

Matijascic, Milko

Working Paper

Política social Brasileira: Conquistas e desafios

Texto para Discussão, No. 2062

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Matijascic, Milko (2015) : Política social Brasileira: Conquistas e desafios, Texto para Discussão, No. 2062, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/121687>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

2062

TEXTO PARA DISCUSSÃO

POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA: CONQUISTAS E DESAFIOS

Milko Matijascic



2062

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Brasília, março de 2015

POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA: CONQUISTAS E DESAFIOS¹

Milko Matijascic²

1. As opiniões expressadas são de responsabilidade exclusiva do autor e não refletem as de nenhuma instituição. Agradeço as opiniões de Stephen Kay, Roddy McKinnon, André Campos, Maurício Saboya, Tatiana Silva e Luana Pinheiro. Erros ou omissões são de minha responsabilidade.

2. Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

Governo Federal

**Secretaria de Assuntos Estratégicos da
Presidência da República**
Ministro Roberto Mangabeira Unger

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Sergei Suarez Dillon Soares

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Luiz Cezar Loureiro de Azeredo

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Daniel Ricardo de Castro Cerqueira

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

Cláudio Hamilton Matos dos Santos

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Rogério Bouer Miranda

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura

Fernanda De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Sociais, Substituto

Carlos Henrique Leite Corseuil

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Renato Coelho Baumann das Neves

Chefe de Gabinete

Ruy Silva Pessoa

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

João Cláudio Garcia Rodrigues Lima

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2015

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 POLÍTICA SOCIAL: ANTECEDENTES E TRAJETÓRIA	8
3 A POLÍTICA SOCIAL HOJE: A IMPORTÂNCIA DAS INOVAÇÕES	12
4 COBERTURA DA POLÍTICA SOCIAL: AVANÇOS E DESAFIOS	17
5 PROBLEMAS DE GESTÃO E QUALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	21
6 NOVAS REALIDADES, BRASIL E DESAFIOS A ENFRENTAR	25
7 A POLÍTICA SOCIAL E A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES.....	28
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

SINOPSE

A trajetória brasileira até 1988 pode ser analisada sob o prisma da seguridade social dinâmica, porque, desde os anos 1930, buscou-se erigir um sistema de proteção social que permitisse promover um aumento da cobertura e uma gestão mais eficiente. A redemocratização deu impulso a uma reestruturação através da Constituição Federal de 1988 e passou a ser influenciada pela universalização do atendimento com foco nos mais necessitados. Os níveis de cobertura e atendimento se elevaram. Em matéria de gestão e qualidade das políticas sociais, os desafios são imensos, com destaque para os serviços sociais, pois as heranças do passado e a fragmentação institucional ainda inibem a renovação e a efetividade. No mais, o modelo que prioriza as transferências em dinheiro em detrimento aos serviços sociais não é o mais efetivo para reduzir as desigualdades, ainda elevadas no Brasil.

Palavras-chave: desenvolvimento social; política social; avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

Since redemocratization in 1985, Brazil's system of social protection became more focused on the neediest while at the same time emphasizing universal access. In a context of severe inequality, the sub-national units of government played a greater role in reaching the broader population. Yet Brazil's social protection model favors cash transfers over social services, and reduces inequalities in the context of a highly unequal labor market. Strategies based on cash transfers appear to have reached their limits, because they are not the most effective way to promote equality and generate opportunities, when compared to the outcomes obtained by social service provision. Furthermore, while much progress toward reducing inequality has been achieved, benefits and services continue to fall short of what might be considered a "welfare state" or Dynamic Social Security.

Keywords: social development; social policy; public policy evaluation.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é apresentado na cena internacional como um caso exemplar para as políticas sociais, sendo considerado um país inovador. Programas como o Bolsa Família, medicamentos gratuitos para pessoas com Aids ou as iniciativas para contatar populações isoladas e com pouco acesso a serviço público são, de fato, exemplares, conforme apontou International Social Security Association – Issa (2013). Mas, ao falar de política social, é preciso considerar um todo coerente, que seja efetivo e contribua para promover o desenvolvimento. Ao partir dessa perspectiva, o Brasil ainda precisa evoluir, apesar das inegáveis conquistas.

O mote do estudo que se inicia é evocar a relevância da *dynamic social security* (DSS, ou seguridade social dinâmica) para promover reformas que atendam às novas realidades demográficas, estruturas familiares, relações de trabalho, mudanças tecnológicas e de mentalidades de um modo geral. A meta exposta por McKinnon (2007) é buscar uma ação simbiótica entre a política social e o desenvolvimento sustentado e sustentável. Em outras palavras, a política social deve buscar mecanismos para que o econômico, o social e o ambiental estejam em linha com posturas inovadoras e aderentes às novas realidades.

A tendência dominante no debate internacional que estimulou a formulação da DSS foi a necessidade de um conceito de política social mais amplo em termos de seu alcance. A seguridade social mudou de forma radical nos anos mais recentes e seu papel não mais se detém na redistribuição de renda e na provisão adequada de benefícios para atingir um patamar de bem-estar que cubra as necessidades básicas. A concepção de seguridade social foi ampliada e se tornou mais proativa para combater os riscos inerentes ao ciclo de vida de cada indivíduo. A seguridade busca, também, maximizar o seu potencial produtivo e suas capacidades, com vistas a reduzir as suas vulnerabilidades. Esse conceito inovador é o que a Issa chamou de *dynamic social security* (McKinnon, 2007; Sigg, 2009).

O principal objetivo da DSS é criar sistemas de proteção social sustentáveis e acessíveis baseados em respostas integradas, proativas e inovadoras. A opção focaliza não apenas a provisão da proteção, mas encoraja também a adoção de medidas preventivas para facilitar a reinserção no ambiente de trabalho e promover o desenvolvimento.

Outro elemento-chave é reconhecer que, na esfera das políticas públicas, a proteção social deve, cada vez mais, fornecer serviços de modo eficiente e efetivo. Em sua linha de análise, os estudos baseados na DSS se concentram nos problemas de cobertura ou atendimento, bem como nos problemas de gestão da seguridade e políticas sociais, o que também influenciará de forma decisiva o estudo que se inicia.

O Brasil não se baseia oficialmente em princípios da DSS, embora várias iniciativas representem casos exemplares. É preciso ter claro que o conjunto de iniciativas dos anos recentes foi importante, mas não garante a existência de um sistema de política social coerente e que possa aspirar de forma legítima à condição de Estado de bem-estar.

O argumento requer cautela, sem dúvida, e será detalhado. Desde já, os problemas herdados do passado, marcados por uma dicotomia entre a provisão pública e privada, segundo os termos expostos por Cepal (1991), são muito importantes para discutir o caso brasileiro. A partir dessa visão, o serviço social público se destina preferencialmente aos mais pobres e a provisão privada atende, em geral, os mais abastados, e o resultado, de acordo com Cepal (1991), é que a política para pobres, na América Latina, se tornou uma pobre política. O atual embate entre as iniciativas inovadoras da Constituição Federal promulgada em 1988 (CF/1988) e as heranças do passado gera impasses cujos resultados não garantem a possibilidade de atingir o patamar de Estado de bem-estar numa sociedade com elevado nível de desenvolvimento baseada na excelência das políticas públicas.

Serão elaboradas as seguintes seções para lidar com os argumentos: antecedentes e trajetórias, a proteção social hoje, cobertura, dificuldades de gestão e atendimento, desafios das novas realidades e os limites do modelo de proteção social brasileiro. Por último, serão apresentadas as considerações finais.

2 POLÍTICA SOCIAL: ANTECEDENTES E TRAJETÓRIA

A seguridade social, segundo a Constituição Federal do Brasil de 1988, em vigor, é o conjunto de políticas que engloba saúde, assistência e previdência social, e o termo passa a ser empregado formalmente nessa data. No entanto, muitos dos segmentos que hoje integram a seguridade ou as políticas sociais já existiam em formatos diferentes desde a era colonial. Mas a política social organizada e planejada pelo Estado é um fenômeno

posterior à Revolução de 1930, com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder. Somente a partir dos anos 1930 a educação, saúde, assistência social, previdência, habitação e regulação do trabalho passaram a integrar sistematicamente a agenda de governo.

O atendimento propiciado pelas políticas sociais foi instaurado de forma diferenciada, ou seja, a extensão da cobertura e a disponibilidade de serviços eram função da categoria socioprofissional a qual se integrava o trabalhador, segundo a forma reconhecida pela lei. Em outras palavras, o reconhecimento de direitos sociais era um ato de iniciativa do Poder Executivo federal. Essas categorias socioprofissionais dispunham de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que, além de pagar aposentadorias e pensões, se responsabilizavam por assistência médica e farmacêutica para as categorias mais afluentes, além de prover crédito para fins habitacionais.

O cardápio de benefícios, sua qualidade e seu valor variavam de acordo com o poder de barganha de cada categoria socioprofissional. Esse contexto é o que Wanderley Guilherme dos Santos (1981) chamou de “cidadania regulada”. Conforme apontou Santos (1981), o Estado se antecipou às demandas populares e as categorias socioprofissionais, em vez de buscarem conquistas sociais e trabalhistas de forma solidária, competiam entre si pelo acesso a serviços e pelo que foi considerada uma prerrogativa concedida a cada uma delas, não assumindo o formato de uma luta coletiva por direitos sociais, de forma similar à observada, por exemplo, na Europa Ocidental.

