

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

THAIS DE OLIVEIRA BARBOSA

ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: o financiamento da seguridade social brasileira entre
2002 e 2009

RIO DE JANEIRO
2014

Thais de Oliveira Barbosa

ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: o financiamento da seguridade social brasileira entre
2002 e 2009

Dissertação apresentada ao Corpo Docente do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

Orientadora: Professora Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna

Rio de Janeiro

2014

B238 Barbosa, Thais de Oliveira.

Entre o público e o privado: o financiamento da seguridade social brasileira entre 2002 e 2009 / Thais de Oliveira Barbosa. -- 2014.

95 f. ; 31 cm.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Wemeck Vianna.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2014.

Bibliografia: f. 92-95.

1. Seguridade social. 2. Gastos tributários. 3. Economia do bem-estar social.
I. Vianna, Maria Lúcia Teixeira Wemeck. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. III. Título.

CDD 368.40981

Thais de Oliveira Barbosa

ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: o financiamento da seguridade social brasileira entre
2002 e 2009

Dissertação apresentada ao Corpo Docente do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

Aprovada em

Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna (orientadora)

Professora Doutora Beatriz Azeredo da Silva

Professora Doutora Denise Lobato Gentil

Professora Doutora Maria Helena Lavinias de Moraes

A meu pai,
pelos 22 anos em que
tive sua companhia.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha orientadora professora Maria Lúcia por toda a atenção, apoio e carinho.

Agradeço à professora Beatriz por ter aceitado fazer parte da banca examinadora e pelos conselhos dados no projeto inicial.

Agradeço à professora Denise por ter aceitado fazer parte da banca examinadora, pelos conselhos dados no projeto inicial e pelo incentivo dado para que eu continuasse meus estudos no doutorado.

Agradeço à professora Lena por ter aceitado fazer parte da banca examinadora e pelo incentivo dado nos momentos de dificuldade para que eu prosseguisse com mestrado.

Agradeço ao Instituto de Economia da UFRJ, que me abrigou desde os estudos da graduação, contribuiu e contribui enormemente para minha formação.

Agradeço à CAPES pelo auxílio financeiro concedido, fundamental para que eu pudesse me dedicar integralmente ao mestrado.

Agradeço à Márcia Reis, que revisou com carinho o texto deste trabalho.

Agradeço ao meu companheiro Vinícius, por todo carinho, amor, cuidado, paciência e incentivo.

Agradeço aos meus amigos queridos, de todas as idades, que me apoiaram de todas as formas durante essa jornada que começou em meio a momentos tão difíceis.

Lista de gráficos, quadros e tabelas

Gráfico 1: Gastos públicos diretos e indiretos com previdência pública e privada - participações.....	68
Gráficos 2 e 3: Oferta de saúde privada.....	79
Gráficos 4 e 5: Financiamento público para a saúde.....	79
Gráficos 6 e 7: Financiamento público para a Assistência Social.....	87
Gráfico 8: Distribuição média (2002-2009) dos gastos públicos diretos e indiretos com Seguridade Pública.....	90
Gráfico 9: Distribuição média (2002-2009) dos gastos públicos diretos e indiretos com Seguridade Privada.....	90
Quadro 1: Formas de financiamento público para previdência privada.....	64
Quadro 2: Formas de financiamento público para saúde privada.....	69
Quadro 3: Formas de financiamento público para assistência social privada.....	83
Tabela 1: Carga Tributária por faixa de renda.....	15
Tabela 2: Gastos públicos diretos e indiretos com previdência.....	67
Tabela 3: Oferta da saúde.....	73
Tabela 4: Distribuição dos gastos públicos diretos e indiretos para saúde privada.....	75
Tabela 5: Gastos tributários com saúde privada.....	77
Tabela 6: Gastos com transferências diretas a instituições privadas na função saúde.....	78
Tabela 7: Gastos tributários em assistência social.....	84
Tabela 8: Gastos públicos diretos e indiretos com assistência social pública e privada.....	86
Tabela 9: Gastos públicos diretos e indiretos com seguridade pública e privada.....	89

