, a focalização é defendida a partir do argumento principal da eficiência dos gastos sociais:

“(...) quanto mais preciso for o método utilizado para alcançar os pobres, menor será o desperdício, e menores serão os custos envolvidos para se chegar ao objetivo desejado.” (FARIA, 2007, p.290)

Entretanto, no longo prazo, tal opção pode ser desvantajosa para as camadas mais vulneráveis, uma vez que a focalização nas camadas mais pobres da sociedade, implica, por exemplo, em perdas para as classes médias no curto prazo. Ainda, segundo Cobo (2010), quanto mais os programas sociais públicos são percebidos pelos membros da sociedade como vantajosos apenas para certos grupos sociais, menor suporte político eles recebem. Sendo assim, ao perder o apoio da classe média, a qual tende a ser influente nos processos políticos, os programas sociais acabam por ser extintos, já que os grupos mais pobres, com pouca capacidade de mobilização, são incapazes de substituir tal apoio.

Além disso, de acordo com Barr, a focalização tem dois aspectos relacionados a eficiência: a *vertical efficiency*, a qual se preocupa em evitar vazamentos, i.e. os benefícios devem ser direcionados *apenas* àqueles que realmente precisam, e a *horizontal efficiency*, a qual se preocupa em evitar falhas no sistema, i.e. os benefícios devem chegar a *todos* os que precisam. No entanto, na prática, tais falhas podem se originar, uma vez que grupos

vulneráveis podem acabar ficando inelegíveis ao benefício ou a taxa de cobertura pode ser inferior a cem por cento. No último caso, pelo lado da demanda, pode ocorrer que indivíduos elegíveis acabem por não clamar o que lhes é de direito, seja por falta de informação, seja pela criação do estigma relacionado a tal ato. Já pelo lado da oferta, pode ocorrer de um indivíduo elegível clamar um benefício e ser rejeitado pelas autoridades, seja por discriminação, seja por engano. Dessa forma, seja qual for o caso, os problemas mencionados acima devem ser cuidadosamente vigiados, a fim de se evitar a corrosão da eficiência das políticas focalizadas.

Para fins deste trabalho, se assumirá que o Estado de Bem-Estar Social ideal tende a utilizar ambos os modelos de política e benefícios de forma combinada, visando equilibrar as visões de forma a atender não somente aos interesses econômicos do Estado, mas também a maximização do bem-estar social da população.

1.4 – A Crise do Estado de Bem-Estar Social

Após a Segunda Guerra Mundial, todos os sistemas de seguridade social europeus tiveram a necessidade de reformas fundamentais. A guerra tinha causado diversas mudanças econômicas e políticas, além de ter apagado muitos traços divisores da sociedade. A sensação generalizada era de recomeço e, portanto, sociedade e economia deveriam ser reestruturados a fim de assegurar a paz, a justiça e segurança futuras (RIMLINGER, 1971).

Nesse contexto, surgem, ao menos até o início da década de 70, a formação dos Estados de Bem-Estar Social, os quais vão mobilizar grande parte das estruturas do Estado para uma frente intervencionista, adaptando-se às novas exigências políticas e sociais, nas quais os direitos sociais ganharam muito mais relevo.

Segundo Rimlinger (1971), os princípios do Relatório Beveridge foram aclamados como uma reformulação fundamental dos direitos sociais do cidadão no Estado moderno e influenciaram a concepção de seguridade social por todo o mundo. Na Alemanha, por exemplo, o debate sobre a reforma no sistema de proteção social foi intenso e ia além da inspiração no plano Beveridge: tratava-se de como transitar do “protecionismo” característico do modelo antigo para uma fase de desenvolvimento “econômico-social” da seguridade. Na França, também se inspirava no Plano Beveridge a proposta de lei enviada à Assembléia Nacional, a qual solicitava a reorganização da seguridade social francesa pós-guerra.

Na Inglaterra, mais que em outros países, a reforma do sistema de proteção social teve um sentido de corte com o passado, sobretudo com a concepção liberal que acobertava a Lei dos Pobres. A proposta de reforma apresentada por Beveridge ao Parlamento Inglês em 1942 estava fundamentada em dois grandes princípios, identificados como a “nova concepção” de proteção social: o da *unidade*, que tinha por objetivo a unificação das múltiplas instâncias de gestão dos seguros sociais existentes; e o da *universalidade*, que diz respeito a cobertura e ao escopo da proteção.

Entretanto, nos anos 70, em meio às dificuldades econômicas evidenciadas pelo choque do petróleo, críticas aos sistemas de bem-estar social se tornaram recorrentes, iniciando o debate acerca da crise de governabilidade dos Estados que, segundo os conservadores, estariam pressionados por um excesso de demandas democráticas e por um Estado de Bem-Estar Social cada vez mais extenso e oneroso, e que ainda, segundo eles, seria o responsável pela crise econômica que vai avançar no mundo a partir de 1973/75.

Nesse contexto, durante a década de 80, projetos neoliberais de reforma vão ganhar força e acabar atingindo os Estados de Bem-Estar Social, desalecerando sua expansão ou desativando muitos de seus programas. Tais reformas adquiriram várias formas, porém alguns elementos são comuns a todas elas: a “remercantilização” da força de trabalho, a contenção ou desmontagem dos sindicatos, a desregulação dos mercados de trabalho e a privatização de muitos dos serviços sociais que estiveram previamente em mãos dos Estados (FIORI, 1997).

A partir de então, segundo Vianna (1998), as mudanças ocorridas no campo da proteção social ao longo dos últimos anos sugerem um processo de adaptação à nova conjuntura e sinalizam algumas tendências, entre elas: a desaceleração do “esforço social”, ou seja, a diminuição no ritmo de crescimento dos gastos sociais; a progressiva introdução ou incremento de mecanismos de seletividade, através da priorização de clientela-alvo, da focalização dos programas ou de restrições no acesso a benefícios; e a desestatização relativa, a qual consiste no afrouxamento da ação do Estado na provisão de bens e serviços (não na regulação ou financiamento), e que se manifesta concretamente com a expansão das modalidades de parceria público-privada.

1.5 – Panorama Recente das Medidas Sociais Adotadas na América Latina

Em geral, os países da América Latina caracterizam-se pelo baixo ou inadequado nível de proteção a parcelas significativas da população, tendo a expansão da cobertura como principal desafio. Diferentemente do que ocorreu na Europa Ocidental, esses países raramente apresentaram um núcleo institucional forte e estável capaz de planejar e articular políticas sociais com objetivos de médio e longo prazo, com comprometimentos que vão além dos sucessivos ciclos presidenciais (e apenas recentemente democráticos para a maioria dos países) (COBO; LAVINAS; VEIGA, 2010).

Nos anos noventa, com exceção de Chile e El Salvador, que realizaram reformas na década de 80, os países latino-americanos realizaram reformas em seus sistemas de proteção social. Porém, apesar de alguns países buscarem o fortalecimento de seus esquemas públicos, tais reformas estiveram mais voltadas para a redução de gastos com a previdência do que para qualquer outro objetivo (AZEREDO; TEIXEIRA; WERNECK, 2010). O quadro 1, abaixo, ilustra os diferentes tipos de reforma:

Quadro 1: Modelos e Características das Reformas de Previdência na América Latina

Modelo, país e data de início da reforma	Sistema	Contribuição	Prestação	Regime Financeiro	Administração
REFORMAS ESTRUTURAIS					
Modelo Substitutivo: Chile: 1981 Bolívia: 1997 México: 1997 El Salvador: 1998 R. Domin.: 2003-06 Nicarágua: 2004	Privado	Definida	Não-definida	CPI	Privada**
Modelo Paralelo: Peru: Junho 1993 Colômbia: Abril 1994	Público ou Privado	Não-definida Definida	Definida Não-definida	Repartição* CPI	Pública Privada**
Modelo Misto: Argentina: Julho 1994 Uruguai: Abril 1996 Costa Rica: Maio 2001 Equador: Janeiro 2004	Público e Privado	Não-definida Definida	Definida Não-definida	Repartição* CPI	Pública Múltipla
REFORMAS PARAMÉTRICAS OU SEM REFORMA					
Brasil Cuba Guatemala Haiti Honduras Panamá Paraguai Venezuela	Público	Não-definida	Definida***	Repartição ou CPC	Pública

Fonte: Mesa-Lago (2007), pág. 40.

*No Peru, na Argentina e no Uruguai, mas CPC na Colômbia e Costa Rica.

**Múltipla no México, na República Dominicana e Colômbia.

***Contribuição definida, por parte do programa do setor privado no Brasil (contas virtuais).

De acordo com Mesa-Lago (2007), as reformas da previdência na América Latina podem ser classificadas em dois grandes tipos: estruturais, que são aquelas que transformam fundamentalmente o sistema público, seja substituindo-o completamente pelo privado, introduzindo um componente privado ao público ou criando um sistema privado que possa competir com o público; e as paramétricas, que são aquelas que melhoram o sistema de previdência público, visando fortalecê-lo financeiramente a longo prazo.

As reformas estruturais ainda possuem três modelos gerais: o substitutivo, no qual o sistema público é fechado (não se permitem novos filiados) e substituído por um sistema privado; o paralelo, no qual o sistema público não é fechado, mas sim reformado, cria-se um novo sistema privado e os dois competem entre si; e o misto, que integra um sistema público, que não se fecha e o concede benefícios básicos, com o sistema privado, que oferece benefícios complementares.

Dessa forma, o cenário atual da proteção social na Região é composto por diversos modelos de sistemas previdenciários. Entretanto, o resultado das reformas previdenciárias é controverso: no que tange às reformas estruturais em geral, as taxas de cobertura não apresentaram aumento significativo, uma vez que a inserção do componente privado não se traduziu em maiores níveis de contribuição. Quanto as reformas paramétricas, a idéia de que poderiam melhorar a situação financeira dos sistemas públicos apenas parcialmente se confirmou.

Além disso, também na década de 90, no contexto da crise da dívida externa da década de 80 e dos programas de ajuste estrutural, vão surgir os primeiros Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTC's), focalizados nos grupos mais vulneráveis. Esses passaram a ter lugar de destaque na agenda latino-americana de políticas públicas.

Os PTC's são políticas públicas de *means-test*, ou seja, as transferências de renda ocorrem mediante contrapartidas do beneficiários e visam a redução da pobreza. Também estipulam requisitos destinados a acumular "capital humano" (educação e saúde) com o objetivo de promover a mobilidade social das famílias. Desse modo, embora tenham tido no Brasil, Chile e México suas experiências pioneiras, esses programas se generalizaram na Região como ferramenta de proteção e promoção social.

Apesar da generalização destes programas na América Latina, seu alcance varia entre os países, o que revela os distintos graus de prioridade dados a eles pelos governos da Região:

Argentina, Brasil², Chile, Equador, México, Trinidad y Tobago e Uruguai, alcançaram o índice de 100% de cobertura da população de indigentes, enquanto que Colômbia e Panamá conseguiram cobertura superior a 80 por cento. Já países como Bolívia, Costa Rica e Peru atingiram índices superiores a 50 por cento, enquanto que El Salvador, Guatemala, Honduras e República Dominicana mais de um terço da população de indigentes. Dentre os países com índices de cobertura muito baixo, estão Nicarágua e Paraguai, com 7,7% e 4,6%, respectivamente.

De toda forma, tais programas são, atualmente, a base da política de combate à pobreza e exclusão social na América Latina, cujos gastos representam no máximo 1,1% do PIB, como no caso brasileiro e chegam a cobrir 40% da população, como no caso equatoriano. Logo, ao invés de serem um último recurso àqueles que não são beneficiados pelas demais políticas e programas sociais no âmbito de um amplo sistema de proteção social, se tornam, muitas vezes, o único recurso disponível à imensa população pobre precariamente inserida no mercado de trabalho.

Segundo Lavinias (2006), é notório que o sistema de proteção social latino-americano jamais se constituiu num verdadeiro Estado de Bem-Estar Social, embora tenha sido inspirado no modelo europeu nas suas origens. Além disso, tem caráter corporativista-meritocrático, voltado para os segmentos formais da economia e oferece cobertura restrita, excluindo os segmentos mais pobres da população, devido aos seus vínculos instáveis com o mercado de trabalho. Ainda, assume um enfoque cada vez mais distante do universalista, que presidiu à reestruturação dos sistemas europeus do pós-guerra.

² O sistema de proteção social brasileiro será discutido no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA, SEUS SUBSISTEMAS E BENEFÍCIOS

II.1 – A Constituição de 1988

A Constituição de 1988 é considerada um marco na história das políticas sociais brasileiras. Segundo Gentil (2006), a partir de sua promulgação, foram introduzidas importantes transformações históricas no sistema de proteção social de amplo conteúdo democrático. Foi adotado o conceito de Seguridade Social, a qual designa um padrão de proteção social universal e redistributivo, se contrapondo a concepção de proteção que vigorava no país até então, de caráter contributivo e restrito a algumas categorias.

Desse modo, na definição da Constituição de 1988: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (Constituição Federal, 1988, Art. 194). O artigo 194 ainda estabelece os princípios pelos quais a Seguridade Social deve ser orientada:

Universalidade de cobertura e atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Constituição Federal, 1988)

Sobre o princípio da *universalidade de cobertura*:

Norteia-lhe o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento, o que significa contemplar todas as contingências sociais que geram necessidade de proteção social, a todos os indivíduos, indistintamente. Esse princípio incorpora uma reformulação fundamental dos direitos sociais do cidadão do Estado moderno. Um novo pacto social se estabeleceu a partir dali, com mudanças nas relações entre Estado e sociedade. (GENTIL, 2006, pág. 113).

Portanto, pode-se afirmar que o Brasil fez sua reforma à inglesa (VIANNA, 1998). A nova matriz constitucional se aproximava do modelo de Estado de Bem-Estar Social. A saúde e a assistência social agora eram um direito dos cidadãos e dever do Estado, assim como a combinação de contribuição com financiamento estatal, ampliava a cobertura da previdência de modo a incluir a parcela da população até então não atendida pelo sistema.