Ao final dos anos 1930, as principais categorias socioprofissionais urbanas foram contempladas com IAPs. Os profissionais liberais (advogados, contadores e afins) foram reconhecidos em 1954, passando a integrar o IAP dos bancários, segundo Hochmann (1990). Os trabalhadores rurais, domésticos e por conta própria não foram beneficiados, num movimento que integrou o Estado de compromisso, segundo a expressão cunhada por Weffort (1989). Em 1945, no ocaso da Era Vargas, o governo chegou a propor a criação de uma instituição centralizada, como o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) atual, buscando cobrir, inclusive, os trabalhadores domésticos, rurais e autônomos, mas a iniciativa foi esquecida com a deposição de Vargas no mesmo ano.

Em 1966, houve reformas, com a unificação dos IAPs, e substituição dos regimes de capitalização, com fortes problemas atuariais, pelos de repartição. Essa reforma também unificou a gestão para todas as categorias socioprofissionais, excetuando a administração pública federal, estadual e dos maiores municípios do Brasil.

Com as reformas de 1966-1967, a provisão privada passou a merecer destaque e a dualidade do atendimento passou a ser determinada pela capacidade administrativa do empregador e pela renda do cidadão. O acesso a serviços de melhor qualidade passou a depender do fato de o empregador, por exemplo, patrocinar um fundo de pensão ou oferecer planos de saúde geridos pela iniciativa privada. A contratação de provisão privada em saúde e educação, que não nasceu nos anos 1960, passou a ser generalizada entre aqueles com maiores rendimentos. Dispor desse tipo de serviço ainda é visto nos dias de hoje como uma forma de diferenciação de seu *status* social, segundo Sposati (1997).

Além de promover uma nova forma de diferenciação entre trabalhadores para concentrar renda, com vistas a criar mercados mais sólidos para produtos sofisticados, segundo Furtado (1975), a orientação das políticas públicas foi isolar o econômico do social, conforme apontou Zini Júnior (1988). Isso afetou decisivamente o financiamento das políticas sociais, cuja meta governamental explícita foi o autofinanciamento, ou seja, a não utilização de impostos para financiar políticas de seguridade do Estado e a opção por fundos públicos ou contribuições sociais, segundo Zini Júnior (1988). Assim, previdência, saúde e assistência social deveriam ser geridas sem a utilização de impostos, e a demissão imotivada do emprego deveria dar acesso ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), eliminando a estabilidade após dez anos de serviço junto a um empregador que existiu até meados dos anos 1960. Esse tipo de postura ainda define em parte o capítulo da Ordem Social da atual Constituição Federal, ao separar o orçamento fiscal daquele da seguridade. O pressuposto dessas estratégias era que essa forma de agir tornaria a economia mais dinâmica, elevaria o crescimento do produto interno bruto (PIB) e permitiria incorporar ao mercado formal de trabalho, gradativamente, os trabalhadores de menor rendimento via elevação contínua da renda *per capita*. Esse movimento ficou conhecido como modernização conservadora, segundo Pires e Ramos (2009).

A estratégia funcionou até 1973, quando eclodiu a primeira crise de petróleo. O crescimento acelerado elevou o emprego e houve uma incorporação em massa de trabalhadores ao rol de contribuintes da Previdência. Isso representou um aumento da segurança social e, muito importante naquele período, o direito de acesso ao tratamento médico-hospitalar. Os não contribuintes deveriam contar com a filantropia ou com programas assistenciais estatais tópicos.

Com a crise do petróleo e o fim das regras preconizadas em Bretton Woods, a situação se complicou. Os governos militares tentaram manter o crescimento do PIB em patamares elevados, com a adoção de um ambicioso programa de investimentos públicos, com foco em infraestrutura. Porém, a opção pelo financiamento externo, com taxas de juros flutuantes, associado a severas restrições no balanço de pagamentos, logo se revelou perversa para o Brasil. A elevação dos juros, a partir de 1979, aumentou o serviço da dívida externa brasileira, e a capacidade de honrar os compromissos ficou comprometida, iniciando uma crise severa e de longa duração (Carneiro, 2002).

Os reflexos da crise da dívida externa e dos ajustes necessários tiveram um duplo impacto sobre a seguridade social: redução da disponibilidade de recursos e elevação da não cobertura devido à redução dos que contribuem para a Previdência em relação à população economicamente ativa (PEA). Os ajustes macroeconômicos, em geral, pressupunham uma redução acentuada no gasto público, o que, recorrentemente, se traduziu em prestações de aposentadoria de menor poder aquisitivo, redução das ações sociais e, muito importante, restrições no atendimento à saúde. Em outras palavras, muitos dos problemas do presidente eleito João Goulart em 1964 reapareceram no final dos anos 1970. A concentração de renda para acelerar o crescimento, com a paulatina incorporação dos trabalhadores em atividades de menor *status*, se revelou inviável como estratégia de desenvolvimento para o Brasil, e o país ficou marcado como um dos campeões da desigualdade em termos internacionais.

Sob o prisma das políticas sociais, os problemas foram sérios, porque a crise deteriorou a qualidade dos serviços sociais públicos, destinados às camadas mais humildes, penalizando ainda mais a qualidade do atendimento, já precário. A inclusão das classes médias nos serviços sociais universais, conforme apontaram Merrien, Parchet e Kernén (2005), sempre foi essencial para se obter uma boa qualidade, algo que não ocorria no Brasil.

A CF/1988 representou um documento de reação às diretrizes impostas pelos governos entre 1964 e 1984. O mote foi criar uma Constituição cidadã, nas palavras do deputado Ulysses Guimarães, que presidiu os trabalhos, onde os direitos individuais fossem respeitados e criadas as condições necessárias para a consolidação de uma sociedade democrática.

Essa norma representou o final de um movimento que consolidou pela via legal a universalização do atendimento, com destaque para direitos de cidadania. Foi nesse momento que os direitos foram equiparados, pois a Constituição buscou reduzir

a desigualdade na cobertura e no acesso a direitos, estendendo-os a todos, mas não eliminou vários dos pilares geradores de desigualdades. A argumentação a seguir deve detalhar como isso se refletiu na política social brasileira.

A trajetória brasileira até 1988 pode ser analisada sob o prisma da DSS, porque desde os anos 1930, buscou-se erigir um sistema de proteção social que permitisse promover um aumento da cobertura e uma gestão mais racional. No modelo preconizado, caberia ao mercado prover serviços mais personalizados, e o acesso a eles deveria representar uma conquista. O problema foi que a estratégia se revelou insustentável, pois as desigualdades aumentaram no Brasil, e a superação da pobreza não se revelou viável num contexto em que os decis populacionais mais pobres eram desprovidos de recursos de poder. Foi essa a herança legada à redemocratização e que ainda hoje não foi superada.

3 A POLÍTICA SOCIAL HOJE: A IMPORTÂNCIA DAS INOVAÇÕES

A acentuada desigualdade da cobertura da proteção social que marca a trajetória desde os anos 1930 foi um dos aspectos mais criticados, entre as opções da modernização conservadora, pelas forças políticas que lutaram pela redemocratização do Brasil após 1964. A CF/1988 foi um marco para reverter muitos dos dispositivos anteriormente previstos, embora muitos outros tenham permanecido intocados. Dentre as mudanças, vale destacar as seguintes:

- mudança nos planos de benefícios a favor das mulheres e trabalhadores rurais, que poderiam se aposentar mais cedo e com planos de benefício iguais aos dos assalariados urbanos do sexo masculino;
- universalização do atendimento à saúde, reafirmando as mudanças em marcha desde o final dos anos 1970, com foco no atendimento integral, desvinculando os direitos da condição de contribuinte da Previdência;
- estabelecimento de benefícios de caráter assistencial, desvinculados da condição de contribuinte à Previdência, com valor equivalente a 1 salário mínimo (os benefícios de prestação continuada – BPCs regulamentados após a Lei Orgânica da Assistência Social – Loas, em 1996); e,
- fixação do piso de benefícios em 1 salário mínimo para as modalidades de prestação continuada, que pode ser menor se as pensões por morte forem partilhadas por mais de um dependente.

O custeio das políticas sociais brasileiras sempre foi um desafio para a lógica contributiva, pois alguns contribuem regularmente; outros, de forma intermitente; e muitos raramente contribuem, ou nunca o fazem. Conforme apontaram Matijascic e Kay (2014), menos de 20% dos trabalhadores que se aposentam o fazem após contribuir regularmente por trinta ou 35 anos. As formas de financiamento existentes na atual Constituição Federal permitem equilibrar as diferentes situações em relação à capacidade para contribuir. As fontes de recursos mesclam contribuições com fontes de recursos que se assemelham a impostos, o que permite compatibilizar benefícios sem caráter contributivo com aqueles que seguem essa lógica. A Constituição Federal criou um orçamento da seguridade social, que deve estar desvinculado do orçamento fiscal.¹ As principais fontes de recursos são:

- contribuições dos empregados com um teto de R\$ 4.663,24 em 2015;
- contribuições dos empregadores sobre a folha salarial total;
- contribuições dos trabalhadores autônomos com teto de R\$ 4.663,24 em 2015;
- contribuições especiais sobre a comercialização da produção para regime de economia familiar (rural, pesca e mineração);
- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), com base no valor adicionado mensal das empresas;
- Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), com incidência no faturamento, na folha salarial ou nas receitas correntes, com vistas ao pagamento do abono salarial ou custeio do seguro-desemprego;
- Contribuições sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLLs);
- loterias; e
- Simples Nacional ou Supersimples, sistema tributário para micro e pequenas empresas que substitui as fontes tradicionais de impostos e contribuições por percentual sobre o faturamento.