RESUMO

BARBOSA, Thais de Oliveira. **Entre o Público e o Privado:** o financiamento da seguridade social brasileira entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências, Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O presente trabalho investiga a participação do setor público no financiamento de serviços privados de proteção social, mensurando seus valores e comparando-os com o que vem sendo destinado à proteção social pública. A Seguridade Social foi escolhida para representar o sistema de proteção social brasileiro. Em paralelo, como proteção social privada consideraram-se as áreas de assistência, previdência e saúde privadas. Antes da exposição dos dados, são feitas uma retrospectiva histórica sobre a proteção social no Brasil e um apanhado sobre os principais argumentos teóricos que justificam a intervenção do Estado nas áreas de assistência, previdência e saúde. Apresenta-se também a literatura recente sobre as relações "público-privado" em proteção social no Brasil, tendo como foco a questão do financiamento. Por fim, realiza-se uma crítica quanto à parcial socialização dos custos de mercado com proteção social privada.

Palavras-chave: seguridade social, gastos tributários, economia do bem estar social.

ABSTRACT

BARBOSA, Thais de Oliveira. **Entre o Público e o Privado:** o financiamento da seguridade social brasileira entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Ciências, Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This work investigates the involvement of the public sector in private social protection financing, measuring their values and comparing them with what has been allocated to public social protection. Social Security was chosen to represent the Brazilian social protection system. At the same time, we consider private social protection private assistance, pensions and health care. Before exposing data, we made a historical retrospective on social protection in Brazil and an overview about the main theoretical arguments justifying the state intervention assistance, pensions and health care. It also presents recent research on the social protection "public-private" relations in Brazil, focusing on the issue of funding. Finally, we made a critical review about the partial socialization of the private social protection market cost.

Keywords: social security, tax expenditures, welfare economics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. UMA INTRODUÇÃO À SEGURIDADE SOCIAL.....	17
1.1. Previdência.....	18
1.2. Saúde	27
1.3. Assistência	34
1.4. Prévias conclusões.....	39
2. UM HISTÓRICO DA SEGURIDADE BRASILEIRA.....	41
2.1. Antecedentes: O período anterior a Vargas.....	41
2.2. Vargas e a criação dos IAPs.....	42
2.3. A expansão do sistema no contexto de redemocratização.....	47
2.4. A modernização do sistema sob o regime autoritário militar.....	50
2.5. A redemocratização e a Constituição de 1988.....	56
2.6. Prévias conclusões.....	61
3. A OBSCURA RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NO FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE BRASILEIRA.....	62
3.1. Previdência.....	62
3.2. Saúde.....	68
3.3. Assistência Social.....	78
3.4. Seguridade.....	86
BREVES CONCLUSÕES.....	89
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	92

INTRODUÇÃO

Há diversas explicações para as causas do surgimento dos sistemas de proteção social, ou Estados de bem estar social. Pode-se argumentar que a industrialização e o desenvolvimento da economia capitalista tornaram a "política social tanto necessária quanto possível" (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.91), pois criaram enormes riscos sociais antes administrados no âmbito da comunidade local e familiar. Dessa forma, "o *welfare state* é um produto inevitável do modo de produção capitalista" (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.92). O autor também apresenta outras abordagens, ligando o surgimento do Estado de bem estar social ao desenvolvimento de instituições democráticas e à mobilização das classes sociais. O fato é que o advento da moderna economia capitalista transformou as relações sociais, produzindo uma série de riscos para os quais foram necessárias respostas por parte dos Estados.

Também há um grande esforço teórico para a conceituação do Estado de bem estar social. Pode-se dizer que há relativa concordância conceitual, o que contribuiu para o avanço dos estudos nesse campo (AMENTA, 2003). São Estados com políticas sociais ativas e sistemáticas com o objetivo de prover um padrão mínimo de renda e serviços, prevenindo riscos de perda de renda e evitando com que situações de pobreza, privação, exclusão e desigualdade ameacem a coesão da sociedade. As áreas componentes da política social podem ser bastante amplas, incluindo aposentadorias e outras transferências de renda, educação, habitação, saúde, política tributária, política econômica, políticas de combate às drogas, políticas de gênero. Cada país tem sua própria configuração e intensidade de tais políticas, o que faz com que seus resultados também sejam diferentes. As formas de financiamento também variam, em alguns casos recaindo mais sobre trabalhadores e/ou empresários e em outros onerando mais o orçamento geral dos Estados. De toda forma, o fato é que a maioria dos países ditos desenvolvidos apresenta altos percentuais do PIB comprometidos com proteção social¹.