Além disso, a nova Carta Constitucional sinalizava que o poder público em uma sociedade como a brasileira passaria a exercer um papel essencial e intransferível na produção, na provisão e na regulação de bens e serviços, além da defesa dos interesses coletivos e da assunção do social como verdadeiro bem público (IPEA, 2007).

Visando a proteção social daqueles acometidos pelos riscos sociais, a Seguridade Social brasileira vai se amparar em quatro pilares: o sistema de Previdência Social de caráter contributivo; o sistema de Assistência Social, gratuito e direcionado as populações pobres; o Sistema Único de Saúde, de caráter gratuito e ainda, por um subsistema de seguro-desemprego, inserido nas competências do Ministério do Trabalho (MT).

As Leis Orgânicas da Previdência (Leis nos 8.212 e 8.213 de junho de 1991); a Lei Orgânica da Saúde (8.080 de setembro de 1990 e 8.142 de dezembro de 1990) e Lei Orgânica de Assistência Social (8.742 de dezembro de 1993), além da Lei nº 7.998 – janeiro de 1990 (seguro-desemprego), regulamentam o sistema de seguridade social brasileiro. Dessa forma, como elaborado, as áreas que constituem o sistema assumiriam uma quase completa independência administrativa e financeira, mediante forte legislação infra-constitucional, não obstante o sistema em sua origem tivesse forte apelo à criação de um Ministério da Seguridade Social, financiado por um Orçamento da Seguridade Social, autônomo do Orçamento Fiscal e estabelecido propositivamente pelo Conselho Nacional de Seguridade Social (IPEA, 2007).

No entanto, esse formato do sistema brasileiro nunca chegou a se estabelecer de fato. Apenas o Orçamento da Seguridade Social se tornou realidade, financiando os direitos sociais dos diferentes subsistemas, porém permanecendo sob constantes ataques daqueles que vislavravam a supressão da autonomia em questão.

Logo após a promulgação da Constituição, ocorre uma rearticulação do bloco conservador, o qual vai ser tornar ainda mais forte no início dos anos 1990, com a vitória de Fernando Collor de Mello nas eleições presidenciais, fortalecendo assim as propostas

neoliberais e conservadoras. Dessa forma, as manobras políticas que se seguiram tiveram como principal objetivo a obstrução à consumação dos novos direitos sociais que haviam sido inscritos na Carta Constitucional.

Nesse contexto, tanto a Previdência Social como o Sistema Único de Saúde (SUS), seriam alvos do ataque conservador. Quanto a primeira, ocorreram novas tentativas de desvinculação dos benefícios previdenciários do valor do salário mínimo. Já o SUS teria sua estrutura de financiamento seriamente comprometida com o veto presidencial a 25 itens da Lei Orgânica da Saúde. Porém, com o *impeachment* de Collor, este processo de desconstrução vai ser temporariamente barrado.

Com o fim do governo de Collor, Itamar Franco assumiu o governo e apesar do curto mandato, retomou o processo de reformas. Nesse momento, iniciou-se a aplicação e montagem da legislação complementar à Constituição, a qual é formada por um conjunto de Leis Orgânicas – da Previdência Social, da Assistência Social, da Função Social da Propriedade Fundiária – constituindo o núcleo central da política social brasileira. Além disso, a questão da fome e da miséria ganharam espaço na agenda social, tomando dimensão política e colocando em questão a responsabilidade e as soluções possíveis. Entretanto, esse governo continuaria a seguir no campo econômico a lógica neoliberal, de modo que as vinculações de recursos às políticas sociais eram entendidas como obstáculos à busca do equilíbrio orçamentário e do ajuste fiscal.

Em suma, a idéia de Seguridade Social foi combatida desde sua criação. A guerra por recursos orçamentários, gerada pela crise fiscal dos anos noventa, conspirou contra a proposição de uma atuação interinstitucional coerente com o conceito de seguridade.

II.2 – Os Subsistemas da Seguridade Social Brasileira

Nesta seção serão apresentados e estudados separadamente os subsistemas da Seguridade Social brasileira. Buscar-se-á descrever e entender suas estruturas, benefícios e principais desafios.

II.2.1 – A Previdência Social

A Previdência Social é uma política que tem como principal objetivo garantir a reposição da renda dos seus segurados quando eles perdem, temporária ou permanentemente,

sua capacidade de trabalho. Dessa forma, dentre os riscos sociais cobertos pela Previdência, estão: doenças, invalidez, maternidade, velhice, morte e acidentes. Tais benefícios são destinados aos segurados e aos seus dependentes.

No Brasil, o princípio bismarckiano regiu a Previdência desde sua origem, o qual relaciona os benefícios à contribuições prévia, ou seja, apenas quem contribui financeiramente tem direito aos benefícios.

Com a introdução do conceito de Seguridade Social na Constituição de 1988, o qual envolve as áreas de Saúde, Assistência Social e Previdência social e a institucionalização dos princípios orientadores dessas políticas de proteção social, tais como a universalidade da cobertura, dentre outros, foi possível ampliar a cobertura previdenciária. Criou-se a figura do segurado especial, a qual consiste no trabalhador rural que vive sob regime de economia familiar, e portanto, fora do regime assalariado. Dessa forma, esta nova categoria é regida por princípios Beveridgeanos, segundo os quais o direito ao benefício não está relacionado a contribuições prévias, mas sim com algum critério de cidadania.

Logo, uma vez comprovada a inserção dos trabalhadores rurais no regime de economia familiar, estes se tornam elegíveis ao benefício. Além disso, com a Carta Constitucional também se criou o piso previdenciário no valor de um salário mínimo. No entanto, percebe-se que o princípio da universalidade na Previdência ainda é limitado, uma vez que só se aplica ao subsistema da Previdência Rural e ainda assim, àqueles que produzem em regime de economia familiar.

II.2.1.1 – A Organização do Sistema Previdenciário Brasileiro

O sistema previdenciário brasileiro está organizado em torno do Ministério da Previdência Social (MPS) e está estruturado em três pilares. O primeiro deles é formado pela previdência básica, a qual é coberta pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e administrada pelo Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS). Este pilar atende de forma obrigatória aos empregados do setor privado, de empresas estatais, trabalhadores rurais do Regime de Economia Familiar, assim como os conta-próprias e contribuintes avulsos, sendo este o principal pilar da Previdência Social.

O segundo pilar é os dos regimes de previdência para servidores públicos civis e militares em níveis federal, estadual e municipal. Com exceção da previdência para os

militares, esses regimes seguem os princípios gerais do Regime Jurídico Único, o qual regula as atividades dos servidores públicos. Além de compulsório, este pilar é de responsabilidade do Estado por meio de Regimes Próprios da Previdência Social (RPPS).

O terceiro pilar é composto pela Previdência Complementar e tem como objetivo conceder benefícios opcionais complementares aos segurados da previdência dos empregados do setor privado, sendo portanto, voluntária. Dessa forma, seu público-alvo é de uma minoria da população que possui rendimentos elevados e procuram complementar sua aposentadoria, uma vez que a maioria dos trabalhadores também são beneficiários da Previdência Básica, cujo teto de remuneração situa-se em torno de nove salários mínimos.

Este último pilar divide-se em Previdência Complementar Privada Fechada e Aberta. Na primeira, qualquer cidadão pode ingressar em um dos seus planos, enquanto que na segunda, apenas pessoas que integram determinado grupo podem ingressar, geralmente membros de uma empresa ou conglomerado, e mais recentemente, entidades de classe ou sindicatos. A partir da EC nº 41/2003 estabeleceu-se a Previdência Complementar Pública, específica para Servidores Públicos.

II.2.1.2 – Tipos de Benefícios

A Previdência Social oferece diversos tipos de benefícios aos seus segurados. Nesta seção serão apresentados e discutidos os principais dentre estes a fim de entender melhor que tipo de benefícios os brasileiros costumam ter acesso.

Primeiramente, cabe mencionar os tipos de aposentadorias oferecidas através do INSS, são elas: a aposentadoria por idade, a aposentadoria por tempo de contribuição, a aposentadoria por invalidez e a aposentadoria especial.

Na primeira, tem direito ao benefício o trabalhador urbano que comprovar a idade mínima de 65 anos, se for do sexo masculino, ou 60 anos, se for do sexo feminino. Já para os trabalhadores rurais, a idade mínima é reduzida em cinco anos: 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres. Além disso, os trabalhadores urbanos precisam comprovar 180 meses de contribuição enquanto que os rurais precisam comprovar 180 meses de trabalho rural, através de documentos. No caso de pessoas com deficiência, deve-se comprovar a idade mínima de 60 anos, se homem e 55 anos, se mulher, além do mínimo de 180 meses trabalhados na condição de pessoa com deficiência.

Quanto a aposentadoria por tempo de contribuição, esta pode ser integral, proporcional ou progressiva. No caso da integral, é preciso comprovar o tempo total de 35 anos de contribuição no caso dos homens, e 30 anos de contribuição, se mulher. Já na proporcional, deve-se comprovar a idade mínima de 53 anos, se homem e 48 anos, se mulher. Além disso, juntamente com os requisitos de idade mínima devem combinar-se os de tempo de contribuição, da seguinte forma: 30 anos de contribuição mais adicional, se homem, e 25 anos de contribuição mais adicional, se mulher. Sobre o adicional:

“ (...) o adicional de tempo citado na regra transitória corresponde a 40% do tempo que faltava para o cidadão atingir o tempo mínimo da proporcional que era exigido em 16/12/1998 (30 anos para homem e 25 para mulher).” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL, em <http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/aposentadorias/por-tempo-de-contribuicao>)

Quanto a progressiva, esta não possui idade mínima e será aplicada quando a soma da idade e do tempo de contribuição for de 95 anos, se homem e 85 anos, se mulher, até o fim de 2018. Ainda, o tempo mínimo de contribuição previdenciária é de 35 anos para os homens e 30 anos para as mulheres. Dessa forma, ao atingir os requisitos citados, a regra será aplicada na íntegra e o trabalhador poderá aposentar-se pelo valor integral, sendo este tipo de aposentadoria uma alternativa ao fato previdenciário, o qual reduz o valor do benefício. A partir de 2019, a fórmula 85/95 irá adquirir caráter progressivo, com a soma da idade e do tempo de contribuição subindo em um ponto a cada dois anos.

No caso de pessoa com deficiência, terá direito à aposentadoria por tempo de contribuição, o trabalhador que comprovar o tempo de contribuição necessário para este benefício, conforme o grau de deficiência (leve, moderada ou grave). Além disso, um mínimo de 180 meses devem ter sido trabalhados na condição de pessoa com deficiência. Já no caso de professores, terá direito ao benefício o trabalhador que comprovar um tempo total de contribuição de 30 anos, se homem e 25 anos, se mulher, em funções de magistério em estabelecimentos de Educação Básica.

A aposentadoria por invalidez é destinada ao trabalhador permanentemente incapaz de exercer qualquer atividade laborativa, e que também não possa ser reabilitado em outra profissão, segundo avaliação da perícia médica do INSS. Dessa forma, o trabalhador receberá o benefício enquanto persistir a incapacidade e pode ser reavaliado a cada dois anos. No entanto, não é elegível ao benefício o cidadão que se filiar à Previdência Social já portador de doença ou lesão que geraria o benefício. É preciso estar oficialmente cadastrado na Previdência Social para se tornar beneficiário.

Por fim, a aposentadoria especial é concedida ao trabalhador³ exposto a agentes nocivos à saúde, como calor ou ruído, de forma constante e ininterrupta, em níveis de exposição acima dos limites estabelecidos em legislação própria. Dentre os principais requisitos estão o tempo de contribuição mínimo de 25, 20 ou 15 anos, conforme o caso, exposto aos agentes nocivos especificados em lei e a comprovação da exposição, através de laudo técnico.

Existem ainda diversos tipos de benefícios previdenciários, além das aposentadorias, como o auxílio-doença, o qual é concedido ao segurado do INSS acometido por alguma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz de exercer seu trabalho, tendo previamente contribuído por 12 meses, além de estar afastado de suas atividades por pelo menos 15 dias para ter direito ao benefício; o auxílio-acidente, concedido ao trabalhador que desenvolveu seqüela permanente devido à acidente de trabalho e portanto teve sua capacidade de trabalhar reduzida, não tendo tempo de contribuição mínimo para ter direito ao benefício; o auxílio-reclusão, destinado aos dependentes do segurado do INSS que se encontra preso em regime fechado ou semiaberto, durante o período de reclusão ou detenção; a pensão por morte, direcionada aos dependentes do segurado que vier a óbito, mediante comprovação da qualidade de segurado no momento da morte; o salário-maternidade, pago às seguradas que acabaram de ter um filho, seja por parto ou adoção, ou aos segurados que adotem uma criança; o salário-família, pago aos trabalhadores com renda mensal de até R\$ 1.212,64, para sustento dos filhos de até 14 anos incompletos ou que se qualifiquem como inválidos e por fim, o seguro-desemprego, que apesar de fazer parte da Previdência Social, é pago pela Caixa Econômica Federal e não pelo INSS. Este auxílio tem como finalidade prover assistência financeira temporária ao trabalhador que se encontre em uma das seguintes condições: dispensado sem justa causa; com contrato de trabalho suspenso em virtude de participação em curso ou programa de qualificação profissional oferecido pelo empregador; pescador profissional durante o período de defeso e resgatado da condição semelhante à de escravo.

O quadro 2 abaixo ilustra os diferentes tipos de benefícios da Previdência Social de acordo com o tipo de segurado e tempo de carência do benefício:

³ Dentre as profissões elegíveis a este tipo de aposentadoria estão a de eletricitário, frentista, vigilante, metalúrgico, enfermeiro, marceneiro, serralheiro, trabalhadores da construção civil, entre outros.