Um aspecto que merece atenção em relação ao financiamento da seguridade social, com destaque para a Previdência, é o Simples, uma sistemática que combina tributos federais e estaduais com base em incidência sobre o faturamento das

1. A revisão da Constituição Federal de 1994 criou o Fundo Social de Emergência, que permitiu a realocação de 20% dos recursos da seguridade, de acordo com as prioridades do Poder Executivo federal. Esse mecanismo continua existindo nos dias de hoje, com o nome de desvinculação dos recursos da União (DRU).

empresas.² O empreendedor que adere a essa modalidade também consegue acesso a linhas de crédito com juros inferiores em bancos públicos (Constanzi *et al.*, 2014).

Com vistas a reforçar o caráter democrático, a Constituição Federal também estabeleceu a criação de uma série de conselhos para as diferentes políticas sociais em todas as esferas de governo, com a participação de membros das administrações, usuários e empresas relacionadas a elas. A atuação desses conselhos é desigual ao longo do país, mas possui um papel importante na lógica de funcionamento e representa um elemento de destaque na experiência brasileira (Ipea, 2011).

Os governos militares centralizaram as ações das políticas públicas na esfera federal. A redemocratização deveria ser caracterizada, entre outras coisas, por uma maior descentralização das instâncias subnacionais de governo. Os detalhes referentes à organização institucional de cada uma das políticas públicas são importantes, mas, no presente escopo, é impossível reproduzi-los devido à sua complexidade de detalhes. No entanto, as diversas legislações infraconstitucionais para a saúde, assistência social, educação, entre outros, adotam, em grandes linhas, os seguintes critérios em matéria de partilha de atribuições segundo as esferas de governo:

- central – coordenar e articular a política pública, exercendo as funções normativa, distributiva e supletiva quando necessárias;
- regional – definir, com os governos locais, como colaborar para distribuir as responsabilidades, segundo a população total e os recursos disponíveis; e
- local – exercer a ação; baixar normas complementares; e autorizar, credenciar e supervisionar os estabelecimentos.

2. Essa iniciativa foi introduzida em 1996 pela Lei nº 9.317. O Supersimples ou Simples Nacional é regulado atualmente pela Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, que revogou aquela lei e instituiu o Estatuto Nacional das Microempresas. De acordo com o estatuto, serão consideradas inscritas no Simples Nacional, em 1º de julho de 2007, as microempresas e empresas de pequeno porte regularmente optantes pelo regime tributário de que trata a Lei nº 9.317/1996. Para o caso das microempresas, o estatuto prevê que a receita bruta anual não poderá ser superior a cerca de R\$ 360 mil (Brasil, Artigo 3º, inciso I, 2006); já para as empresas de pequeno porte, esta terá de ser superior a R\$ 360 mil e inferior a R\$ 3,6 milhões (Brasil, Artigo 3º, inciso II, 2006); e quanto aos empreendedores individuais, estes podem faturar até R\$ 60 mil por ano e possuir apenas um empregado (Brasil, Artigos 18-A, parágrafo 1º, e 18-C, 2006). O custo máximo de formalização para quem realiza atividade mista é de R\$ 39,90 por mês. O empreendedor individual terá direito a todos os benefícios da previdência, excetuada a aposentadoria por tempo de contribuição, e o valor dos benefícios será de 1 salário mínimo. Mesmo em atividades de trâmite burocrático, escrituração contábil, licitações e para pendências jurídicas existe vantagens para quem integra o Simples Nacional.

As comissões intergestoras bipartite e tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos, em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas públicas, com destaque para temas sociais entre esferas de governo. As decisões são por consenso. Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada estão apoiadas no funcionamento dessas comissões.

No setor saúde, outras características essenciais foram alteradas após a CF/1988. A principal delas foi o fim da separação do atendimento para contribuintes da Previdência e o restante da população. Nesse sentido, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que congrega todo o sistema público e privado com a unificação da regulamentação e dos princípios de procedimentos e o estabelecimento de convênios e remuneração por procedimentos, seguindo a lógica dos pactos tripartite e bipartite.

Cabe destacar que a consolidação do SUS, já em 1991, teve como efeito uma mudança de postura via medidas preventivas, começando a substituir, em parte, o enfoque quase que exclusivamente curativo. A lógica, amplamente reconhecida, é que posturas preventivas melhoram as condições de saúde de indivíduos e costumam reduzir substancialmente os gastos de ordem curativa, quando a doença se instala. Daí a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que busca, com base em equipes que atendem um conjunto de famílias, a população *in loco* e promovem ações sanitárias, reforço à alimentação e outros cuidados, o que estimula um desenvolvimento mais saudável da população atendida. Os gastos partiram de 3,2% sobre o gasto federal com saúde, no ano de 1992, para atingir 23,1%, em 2012, segundo dados do Ministério da Saúde.³ Seguem outras iniciativas relevantes do sistema de saúde para o atendimento da população após a promulgação da CF/1988:

- Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, a fase preliminar ao PSF;
- PSE, em 1996;
- programa de medicamentos genéricos, em 1999; e
- Programa Farmácia Popular, para distribuição gratuita de determinados medicamentos, em 2004.

3. Conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

Matijascic, Guerra e Aldrin (2011) destacaram que, conforme dados de 2009, 428 municípios, ou seja, 7,7% do total, não possuíam um médico residente que integrasse o SUS. Esse fator, aliado às grandes distâncias de deslocamento em caso de emergência para fins de saúde, estimulou a criação, em agosto de 2013, do Programa Mais Médicos. O programa reduziu as exigências jurídicas para o exercício da profissão no Brasil, autorizando a contratação de médicos estrangeiros ou graduados no exterior. Embora a reação da Associação Médica Brasileira tenha sido vigorosa, o programa expandiu rapidamente o número de profissionais e áreas atendidas, com um total de 14,4 mil médicos em atuação em julho de 2014 (Ipea, 2014). Existe bastante controvérsia sobre a legalidade do programa mesmo em órgãos do Estado, como a Receita Federal.

Outras mudanças importantes foram introduzidas com a entrada em funcionamento de programas do tipo Renda Mínima, que se transformaram no Programa Bolsa Família (PBF). Esses programas foram introduzidos nas esferas municipais em 1995 e, na virada do milênio, passaram a ser financiados por recursos federais. A mudança mais relevante se deu pelo fato de haver uma relação direta entre o governo federal e as municipalidades, sem a intermediação da esfera estadual. A sistemática federal inicial foi implantada no final do governo Fernando Henrique Cardoso e foi modernizada e muito ampliada posteriormente pelo presidente Lula. Atualmente, no governo Dilma Rousseff, atinge 13,6 milhões de famílias, ou seja, 26,5% do total de famílias do Brasil (CEF, [s. d.]).

Ao assumir a liderança via PBF na órbita do governo federal, houve um progresso no atendimento às famílias mais pobres em relação à etapa em que o programa apresentava um perfil centrado nos municípios, pois toda a população pôde se beneficiar. Antes disso, somente as municipalidades com mais recursos e capacidades estatais (*state capacities*) podiam oferecer programas similares ao PBF. Um marco do programa é a exigência de frequência escolar assídua dos filhos e o acompanhamento regular das condições de saúde. Essa é, aliás, uma das marcas da experiência brasileira no contexto internacional e que serve de inspiração para países vizinhos ou da África.

Por fim, resta destacar que o BPC e as aposentadorias rurais passaram a atender um número elevado de trabalhadores que tiveram dificuldades de contribuição, sobretudo naquelas do tipo conta-própria e em regime de economia familiar, no ambiente rural. Os valores pagos, com um piso de 1 salário mínimo, foram decisivos para melhorar a condição de vida e reduzir a pobreza entre os mais idosos, conforme demonstraram Matijascic e Kay (2013), ao compararem dados de 1988 e 2008.

A redemocratização deu impulso a uma vigorosa reestruturação do sistema brasileiro de proteção social preconizado pela Constituição Federal de 1988. A política social passou a ser influenciada pela universalização do atendimento com foco nos mais necessitados. As esferas subnacionais passaram a ter uma participação maior, o que foi decisivo para atingir a população de forma mais efetiva. Isso permitiu promover ações similares às previstas pela DSS no âmbito da cobertura.

4 COBERTURA DA POLÍTICA SOCIAL: AVANÇOS E DESAFIOS

Conforme vem apontando a maioria dos estudos, como, por exemplo, Ipea (2009), um dos resultados de destaque da Constituição Federal brasileira de 1988 no âmbito das políticas públicas foi o forte aumento do atendimento à população das políticas sociais. Entre os países chamados de emergentes ou em desenvolvimento, o Brasil aparece com elevados níveis de cobertura das populações idosas.