Entender a configuração do sistema de proteção social brasileiro é um dos objetivos desse trabalho. Suspeita-se de que a existência de financiamento público para serviços privados de proteção social, sobretudo através da política tributária, seja uma característica merecedora de atenção. Como apontou Amenta (2003, p. 121), é preciso notar: "(...) *the need*

¹ Segundo a OECD, em 2013 a média do gasto público social como percentual do PIB de seus países-membros foi de 21,9%. Citando alguns outros países, esse percentual foi 20% nos Estados Unidos, 33% na França, 26,2% na Alemanha, 23,8% no Reino Unido, 30,5% na Finlândia. A pesquisa considerou gastos com aposentadorias, pensões, saúde, benefícios para famílias, programas voltados à inserção no mercado de trabalho, benefícios para os desempregados, habitação e outras áreas de política social.

*to take into account tax expenditures for social purposes in studies of social policy, as these tax breaks are often functional substitutes for spending programs."*²

O financiamento dos sistemas de proteção social provoca sempre grandes discussões, afinal é necessário que o governo arrecade os recursos necessários³ ao seu funcionamento e a questão tributária afeta a todos. Mesmo aceitando que altas cargas tributárias são o preço a ser pago para se viver em uma sociedade harmoniosa, ainda há discussões sobre como esse ônus será dividido entre a sociedade.

Sobre a existência de gastos públicos direcionados à proteção social privada, tal financiamento é realizado sobretudo de forma indireta via sistema tributário, o que o torna pouco perceptível. O fato de os gastos indiretos com a proteção social privados não serem contemplados pela contabilidade tradicional pode fazer com que sua importância não seja notada, nem como um benefício de proteção social, nem como um ônus para que se possa discutir sua distribuição. Nesse contexto, evidenciar o financiamento público tanto direto quanto indireto para a proteção social privada é algo urgente. O presente trabalho seguirá a mesma linha de Barbosa (2011), considerando os gastos públicos tanto diretos quanto indiretos como uma forma de financiamento público para determinada área, sendo necessário agregar as duas modalidades de gasto a fim de dimensionar tal financiamento. Somente com esse conhecimento é possível realizar uma avaliação desse tipo de política, discutindo a possibilidade de uma reorientação da mesma.

Realizar uma tentativa de contabilização de tais gastos no Brasil, mesmo que aproximada, é um dos principais objetivos desse trabalho. O gasto indireto de natureza tributária, também chamado ao longo desse trabalho de subsídio fiscal ou benefício tributário, destinado aos serviços de proteção social privados pode se dar de diversas maneiras e nas três esferas federativas. Contudo, houve dificuldade em contemplar estados e municípios nessa contabilização por questões de dificuldade de disponibilização de dados sobre gastos indiretos consolidados para todo Brasil. Sendo assim, serão analisados apenas os subsídios fiscais concedidos pela esfera federal.

Esses benefícios são concedidos tanto através de impostos quanto de contribuições sociais. No caso do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), a iniquidade é bastante notável. Nesse caso os benefícios tributários decorrem da possibilidade de deduzir gastos com

² Tradução livre da autora: " (...) a necessidade de ter em conta os gastos tributários para fins sociais em estudos de política social, pois esses incentivos fiscais são muitas vezes substitutos funcionais para programas de despesas."

³ O endividamento público é uma possibilidade, mas em geral não é desejável para o financiamento de gastos correntes como aqueles típicos da proteção social.

serviços de educação, saúde, previdência privada, além de uma dedução fixa por dependente ou dos gastos com pensão judicial, da base de cálculo do IRPF. Para receber tais benefícios é necessário estar nas faixas de rendimento tributadas por este imposto, em 2013 ele incidirá somente nos rendimentos acima de R\$ 1.710 mensais. Como receber subvenções fiscais para gastos com serviços de proteção social privados é um benefício restrito a quem possui rendimentos superiores aos valores estipulados - ou seja, não pode ser usufruído por todos os cidadãos brasileiros - suspeita-se de uma situação de iniquidade. Apenas a parcela da população em melhor situação econômica paga tal imposto, conseqüentemente apenas ela pode usufruir dessa subvenção, já que não há como realizar deduções em impostos indiretos. Logo existem benefícios exclusivos para a parcela da população em melhor situação. Tal fato contraria o princípio da justiça distributiva *rawlsiano*, segundo o qual as intervenções governamentais na distribuição de renda só são aceitáveis se funcionarem no sentido de beneficiar aqueles em pior situação (FERES JÚNIOR & PROGREBINSCHI, 2010).