Quadro 2: Benefícios Ofertados pela Previdência Social* – Tipos, Beneficiários e Carência

Benefícios	Beneficiários	Carência
Aposentadoria por Invalidez	Todos os segurados	12 contribuições mensais**
Aposentadoria por Idade	Todos os segurados	180 contribuições mensais
Aposentadoria por tempo de contribuição	Todos os segurados, exceto segurado especial (em regra), contribuintes individuais e facultativos que optaram pelo regime simplificado de recolhimento de contribuições e MEI ⁴	180 contribuições mensais
Aposentadoria Especial	Empregado, trabalhador avulso e contribuinte individual cooperado	180 contribuições mensais
Auxílio-acidente	Empregado, empregado doméstico, trabalhador avulso e segurado especial	Isento
Auxílio-doença	Todos os segurados	12 contribuições mensais**
Auxílio-reclusão	Dependentes	Isento
Salário-família	Empregado (inclusive doméstico), trabalhador avulso, aposentado por invalidez, idade e demais aposentados com idade mínima de 65 anos (homens) ou 60 anos (mulheres), se de baixa renda	Isento
Salário-maternidade	Todos os segurados	Isento para empregado (inclusive doméstico), e trabalhador avulso. Para os demais, 10 contribuições mensais
Pensão por morte	Dependentes	Isento

Fonte: Elaboração própria através de dados fornecidos pelo MPS.

* Pagos pelo INSS.

** Isenta em caso de acidente de trabalho ou doenças previstas em lei

⁴ Microempreendedor Individual, será apresentado na próxima seção.

A seguir é apresentado o quadro 3 mostrando a evolução da quantidade de benefícios emitidos pela Previdência Social, em dezembro de cada ano. Nota-se o domínio dos benefícios previdenciários, os quais representaram, em 2014, 97% dos benefícios emitidos no âmbito do Regime Geral da Previdência Social.

Quadro 3: Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos pela Previdência Social, Segundo os Grupos de Espécies – posição em dezembro – 2012/2014

	2012	2013	2014
TOTAL	30.057.265	31.199.043	32.152.518
BENEFÍCIOS DO RGPS	26.032.855	27.009.011	27.818.973
PREVIDENCIÁRIOS	25.192.966	26.150.959	26.957.844
Aposentadorias	16.725.927	17.351.730	17.940.405
Tempo de Contribuição	4.862.215	5.064.342	5.254.911
Idade	8.798.101	9.165.014	9.508.695
Invalidez	3.065.611	3.122.374	3.176.799
Pensão por morte	6.976.263	7.159.242	7.316.534
Auxílios	1.407.703	1.548.284	1.614.821
Doença	1.329.207	1.457.433	1.515.525
Reclusão	37.899	43.203	44.189
Acidente	40.597	47.648	55.107
Salário-Maternidade	82.716	91.448	85.903
Outros	357	255	181
Salário-Família	-	-	-
Abono de Permanência	290	200	137
Vantagem de Servidor	67	55	44
ACIDENTÁRIOS	839.889	858.052	861.129
Aposentadoria por Invalidez	181.599	189.161	196.175
Pensão por morte	122.331	120.606	118.543
Auxílios	535.959	548.285	546.411
Doença	175.145	182.030	175.135
Acidente	295.318	304.373	312.796
Suplementar	65.496	61.882	58.480
BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS	4.012.482	4.178.364	4.322.232
Amparos Assistenciais	3.771.842	3.964.192	4.130.432
Portador de deficiência	2.021.721	2.141.846	2.253.822
Idoso	1.750.121	1.822.346	1.876.610
Pensão Mensal Vitalícia	13.020	12.408	11.784
Rendas Mensais Vitalícias	227.620	201.764	180.016
Invalidez	177.578	160.614	145.915
Idade	50.042	41.150	34.101
ENCARGOS PREV. UNIÃO - EPU	11.928	11.668	11.313

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social 2014 – AEPS.

II.2.1.3 – Desafios

O debate público acerca dos desafios e perspectivas da Previdência Social está centrado, essencialmente, na questão da necessidade de realização de uma reforma no âmbito do Regime Geral de Previdência Social. Na construção do sistema sempre estiveram em disputa teses e propostas contrárias, como a da “mercadorização”, que consiste na contratação pelos cidadãos dos seguros privados para proteção social, reservando-se ao Estado as transferências de renda focalizadas abaixo da chamada linha de pobreza unicamente. Portanto, esta proposta difere da proposta da previdência pública de caráter universal.

Dessa forma, tem-se na conjuntura atual um conjunto de propostas bastante heterogêneas de reformas em circulação. Há três vertentes: uma conservadora, uma de gestão e uma de inclusão. A primeira propõe a desindexação do salário mínimo, a criação do limite de idade para as aposentadorias por tempo de contribuição e a redução no teto de contribuições compulsórias no RGPS. A de gestão consiste em um conjunto de medidas no campo administrativo e de gestão, sem alterar regras institucionais, que poderiam trazer melhorias em termos de atendimento e mesmo na arrecadação, como a melhoria dos métodos administrativos para atendimento ao público, do combate as fraudes, da gestão fiscal, da modernização administrativa, entre outras. E, por fim, a reforma por inclusão previdenciária.

Esta última ainda se constitui um dos principais desafios para a Previdência Social brasileira: definir estratégias para a inclusão do grande contingente da População Economicamente Ativa (PEA) ainda no mercado informal, excluída do sistema. Pelos dados do quadro abaixo, é possível observar que a cobertura previdenciária avançou em todos os anos do período analisado. Entretanto, no último ano, ainda havia cerca de 36% de trabalhadores sem cobertura previdenciária:

Quadro 4: Evolução (em %) da Cobertura Previdenciária da PEA (2003-2012)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
PEA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cobertos	52,0	52,9	53,1	54,5	55,9	57,5	57,8	62,8	63,9
Com carteira assinada	31,1	31,6	32,3	33,3	34,8	36,4	36,5	40,7	41,3
Funcionários públicos e militares	6,4	6,5	6,1	6,5	6,7	6,9	7,0	7,0	7,2
Contribuinte individual*	7,4	7,3	7,6	8,1	8,1	8,4	8,8	9,9	10,7
Segurado especial	7,1	7,5	7,1	6,7	6,3	5,9	5,5	5,3	4,8
Não cobertos	48,0	47,1	46,9	45,5	44,1	42,5	42,2	37,2	36,1
Ocupados	37,9	37,9	37,3	36,8	35,7	35,1	33,6	30,2	29,7
Desocupados	10,1	9,2	9,6	8,7	8,4	7,4	8,6	6,9	6,4

Fonte: Microdados das PNADs/IBGE; **Elaboração:** IPEA 2015

* Foram considerados contribuintes individuais as seguintes posições na ocupação cujos trabalhadores contribuíam para a Previdência Social: empregado sem carteira assinada, doméstico sem carteira assinada, conta-própria (não agrícola), empregadores e trabalhador na construção para próprio uso.

*Não há números de 2010 pois não houve PNAD.

Ainda, em 2012, observa-se que dentre os trabalhadores sem cobertura, o peso dos desocupados atingiu 17,7%. Logo, a maioria dos sem cobertura estão ocupados e obtêm rendimentos pelo seu trabalho.

Para reverter esse cenário, é necessária a implantação de políticas que estimulem a formalização dos negócios e a inclusão de trabalhadores que se encontram com inserção precária no mercado de trabalho. O quadro abaixo ilustra algumas medidas recentes visando a inclusão previdenciária:

Quadro 5: Medidas Recentes de Inclusão Previdenciária

Medida de Inclusão	Normativo
Incentivo à formalização de trabalhadores domésticos	Lei nº 11.324/2006
Plano simplificado de inclusão previdenciária	Lei Complementar nº 123/2006
Estímulo à formalização de trabalhadores temporários contratados por segurado especial	Lei nº 11.718/2008
Formalização de trabalhadores temporários contratados por produtor rural pessoa física	Lei nº 11.718/2008
Contratação simplificada de empregado por parte de Microempreendedor Individual (MEI)	Lei Complementar nº 128/2008
Instituição da figura do Microempreendedor Individual (MEI)	Lei Complementar nº 128/2008
Estímulo à formalização de facultativos de baixa renda	Lei nº 12.470/2011

Fonte: IPEA 2015

Em geral, tais medidas visam a redução do custo financeiro para a autoinclusão de trabalhadores por conta-própria, dos empregados sem carteira assinada e dos facultativos (donas de casa, principalmente), e estimulam a formalização dos trabalhadores domésticos. Neste sentido, vale destacar a criação do Plano Simplificado de Previdência Social, o qual estabelece a alíquota de contribuição no valor de 11%, a partir da competência de abril de 2007, exclusivamente sobre o salário de contribuição no valor de um salário mínimo.

Dentre os incentivos voltados para as empresas, vale ressaltar a criação do Simples Nacional e da figura do Microempreendedor Individual (MEI). O primeiro, funciona como redutor de custos para o empregador, uma vez que as alíquotas são menores e incidem sobre outro fator gerador, o faturamento bruto da empresa, e não mais sobre a folha salarial. Logo, para a empresa filiada ao Simples torna-se mais barato contratar formalmente. Já o segundo, visa a formalização do trabalhador por conta própria, o qual se legaliza como pequeno empresário. Para ser considerado MEI, é necessário que o empresário individual tenha auferido receita bruta, no ano calendário anterior, de até R\$ 36.000, optante pelo Simples Nacional.

Por fim, em um mercado de trabalho como o brasileiro, marcado pela informalidade, as medidas descritas acima são válidas. Por outro lado, têm como contrapartida as renúncias tributárias. De acordo com IPEA (2015), no ano de 2013, os valores destas renúncias em decorrência do Simples Nacional e do MEI alcançou R\$ 15 bilhões e R\$ 500 milhões, respectivamente. Dessa forma, a sustentabilidade atuarial-fiscal de longo prazo *versus* a manutenção e a ampliação dos direitos sociais é sempre tema de intenso debate, uma vez que

ampliar a cobertura do sistema via alíquotas subsidiadas ou os mais diversos incentivos econômicos significa inclusão no presente, mas também déficit atuarial que se tornará despesa financeira no futuro.

II.2.2 – A Saúde

Como apresentado anteriormente neste capítulo, a Saúde constitui um dos pilares da Seguridade Social brasileira. De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, 1988)

Dessa forma, como resultado das determinações constitucionais, ficou reconhecida a obrigação do Estado em prestar serviços de saúde de forma universal, pública e gratuita, em todos os níveis de complexidade, por meio da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (JACCOUD, 2009). Antes da reforma iniciada entre 1988 e 1990, o sistema de saúde brasileiro encontrava-se segmentado em seis setores com recursos, instalações e clientela próprias: o seguro social, o Ministério da Saúde, os funcionários públicos, os militares, os estados e os municípios.

Após as reformas, o sistema de saúde brasileiro se reestruturou de tal forma que pode ser subdividido em quatro grandes grupos: o Sistema Único de Saúde (SUS), o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores e o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (IPEA, 2007). Quanto aos segmentos de planos, seguros e provedores privados, estes possuem originalmente caráter complementar. Já o segmento dos servidores públicos, caracterizam-se possivelmente como objeto de agrados e compromissos políticos.

Em 1990, com as Leis nº 8.080 e nº 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS), regulamentou-se o SUS, estabelecendo seus princípios, diretrizes, além de sua forma de organização e funcionamento. Assim sendo, o SUS deveria ser regido pelos princípios da universalidade de acesso, descentralização administrativa, integralidade na prestação de

serviços, equidade no atendimento e regionalização e hierarquização dos serviços, visando facilitar mecanismos de integração e sistema de referência. Além disso, definiu-se o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, cabendo a iniciativa privada a participação em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Além dos princípios destacados acima, vale mencionar dois outros fatores que:

viabilizaram o processo de reestruturação do sistema, foram i) o fortalecimento da participação social na gestão do sistema, nas três instâncias de governo, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde; e ii) o estabelecimento do exercício da direção do Sistema Único de Saúde por um único órgão central em cada esfera – Ministério da Saúde, no plano federal, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nos estados e municípios, respectivamente. (IPEA, 2007, pág. 125).

Este último aspecto mostrou-se crítico para que pudessem ser implementados os demais princípios orientadores do novo sistema, os quais teriam sido inviáveis caso persistisse a lógica de múltiplas redes públicas de atendimento – separadas, não integradas e não complementares – como era regra até então (IPEA, 2007).

No que diz respeito às atribuições do governo, dentro do sistema de saúde, cabe ao governo federal a:

[...] formulação da política nacional de saúde; a regulação nacional do Sistema Único de Saúde, a elaboração de normas técnicas, o financiamento e cooperação técnica com estados e municípios, a regulação da relação público-privado, regulação de padrões e registro de produtos destinados à assistência médico-hospitalar e de bens de consumo que se relacionam com a saúde, coordenação nacional do sistema de informações, o acompanhamento e avaliação das tendências da situação sanitária nacional e do desempenho do sistema nacional de saúde, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e ao de recursos humanos, regulação de aspectos éticos de pesquisas e articulação intersetorial no plano federal [...] (IPEA, 2007, pág. 126)

À esfera estadual, cabe a formulação da política estadual de saúde; o planejamento, a coordenação e o estabelecimento de modelos de atenção; a supervisão, financiamento e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde; e o planejamento e coordenação de redes de serviços especializados (IPEA, 2007).

Por fim, cabe aos municípios, a formulação da política local, o planejamento, contratação (quando necessário), avaliação e controle dos estabelecimentos de saúde e a execução direta dos serviços (IPEA, 2007).

Sobre a participação pública e participação privada, o número mais comumente utilizado refere-se ao número de leitos ativos. Segundo pesquisa do IPEA 2015, em setembro de 2014, dos cerca de 506 mil leitos disponíveis, cerca de 343 mil eram oferecidos pelo SUS, ou seja, cerca de 68%. Em 1992 apenas 25% dos leitos eram de natureza pública. Apesar da evolução temporal recente ser bastante favorável ao setor público, o auxílio dos convênios particulares – que possibilitam que um dado médico ou leito de origem privada também atenda um paciente do SUS – ainda se faz necessário a fim de atender toda a demanda existente e cumprir o princípio da universalidade de acesso estabelecido pela Constituição.