Para as políticas de transferência de dinheiro, ou seja, previdência e PBF, os resultados, por faixas etárias, estão na tabela 1. Desde já, é essencial destacar que o BPC ou as aposentadorias rurais não são diferenciados, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), das aposentadorias e pensões, ao contrário do que ocorre com o PBF, ou seja, integram o conjunto de aposentadorias.

TABELA 1
Cobertura da previdência e do PBF por faixas etárias (1988 e 2013)
(Em %)

Tipo de cobertura	16-64 anos		65 anos ou mais	
	1988	2013	1988	2013
Contribuintes ¹	35,7	43,9	4,6	1,8
Beneficiários ²	5,7	8,5	75,1	85,1
Dependentes legais ³	19,1	17,3	4,0	6,1
Transferências (PBF em 2013) ⁴	N/C	6,8	N/C	0,7
Não cobertos ⁵	39,5	23,4	16,4	6,3

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) – microdados para 2001 e 2012.

Notas: ¹ Contribuintes: pessoas que contribuíam com o Instituto de Previdência em pelo menos um dos trabalhos.

² Beneficiários: aposentados, pensionistas e segurados especiais e beneficiários dos benefícios de prestação continuada (BPCs).

³ Dependentes legais: dependentes de contribuintes ou beneficiários da Previdência Social.

⁴ Beneficiários do Programa Bolsa Família.

⁵ Não cobertos: pessoas que não se enquadram em nenhuma das categorias anteriores.

Os resultados da tabela 1 revelam que os idosos estão em situação de cobertura mais favorável que na idade ativa. A evolução entre 1988 e 2013 foi positiva para todas as populações. A queda da cobertura por dependência familiar da população em idade ativa pode ser explicada pelo aumento do número de contribuintes para a previdência. Além disso, a redução do desemprego após 2004 reforçou essa tendência.

O PBF também teve efeitos positivos de acordo com a tabela 1. Os patamares de não cobertura, ou seja, aqueles que não são segurados da Previdência e não são dependentes de quem é segurado, ainda são elevados para a população entre 16 e 64 anos de idade, o que ainda representa um sério problema. O PBF aumentou o patamar da proteção social, com destaque para os mais pobres, convém sublinhar.

Entre idosos a não cobertura é pequena, mas aumentou após 2001, segundo Ipea e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir (2014). Essa elevação pode se explicar pelo fato de ter havido uma forte redução de famílias com renda de menos de um quarto do salário mínimo *per capita*, uma condição essencial para ter acesso a aposentadorias sociais (BPC/Loas) para idosos que pouco ou nada contribuíram. Esse fator, conjugado às crises econômicas dos anos 1980 e 1990, que reduziram as densidades de contribuição e a de elegibilidade aos benefícios, explica a queda de cobertura e exige atenção.

Quando o assunto é educação, a evolução da cobertura foi, como na previdência, importante e merece destaque. A tabela 2 apresenta a evolução da cobertura entre 1988 e 2013 para o Brasil com base em dados da Pnad.

TABELA 2
Escolaridade da população brasileira com 16 anos ou mais de idade segundo os anos de escolaridade (1988 e 2013)
 (Em %)

Ano	Escolaridade				
	Até 1 ano	De 1 a 4 anos	De 5 a 8 anos	De 9 a 11 anos	12 ou mais
1988	19,5	34,2	24,4	14,8	7,1
2013	10,2	17,1	23,6	32,8	16,4

Fonte: Pnad/BGE – microdados.

De acordo com a tabela 2, a evolução dos índices de cobertura entre 1988 e 2013 é digna de destaque. Até nove anos de escolaridade, os patamares aumentaram entre 1988

e 2013 e não são maiores devido a problemas de evasão escolar. Nos demais níveis de ensino, a evolução foi ainda maior, mas, os graus de cobertura ainda estão em patamares que não permitem falar em universalização. Cabe destacar que, entre 0 e 3 anos de idade, faltam estabelecimentos públicos para atender creches, o que, conforme mostrou Ipea (2009), gera dificuldades para famílias mais pobres. Entre 4 e 5 anos de idade, que deveria ser o período da pré-escola, os resultados são melhores, mas não atingem a universalização. Para o total de nove a onze anos de estudo, a evolução do contingente de estudantes é digna de destaque, mas ainda não é universal. Isso também vale para quem possui doze anos ou mais de estudo, mas o número de estudantes ali matriculados de acordo com a faixa etária prevista continua reduzido, embora tenha sido fortemente ampliado. A tabela 2 não apresenta a diferença entre regiões e nos mundos urbano e rural. Apesar disso, as diferenças, é bom sublinhar, são elevadas, conforme apontou Ipea (2009).

Para apresentar um sucinto quadro referente à situação de saúde, com base em dados organizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), foi organizada a tabela 3. Embora a seleção de dados seja significativa e variada, ela vale para o Brasil e não focaliza as disparidades regionais existentes e, muito importante, não permite, ao contrário dos casos de educação e previdência, falar em cobertura por faixa etária, porque as demandas são muito variadas em termos de doenças ou outros procedimentos.

TABELA 3
Indicadores selecionados de atendimento à saúde no Brasil

Indicadores selecionados	1998	2003	2008	2012
Consultas médicas anuais <i>per capita</i>	2,2	2,4	2,6	2,8
Hospitalização (%)	7,2	6,6	5,6	5,7
Nascimentos em hospitais (%)	96,4	96,6	97,7	98,1
Cobertura de planos de saúde (%)	24,5	24,6	25,9	26,1
Médicos por mil habitantes	1,3	1,5	1,8	1,9
Dentistas por mil habitantes	0,9	1	1,2	1,3
Enfermeiros por mil habitantes	0,4	0,5	0,9	1,6
Auxiliares de enfermagem por mil habitantes	0,4	0,8	2,5	3,3
Nutricionistas por mil habitantes	0,2	0,2	0,3	0,4
Municipalidade no PSF (%)	20,3	80,7	94,1	97,5
Equipes do PSF	4,945	19,068	29,300	42,279
Leitos por mil habitantes	3	2,7	2,3	2,4
Leitos do SUS por mil habitantes	0,9	0,8	0,8	0,8

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e Assistência Médico-Sanitária (AMS)/IBGE. Acesso em: 1^o set. 2014.

A tabela 3 apresenta resultados para alguns indicadores básicos selecionados para representar as condições de atendimento à saúde. Entre 1998 e 2012, houve um pequeno recuo na oferta de leitos e um pequeno aumento na adesão a planos privados de saúde. A pequena redução no número de leitos parece estar sendo compensada por um maior nível de presença do PSF e no acréscimo do número de consultas em geral. A redução do número médio de dias de hospitalização também parece refletir os fenômenos assinalados. Em relação aos profissionais, existe uma evolução moderada no total de médicos por mil habitantes, sendo a evolução mais pronunciada para enfermeiros ou dentistas e, especialmente, entre auxiliares de enfermagem e nutricionistas. É muito difícil adotar, no caso do SUS, critérios comparáveis aos destinados, por exemplo, para a previdência ou Loas e PBF, pois o SUS deve atender a todos, sem critérios de elegibilidade, mas é impossível aferir se todos os que buscaram algum tipo de atendimento específico foram atendidos. De toda maneira, a evolução dos indicadores do SUS, em geral, não foi tão acelerada quanto à de cobertura da previdência após a promulgação da Constituição Federal, conforme apontaram Matijascic e Kay (2013).

Outra questão, mais complexa, se deve à heterogeneidade de renda. Conforme apontam dados do Datasus e da Assistência Médico-Sanitária (AMS) (acesso em 1º set. 2014), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os procedimentos médicos mais sofisticados estão mais acessíveis para quem paga planos privados de saúde, que atendem somente cerca de 25% dos brasileiros. Existia em 2012, por exemplo, uma incidência de 44,3 tomógrafos para cada milhão de segurados em planos de saúde privados, e esses resultados, quando comparados a países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), estão abaixo apenas dos indicadores para Japão e Austrália. Ao somar todos os equipamentos existentes no Brasil, sem diferenciar o público do privado, o total é de 15,8 por milhão de habitantes, índice similar ao da Alemanha e da Finlândia, num patamar de valor médio para países da OCDE. Mas, ao considerar os tomógrafos disponíveis para quem dispõe somente dos serviços do SUS, o total é de seis, que supera apenas o total do México em países da OCDE. Se a intenção fosse utilizar a ressonância magnética, os resultados seriam muito parecidos. Isso revela o quanto o país é desigual em função das diferenças de renda familiar. O desafio para o Brasil em questões relativas à saúde é ampliar a disponibilidade de serviços e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade dos serviços públicos para a maioria da população.

Em resumo, após a promulgação da CF/1988, os níveis de cobertura e atendimento se elevaram, respeitando as metas de universalização ali expressas. No entanto, não é possível falar em proteção social universalizada, embora o país mereça destaque, segundo Issa (2013). Os esforços para elevar a cobertura ou o atendimento representam o principal fator para alinhar o Brasil como um país digno de destaque quando o tema é DSS.