A isenção e renúncia de impostos devidos pela pessoa jurídica como IRPJ, CSLL e COFINS para muitas entidades cuja atividade consiste na prestação de serviços de proteção social privados é outra maneira pela qual o Estado brasileiro contribui indiretamente para o financiamento de tais serviços. Aqui também há suspeita de uma situação de iniquidade, visto que o Estado contribui para o financiamento de serviços que em geral são acessíveis apenas à parcela mais rica da população.

Suspeita-se de que a existência desses gastos públicos indiretos seja uma característica merecedora de atenção, já que eles são pouco notados e há indícios de que representam um grande volume de recursos. Piola, Servo, Sá e Paiva (2012, p.4) afirmam que: “A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2011 uma renúncia de arrecadação federal superior a R\$ 13,5 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde. Contudo, esse número pode estar subestimado”. Em resumo, o aporte de recursos públicos de forma direta e indireta para os serviços privados relacionados à proteção social já é conhecido e estudado por alguns autores, sobretudo na área de saúde. Como este é em sua maior parte indireto, sua real extensão e sua importância costumam passar despercebidas, seja pela opinião pública ou pelos técnicos e acadêmicos.

Em paralelo, a elevada desigualdade de renda e os altos índices de pobreza no Brasil já são assuntos bastante conhecidos e discutidos. Para alguns autores esses problemas são, sobretudo, decorrentes da desigualdade de oportunidades vivenciada pelos cidadãos brasileiros (BARROS E MENDONÇA, 1995). Os sistemas públicos de proteção social podem ser capazes de combater a desigualdade de oportunidades, uma das responsáveis por

situações de pobreza. Dessa forma, construir um amplo e sólido sistema público de proteção social é fundamental para o desenvolvimento socioeconômico do país.

Atualmente convivem no Brasil a proteção social pública e a privada. Tal situação é por vezes vista como paradoxal, já que a iniciativa pública e a privada atuam mais de forma paralela do que complementar, o que é marcante no caso da saúde. A maioria da população não possui recursos suficientes para pagar por serviços privados (planos de saúde ou pagamento por serviço), logo só tem acesso ao sistema público⁴. Vale lembrar que atualmente a saúde privada, por exemplo, não é autônoma, ou seja, não é independente de qualquer subsídio ou financiamento do setor público (PAIM, 2005). O mesmo ocorre com as outras áreas da proteção social abordadas nesse trabalho, a presença de subsídios diretos e indiretos é marcante. Além disso, a parte da população menos favorecida economicamente não é a única a usufruir do sistema público: universidades públicas, serviços de saúde de alta complexidade e regimes de previdência para funcionários públicos e militares têm uma considerável participação em seu público de cidadãos nada desfavorecidos economicamente.

Ao se deparar com a grande regressividade da estrutura tributária brasileira, marcada por um elevado peso de impostos indiretos, fica evidente o fato de os cidadãos menos favorecidos serem aqueles que mais contribuem proporcionalmente à sua renda com o financiamento de políticas públicas (SALVADOR, 2007). A carga tributária por faixa de renda pode ser vista na tabela 1. Somando-se a isso a existência de financiamento direto e indireto para serviços privados de proteção social, acessíveis apenas à parcela mais favorecida economicamente da população, há indícios de uma “dupla regressividade”, ou seja, regressividade na estrutura de arrecadação e também na de gastos.

⁴ Como em 2013 a ANS contabilizou que a cobertura de planos de saúde era de em torno 25% da população, logo no mínimo 75% da população brasileira dependem do SUS. Isso porque muitos usuários de planos de saúde têm um plano segmentado - por exemplo, cobrindo apenas consultas e exames, ou apenas internações hospitalares - e quando precisam da cobertura excluída de seus planos provavelmente recorrem ao SUS. Mesmo tendo a cobertura, por vezes o atendimento é dificultado, fazendo também com que os usuários recorram ao SUS.