II.2.2.1 – Principais Programas da Saúde Brasileira

Nesta seção serão apresentados alguns dos principais programas e políticas implementados na Saúde brasileira, no período a qual se refere este trabalho. Os serviços assistenciais do SUS organizam-se em ações da Atenção Básica e em ações da Média e Alta Complexidade.

Durante o governo FHC, visando ampliar a cobertura e facilitar o acesso aos programas existentes, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram escolhidos como estratégias com atuação na prevenção de enfermidades e promoção da saúde, além de procedimentos assistenciais mais simples, configurando a “Atenção Básica”. Dessa forma, procurava-se substituir o modelo hospitalocêntrico.

Atualmente, o PSF, renomeado para Estratégia Saúde da Família (ESF), é a principal estratégia do governo federal na organização da Atenção Básica, tendo em 2013, recebido 65,12% dos recursos de transferência para os estados e municípios. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em um área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Para efetivar essas ações, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As Equipes de Saúde da Família contam com no mínimo um: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da

Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Ainda, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição e considerando o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território.

Visando aumentar a cobertura, o Ministério da Saúde criou, em âmbito nacional, incentivos para a expansão da atenção à saúde bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, representado principalmente pela implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Outra iniciativa adotada buscando a melhoria no acesso à Atenção Básica, foi o Programa Mais Médicos (PMM), lançado pelo MS como medida para ampliar a oferta de profissionais nas periferias das grandes cidades e em áreas remotas, bem como adequar a formação médica às necessidades do SUS.

No que diz respeito aos procedimentos de Média Complexidade, foi definida a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade para melhorar o acesso à hospitalização. Esta política visa reduzir a fila de espera por procedimentos cirúrgicos nos estados e municípios de todo o país. Apesar disso, as filas de espera para exames mais complexos e consultas médicas especializadas ainda se configuram como um problema a requerer solução (IPEA, 2009)

Dentre as principais políticas nacionais de Alta Complexidade do SUS, que são aqueles procedimentos que envolvem alta tecnologia e custo, destacam-se: as de assistência cardiovascular, assistência ao paciente portador de doença renal crônica, assistência ao paciente oncológico, assistência em traumatologia-ortopedia, atenção em reprodução humana assistida, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade, saúde auditiva, além da política nacional de transplantes.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT), criado em 1997, é a instância responsável pelo controle e pelo monitoramento dos transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano. A atuação do SNT tem-se concentrado, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que hoje aguardam pelo procedimento. A fila para transplantes no SUS é única para cada órgão ou tecido, o que significa que esta é igual para pacientes das redes hospitalares pública e privada. Para que tenha direito ao transplante, o receptor deverá estar inscrito no lista de espera do

SNT (cadastro técnico), que utiliza critérios técnicos, geográficos e de urgência específicos para cada tipo de órgão ou tecido. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual cerca de 87% dos transplantes são feitos com recursos públicos.

O acesso a medicamentos foi, e continua sendo, um dos maiores desafios enfrentados pelo SUS (IPEA, 2009). Para enfrentar o problema, diversas foram as iniciativas de regulação e formulação das políticas públicas na esfera da assistência farmacêutica. Em 1999, foram introduzidos os medicamentos genéricos no país, através da Lei nº 9.787. Com isso, houve uma redução drástica nos custos dos remédios, importante para a manutenção do sistema de proteção e contínua expansão do atendimento ambulatorial. Além disso, através da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), foram adotadas medidas de regulação dos medicamentos genéricos.

Ainda na área farmacêutica, o Programa Farmácia Popular foi criado em 2004 com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, a partir da oferta destes a preço de custo, ou mesmo simbólico, apresentando uma redução de até 90% do valor de mercado. No entanto, ao introduzir o co-pagamento pelo usuário foi bastante criticado, abrindo um precedente indesejável contra a distribuição gratuita de medicamentos.

Além disso, desde 2003, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), da qual a ANVISA atua como Secretaria Executiva, regulamenta o controle de preços dos medicamentos comercializados no Brasil. Desse modo, a regulação é feita a partir de um modelo de “Teto de Preços”, onde o Preço Fábrica é o preço praticado pelas empresas produtoras ou importadoras do produto e pelas empresas distribuidoras, sendo este, o preço máximo permitido para a venda a farmácias e drogarias. Já o Preço Máximo ao Consumidor, como o próprio nome já diz, é o preço máximo permitido para venda ao consumidor e inclui impostos incidentes por estado.

Por fim, vale mencionar a política de informação e prevenção desenvolvida pelo Programa Nacional de DST e AIDS, visando o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), direcionada a diferentes grupos de risco, envolvendo campanhas pela mídia, ação por meio de ONGS, distribuição de preservativos, distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis, além de outras estratégias de sensibilização e a distribuição gratuita de antirretrovirais. Atualmente, o programa está sob responsabilidade do MS e é internacionalmente reconhecido como uma

das melhores experiências de política pública em saúde, dada sua ampla atuação, a qual combina medidas de caráter educativo, terapêutico e econômico.

II.2.2.2 – Desafios

Nesta seção, tentar-se-á apresentar brevemente alguns dos principais desafios da Saúde brasileira. Primeiramente, vale ressaltar que os determinantes dos principais problemas e riscos em saúde estão associados ao desenvolvimento social e que somente a ação dos serviços de saúde não é suficiente se não for acompanhada de uma evolução positiva na área social. Assim, a atuação sobre as causas vai muito além da possibilidade de políticas setoriais de saúde e exige um esforço coordenado de várias ações do Estado e da sociedade (IPEA, 2007).

Entre os que estudam a questão da saúde no Brasil, há um consenso de que o SUS sofre uma insuficiência crônica de recursos financeiros. A implantação deste, no início da década de 1990, ocorreu em meio à uma intensa crise econômica, afetando o padrão de financiamento do Estado. O Orçamento da Seguridade Social, o qual prevê fontes de financiamento na CF/88, foi sendo minado por meio de emendas constitucionais que permitiram a desvinculação de receitas da União e a especialização da fonte que incide sobre a folha de salários para a Previdência Social. Apenas em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que vinculou recursos das três esferas de governo à Saúde, o sistema começou a experimentar maior estabilidade no financiamento e acréscimo no volume.

Ainda assim, a participação dos recursos públicos no gasto total com saúde é inferior a 50%. Em países que também possuem sistemas públicos com responsabilidade de cobertura universal, a participação pública nunca é inferior a 70% do total. Portanto, aportar maior volume de recursos para o SUS é condição essencial para que o sistema público possa cumprir suas responsabilidades constitucionais (IPEA, 2015).

Um outro desafio está relacionado à regionalização dos serviços do SUS. Entre os problemas está a questão do modelo único. Ao pensar a atenção básica tendo um modelo geral para todo o território nacional, não reconhece-se as diferentes capacidades municipais, a diversidade territorial de necessidades de saúde, de capacidade de gestão, e organização dos sistemas próprios. Dessa forma, não se tem ainda uma estratégia comprovadamente capaz de atender plenamente os requisitos de regionalização dos serviços do SUS, resolvendo os

conflitos de gestão de responsabilidade hoje existentes. Logo, a organização de redes regionalizadas constitui um elemento fundamental a fim de garantir a integralidade do acesso.

Um terceiro desafio está relacionado a questão da interação do SUS com os outros segmentos de prestação de serviços de saúde. A Constituição, ao criar o sistema, supunha que todos os serviços públicos de saúde fariam parte do SUS, e a assistência privada não vinculada ao SUS teria apenas um papel suplementar. Entretanto, esta expectativa não se concretizou: nem todos os recursos públicos para a saúde destinam-se ao SUS e a assistência privada vinculada ao SUS expandiu-se consideravelmente.

Desse modo, as duas formas predominantes de acesso colocam, de um lado, os que possuem planos ou seguros privados de saúde, aos quais também é garantido o acesso aos serviços do SUS e, de outro lado, os que têm acesso exclusivamente aos serviços prestados pelo SUS. Adicionalmente:

os beneficiários de planos e seguros privados de saúde e as empresas patrocinadoras contam com benefícios fiscais. Por tal mecanismo, parcela não desprezível da população (cerca de um quarto) desfruta de duas vias de acesso a serviços de assistência à saúde em que há financiamento público. (IPEA 2009, pág. 159).

Essa situação de iniquidade social poderia ser ainda mais agravada se ocorresse uma separação formal entre as duas vias de acesso, fazendo com que o SUS fosse destinado apenas à população carente, criando um sistema politicamente ainda mais frágil nas disputas orçamentárias. O resultado seria um *sistema pobre para os pobres*, e portanto, na contramão dos sistemas universais de saúde que deram certo em outros países. Para que isso não ocorra, é necessário certos padrões de prioridade na alocação e nas práticas de utilização dos recursos públicos (IPEA, 2009).

Por fim, apesar dos limites e insuficiências, o SUS é uma importante política de inclusão que, em menos de duas décadas, incorporou dezenas de milhões de pessoas ao sistema público de saúde, reduzindo assim, desigualdade de acesso, entre pessoas e regiões.

II.2.3 – A Assistência Social

A Carta Constitucional estabeleceu a Assistência Social como um dos pilares da Seguridade Social no Brasil. De acordo com o artigo 203, “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (Constituição

Federal, 1988). Dessa forma, este componente se configura como um dos elementos essenciais para a construção de um modelo de proteção social não-contributivo.

Historicamente, a Assistência Social nasce identificada à filantropia e ao conceito de caridade cristã e muito lentamente realiza sua aproximação com o Estado, no que tange à responsabilidade deste em prover este tipo de atendimento à população. Desta forma:

até a década de 1990, a assistência social desenvolveu-se sob o predomínio do setor privado, responsável pelos serviços e atenções, e contando subsidiariamente com a participação do setor público, principalmente no financiamento, seja via subsídios ou isenções, seja via transferências. (IPEA 2007, pág. 78)

Portanto, a participação do Estado nesta área desenvolvia-se através do apoio às entidades e organizações privadas que atuavam na área e não por meio da prestação de serviços. No entanto, com a promulgação da Constituição de 1988, as políticas sociais ganham novo estatuto, sendo reconhecidas como políticas públicas e como direito do cidadão.

Em 1993, com a promulgação da lei nº 8472, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), é que, de fato, teve início o processo de reorganização das políticas sociais no Brasil. Esta lei desenha uma política integrada e descentralizada, constituída nas três esferas do governo e institui instrumentos de planejamento, gestão, financiamento e controle social (IPEA, 2007). Além disso, a LOAS em seu primeiro artigo indica que a política de assistência social, de natureza não contributiva, “provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 2003). Dessa forma, a LOAS também vai associar esta política à garantia de mínimos sociais e de necessidades básicas.

Entretanto, após a aprovação da LOAS, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, sucedeu-se um período de indefinições no que tange à implementação do novo papel do Estado na Assistência Social e tal debate só é retomado em 2003. Em 2004, ocorre uma mudança relevante com a criação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS):

[...] o escopo da assistência passa a não mais ser compreendido em função de públicos, mas sim em termos de seguranças que essa política de proteção social deve garantir. São definidas as seguintes seguranças: de acolhida, de renda, de convivência, de desenvolvimento de autonomia e de sobrevivência a riscos circunstanciais. Desta forma, supera-se a associação entre a assistência social e os grupos identificados como incapazes para o trabalho e a vida autônoma. Passa,

agora, a abraçar, pela via da segurança de renda, o conjunto da população sem recursos monetários que lhe garantam a sobrevivência [...] (IPEA, 2007, pág. 79).

Com a formulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as ações da assistência social brasileira ficam organizadas em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios aos cidadãos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada às famílias e aos cidadãos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros. Além da organização dos serviços, o SUAS atua na articulação dos esforços e dos recursos dos três níveis de governo – municípios, estados e a União – para a execução e o financiamento da PNAS.

No que diz respeito aos benefícios de assistência social no Brasil, pode-se afirmar que ainda são marcados por *means-test*, ou seja, “a concessão de benefícios ainda traz essa marca de seleção do acesso pela renda, em vez da necessidade ou da segurança a ser alcançada” (SPOSATI, 2009, pág. 23). Quanto aos serviços, sua concessão ocorre sem a necessidade de comprovação de renda, porém nem sempre estão comprometidos com a garantia de qualidade em seus resultados.

Em suma, é possível definir a atual assistência social brasileira como um conjunto de ações voltadas para políticas de proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e a velhice; amparo de crianças e adolescentes carentes; de ampliação do acesso à educação, de integração no mercado de trabalho; e da reabilitação e integração de pessoas portadoras de deficiência na sociedade. Deve ser entendida em sua essência como uma política não contributiva, a qual se realiza através de um conjunto de ações integradas de iniciativa privada e pública, além de ser regida pelos princípios da universalidade de cobertura e de atendimento e da seletividade e distributividade na prestação de benefícios. No entanto, sua efetividade atualmente no país ainda é muito baixa.

II.2.3.1 – Principais Programas da Assistência Social Brasileira

Nesta seção serão apresentados os principais programas da Assistência Social Brasileira, seus benefícios, objetivos e coberturas.

Instituído pela Constituição Federal de 1988, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), é um benefício individual e não vitalício e que garante a transferência de um salário mínimo mensal à pessoa idosa, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência de qualquer idade que comprovem não possuir meios de se sustentar ou de ser sustentado pela família. É de natureza não contributiva, mas requer *means-test*: para ter direito ao benefício, é necessário comprovar que a renda mensal por pessoa da família é inferior a um quarto do salário mínimo vigente. Além disso, as pessoas com deficiência devem passar por avaliação médica e social, as quais serão realizadas por profissionais do INSS. No entanto, este benefício é vedado ao cidadão que receba qualquer benefício previdenciário, seja público, seja privado.