5 PROBLEMAS DE GESTÃO E QUALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Apesar da cobertura e do atendimento terem se elevado de forma notável para as principais políticas sociais no Brasil, o que, *per se*, representa seguir os objetivos da DSS, os problemas de gestão e de qualidade dos serviços ainda apresentam importantes dificuldades, amplamente reconhecidas pelo debate público brasileiro. Esse tema merecerá destaque na presente seção, pois é outro problema central para a DSS.

Alguns indicadores-chave permitem ilustrar como os problemas que decorrem de um extenso território dificultam a gestão via agências de atendimento de algumas políticas sociais no Brasil, segundo Matijascic, Guerra e Aldrin (2011), para 2009:

- 18,6% possuem agência do INSS; e
- 33,6% dos municípios não atendiam emergências.

No entanto, é preciso destacar que 5.264 municípios (95% do total) possuem agência do Centro de Referência de Assistência Social (Cras), segundo o Censo do Sistema Único de Assistência Social (Suas) de 2011. O Cras representa o tipo de atendimento das políticas sociais mais presente entre os municípios do Brasil (Brasil, 2011).

Um recente estudo do Tribunal de Contas da União (TCU) revela as dificuldades do SUS que são exemplares para o universo da proteção social brasileira e podem ser verificadas com base num levantamento junto aos gestores de 116 hospitais públicos de todos os estados brasileiros. Esses dados envolvem 9% dos leitos da rede pública de saúde. Segundo TCU (2014a), existe um desequilíbrio entre o número de médicos, sendo de 4,56 médicos por mil habitantes nas capitais e de pouco mais de um médico por mil

nos municípios do interior. De acordo com TCU (2014a), no sistema hospitalar foram estes, respectivamente, os percentuais de problemas estruturais:

- 87% com deficiências de tecnologia da informação;
- 81% com falta de profissionais, o que bloqueia o uso de leitos (47% dos leitos);
- 77% com bloqueio de leitos por falta de equipamentos (11% dos leitos);
- 73% com estrutura física inadequada ou falta de manutenção predial;
- 63% com absenteísmo, que dificulta a prestação de serviços;
- 59% com atendimento inadequado em razão de equipamentos desatualizados; e
- 53% com carência de instrumentos de gestão e geração de desperdício.

Em relação à Atenção Básica, segundo TCU (2014a), foram tabulados os seguintes dados referentes aos entes federativos visitados (dezoito estados e 56 municípios):

- 66% com dificuldade para atrair ou fixar os profissionais de saúde;
- 65% com insuficiência de recursos financeiros para o custeio do PSF;
- 52% com problemas para encaminhar ao atendimento especializado; e
- 52% com falta de materiais básicos.

Decorre daí que, mesmo quando comparados a países vizinhos ou do grupo BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) e que também possuem uma renda *per capita* modesta, a situação brasileira é frágil, sobretudo em relação a países da América Latina, conforme aponta a tabela 4.

TABELA 4
Esperança de vida total e saudável em países selecionados (2008)

País	Total ao nascer (anos)		Saudável ao nascer (anos)		Perdas de vida saudável (%)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
África do Sul	52	55	47	48	9,6	12,7
Argentina	72	79	64	69	11,1	12,7
Brasil	70	77	62	66	11,4	14,3
China	72	76	65	68	9,7	10,5
Colômbia	72	79	64	69	11,1	12,7
Índia	63	66	56	57	11,1	13,6
México	73	78	65	69	11,0	11,5
Rússia	62	74	55	65	11,3	12,2

Fonte: World Health Organization (WHO) – World Health Statistics. Acesso em: 1º set. 2014.

Partindo dos dados da tabela 4, é preciso destacar que o Brasil foi o país que apresentou a maior proporção de anos de vida não saudável. O indicador requer atenção e cautela. Isso significa que, nesse grupo de países, é a população brasileira a que permanece mais tempo em condições não saudáveis. Quando isso se soma a uma esperança de vida mais modesta, os resultados não podem ser considerados bons. Países vizinhos com renda *per capita* similar à do Brasil conseguem obter resultados melhores. Mas o fato de haver um tempo mais prolongado de vida não saudável demonstra também que o sistema de saúde apoia o cidadão, o que pode não acontecer com os outros países selecionados na tabela 4.

O TCU também realizou auditoria em 2013 com o objetivo de avaliar a oferta e a qualidade do ensino médio no Brasil, que apresenta alguns dos desafios (TCU, 2014b). Foram visitadas 580 escolas em todo o território nacional. As principais constatações da auditoria foram as seguintes:

- há carência de pelo menos 32 mil professores com formação específica. A melhoria na gestão das redes estaduais poderia reintegrar 61 mil professores fora da sala de aula (40 mil em atividades administrativas, 16 mil em outros tipos de afastamento e 5 mil cedidos a outros órgãos);
- os maiores *deficit* de professores com formação específica estão nas disciplinas de física, química e sociologia. Parte do problema poderia ser resolvido com a capacitação de 46 mil professores que já integram a rede; e
- foi aferido um elevado índice de contratação de professores temporários – 30%, em média, no Brasil. Em onze estados, o índice fica na faixa de 40% a 67%.

A fiscalização do TCU também identificou que não havia definição de padrões mínimos de qualidade de ensino, conforme estipula a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

A esperança de vida saudável é um indicador-chave de qualidade para a saúde, conforme foi discutido anteriormente. Em relação à educação, um indicador que merece atenção, por também permitir a realização de comparações internacionais é o Programme for International Student Assessment (Pisa), que é realizado pela OCDE. A meta do Pisa é observar qual a capacidade de compreensão e utilização de conceitos e matemática, bem como do idioma oficial do país e ciências. Segundo OCDE (2013), no exame de matemática de 2012, 67,1% dos estudantes brasileiros tiveram notas

inferiores ao mínimo desejável (no exame de 2003, a proporção foi de 75,2%), enquanto 1,1% apresentou um desempenho de destaque. Para os países que integram a OCDE, as *performances* de baixa qualidade representaram 23,1% e os estudantes de alto desempenho representavam 12,3%. Nas provas de leitura e ciências, os resultados foram similares aos de matemática para o Brasil.

Enquanto países vizinhos com renda *per capita* mais próxima à do Brasil, como Chile ou México, apresentaram resultados similares, 30% dos estudantes do Sudeste Asiático obtiveram alto desempenho. No Brasil, os resultados variaram entre Unidades da Federação e estiveram bem abaixo da média em estados com renda *per capita* mais baixa, como Maranhão e Alagoas. Esses resultados não são preocupantes apenas em termos de educação, mas o são igualmente quando o foco é a competitividade ou os direitos de cidadania. A evolução ao longo dos anos merece destaque, mas, diante dos problemas graves de gestão existentes, como os apresentados por TCU (2014b), os resultados podem permanecer relativamente estagnados.

O PBF, por sua vez, não consegue atender cerca de 600 mil famílias que teriam condições para integrar o programa por falta de documentação cadastral mínima para cumprir os requisitos jurídicos necessários. Apesar dos esforços dos que atuam na esfera das políticas sociais, as grandes distâncias, aliadas à reduzida capacidade educacional de muitas das famílias de baixa renda, impedem o cumprimento das exigências legais. O fraco entendimento dos direitos sociais por parte de famílias e autoridades locais nas regiões de menor renda dificulta a superação dessas questões, revelando que a precariedade institucional ainda afeta os direitos de cidadania.

Em matéria de gestão e qualidade das políticas sociais, os desafios se apresentam como imensos, com destaque para os serviços sociais. As heranças do passado ainda inibem a renovação das instituições e um funcionamento mais efetivo sob a égide da gestão, com destaque para os desafios relativos à infraestrutura e de pessoal. Para ativar uma DSS seria necessário enfrentar essas questões para poder superar as dificuldades que são amplamente criticadas pela população brasileira, conforme comprovam os protestos realizados em junho de 2013. A forma de atuação do Estado junto ao cidadão é que se revelou frágil, decorrendo daí o problema da qualidade.

6 NOVAS REALIDADES, BRASIL E DESAFIOS A ENFRENTAR

Até agora foi destacado que a trajetória da seguridade brasileira teve o sentido da universalização, embora a qualidade dos serviços seja questionável. Resta saber se a estrutura das políticas sociais atende às novas realidades, a saber: envelhecimento, mudanças na estrutura familiar, transformações tecnológicas e transformações nas relações de trabalho. Embora o Brasil seja um exemplo para as políticas sociais, ainda existem heranças do passado que inibem consolidar uma estrutura institucional mais moderna, que se traduza em bem-estar social.

A existência de determinadas políticas e programas novos ou reformados após os anos 1980 é uma prova de adaptação às novas realidades no contexto brasileiro. O SUS é o exemplo mais bem acabado ao entender que a sociedade brasileira é muito heterogênea e cerca de dois terços dela não podem pagar por serviços contratados junto à iniciativa privada, sendo necessária a universalização do atendimento. Há compreensão de que não pode haver uma hierarquização no atendimento, separando os contribuintes dos não contribuintes para a previdência, pois, além de ser um direito humano, o mercado de trabalho é tão instável que essas condições se alteram com grande rapidez, não sendo uma abordagem viável para o Brasil.