Classe de renda per capita (R\$ de 2003)	Carga tributária (%)
Até 120	20,70
Maior que 120 até 240	17,11
Maior que 240 até 360	16,18
Maior que 360 até 480	16,14
Maior que 480 até 600	15,24
Maior que 600 até 720	15,8
Maior que 720 até 960	15,71
Maior que 960 até 1.200	15,38
Maior que 1.200 até 1.440	14,72
Maior que 1.440 até 1.920	16,28
Maior que 1.920 até 2.640	15,71
Maior que 2.640 até 3.840	15,42
Maior que 3.840	13,62

Tabela 1 - Carga Tributária por faixa de renda
Fonte: PINTOS PAYERAS (2008)

Como o Brasil possui um sistema de seguridade social definido na Constituição Federal, inclusive com seu próprio orçamento, ele foi escolhido para representar o sistema público de proteção social ou o *Welfare State* brasileiro. Dessa forma, serão contempladas as áreas de saúde, assistência e previdência públicas, assim como suas equivalentes no âmbito privado. Em relação à exposição de dados, o trabalho abrange os anos de 2002 a 2009. Tal limitação é decorrente sobretudo da disponibilidade de dados. Sobre a saúde privada, até o momento as Contas Nacionais com esse nível de desagregação somente estão disponíveis até o ano de 2009. Já quanto aos dados referentes ao gasto público direto consolidado pelas três esferas governamentais, o Tesouro Nacional realizou essa contabilização apenas a partir do ano de 2002. Acredita-se que o período em questão, relativamente longo e recente, seja representativo da estrutura do sistema de seguridade brasileiro, considerando tanto a seguridade social ou pública quanto a "seguridade privada".

É importante também enfatizar que o trabalho analisará apenas a questão do financiamento da seguridade social brasileira e de sua "equivalente"⁵ no âmbito privado, ou seja, montante e fonte de recursos despendidos. Não serão feitas considerações sobre eficiência, eficácia e efetividade de tais gastos.

As diversas subvenções fiscais ao setor privado de proteção social podem ser vistas como uma forma de financiamento público para a proteção social privada. Há ainda a

⁵ Não há propriamente um sistema de "seguridade privada" no Brasil. A "seguridade privada" mencionada neste trabalho consiste naqueles setores que correspondem aos serviços oferecidos pela seguridade social, porém não são organizados pelo setor público.

possibilidade de gastos públicos diretos. Refletir sobre em que medida o financiamento público da "seguridade privada" implica uma situação de iniquidade é problema de pesquisa desse trabalho. Sendo assim, o objetivo é realizar uma análise da estrutura do financiamento do sistema de seguridade brasileiro, tanto público quanto privado, refletindo sobre questões de equidade e justiça social. A hipótese a ser testada é a de que o montante de recursos públicos gastos, ainda que de forma indireta, com "seguridade privada" é expressivo e crescente, sendo possível falar em um sistema de seguridade paralelo à seguridade social pública definida na Constituição Federal com considerável participação do Estado em seu financiamento.

Para tanto, o capítulo 1 fará um introdução à seguridade social, apresentando os argumentos teóricos que contribuem para a defesa de sua existência. Em seguida, o capítulo 2 mostrará como a história abriu caminho para que se constituísse um sistema de seguridade social no Brasil. Já o capítulo 3 tem por objetivo apresentar dados sobre financiamento da seguridade social e da "seguridade privada" no Brasil, com ênfase no financiamento público destinado a essa última. Por fim, serão apresentadas algumas breves conclusões.