A gestão do BPC é feita pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), que é responsável pela implementação, coordenação, regulação, financiamento, monitoramento e avaliação do benefício. Já operacionalização é realizada pelo INSS. Os recursos para custeio do BPC provêm do Fundo Nacional da Assistência Social (FNAS).

Buscando ampliar o atendimento às demandas dos beneficiários do BPC, foram incorporados dois programas ao rol da política de assistência social: o BPC Escola e o BPC Trabalho. O primeiro implementa ações visando à inclusão e à permanência na escola dos beneficiários em idade escolar (até 18 anos). Com caráter intersetorial, articula esforços das áreas de educação, saúde, assistência social e direitos humanos (IPEA 2015). Já o BPC Trabalho é direcionado aos beneficiários adultos (faixa etária de 16 a 45 anos) e tem como objetivo identificar o interesse em participar do mercado de trabalho e o consequente apoio para a promoção desse acesso.

Segundo números do Censo SUAS (2014), o número de beneficiários atendidos pelo BPC cresceu significativamente. Em 2004, o total de beneficiários atendidos era de pouco mais de 2 milhões de pessoas. Já em 2014, esse número atingiu cerca de 4 milhões. Quando desagregado por idosos e pessoas com deficiência, tem-se que, em 2014, a quantidade de beneficiários com deficiência do BPC era de cerca de 2,253 milhões enquanto o número de idosos beneficiários era de 1,876 milhão.

Os serviços de Proteção Social Especial (PSE) podem ser de média ou alta complexidade e são direcionados para crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência em situação de risco pessoal e social, tais como abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de drogas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de

rua e de trabalho infantil, fragilização ou rompimento de vínculos, e afastamento do convívio familiar (IPEA, 2015). Os serviços de média complexidade visam famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas que ainda possuem vínculos comunitários e familiares. Já os de alta complexidade, buscam garantir proteção de modo integral (moradia, alimentação, entre outros cuidados), para pessoas que tiveram seus vínculos familiares fragilizados ou rompidos e portanto, precisam permanecer afastadas de forma definitiva, de suas famílias e/ou comunidades de origem. O quadro 6 apresenta os serviços ofertados pela PSE de alta e média complexidade.

Quadro 6: Serviços de Proteção Especial (PSE) de média e alta complexidade

Serviços de Proteção Social Especial (PSE)	Proteção social de média complexidade	<ol style="list-style-type: none"> 1) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi). 2) Serviço Especializado em Abordagem Social. 3) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). 4) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. 5) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop). 6) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti). 7) Combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes.
	Proteção social de alta complexidade	<ol style="list-style-type: none"> 1) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: <ol style="list-style-type: none"> a) abrigo institucional. b) casa-lar. c) casa de passagem. d) residência inclusiva. 2) Serviço de Acolhimento em República. 3) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora. 4) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Fonte: IPEA 2015 a partir de dados de Brasil (2009).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é a unidade de atendimento responsável por ofertar, de forma contínua e gratuita, os serviços da PSE às famílias e aos indivíduos cujos direitos tenham sido violados. Já o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), é responsável pela oferta de serviços de média complexidade para a população de rua.

Outro programa importante realizado pelo governo federal, é o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o qual visa proteger crianças e adolescentes, menores de 16 anos, contra qualquer forma de trabalho, garantindo que frequentem a escola e atividades socioeducativas. Além de promover a ampliação da jornada escolar e a educação da família, o programa concede mensalmente um auxílio financeiro às famílias que possuam crianças ou adolescentes na condição supracitada. O valor do auxílio é de R\$ 25,00 por

criança na área rural ou urbana, para municípios com menos de 250.000 habitantes e de R\$ 40,00 por criança na área urbana, para municípios, capitais e regiões metropolitanas com mais de 250.000 habitantes.

Em 2005, ocorreu a integração do PETI com o Programa Bolsa Família (PBF), trazendo mudanças significativas para o aprimoramento da gestão da transferência de renda:

[...] a Portaria nº 666/2005 estabeleceu essa integração, tendo como objetivos racionalizar e aprimorar os processos de gestão dos programas; ampliar a cobertura do Peti; estender as ações socioeducativas e de convivência do Peti para as crianças e adolescentes do PBF em situação de trabalho infantil; e universalizar o PBF para as famílias que atendem aos seus critérios de elegibilidade. (IPEA, 2007, pág. 98).

Buscando promover o alívio imediato de situações de pobreza, o Programa Bolsa Família foi criado em 2003 pelo Governo Lula e integrou e unificou o Programa Fome Zero, política pública destinada ao combate à fome e à exclusão social inserida no sistema nacional de segurança alimentar e nutricional, aos antigos programas criados no governo FHC, como o Bolsa Escola, o Bolsa-Alimentação e o Auxílio Gás. Oferece quatro tipos de benefícios: o básico, o variável, o variável jovem e o para superação da extrema pobreza. O primeiro é concedido às famílias em situação de extrema pobreza (com renda mensal de até R\$ 77,00 por pessoa), as quais recebem um auxílio mensal no valor de R\$ 77,00. O segundo é pago para famílias pobres (com renda mensal entre R\$ 77,01 a R\$ 154,00 por pessoa) e extremamente pobres, que tenham em sua composição gestantes, nutrizes (mães que amamentam) ou crianças e adolescentes de 0 a 16 anos incompletos. O valor de cada benefício do tipo variável é de R\$ 35,00 e cada família pode acumular até 5 benefícios por mês, chegando a um total de R\$ 175,00. Já o terceiro, é destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos, as quais recebem um auxílio no valor de 42,00 mensais, podendo acumular até dois benefícios. O último é destinado às famílias que, como o nome diz, se encontrem em situação de extrema pobreza, onde o valor do benefício varia em razão do cálculo feito a partir da renda por pessoa da família e do benefício já recebido no PBF, podendo cada família receber um benefício por mês. Os quadros nas páginas a seguir descrevem mais detalhadamente a composição dos benefícios pagos aos assistidos pelos programas.

Além do *means-test*, os requerentes do PBF ainda estão sujeitos a outras condicionalidades. Na área da educação, a família beneficiária deve manter suas crianças e adolescentes (de 6 a 17 anos) na escola, com frequência escolar mensal de, pelo menos, 85% para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e de 75% para jovens de 16 e 17 anos. Já na área

da saúde, as famílias beneficiárias devem levar suas crianças menores de 7 anos para tomar as vacinas recomendadas pelas equipes de saúde e para pesar, medir e fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, as gestantes devem fazer o pré-natal e comparecer às consultas nas Unidade de Saúde.

A migração dos beneficiários dos extintos programas para o Bolsa Família ocorreu de forma progressiva desde 2004, sendo concluída em 2006. Comparando-se o conjunto dos quatro programas unificados com o Bolsa Família, tem-se que:

“A unificação realizada pelo Bolsa Família representa um avanço no sentido da organização de uma rede de proteção social que cubra os grupos mais carentes da sociedade brasileira”. (IPEA, 2007, pág. 105).

Os dados do Censo SUAS (2014) mostram que o número de beneficiários do PBF também vem apresentando significativo aumento ao longo dos anos. Em 2004 eram cerca de 6,4 milhões de famílias beneficiárias do PBF, enquanto que em 2014 este número atinge cerca de 14 milhões, apresentando um crescimento de 113%.

É importante lembrar que os programas e ações citados acima são um subconjunto de tudo que foi implantado pela Assistência Social Brasileira nos últimos anos.

Os quadros abaixo apresentam a composição dos benefícios pagos às famílias atendidas pelo PBF com rendas mensais de até R\$ 77,00 por pessoa e R\$ 77,01 até R\$ 154,00 por pessoa, respectivamente, no ano de 2016..

Quadro 7: Composição dos benefícios pagos às famílias com renda familiar mensal de até R\$ 77,00 por pessoa

Número de Gestantes e Crianças de 0 a 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de Benefício	Valor do Benefício (em reais)
0	0	Básico	77,00
1	0	Básico + 1 Variável	112,00
2	0	Básico + 2 Variáveis	147,00
3	0	Básico + 3 Variáveis	182,00
4	0	Básico + 4 Variáveis	217,00
5	0	Básico + 5 Variáveis	252,00
0	1	Básico + 1 BVJ	119,00
1	1	Básico + 1 Variável + 1 BVJ	154,00
2	1	Básico + 2 Variáveis + 1 BVJ	189,00
3	1	Básico + 3 Variáveis + 1 BVJ	224,00
4	1	Básico + 4 Variáveis + 1 BVJ	259,00
5	1	Básico + 5 Variáveis + 1 BVJ	294,00
0	2	Básico + 2 BVJ	161,00
1	2	Básico + 1 Variável + 2 BVJ	196,00
2	2	Básico + 2 Variáveis + 2 BVJ	231,00
3	2	Básico + 3 Variáveis + 2 BVJ	266,00
4	2	Básico + 4 Variáveis + 2 BVJ	301,00
5	2	Básico + 5 Variáveis + 2 BVJ	336,00

Fonte: Caixa Econômica Federal, disponível em:

<<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>>

Último acesso em 20 de junho de 2016.

Quadro 8: Composição dos benefícios pagos às famílias com renda familiar mensal entre R\$ 77,01 a R\$ 154,00 por pessoa

Número de Gestantes e Crianças de 0 a 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de Benefício	Valor do Benefício (em reais)
0	0	-	-
1	0	1 Variável	35,00
2	0	2 Variáveis	70,00
3	0	3 Variáveis	105,00
4	0	4 Variáveis	140,00
5	0	5 Variáveis	175,00
0	1	1 BVJ	42,00
1	1	1 Variável + 1 BVJ	77,00
2	1	2 Variáveis + 1 BVJ	112,00
3	1	3 Variáveis + 1 BVJ	147,00
4	1	4 Variáveis + 1 BVJ	182,00
5	1	5 Variáveis + 1 BVJ	217,00
0	2	2 BVJ	84,00
1	2	1 Variável + 2 BVJ	119,00
2	2	2 Variáveis + 2 BVJ	154,00
3	2	3 Variáveis + 2 BVJ	189,00
4	2	4 Variáveis + 2 BVJ	224,00
5	2	5 Variáveis + 2 BVJ	259,00

Fonte: Caixa Econômica Federal, disponível em:

<<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>>

Último acesso em 20 de junho de 2016.

II.2.3.2 – Desafios

A trajetória da política de assistência social nos últimos evidenciam a construção de um importante pilar na proteção social brasileira. Com a emergência de um novo arcabouço normativo em 2004 e 2005, o qual veio a definir o escopo da proteção, o público-alvo e uma estrutura de gestão da oferta, surgiram as bases operativas do SUAS (IPEA, 2015). No entanto, a consolidação da assistência social enquanto política pública da seguridade social não está isenta de desafios.

Um primeiro desafio se refere à gestão dos recursos públicos, cuja demanda é algo patente nas políticas aqui analisadas. Dessa forma:

Seja para ampliação da cobertura, atualização dos *per capita* ou melhoria da qualidade dos serviços ofertados, o avanço das políticas de assistência social, segurança alimentar e nutricional e transferência de renda passam pela ampliação do investimento nas três esferas de governo e pela mais clara divisão de responsabilidades entre entes federados. Também demandam consolidação os mecanismos e instrumentos institucionais de partilha de recursos financeiros e mesmo institucionais. (IPEA, 2007, pág. 113).

No que diz respeito à proteção socioassistencial, os principais desafios estão na definição do conteúdo da atenção ofertada e sua efetiva disponibilização na rede de serviços. Além disso, há também o desafio de garantir o acesso a todos que dela necessitem. Desse modo, as questões envolvidas se referem principalmente à construção de uma efetiva rede de atendimento. O campo da articulação federativa acaba por ser o desafio mais expressivo para a ampliação da oferta. O amadurecimento das ofertas socioassistenciais, seja no que diz respeito ao seu alcance, seja no que tange à qualidade, depende do comprometimento dos entes federados e do consequente arranjo de responsabilidades firmado entre eles. (IPEA, 2015)

Um outro desafio está relacionado ao risco da focalização das políticas sociais:

No contexto de forte restrição fiscal, o argumento da prioridade aos mais pobres tende a se fortalecer e, conseqüentemente, a agenda da pobreza pode assumir a centralidade em detrimento da perspectiva de cidadania social ampliada, ancorada em políticas sociais de cunho universalista. Cabe lembrar que os critérios que operacionalizam os programas focalizados são frequentemente muito restritos, deixando desprotegido amplo segmento da sociedade que depende de políticas universais e, portanto, favorecendo sua pauperização. (IPEA, 2015, pág. 107).

Dessa forma, a ausência do compromisso com acessos igualitários às garantias de proteção social não só compromete a reversão das graves desigualdades sociais como também tende a acentuá-las. Portanto, cabe para aqueles que acreditam em uma cobertura mais ampla e universal, não deixarem que a assistência social tome rumos minimalistas e de proteção puramente focal, pois as transferências de renda não podem ser mais que uma parte da ação pública com objetivo de combater as situações de indigência e pobreza.

CAPÍTULO III – AS TRANSFERÊNCIAS DE RENDA NO BRASIL

III.1 – Introdução

Como visto no primeiro capítulo desta monografia, em sistemas de proteção social consolidados como os da Europa Ocidental, as transferências de renda têm o papel de garantir um padrão de vida mínimo a todos os cidadãos, independentemente de sua capacidade contributiva. Estas são integradas a um conjunto de programas voltados ao suporte de renda daqueles que, de alguma forma, permanecem excluídos do conjunto de mecanismos protetivos. Por outro lado, mostrou-se que em países como os da América Latina, incluindo o Brasil, os programas de combate à pobreza tornaram-se substitutos de uma política de proteção social mais ampla na Região.