O PBF é outro exemplo, diferente, pois focalizar as ações na população mais pobre, e não em todos os brasileiros como o SUS, sendo uma tentativa de rumo correto, ao criar condições para estimular a igualdade de oportunidades para as famílias com menores rendimentos. O advento do PBF revelou implicitamente que as políticas sociais e públicas do Estado, que englobam a tributação, os gastos públicos, a regulação e a prestação de serviços, não geraram a equidade necessária para garantir a coesão social.

O SUS e o PBF revelam os desafios a serem enfrentados por parte das políticas de seguridade em geral. Aqui também é válida a observação de Matijascic e Kay (2014) de que existe uma agenda pendente. A opção de condução de política social do Brasil cria obstáculos para consolidar uma DSS. Segundo Matijascic e Kay (2014), a previdência do Brasil está mal adaptada à realidade e possui problemas de aderência às novas realidades, a saber:

- é possível ser um aposentado e trabalhar regularmente, o que inibe a geração de novas vagas decorrentes da saída do mercado de trabalho. Assim, a aposentadoria no Brasil, em muitos casos, complementa os rendimentos e não atua, como na maioria dos países, para repor a perda de capacidade laboral;

- no Brasil, é possível receber pensão por morte sem nenhum tipo de carência ou restrição e acumular esses proventos com os da ocupação ou de outros benefícios, não sendo focalizados em quem deles necessita;
- falta uma regulamentação mais aperfeiçoada para benefícios de risco. Muito depende do julgamento dos responsáveis pela concessão dos benefícios. A modalidade de invalidez parcial inexistente, o que impede o aproveitamento e inserção laboral e social em tempo parcial do beneficiário;
- os custos de gestão são elevados e o processo de concessão de benefícios possui irregularidades que redundam em desperdício de recursos; e
- criar um fundo de reserva capitalizado deveria ser discutido no Brasil, com os planos de benefícios definidos, considerando o envelhecimento e o potencial de pressão sobre a carga tributária no futuro ou mesmo os riscos de redução do poder de compra dos benefícios.

A questão relativa ao seguro-desemprego, cujas despesas são financiadas pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), no Brasil, também requerem reformas institucionais.⁴ Apesar de o desemprego ter se reduzido de 9,7% para 6,2% em relação à PEA entre 2003 e 2012, os valores gastos com seguro-desemprego aumentaram de 0,49% para 0,82% em relação ao PIB no mesmo período (Ipea, 2014). Esse paradoxo se explica pelas dificuldades institucionais. Com o aumento do número de trabalhadores com contrato regular de trabalho, sem a redução da enorme rotatividade que caracteriza a economia brasileira, associada à falta de fiscalização das condições de trabalho, aumenta o número dos que recebem seguro-desemprego e, ao mesmo tempo, estão ocupados em atividades informais. Essa situação permite acumular rendimentos de duas fontes distintas. Isso ocorre, sobretudo, para trabalhadores de setores com maior índice de precarização. A reduzida fiscalização por parte do Estado em suas três esferas de governo, aliada aos problemas de comunicação entre as diferentes formas de fiscalização, facilita a propagação do problema, que, como no caso da previdência, implica gastos que não se justificam sob o prisma da política social. Acumular proventos do seguro-desemprego e da ocupação não respeita o objetivo de repor renda para quem perde o emprego e o salário, ainda que com trabalhadores de baixa renda (Ipea, 2013).

4. Para requerer o seguro-desemprego e receber três parcelas deste, é preciso ser assalariado com carteira de trabalho assinada por mais de seis meses, sendo que esse total pode chegar a cinco parcelas se o trabalhador estiver empregado por mais de 24 meses seguidos.

Os problemas apresentados decorrem de deformações herdadas do passado, cujos resultados beneficiam os mais afluentes nas aposentadorias e pensões. Mas existem outros problemas que não têm sido enfrentados com as devidas cautelas e que poderiam integrar uma agenda DSS para promover o desenvolvimento, a saber:

- a possibilidade de utilização de uma licença do tipo “ano sabático” para a pessoa poder estudar ou aperfeiçoar as suas habilidades e ter por contrapartida o adiamento proporcional do momento da aposentadoria;
- conceder licenças por maternidade e paternidade mais generosas para melhor atender os recém-nascidos e, ao mesmo tempo, eliminar as diferenças por gênero que afetam negativamente a situação das mulheres no mercado de trabalho, sem falar nas vantagens para incentivar o maior compartilhamento das tarefas de cuidados entre homens e mulheres; e
- criar melhor infraestrutura de serviços sociais e formação de pessoal para o atendimento de crianças, idosos e reintegração para quem está incapacitado.

Mesmo o PBF, um exemplo internacional, apresenta problemas. Apesar de o PBF aliviar a pobreza, a emancipação, prevista em programas dessa natureza, não foi aferida por dados estatísticos oficiais. Essa questão requer estudos mais aprofundados, mas, em tese, deve decorrer das dificuldades para poder ingressar no mercado de trabalho com rendimentos adequados e estabilidade. No entanto, o PBF teve sucesso para assegurar a permanência das crianças na escola (Kerstenetzky, 2009).

Outra ordem de problemas diz respeito à imensa fragmentação das instituições no Brasil. Embora a CF/1988 tenha elaborado um capítulo de Ordem Social e introduzido o conceito de seguridade, os segmentos que integram as políticas sociais continuam muito fragmentados e com pouca coesão no planejamento governamental. Esse cenário reduz a efetividade dessas políticas públicas.

A seguridade social, que congrega o pagamento de benefícios previdenciários, prestações e serviços da assistência social, ações de saúde e promoção do emprego e seguro-desemprego, está distribuída em quatro ministérios diferentes, que possuem as suas próprias agências e serviços, com um reduzido nível de interação. As ações desses ministérios, ou seja, previdência, desenvolvimento social, saúde e trabalho e emprego, se dão, em geral, em separado. Além da fragmentação ministerial, todos esses segmentos contam com agências diferentes para conceder benefícios ou prestar serviços sociais, o que impede a superação de heranças históricas.

A título de exemplo, as próprias entidades que representam os fiscais reconhecem que a fiscalização das condições de trabalho, que envolvem os ministérios do Trabalho (MTE) e da Saúde (MS), além de afetar os demais, é feita em separado e de forma desarticulada, conforme apontou Ipea (2011). O mesmo vale para as ações entre o MS e o Ministério da Previdência Social (MPS) que envolvem doenças. Embora sejam as instituições de saúde que tratam das pessoas doentes ou acidentadas, elas precisam ser autorizadas por peritos médicos da Previdência para ter acesso a benefícios. Isso multiplica os problemas a serem enfrentados em caso de incapacitantes para o trabalho, e, pior, os peritos da Previdência não estão autorizados a solicitar procedimentos, embora possam ou não aprovar um benefício. O processo pode ser muito confuso, lento e com resultados incertos.

Outra questão que merece destaque é a falta de cotejamento dos diferentes bancos de dados das instituições que cuidam das políticas sociais. Todas as instituições assinaladas possuem cadastros próprios, que pouco ou nada se comunicam, com a exceção daquelas envolvendo o MPS e o MTE, onde a integração existe, ainda que de forma parcial e com poucos resultados para a melhoria da governança. Isso tudo facilita a fraude e as irregularidades, que, conforme apontou a Controladoria-Geral da União – CGU (2010, p. 3-22), podem atingir, por exemplo, cerca de 20% das aposentadorias e pensões.

Sem enfrentar essas heranças do passado e seus reflexos sobre o atendimento ou sobre a estrutura institucional e remover interesses daqueles que se beneficiam com a situação atual, não será possível vencer os desafios existentes. Além disso, também não será possível dizer que uma postura baseada na DSS seja a forma dominante de atuação das políticas sociais brasileiras por não atuarem de forma preventiva e proativa.

7 A POLÍTICA SOCIAL E A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES

Até aqui, o estudo buscou apontar o sucesso e os desafios obtidos com políticas sociais, em matéria de cobertura, esforços para a universalização e problemas institucionais e de gestão. As iniciativas que diferenciaram o atendimento segundo a capacidade financeira, a inserção profissional e a separação da provisão pública e privada impediram, junto com as limitações de renda *per capita* e os problemas de gestão, o Brasil de atingir patamares mais elevados de bem-estar social.

Mas existem outros limites, talvez maiores e decorrentes dessa mesma matriz de mentalidades, para a promoção da equidade. O mais relevante entre esses limites está na forma de organizar o sistema de proteção social, que privilegia as ações do tipo transferência de dinheiro, como o pagamento de aposentadorias, e coloca em segundo plano os serviços sociais, destinando-lhes menos recursos. Isso incentivou a consolidação de uma vigorosa provisão privada, com problemas de regulação e incentivos tributários. Conforme apontaram Esping-Andersen e Myles (2007), essa opção teve menos sucesso para reduzir desigualdades e a dependência em relação ao mercado quando comparada às que privilegiaram os serviços sociais e o atendimento universal de qualidade.

A distribuição de gastos públicos com proteção social e sua evolução em relação ao PIB permitem compreender a evolução desde 1995 (tabela 5).