1. UMA INTRODUÇÃO À SEGURIDADE SOCIAL

Os sistemas de seguridade social construídos em diversos países podem englobar diferentes áreas. Seu conceito geral é o de:

"(...) um sistema de cobertura de contingências sociais destinado a todos os que se encontram em necessidade; não restringe benefícios nem a contribuintes nem a trabalhadores; e estende a noção de risco social, associando-a não apenas à perda ou redução da capacidade laborativa - por idade, doença, invalidez, maternidade, acidente de trabalho, conforme a doutrina previdenciária *stricto sensus* -, mas, também, a situações em que a insuficiência de renda fragiliza a vida do cidadão." (VIANNA, 2003, p.318)

No Brasil estão inclusas as áreas de saúde, previdência e assistência social; dentro da previdência social estão não apenas as aposentadorias e pensões, mas também o seguro desemprego, o salário família, o salário maternidade, o auxílio acidente, o auxílio doença e o auxílio reclusão; já na assistência social os principais benefícios são o Bolsa-Família e o BPC⁶. Mas a composição dos sistemas de seguridade social varia de um país para outro. Por exemplo, alguns países não incluem a saúde no conceito de seguridade social, como os Estados Unidos e a Inglaterra⁷.

A fim de classificar as variações nos regimes de proteção social de cada país a literatura apresenta três modelos teóricos. Um deles é o modelo dito "liberal", em que prevalece a assistência aos comprovadamente pobres e os benefícios são modestos, principalmente pelo medo do desincentivo ao trabalho. Já o modelo bismarkiano é baseado na ideia de seguro social, nele predominam benefícios contributivos e diferenciados pelo *status* ocupacional, revelando um caráter corporativo. Por último há o regime beveridgiano conhecido por seus princípios de universalismo e de direitos de cidadania. As classificações apresentadas são apenas modelos, na prática não se encontram casos puros mas sim características de ambos em diversos graus. (ESPING-ANDERSEN, 1991; BARR, 1993)

Neste capítulo serão apresentados os argumentos teóricos que justificam a participação do Estado nos setores pertencentes à seguridade social brasileira. Apesar de a seguridade social ser, em tese, um sistema integrado, as três áreas que a compõem serão tratadas em

⁶ Instituído na Constituição de 1988, o Benefício de Prestação Continuada garante aos idosos e às pessoas com deficiência cuja renda familiar não chega a um quarto do salário mínimo um benefício vitalício no valor de um salário mínimo. Não é necessário haver contribuído para a Previdência Social.

⁷ Cabe ressaltar que apesar dessa semelhança os Estados Unidos e a Inglaterra adotam políticas de saúde bastante distintas. Na Inglaterra há um sistema de saúde público, universal e gratuito - que foi até mesmo uma inspiração para a criação do SUS no Brasil. Já nos Estados Unidos, o governo oferece assistência médica apenas aos comprovadamente pobres ou/e idosos; respectivamente através do *Medicaid* e do *Medicare*, que não são totalmente gratuitos.

tópicos separados como uma forma de melhor organizar as principais discussões teóricas acerca de cada uma.

1.1 Previdência

A previdência constitui uma proteção para aqueles que se encontram temporariamente ou permanentemente impossibilitados de trabalhar, o que compromete a capacidade de auferir renda dessas pessoas. Permitir a suavização de seu consumo é o objetivo principal de todo sistema previdenciário (BARR, 1993). O envelhecimento, o desemprego, a invalidez, a doença, a prisão ou a morte do provedor familiar podem se enquadrar nas situações abrangidas por um sistema previdenciário. No caso de um sistema privado, nos moldes de um seguro, em geral apenas o envelhecimento é coberto, dando lugar às aposentadorias. O mercado tem grande dificuldade em lidar com as demais situações citadas, por isso tal proteção somente é ofertada a preços proibitivos ou simplesmente não há oferta.

Sistemas previdenciários públicos podem ser concebidos como um seguro ou como um sistema assistencial-redistributivo. Na prática, os sistemas desenvolvidos em diversos países possuem um caráter híbrido, mesclando características de ambas as concepções. No caso do seguro, o benefício recebido é um direito consequente das contribuições realizadas, havendo uma ligação estrita e direta entre contribuições e benefícios. Já o sistema assistencial-redistributivo concebe a previdência como um direito de cidadania, os benefícios devem ser pagos segundo a necessidade de cada um, enquanto as contribuições são realizadas segundo a capacidade contributiva dos indivíduos. Muitas vezes não há contribuição direta para o sistema previdenciário, sendo este financiado apenas com recursos fiscais. Se ao seguir a concepção assistencial-redistributiva o papel a ser desempenhado pelo Estado é evidente, no caso da concepção da previdência como seguro tal papel pode ser contestado. No caso de sistema previdenciário privado, a lógica do seguro é sem dúvida a predominante, não há espaço para um sistema assistencial-redistributivo.