No segundo capítulo, foi apresentada a Seguridade Social Brasileira e seus pilares, como definido pela Constituição Federal de 1988. Tentou-se mostrar ali seus objetivos e principais tipos de programas oferecidos, demonstrando que o sistema de proteção social brasileiro prevê a atuação do Estado tanto através de benefícios monetários, como não-monetários; contributivos e não-contributivos.

Neste último capítulo, objetiva-se discutir a evolução dos gastos sociais no Brasil nas últimas duas décadas e como este tem favorecido as transferências de renda, caracterizando um determinado tipo de Sistema de Proteção Social. Tal discussão terá o propósito de avaliar o peso que tais transferências têm no gastos públicos, levando em consideração o perfil das necessidades brasileiras. Este capítulo está dividido em quatro partes incluindo essa introdução. A segunda parte fará uma breve análise sobre a evolução dos gastos em programas da Assistência Social ao longo dos últimos anos. A terceira parte visa discutir o impacto desses programas sobre o nível de desigualdade e por fim, a quarta parte pretende analisar o impacto sobre o nível de pobreza.

III.2 – A Evolução Recente do Gastos Sociais no Brasil

Como apresentado anteriormente, a Seguridade Social Brasileira, como definida pela Constituição Federal de 1988, possui três pilares: a Previdência Social, a Assistência Social e

a Saúde. Tendo sido uma resposta a uma demanda pela ampliação dos direitos sociais, foi pioneira na introdução de princípios universalistas no país. Entretanto, a partir do início da década de 90, percebe-se o acirramento do confronto ideológico entre os partidários da ampliação dos gastos sociais – como previsto pela Constituição – e aqueles que defendiam uma contenção fiscal visando cumprir as recomendações do Banco Mundial e do FMI.

O quadro 9 abaixo mostra a evolução recente das despesas da União relacionadas aos três pilares da Seguridade Social, o que a princípio está de acordo com a idéia da ampliação da cobertura:

Quadro 9: Evolução das despesas da União por função da Seguridade entre 2002 e 2010 (em R\$ milhões de 2016*)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/2002 (%)
Previdência Social	309.656	297.750	309.648	332.813	368.778	385.127	381.624	422.396	449.283	45%
Assistência Social	16.368	17.225	25.936	27.906	37.402	40.705	42.540	48.289	53.578	227%
Saúde	63.919	55.612	61.688	64.412	68.962	65.122	64.777	71.006	75.363	18%

Fonte: SIAFI –STN/CCONT/GEINC

*Valores atualizados pelo IGP-DI

A partir dos dados acima, nota-se que a Previdência Social ainda é responsável pelo maior volume de gastos relacionados à Seguridade Social, os quais estão essencialmente relacionados à dinâmica de crescimento da população, aumento da cobertura e dos riscos, assim como o desempenho dos reajustes concedidos ao salário mínimo. Apesar disso, foi a área da Assistência Social que, sem dúvidas, apresentou o maior crescimento relativo no seu volume de recursos. Entretanto, a Saúde, o pilar de caráter mais universal da Seguridade Social Brasileira, apresenta crescimento proporcional relativamente baixo frente aos outros pilares.

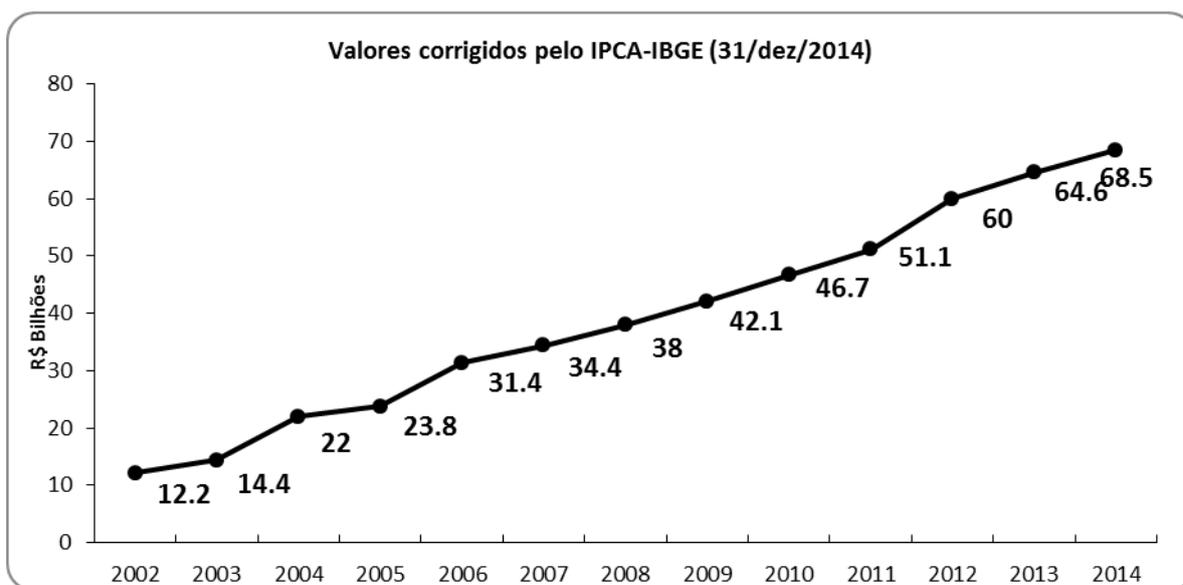
Quadro 10: Evolução do Gasto Social por categoria - 2002 e 2013 - % PIB

Categoria	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Previdência Social	8,0	8,2	8,3	8,9	8,9	8,6	8,3	8,9	8,5	8,4	8,7	8,7
Assistência Social	0,5	0,6	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,3	1,3	1,3	1,4	1,5
Saúde	1,8	1,6	1,8	1,7	1,8	1,8	1,8	2,0	1,9	1,9	2,0	2,0
Saneamento Básico e Habitação	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
Educação	1,7	1,6	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3	2,3

Fonte: Gasto Social do Governo Central - 2002 a 2015

O quadro 10 acima ilustra o gasto social federal como porcentagem do PIB. Nota-se aqui também a manutenção do elevado patamar de gastos com a Previdência Social. Além disso, destaca-se novamente o crescimento dos gastos direcionados a Assistência Social, o qual passa de 0,5% do PIB em 2002 para a marca de 1,5% em 2013. Porém, percebe-se a relativa estabilidade dos gastos com a Saúde, o qual fica em torno de 1,8% do PIB, o que pode ser explicado pela aprovação da Emenda Constitucional nº29/2000, uma vez que tal dispositivo legal prevê que, para a União, o volume de recursos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) deve ser pelo menos corrigido anualmente pela variação do PIB nominal do ano anterior. Desse modo, o efeito prático dessa medida foi limitar, em termos percentuais do PIB, o montante destinado às despesas com saúde. Por fim, nota-se também a baixíssima representatividade dos gastos com Saneamento Básico e Habitação.

Gráfico 1: Evolução dos Recursos da União na Assistência Social – 2002 a 2014



Fonte: Censo SUAS 2014

Ao analisarmos os dados mais recentes do Gráfico 1 acima, nota-se que a tendência de crescimento da Assistência Social parece continuar, atingindo a marca de R\$ 68,5 bilhões em 2014. Este processo está fundamentalmente relacionado com a expansão dos programas de transferência de renda, o que explica os aumentos pontuais ocorridos voltados à ampliação de cobertura, de benefícios e de valores – criação do Programa Bolsa Família em 2004; ampliação do PBF em 2006; implantação do Plano Brasil sem Miséria e do Programa Brasil Carinhoso em 2012; e os reajustes dos benefícios do PBF em 2006, 2008, 2009 e 2011. Além disso, outro fator importante a ser mencionado é a política de aumento real do salário mínimo adotada nos últimos anos – de R\$ 240, em abril de 2003, passou para R\$ 724 em janeiro de 2014 - o que produziu impacto direto no financiamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O quadro 11 apresenta a proporção de cada tipo de transferência no total das transferências diretas de renda. Foram consideradas transferências contributivas sem critério de renda as aposentadorias e pensões (previdenciárias e acidentárias), o salário-maternidade e o auxílio-doença; já as contributivas com critério de renda englobam o seguro-desemprego, o abono salarial e o salário-família. Dentre as não-contributivas com critério de renda estão o BPC e o PBF, e dentre as sem critério de renda foram consideradas apenas as bolsas de estudos. É possível perceber que, no período do levantamento dos dados, aquelas de cunho contributivo ainda existiam em proporção muito maior do que as de natureza não contributiva. Apesar disso, percebe-se o crescimento destas últimas em relação ao total, o que

sugere que nos últimos anos, apesar do predomínio dos benefícios contributivos, o gasto social estaria aumentando principalmente através dos benefícios não contributivos:

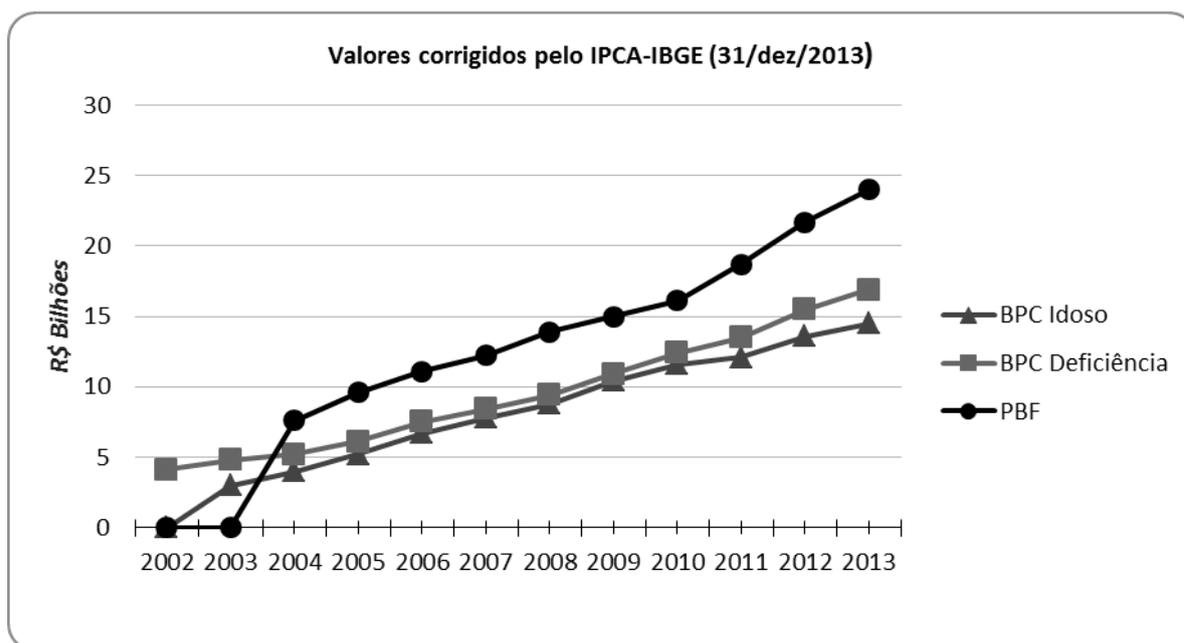
Quadro 11: Participação (%) de cada tipo de transferência no total de transferências diretas de renda 2001 – 2004

Transferência	2001	2002	2003	2004
Contributivas sem critério de renda	88,5	87,8	87	86,4
Contributivas com critério de renda	5,9	6,1	6,2	6
Não contributivas com critério de renda	5,2	5,8	6,2	7
Não contributivas sem critério de renda	0,3	0,3	0,5	0,5
Total	100	100	100	100

Fonte: Orçamento Social do Governo Federal 2001-2004

No Brasil, as principais transferências não contributivas são os programas Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada, crescentes nos últimos anos, os quais caracterizam-se por *means-tests* baseados em renda. O gráfico 3 abaixo ilustra a evolução dos recursos executados da União voltados a esses programas:

Gráfico 2: Evolução dos recursos da União executados voltados ao BPC e PBF – 2002 a 2013



Fonte: Censo SUAS 2014

A partir da análise do gráfico acima, é possível perceber que os gastos direcionados a esses programas apresentaram aumento em todos os anos, tendo o BPC voltado para pessoas idosas atingindo a marca de R\$ 14,5 bilhões em 2013. O BPC voltado para pessoas com deficiência também demonstra aumento ao longo do mesmo período, apresentando incremento de recursos um pouco maior em relação à outra modalidade do BPC – R\$ 16,9 bilhões em 2013. Dessa forma, quando somado os valores voltados apenas para o BPC, em ambas as modalidades, tem-se que estes representaram, em 2013, 45,8% do valor total do orçamento para a Assistência Social.

O Programa Bolsa Família, principal ferramenta de combate à pobreza e à fome, é prioridade do Governo Federal desde que foi instituído, recebendo o equivalente a R\$ 7,1 bilhões já no seu primeiro ano de existência e atingindo a marca de R\$ 24 bilhões em 2013, o que representa um crescimento de cerca de 216%. Desse modo, os recursos executados do orçamento para o PBF em 2013, representaram cerca de 35% do total de recursos da Assistência Social.