TABELA 5
Proteção social pública como percentual do PIB no Brasil

Tipo de proteção social	1995	2000	2005	2010	2011
Benefícios via BPC	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6
Previdência do setor privado	5,7	5,9	6,3	6,0	6,1
Previdência do setor público	4,0	4,9	4,4	4,3	4,3
Seguro-desemprego	0,3	0,4	0,5	0,8	0,8
PBF	–	0,1	0,3	0,4	0,4
Saúde	2,9	2,9	3,3	4,2	4,1
Educação	3,8	4,7	4,5	5,9	6,1

Fonte: Brasil (2014).

Ao considerar os dados da tabela 5, é possível dizer que as políticas mais focalizadas nas populações com menor renda apresentaram a evolução mais acelerada após 1995. Isso vale para benefícios da Loas, seguro-desemprego, PBF e saúde. Os benefícios para servidores e trabalhadores do setor privado não evoluíram muito em relação ao PIB. A educação está num patamar intermediário. Outro aspecto a ser destacado na tabela 5 é que as políticas via transferência em dinheiro são predominantes em relação aos serviços sociais.⁵ Esse cenário mostra um padrão de proteção social que pode se revelar problemático.

5. Os serviços sociais variam muito de um país para outro em termos de operação e tipo de ação. Os serviços sociais que não são pagos em dinheiro se resumem, em nossa análise, aos de saúde e educação, seguindo a norma de Esping-Andersen e Myles (2007), pois estes estão presentes em todos os países, ao contrário dos demais.

Ao comparar o Brasil com outros países, com base em dados da OCDE, que sejam representativos em termos de afinidades, como Portugal ou México, e outros que sejam exemplos dos diferentes modelos de *welfare state*, segundo Esping-Andersen e Myles (2007), é possível obter informações significativas (tabela 6).

TABELA 6
Despesas públicas de caráter social como percentual do PIB

Benefício	Itália		México		Portugal		Suécia		Estados Unidos		Brasil	
	1995	2009	1995	2009	1995	2009	1995	2009	1995	2009	1995	2009
Idosos	10.7	13.0	0.6	1.4	6.4	7.9	9.9	9.2	5.4	6.1	4.6	5.3
Pensionistas	2.6	2.6	0.2	0.3	1.3	1.8	0.7	0.5	1.0	0.8	2.2	3.2
Invalidez	1.8	1.9	0.1	0.1	2.5	2.5	5.1	5.2	1.2	1.5	1.1	1.6
Familiar	0.6	1.3	0.1	1.1	1.0	1.2	3.7	2.9	0.6	0.7	0.5	1.0
Saúde	5.1	7.4	2.2	3.1	4.0	5.2	6.2	7.3	6.2	8.3	2.9	3.8
Educação	6,9	5,9	3,8	5,2	4,7	5,8	6,5	7,2	4,9	5,3	3,8	5,7

Fonte: Social Expenditure Database (Socx), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Disponível em: <www.oecd.org/els/social/expenditure>. Acesso em: 1º set. 2014; Brasil (2014).

O Brasil, em geral, gasta menos que os demais países com os diversos componentes da proteção social, à exceção do México, de acordo com a tabela 6. Mas, para pensionistas por morte do segurado titular, o país supera qualquer outro. Além de gastar menos, em geral, esses gastos públicos representam, praticamente, os gastos totais, o que não é verdade para os demais, com destaque para os Estados Unidos, onde a parcela privada é grande. Os reduzidos gastos públicos com saúde e, em parte, com educação merecem destaque para o Brasil. Esses gastos reduzidos têm por contrapartida a provisão privada, que apresenta gastos de 4,9% (Piola, 2012) e 1,3% (Menezes Filho, 2011) para saúde e educação em 2009, respectivamente, quando comparadas ao PIB. Os baixos níveis de gastos públicos e os problemas de qualidade no atendimento explicam a importância da provisão privada, sobretudo em saúde.

Além da distribuição dos gastos ser desfavorável para os serviços sociais em relação às transferências em dinheiro, isso aparece de forma contraditória quando a meta é reduzir desigualdades por meio da política social. Ao isolar os gastos sociais e seus impactos sobre as famílias com base na metodologia adotada por Marical *et al.* (2006) e Esping-Andersen e Myles (2007), é possível observar que os efeitos potenciais dos gastos com serviços sociais são maiores que os das políticas de transferência de dinheiro e em países da OCDE para reduzir desigualdades.

Medir os gastos das transferências em dinheiro é relativamente simples, em termos metodológicos, pois basta calcular a desigualdade via índice ou coeficiente de Gini antes das transferências e após a sua realização para as famílias. Para os serviços sociais, ou seja, educação e saúde, que são os únicos presentes em todos os países analisados, é incluído um repasse de dinheiro equivalente aos benefícios recebidos pelas famílias e fornecidos pelo Estado. Esse montante equivale aos valores fixados, por exemplo, para custear consultas ou realizar cirurgias, no caso da saúde, ou nos gastos com alunos, segundo a etapa do ensino em que ele se encontra. Para as famílias que pagam por serviços de saúde ou educação, o montante de gastos é deduzido da renda para calcular o coeficiente de Gini após a utilização desses serviços. Os países listados a seguir são os que representam de forma mais exemplar aqueles com *welfare state* segundo o critério de desmercantilização de Esping-Andersen e Myles (2007).

- Suécia (modelo universal), com 42% para o total das políticas sociais e 18% para transferências em dinheiro;
- Alemanha (modelo conservador), com 30% para o total das políticas sociais e 7% para transferências em dinheiro; e
- Estados Unidos (modelo liberal), com 22% para o total das políticas sociais e 2% para transferências em dinheiro.

As diferenças entre a distribuição dos serviços sociais quando comparados às transferências em dinheiro não devem surpreender. Os serviços sociais representam, quando os serviços são monetizados, uma parcela maior sobre a renda para as populações menos abastadas. Além disso, populações com maior rendimento contratam, por vezes, serviços privados de saúde e educação e não recebem, nesses casos, transferências via Estado; de modo inverso, gastam com saúde ou educação e diminuem a renda disponível após esse gasto. Além disso, as transferências em dinheiro se concentram na Previdência, que, de um modo geral, procura distribuir recursos entre gerações e não tem por meta distribuir renda, pois as aposentadorias devem guardar relação com os níveis de rendimento prévios à inatividade dos segurados.

Diante dos resultados apresentados, a transferência de recursos via serviços sociais pode representar uma forma mais efetiva para reduzir desigualdades. Mas, é bom ressaltar, essa não é a forma tradicional de mensuração das desigualdades, inclusive daquelas que servem para efetuar as comparações internacionais tradicionais. Apesar disso, a proposta de Marical *et al.* (2006) representa um avanço para obter indicadores de desigualdade mais precisos para orientar políticas públicas.

Matijascic e Kay (2010), ao utilizarem a mesma metodologia que a de Marical *et al.* (2006) e Esping-Andersen e Myles (2007), concluíram que a redução das desigualdades para as políticas sociais era de 31% e para as políticas via transferência de dinheiro para beneficiários, 11%.⁶ Os resultados não superam tão somente aqueles da Suécia. Isso se explica pelo fato de o mercado de trabalho brasileiro ser um forte concentrador de renda, segundo Hoffmann (2009), o que aumenta os efeitos redutores de desigualdades das políticas sociais. Como no caso brasileiro, onde os gastos com benefícios pagos em dinheiro por parte do Estado são maiores que os realizados via saúde, educação ou outros serviços sociais, é possível presumir que as estratégias de redução de desigualdades não possam mais evoluir sem alterar esse paradigma.

Para concluir, o modelo de proteção social brasileiro, que priorizou, até hoje, transferências em dinheiro em relação aos serviços sociais, conseguiu reduzir as desigualdades num contexto em que o mercado de trabalho gera muita desigualdade. Os resultados obtidos em matéria de redução de desigualdades se devem, portanto, ao universo envolvido pelo mercado de trabalho e não pode ser explicado apenas por uma presumível excelência da proteção social. Mais importante, a estratégia baseada em transferências de dinheiro chegou a um limite, porque essas políticas não são as melhores talhadas potencialmente para promover a equidade. No Brasil, uma agenda de reformas que aumente a importância dos serviços sociais, remova os fatores de iniquidade existentes nas aposentadorias e pensões e promova a progressividade da tributação e dos gastos públicos para beneficiar os que possuem rendas menores é incontornável para romper com os patamares históricos de desigualdade. Isso tudo, é claro, sem esquecer a promoção de modernização da gestão.