Quanto ao financiamento, os regimes de previdência podem ser de capitalização ou de repartição simples, havendo também a possibilidade de construir um regime misto. Em um sistema de capitalização as contribuições correntes recebidas são aplicadas em ativos financeiros para formação de reservas que serão convertidas em pagamentos de benefícios futuros, ou seja, os aposentados receberão sua poupança passada. Quando as contas são capitalizadas individualmente, que é o caso geral da previdência privada, o regime de

capitalização pode ser de contribuição definida ou de benefício definido. No primeiro caso, a taxa de contribuição é fixa e a aposentadoria será determinada pela soma das contribuições acumuladas e seus respectivos rendimentos. Já no segundo caso a instituição previdenciária garante um valor determinado para a aposentadoria, em geral igual ao último salário ou à média dos salários ao longo da vida, ajustando as taxas de contribuição para tanto. A contribuição definida é o esquema mais utilizado, pois transfere o risco do desempenho das aplicações financeiras para os clientes. Para que a instituição previdenciária fique com esse risco para si, o que ocorre no caso do benefício definido, o preço pode ser proibitivo. (BARR, 1993)

Por outro lado, em um sistema de repartição simples pagam-se os benefícios correntes com as contribuições correntes recebidas, não há formação de reservas para pagamentos de benefícios futuros. Esse é o regime mais comum quando a previdência é pública, já que o Estado tem o poder de tributar os ativos para pagar os benefícios de inativos, não necessitando de acumulação de reservas. Sabe-se que a maioria dos sistemas previdenciários públicos começou com o regime de capitalização, mas as dificuldades operacionais inerentes ao mesmo fizeram com que aos poucos se caminhasse para o regime de repartição simples (TEIXEIRA, 1990). Nesse último, a transferência de renda entre ativos e inativos é clara. Dessa forma, é como se o Estado fizesse uma promessa aos ativos de que se contribuirão hoje, receberão aposentadorias quando estiverem inativos amanhã.

Um dos principais benefícios do regime de repartição simples em relação ao regime de capitalização é a não restrição do consumo dos aposentados à sua poupança passada. Com isso, os aposentados podem se beneficiar do progresso econômico da sociedade, pois estes receberão uma percentual do que foi produzido pelos ativos do momento, sendo possível que o valor real das aposentadorias aumente conjuntamente com o crescimento econômico. Outras vantagens podem ser citadas como: o menor empecilho à mobilidade dos trabalhadores em relação aos regimes de capitalização, pois estes em geral são organizados por empresa⁸; a possibilidade de oferecer rapidamente direitos previdenciários, já que não será necessário esperar a acumulação de reservas para se começar a pagar benefícios; e a maior facilidade de proteção dos benefícios contra perdas inflacionárias. (BARR, 1993)

⁸ Sendo assim, o trabalhador pode temer que o fundo previdenciário de seu atual emprego tenha melhor desempenho do que o de outras empresas onde porventura poderia trabalhar. Além disso, muitas vezes há restrições quando ex-funcionários desejam transferir o que já foi acumulado em um fundo para outro. Tais limitações, comuns em fundos de previdência privadas de empresas (regime fechado), são propositais para estimular a “fidelidade” dos trabalhadores.

Essa última vantagem citada se dá primeiramente porque o Estado é o único capaz de oferecer proteção total contra inflação, quando o mercado o faz é porque o mesmo está lastreado em títulos públicos indexados, ou seja, ainda é o Estado em última instância. Com seus próprios mecanismos o mercado somente é capaz de oferecer proteção total quando a inflação é totalmente previsível, ou seja, quando não há incerteza; porém a incerteza é inerente à economia capitalista. Ou então, o mercado por si só pode também oferecer uma indexação parcial, limitada a um percentual máximo de inflação; o que ainda deixaria os clientes vulneráveis, principalmente se já estiverem na fase de aposentadoria, já que não haveria mais a chance de recomprem seus fundos.