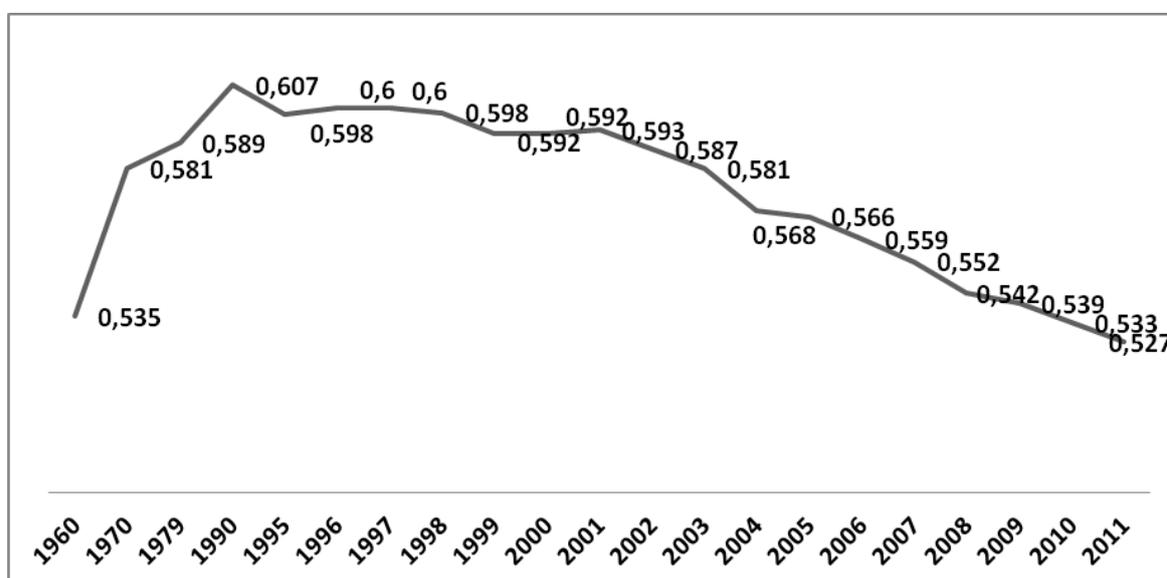
Portanto, a partir dos números apresentados acima, fica claro que a Assistência Social ganhou prioridade na agenda do Governo Federal nos últimos anos. Ainda, nota-se a primazia do BPC e do PBF, uma vez que somados, em 2013, representaram cerca de 81% dos recursos executados da Assistência Social.

III.3 – Impactos sobre o nível de desigualdade

A erradicação da pobreza e a redução substancial dos níveis de desigualdade de renda no Brasil são metas dificilmente alcançáveis dentro de um prazo razoável sem mecanismos diretos de redistribuição (SOARES et al., 2006). Como visto na seção anterior, as transferências de renda não-contributivas, as quais são exemplos claros da adoção desses tipos de mecanismos, ganharam prioridade na agenda do Governo Federal nos últimos anos. Nesta seção, serão apresentados os impactos do Benefício de Prestação Continuada e do Programa Bolsa Família, principais programas de transferência de renda não-contributiva, sobre os níveis de desigualdade no Brasil.

Apesar de ter atingido em 2011, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) seu menor nível, desde os registros nacionais iniciados na década de 60, a desigualdade brasileira ainda permanece entre as doze mais altas do mundo. O gráfico 3 abaixo mostra que, a partir de 2001 a desigualdade, medida pelo índice de Gini⁵, uma das medidas de desigualdade mais utilizadas, cai entre todas as sucessivas PNADS da década. Pela primeira vez se observa, de fato, uma queda consistente nos índices de desigualdade:

Gráfico 3: Evolução do Coeficiente de Gini no Brasil – 1960 a 2011

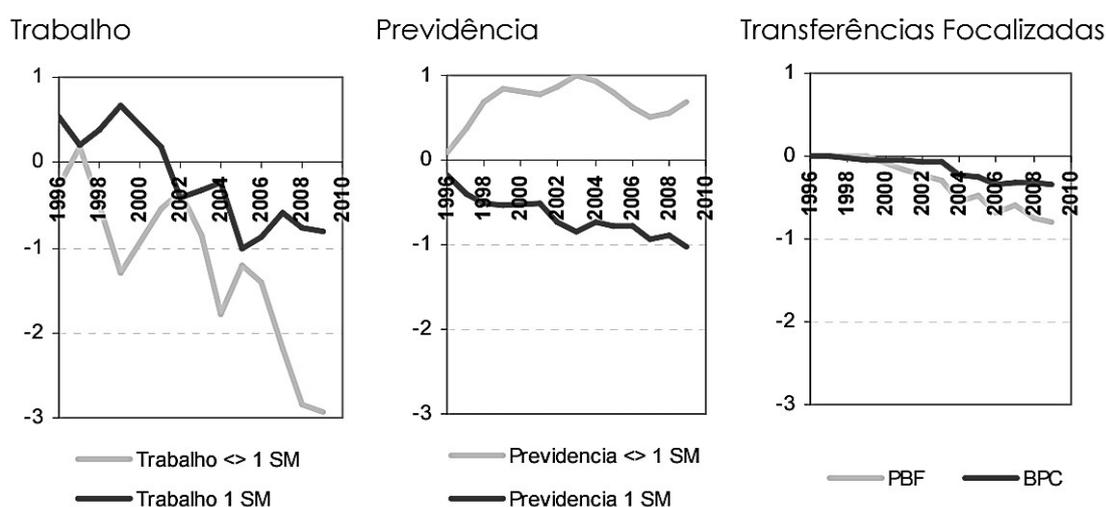


Fonte: Comunicado IPEA nº155 (2012)

⁵ O índice de Gini varia entre zero e um, sendo 0 (zero) o caso de uma sociedade perfeitamente igualitária e 1 (um) o caso no qual apenas um indivíduo recebe toda a renda da sociedade. Ou seja, quanto maior o índice, maior é a desigualdade de rendimentos.

Segundo Comunicado do IPEA nº 63 (2010), a partir de dados da PNAD, a redução de desigualdade observada a partir de 2001 pode ser decomposta por diversas fontes de renda, tais como: renda do trabalho, que pode ser subdividida em renda indexada ao salário mínimo e demais rendas do trabalho; renda da previdência, que pode ser subdividida naquela que é indexada a um salário mínimo e aquela que não é igual a um salário mínimo; renda dos programas de transferência focalizados, que pode ser subdividida em renda do PBF e do BPC; e demais rendas. A partir disso, o Gráfico 7 abaixo apresenta a contribuição acumulada de cada fonte de renda para a queda da desigualdade:

Gráfico 4: Contribuição acumulada para a queda da desigualdade – 1995 a 2009



Fonte: Comunicado IPEA nº 63 (2010)

*Brasil, salvo área rural dos seguintes estados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima

A partir da análise do gráfico acima, nota-se claramente a dominância das rendas do trabalho para a redução da desigualdade. Isto foi motivado, a partir de 2004, em grande parte, pela estabilidade conferida pela política macroeconômica, além do momento positivo da economia internacional, possibilitando a criação de um ambiente propício ao crescimento econômico e geração de empregos. Além disso, vale lembrar as medidas de formalização das relações de trabalho, citadas no capítulo anterior como o Simples Nacional, o incentivo a formalização dos trabalhadores domésticos e a criação do MEI. Com relação à previdência, tem-se que os benefícios indexados ao salário mínimo contribuíram para a redução da desigualdade, enquanto que os demais tiveram efeito oposto.

Por fim, tem-se que as transferências de renda focalizadas contribuíram de modo secundário para a queda da desigualdade. Tal resultado chama atenção devido à reduzida participação dessas rendas na renda total familiar *per capita*. Apesar da expressiva evolução

nos últimos anos, partindo de zero para cerca 0,7% da renda total tanto para o BPC quando para o PBF em 2009, essas rendas continuam muito limitadas, uma vez que juntas não chegam a 1,5% do total da renda das famílias. Ainda assim, não deixa de ser impressionante que a contribuição dessas rendas para a redução da desigualdade seja visível (IPEA, 2010).

III.4 – Impactos sobre o nível de pobreza

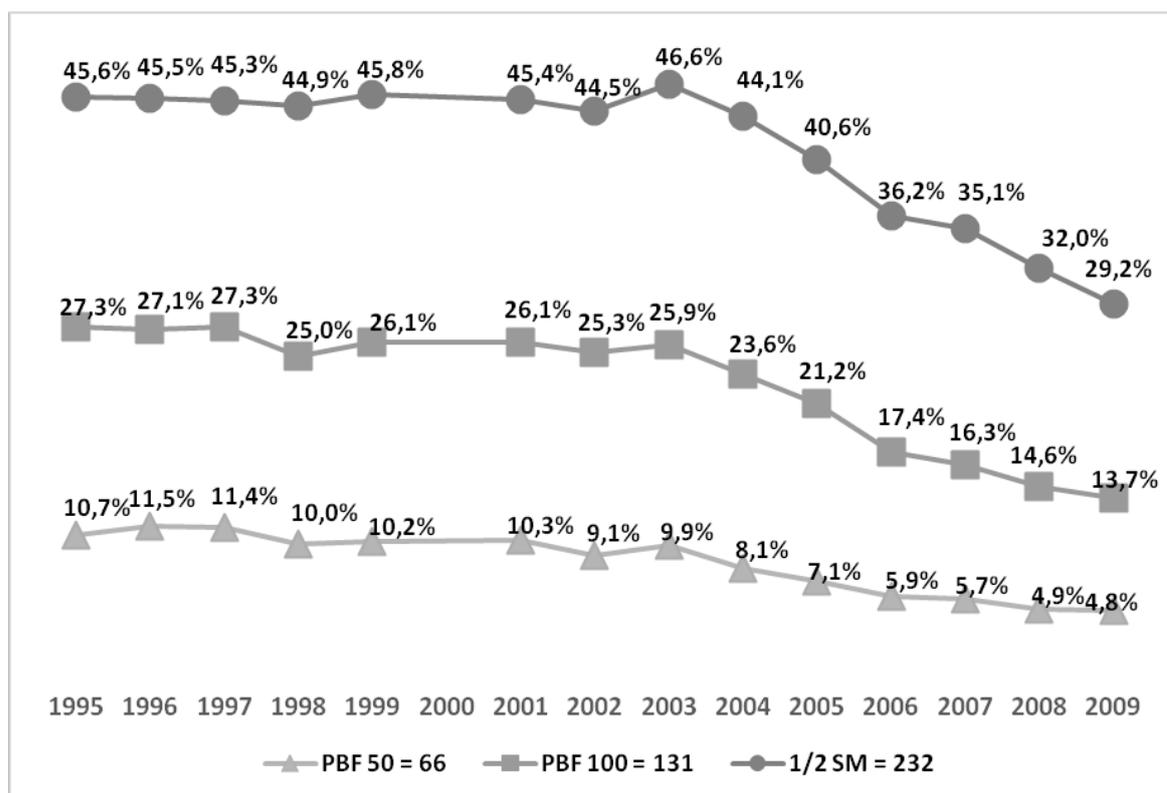
Segundo Lavinias (2010), o Brasil continua a adotar critérios diferenciados de corte de renda para identificar o público-alvo prioritário de seus programas de combate à pobreza, apesar de ter se comprometido com o estabelecimento de uma linha oficial de pobreza, ainda na década de 1990. No caso do BPC, a linha de indigência (extrema pobreza) é exclusiva e equivalente a um quarto do salário mínimo como renda familiar *per capita*. Já a linha de pobreza é equivalente a meio salário mínimo. Logo, a vinculação do benefício ao salário mínimo permite que a linha de indigência seja atualizada regularmente, devido ao seu reajuste anual. Por outro lado, no caso do Bolsa-Família, a linha foi recém-revalorizada, porém carece de critérios de atualização, ou seja, esta ainda não foi regulamentada. Neste caso, atualmente⁶, tem-se duas linhas de concessão de valores distintos: a de R\$ 77,00, no caso de famílias em situação de extrema pobreza e de R\$ 154,00, no caso da pobreza.

Além disso, existem três formas distintas de redução da pobreza. A primeira ocorre quando parte dos pobres deixa de ser pobre, a segunda ocorre quando a renda média dos pobres remanescentes se eleva, e a terceira, quando a desigualdade entre eles diminui (SOARES et al., 2010, pág.45). Dessa forma, a primeira é a mais relevante, uma vez que leva a sociedade a caminhar rumo à erradicação da pobreza, enquanto que as demais apenas aliviam a pobreza, tornando-a menos dura para os que nela permanecem.

O gráfico 5 abaixo mostra a proporção de pobres segundo três linhas de pobreza distintas: meio salário mínimo de 2009 *per capita*; a linha de pobreza do Bolsa-Família quando da criação do programa (R\$ 100 *per capita* em 2004); e a linha de extrema pobreza do Bolsa-Família, também quando da sua criação (R\$ 50 *per capita* em 2004), em valores reais de 2009. Ao final de cada série, tem-se a que porcentagem a taxa de pobreza caiu de 1995 a 2009.

⁶ Ano de 2016.

Gráfico 5: Proporção de pobres segundo três linhas – 1995 a 2009



Fonte: Comunicado IPEA n° 63 (2010)

Logo, a partir da análise dos números acima, tem-se que a proporção da população brasileira vivendo abaixo da linha de pobreza está em forte queda desde 2003, independentemente da linha usada, mas acontece mais acentuadamente usando linhas mais baixas. Usando a linha de meio salário mínimo de 2009, a pobreza caiu a 64% do seu valor em 1995; já usando a linha de R\$ 50 de 2004, a pobreza caiu a 44% do valor de 1995.