6. Conforme Matijascic e Kay (2010), seguindo a metodologia de Marical *et al.* (2006), os gastos com saúde utilizaram dados publicados pelo Datasus (acesso em 1^a set. 2014) para medir as transferências para remunerar atendimentos ambulatoriais ou cirúrgicos e do Suplemento da Pnad em 2008 para delimitar quem fez ou não consultas ou cirurgias. Os vários atendimentos em saúde separados por níveis de complexidade (diferentes tipos de consulta ou diferentes modalidades de cirurgia) não puderam ser atribuídos para cada indivíduo ou decil de renda, mas era possível diferenciar se houve consulta ou cirurgia. Assim, foi atribuído um valor médio para consultas ou cirurgias e considerada uma distribuição de procedimentos uniforme. Em educação, os procedimentos foram similares, ou seja, a média de gasto por nível de ensino foi baseada na média nacional, sem diferenciar escolas ou Unidades da Federação com base em dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) foi necessária para medir os gastos privados com educação e saúde e a Pnad, para definir quem recebeu benefícios em dinheiro, como aposentadorias, pensões ou PBF. Esses procedimentos foram similares aos adotados por Marical *et al.* (2006) e apresentam as mesmas limitações metodológicas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CF/1988 foi o marco fundamental para construir um sistema de proteção social, que tem por objetivo alcançar o bem-estar e atender a população de forma universal, com foco nos mais necessitados. Com essa diretriz, o Brasil se notabilizou como um caso exemplar na esfera internacional em matéria de política social. No entanto, as heranças do passado, que se consubstanciam em problemas institucionais e gerenciais, impedem que os resultados sejam melhores em termos de cobertura e, sobretudo, de qualidade do atendimento.

A preferência por políticas com viés para as transferências em dinheiro em detrimento a serviços sociais apresenta, conforme apontaram Esping-Andersen e Myles (2007), limites para a redução das desigualdades e para a geração de oportunidades que possam facilitar a mobilidade social. Insistir nessa orientação, apesar do sucesso na redução das desigualdades nos últimos anos, não mais implicará redução do índice de Gini para a renda, e uma prova disso é que a sua redução, desde 2009, pouco evoluiu.

Grande parte dos problemas enfrentados pelas políticas sociais brasileiras advém da forte diferenciação no acesso a benefícios de maior qualidade, que se deve à dicotomia entre a provisão pública e a privada. A população, caso consiga obter um maior nível de renda, prefere a provisão privada. Para atingir um melhor nível de qualidade, tornando a política social mais efetiva, vai requerer reformas institucionais. É preciso contar com profissionais que atuem de fato e não permitir a manutenção de um nível tão alarmante de absentéismo, por exemplo, além de reduzir o contingente daqueles que exercem tarefas burocráticas e elevar o contingente dos que lidam diretamente com o público.

As políticas sociais que transferem dinheiro também exigem cuidados. Os benefícios devem privilegiar quem mais precisa. Isso é verdade no terreno da aposentadoria, mas também aparece na educação ou na saúde, onde serviços de melhor qualidade acabam sendo mais acessados pelos mais afluentes.

A política social, *per se*, não reduz a desigualdade de renda. A regulação das condições de trabalho também é essencial para gerar bem-estar e reduzir a pressão sobre o setor público. As precárias condições de vida de grande parcela da população, os acidentes e a própria violência dificultam a situação. Além disso, a promoção da equidade

depende da forma que se dá a arrecadação tributária, que precisa se tornar mais progressiva no Brasil e buscar focalizar os gastos públicos nas populações que mais precisam de bens e serviços para obter melhores condições de vida.

Em suma, o Brasil pode continuar a ser um destaque na arena das políticas sociais, e várias das conquistas obtidas nas últimas décadas legitimam essa ambição. Porém, a relutância em eliminar as heranças do passado e as fortes disparidades sociais não faz do país um ícone, pois a prevalência de práticas arcaicas num ambiente de forte iniquidade não permite que essa condição seja atingida. Reformas são necessárias, e essas precisam privilegiar direitos sociais clássicos, além de promover a eficiência para que o desenvolvimento possa ser um processo sustentável. Mais importante, o foco dessas reformas tem de ser o bem-estar, com base em direitos humanos e sociais como forma de apoio a um novo modelo de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte; altera dispositivos das Leis nº 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, da Lei nº 10.189, de 14 de fevereiro de 2001, da Lei Complementar nº 63, de 11 de janeiro de 1990; e revoga as Leis nº 9.317, de 5 de dezembro de 1996, e 9.841, de 5 de outubro de 1999. Brasília: Congresso Nacional, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/kPmxcO>>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo Suas**. Brasília: MDS, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/gQDAa3>>.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Despesas orçamentárias por agregadores funcionais e programáticos**. Brasília: MP, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/EC8LIC>>.

CARNEIRO, R. **Desenvolvimento em crise**: a economia brasileira no último quarto do século XX. São Paulo: FEU, 2002. 423 p. v. 1.

CEF – CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. Bolsa Família: dignidade, alimentação, educação e saúde para todos. **Caixa**, Rio de Janeiro, [s. d.]. Disponível em: <<http://goo.gl/yCCgrN>>. Acesso em: 1º set. 2014.

CEPAL – COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Transformación productiva con equidad**. Santiago: Cepal, 1991.

CONSTANZI, R. *et al.* Evolução dos contribuintes ao Regime Geral de Previdência Social.

- Informações Fipe**, São Paulo, n. 400, jan. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/Vk6llV>>.
- CGU – CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Relatório de auditoria anual de contas**. Brasília: CGU, 2010.
- ESPING-ANDERSEN, G.; MYLES, J. **The welfare state and redistribution**. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/TznyiL>>.
- FURTADO, C. **Análise do “modelo” brasileiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.
- HOCHMAN, G. **De inapiários a cardeais da previdência**: a lógica de ação de uma elite burocrática. 1990. Tese (Doutorado) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.
- HOFFMANN, R. **Desigualdade da distribuição da renda no Brasil**: a contribuição de aposentadorias e pensões e de outras parcelas do rendimento domiciliar *per capita*. São Paulo: Editora Unicamp, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/oPv225>>.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Boletim de Políticas Sociais**, Brasília, n. 17, 2009.
- _____. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2011.
- _____. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2013.
- _____. **Boletim de Políticas Sociais**, Brasília, n. 22, 2014.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; SEPPIR – SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. **Situação social da população negra por estado**. Brasília: Ipea, 2014.
- ISSA – INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION. **Award presented to Brazil during world forum**. Geneva: Issa, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/XEAvad>>.
- KERSTENETZKY, C. L. Redistribuição e desenvolvimento: a economia política do Programa Bolsa Família. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 53-83, 2009.
- MARICAL, F. *et al.* **Publicly-provided services and the distribution of resources**. Paris: OECD Publishing, 2006. (OECD Working Papers, n. 45). Disponível em: <<http://goo.gl/qk9X1Q>>.
- MATIJASCIC, M.; KAY, S. **Brazilian social security in comparative perspective**: expenditures, redistribution, and inequality. Luxembourg: Issa, 2010. Disponível em: <<http://www.issa.int>>.
- _____. Universal social security coverage and democracy: the Brazilian path to nation building. *In*: ISSA – INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION. **Social security coverage extension in the BRICS**. Geneva: Issa, 2013.
- _____. Brazilian pension model: the pending agenda. **International Social Security Review**, London, v. 67, p. 71-93, 2014.

MATIJASCIC, M.; GUERRA A. L.; ALDRIN, R. **Presença do Estado no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011.

MCKINNON, R. Dynamic social security: a framework for directing change and extending coverage. **International Social Security Review**, v. 60, n. 2-3, p. 149-168, 2007.

MENEZES FILHO, N. Gastos privados com educação. **Alerta Total**, abr. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/VSYdqP>>.

MERRIEN, F.; PARCHET, R.; KERNEN, A. **L'état social: une perspective internationale**. Paris: Armand Colin, 2005.

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **How does Brazil compare with OECD countries**. Paris: OCDE Publishing, 2013.

PIOLA, S. F. **Financiamento público da saúde: uma questão prévia, que não é consensual**. In: SEMINÁRIO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE-SUS. Brasília: Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/sSO1BW>>.

PIRES, M.; RAMOS, P. O termo modernização conservadora: sua origem e utilização no Brasil. **Revista Econômica do Nordeste**, Recife, v. 40, n. 3, p. 411-424, 2009.

PNAD – PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. Microdata (1978-2012). Rio de Janeiro: IBGE, vários anos.

SANTOS, W. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

SIGG, R. **Introduction in developments and trends supporting dynamic social security**. Moscow: Issa, 2009.

SPOSATI, A. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 55, 1997.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório sistêmico de fiscalização da saúde**. Brasília: TCU, 2014a.

_____. **Relatório de auditoria coordenada no ensino médio**. Brasília: TCU, 2014b.

WEFFORT, F. **O populismo na política brasileira**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

ZINI JÚNIOR, A. **Uma avaliação do setor financeiro no Brasil: da reforma de 1964/65 à crise dos oitenta**. 1988. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1988.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

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

WOLFE, L.; GURRÍA, M. **Money counts**: projecting education expenditures in Latin America and the Caribbean to the year 2015. Montreal: Unesco, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/E8CR1h>>.

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Everson da Silva Moura

Reginaldo da Silva Domingos

Revisão

Ângela Pereira da Silva de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Leonardo Moreira Vallejo

Marcelo Araujo de Sales Aguiar

Marco Aurélio Dias Pires

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Bárbara Seixas Arreguy Pimentel (estagiária)

Laryssa Vitória Santana (estagiária)

Manuella Sâmella Borges Muniz (estagiária)

Thayles Moura dos Santos (estagiária)

Thércio Lima Menezes (estagiário)

Editoração

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniella Silva Nogueira

Danilo Leite de Macedo Tavares

Diego André Souza Santos

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Capa

Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria do Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Secretaria de
Assuntos Estratégico