O quadro 12 abaixo apresenta a decomposição da renda familiar *per capita* segundo as três fontes registradas pela PNAD, a saber: rendimentos do trabalho; rendimentos provenientes de aposentadorias e pensões; e rendimentos de outras fontes que compõem a totalidade da renda monetária familiar. Nesse caso, as chamadas “outras fontes” englobam origens distintas, como pagamento de aluguéis, entre outros, e também, no caso dos mais pobres, transferências de renda públicas, originadas da condição de beneficiário de algum programa ou política de algum nível de governo. Em se tratando da população que se situa nos primeiros décimos da distribuição, tal classificação é usada como *proxy* de recebimento do Bolsa-Família, BPC ou outro benefício assistencial equivalente. Já a linha de pobreza utilizada consiste naquela vigente no âmbito do PBF para cada um dos anos selecionados,

Quadro 12: Proporção de pobres e indigentes no Brasil -2001 a 2008 (%)

Pobres	2001	2004	2007	2008
Todos os rendimentos (inclui outras fontes)	33,3	22,1	19,2	15,5
Rendimentos do trabalho + Aposentadorias e Pensões	34,6	34,9	21,8	18,7
Apenas rendimento do trabalho	45,4	36,5	33,3	30,1
Indigentes	2001	2004	2007	2008
Todos os rendimentos (inclui outras fontes)	15,6	8,5	8,2	6,5
Rendimentos do trabalho + Aposentadorias e Pensões	17	11,3	10,9	9,4
Apenas rendimento do trabalho	27,4	21,3	20,9	19,2

Fonte: Lavinias (2010)

A análise dos dados do quadro acima revela que em 2001, os rendimentos do trabalho mantinham na pobreza 45,4% dos brasileiros. Já em 2008, esse percentual cai para 30%, ou seja, 21 milhões de pessoas deixam de ser pobres essencialmente devido à retomada do crescimento em bases sustentáveis a partir de 2003 e à recuperação do salário mínimo (reajustes acima da inflação, com aumentos reais). Entretanto, ainda em 2008, ao considerar-se apenas a renda do trabalho, o número de brasileiros vivendo na pobreza ainda atinge a marca de 57 milhões, número praticamente idêntico ao registrado em 2001, considerando todas as fontes de renda. Logo, em 2008, as rendas do trabalho por si só ainda não são suficientes para assegurar uma vida digna a um contingente expressivo da população brasileira (LAVINAS, 2010).

Porém, considerando como fontes de renda o trabalho e benefícios contributivos, o índice de pobreza cai para 18,7%. Por fim, tem-se que as demais transferências não contributivas ou assistenciais reduzem em 3% o número de pobres, diminuindo para uma proporção de 15,5% da população.

No caso da extrema pobreza, os efeitos do crescimento econômico com elevação dos rendimentos do trabalho e mais emprego, e com maior cobertura dos programas assistenciais

de transferência de renda é bem mais efetivo (LAVINAS, 2010). Enquanto que no caso da pobreza, em 2008, todas as transferências de renda acumuladas reduzem o índice de pobreza a metade, no caso da extrema pobreza, a proporção de extremamente pobres cai, no mesmo ano, de 19,2% para 6,5%, ou seja, declínio de dois terços. Portanto, nota-se uma maior efetividade na redução da indigência monetária do que da pobreza. Isto pode ser explicado pela precária relação de grande parte dos extremamente pobres com o mercado de trabalho, o que faz com que suas rendas respondam de maneira tênue mesmo aos bons momentos da economia, tornando as transferências de renda fundamentais para este ramo da população.

O Quadro 13 abaixo analisa isoladamente o impacto do PBF sobre a pobreza e a extrema pobreza. Tem-se que entre 1991 e 2001 aumentaram as taxas de pobreza e extrema pobreza, porém os programas que antecederam o PBF ajudaram a conter esse aumento, o qual foi respectivamente, 37% e 60% menor do que teria sido sem os programas. Já no período entre 2001 e 2003, houve uma redução desprezível da pobreza, mas se os programas de transferência de renda não existissem no nesse período, a pobreza teria aumentado. Entretanto, não é acertado dar ênfase a esses valores, devido a baixíssima magnitude da redução de pobreza a que se referem (SOARES, et al, 2010, pág. 47).

Quadro 13: Redução na pobreza e parcela atribuível ao PBF (%)

Período	Redução na pobreza		Parcela da redução atribuível ao PBF	
	Pobreza	Pobreza Extrema	Pobreza	Pobreza Extrema
1991-2001	-0,4	-0,5	-37	-60
2001-2003	0,1	0,4	269	140
2003-2005	4,2	2,7	17	40
2005-2007	5	1,4	23	92
2007-2009	2,8	1	59	140

Fonte: Soares, et al (2010)

Já as estimativas para os anos subsequentes se tornam mais relevantes, uma vez que há maiores reduções de pobreza e o PBF é expandido. Dessa forma, tem-se que no período entre 2003 e 2005, a pobreza se reduz em 4,2 p.p., enquanto que a extrema pobreza se reduz em 2,7 pontos. O PBF é responsável por 17% da queda da pobreza e por 40% da queda da pobreza extrema. Ainda, nota-se a relevância do PBF no período de 2007 a 2009, o qual foi responsável por quase 60% da redução da pobreza, além de manter a extrema pobreza em queda em um período onde a renda do trabalho dos mais pobres de fato caiu (SOARES, et al, 2010). Os dados do quadro 13 também apontam outro resultado interessante. Percebe-se a maior efetividade do PBF para a redução da extrema pobreza do que da pobreza. Este

resultado confirma a maior efetividade das transferências de renda na redução da extrema pobreza, apontado no quadro 12.

Apesar da boa atuação do PBF na redução da pobreza, Soares (2010) aponta que, uma vez que um programa de transferência de renda para os pobres se estabeleça e atinja uma cobertura próxima do total da população elegível, suas contribuições adicionais para a redução da pobreza tendem a diminuir, o que pode ser visto no quadro anterior. Na expansão de 2001 a 2003, quando os antecessores do PBF passaram de 2,1 milhões a 5,7 milhões, a contribuição do programa para a queda da pobreza foi maior do que nos períodos 2003-2005 ou 2005-2007, quando o PBF se estabilizou em torno de 7 milhões de famílias. Apenas de 2007 a 2009, quando houve novo aumento no número de beneficiários, além do aumento no benefício médio, é que a contribuição do PBF volta a crescer.

CONCLUSÃO

Como apresentado ao longo deste trabalho, a Constituição Federal de 1988 se tornou um marco na história das políticas sociais brasileiras, reformulando a lógica e organização destas no país. Dentre suas grandes inovações, está a prevalência do modelo dos estados de bem-estar social como estruturador do conceito de Seguridade Social, abrangendo as áreas da Previdência Social, da Assistência Social e da Saúde. Dessa forma, a área social passa a ter como marco os direitos sociais e, como tais universais e de acesso igualitário, independente da situação dos cidadãos no mercado.

Este processo, no entanto, ocorreu na contramão do que havia ocorrendo simultaneamente na América Latina, onde as reformas previdenciárias permitiram delegar ao setor privado maior papel na proteção social. Nem por isso, porém, o Brasil tornou-se imune às pressões das forças conservadoras (externas e internas), as quais visavam desconstruir ou obstruir os princípios universais recém-estabelecidos.

Neste contexto, as transferências de renda não-contributivas sujeitas a critérios de renda vão ganhar uma posição de destaque no âmbito das políticas sociais brasileiras. Tal fato, por si só, não é preocupante, uma vez que em um Estado de Bem-Estar Social verdadeiramente estabelecido, é prevista a utilização de diversos tipos de benefícios e mecanismos de proteção social. Quando usadas de forma complementar aos demais instrumentos de proteção, tais transferências têm o papel de socorrer aqueles, que mesmo após medidas de cunho universal terem sido tomadas, continuam em situação de fragilidade social.

Entretanto, ao analisar-se o gasto social brasileiro nos últimos anos, percebe-se que apesar da trajetória crescente, a distribuição de recursos entre as diversas áreas sociais não é homogênea, sendo a Previdência Social responsável pelo maior aporte de recursos e tendo a área da Assistência Social apresentado maior crescimento proporcional relativo no seu volume de recursos enquanto que outras áreas importantes como a Saúde, Saneamento e Habitação permaneceram estáveis ou foram pouco representativas, mostrando que, no Brasil, as transferências de renda ganharam a prioridade dos gastos sociais.

Dessa forma, mostrou-se que as transferências de renda focalizadas na população pobre, como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família são responsáveis por cerca de 80% do gasto do Governo com a Assistência Social em 2013, ilustrando a primazia desses programas como instrumentos de proteção social.

Dado o destaque de tais programas na agenda do Governo Federal, procurou-se mostrar os impactos destes sobre a desigualdade social e a pobreza. No que diz respeito aos impactos sobre desigualdade, tem-se que as rendas provenientes do trabalho foram as maiores responsáveis pela queda da desigualdade social observada no Brasil desde 2003, tendo as transferências focalizadas tido impacto secundário. Entretanto, dada a reduzida participação destas rendas no total da renda familiar *per capita*, a qual chega a um máximo de 0,7% da renda total, tanto para o BPC quanto para o PBF em 2009, percebe-se a importância da contribuição destas rendas para a queda da desigualdade.

As transferências de renda não-contributivas também têm tido importante impacto na redução dos índices de pobreza no país, uma vez que apenas os rendimentos do trabalho ainda mantinham, em 2008, cerca de 30% de brasileiros na situação de pobreza. Porém, no mesmo ano, as transferências não contributivas ou assistenciais, combinadas com os rendimentos do trabalho, além de rendimentos de aposentadorias e pensões, foram capazes de reduzir em 3% o número de pobres.

Vale ressaltar que um conjunto de fatores permitiu o bom desempenho brasileiro em direção a redução da desigualdade social e da pobreza. No passado recente, a combinação da estabilidade conferida pela política macroeconômica, além do momento positivo da economia internacional, possibilitou a criação de um ambiente propício ao crescimento econômico e geração de empregos, além das políticas de reajuste do salário mínimo. Dentro deste contexto, as transferências de renda não-contributivas tiveram papel complementar, contribuindo para as melhoras nos índices sociais observadas desde 2003. Porém, em um contexto de crise econômica e desemprego, considera-se importante reavaliar a prioridade e efetividade dessas transferências, uma vez que dado o baixo valor dos benefícios, é improvável que estes por si só, sem a manutenção das rendas do trabalho tenham o mesmo desempenho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARR, N. **Economics of the Welfare State**. 4 ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

COBO, B. **Sistemas Focalizados de Transferência de Renda: contextos e desafios ao bem-estar**. 2010. 277 f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

COBO, B.; LAVINAS, L.; VEIGA, A. **Políticas Sociais Universais e Incondicionais: há chances reais de sua adoção na América Latina?** In: CONGRESSO DA REDE MUNDIAL DE RENDA BÁSICA, 13., 2010, São Paulo. Anais... São Paulo: BIEN, 2010.

FARIA, A. C.; FEIJÓ, C.; SILVA, D. **Focalização de Políticas Públicas: uma discussão sobre os métodos de avaliação da população alvo**. In: Ensaios FEE, Porto Alegre, v. 28, n.1, jul. 2007, p. 287-310.

FIORI, J. L. **Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.

GENTIL, D. L. **A Política Fiscal e a Falsa Crise da Seguridade Social Brasileira - Análise Financeira do período 1900-2005**. 2006. 358 f. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

HAY, J. R. **The Origins of the Liberal Welfare Reforms 1906-1914**. 2 ed. Londres: Editora Macmillan, 1975.

IPEA. **A Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda**. Comunicados do IPEA, n. 155, set. 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicadodoipea155_v5.pdf>. Último acesso em 14 de set. 2016.

IPEA. **Boletim de Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise**. Rio de Janeiro, n. 13, edição especial, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/BPS_13_completo13.pdf>. Último acesso em 14 de set. 2016.

IPEA. **Boletim de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise**. Rio de Janeiro, n. 23, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_23_14072015.pdf>. Último acesso em 14 de set. 2016.

IPEA. **Boletim de Políticas Sociais- Acompanhamento e Análise. Vinte Anos da Constituição Federal**. Rio de Janeiro, v.1, n. 17, 2009. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_17_vol001_completo.pdf>. Último acesso em 14 de set. 2016.

IPEA. **Duas Décadas de Desigualdade e Pobreza no Brasil medidas pela PNAD/IBGE.** Comunicados do IPEA, n. 159, out. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/131001_comunicado159.pdf>. Último acesso em 14 de set. 2016.

IPEA. **PNAD 2009 – Primeiras Análises: Distribuição de Renda entre 1995 e 2009.** Comunicados do IPEA, n. 63, out. 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101005_comunicadoipea63.pdf>. Último acesso em 14 de set. 2016.

JACCORD, L. **Proteção Social no Brasil: Debates e Desafios.** In: Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, UNESCO, 2009.

LAVINAS, L. **From means-test schemes to basic income in Brazil: exceptionality and paradox.** *International Social Security Review*, v. 59, n. 3, p. 103-125, July/Sep. 2006.

_____. **Pobreza: Métricas e Evolução Recente no Brasil e no Nordeste.** In: *Cadernos do Desenvolvimento*, 5, Rio de Janeiro: Centro Celso Furtado, 2010. p. 126-147.

MESA-LAGO, C. **As Reformas de Previdência na América Latina e seus Impactos nos Princípios de Seguridade Social.** Tradução da Secretaria de Políticas de Previdência Social. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2007.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. **Censo SUAS 2014. Análise dos componentes sistêmicos da Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Censo%20SUAS%202014.pdf>. Último acesso em 14 de set. 2016.

RIMLINGER, G. V. **Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia.** New York: John Wiley & Sons, 1971.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. **Gasto Social do Governo Central: 2002 a 2015.** Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/Gasto+Social+Governo+Central/c4c3d5b6-8791-46fb-b5e9-57a016db24ec>>. Último acesso em 14 de set. 2016.

SOARES, F. V. *et al.* **Programas de Transferência de Renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade.** Brasília: IPEA, 2006 (Texto para Discussão, n. 1228).

SOARES, S. *et al.* **Os Impactos do Benefício do Programa Bolsa Família sobre a Desigualdade e a Pobreza.** In: *Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios.* Brasília: IPEA, 2010, p. 25-50, v.2.

SOARES, S.; SÁTYRO, N. **O Programa Bolsa-Família: Desenho Institucional, Impactos e Possibilidades Futuras.** Brasília: IPEA, 2009 (Texto para Discussão, n. 1424).

SPOSATI, A. **Modelo Brasileiro de Proteção Social Não Contributiva: Concepções Fundantes**. In: *Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, UNESCO, 2009.

TEIXEIRA, A.; AZEREDO, B.; WERNECK, M. L. **Sistemas de Proteção Social na América Latina — Presente e Futuro**. Texto elaborado para a CEPAL, 2010.

TITMUSS, R. **Essays on the Welfare State**. Londres: George Allen & Unwin, 1958.

VIANNA, M. L. **A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, UCAM, IUPERJ, 1998.