A previdência pública é mais apta a lidar com a inflação tanto porque somente o Estado é capaz de oferecer indexação plena como porque o regime de repartição simples - comum quando a previdência é pública e praticamente inviável na previdência privada - é menos afetado pela inflação, pois o pagamento das aposentadorias será financiado com a tributação corrente, que tende de certa forma a acompanhar a inflação. Na verdade, quando a previdência privada está garantida por meio de títulos públicos indexados ou/e quando recebe subsídios fiscais, ela funciona ao menos parcialmente como um regime público de repartição simples:

"However, the part of the return that compensates for inflation is paid out of current tax revenues – that is, on a PAYG basis. More generally, any receipts of funded schemes deriving from current tax revenues, whether the return to indexed government bond or the tax advantages they currently enjoy, constitute a PAYG element in such schemes." (BARR, 1993, p.192)⁹

Dessa forma, mesmo os sistemas de previdência por capitalização têm um traço do regime de repartição simples. A reparação completa das perdas inflacionárias nunca se dará na forma de um seguro, mas sim através de um mecanismo público de transferência de renda (*tax and transfer*), semelhante ao regime de previdência de repartição simples.

Em geral o sistema privado não tem a opção de se organizar na forma de repartição simples, nem de exercer uma função assistencial-redistributiva, pois simplesmente não haveria clientes interessados nessas condições. Quanto ao sistema previdenciário público, vale lembrar que não é a opção pelo regime de capitalização ou de repartição simples que define sua concepção como seguro ou como sistema assistencial- redistributivo, mas sim sua forma

⁹ Tradução livre da autora: “Entretanto, a parte do retorno que compensa a inflação é paga com receitas tributárias correntes – ou seja, em uma base de repartição simples. De modo geral, toda receita dos regimes de capitalização decorrente de receitas tributárias correntes, seja o retorno de títulos públicos indexados ou as vantagens fiscais comumente desfrutadas, constituem um elemento do regime de repartição simples dentro de tais regimes de capitalização”.

de financiamento e seus critérios de concessão e valor de benefícios. Por exemplo, um sistema cuja base é a contribuição previdenciária sobre a folha de salários de empregados e empregadores:

“(...) é financiado por toda a sociedade. Os trabalhadores, no entanto, pagam duas vezes: uma vez quando uma fração de seu salário é descontada a título de contribuição previdenciária, outra vez como consumidor, a contribuição embutida no preço de todas as mercadorias.” (TEIXEIRA, 1990, p.7)

Sendo assim, o repasse da contribuição previdenciária patronal aos preços, que caracteriza a tributação indireta, é obviamente regressivo, pois em média os mais pobres consomem uma maior parcela de suas rendas do que os mais ricos. Além disso, o fato de estarem embutidos nos preços dificulta a conscientização do cidadão comum da magnitude de tributos pagos pelo mesmo, ou seja, a injustiça passa despercebida. E, ainda, tal contribuição penaliza empresas trabalho-intensivas, gerando incentivos à informalidade e à substituição de trabalho por capital. No caso da substituição da contribuição previdenciária patronal por uma contribuição sobre o faturamento, os dois últimos efeitos indesejáveis citados são evitados, porém a questão da regressividade persiste, pois também há o repasse aos preços. Além disso, configura-se como um tributo cumulativo, ou seja, incidente em todas as etapas de produção, o que penaliza cadeias longas, distorcendo o sistema de preços e incentivando a verticalização ainda que ineficiente.

Quanto à contribuição previdenciária paga pelos trabalhadores, esta poderá ser progressiva, regressiva ou neutra; dependendo da existência, ou não, de um valor teto de contribuição e de alíquotas diferenciadas por renda. Na verdade, “a ideia de que a base de financiamento do sistema deve repousar sobre a folha de salários tem sua origem no conceito de seguro” (TEIXEIRA, 1990, p. 9). Quando o que se ambiciona é um sistema assistencial-redistributivo, contribuições sobre lucro ou renda são as mais indicadas.

Outro debate acerca do financiamento da previdência pública é a questão de sua administração financeira. Ter uma arrecadação própria, ou receitas vinculadas, dá maior garantia de que haverá recursos para pagamento das despesas previdenciárias. Por outro lado, constitui um resquício da visão de previdência enquanto seguro, tendendo a diminuir a dimensão política da mesma. O financiamento por recursos fiscais do Tesouro é mais compatível com um sistema previdenciário de repartição simples e com natureza assistencial-redistributiva, pois reforça seu caráter público, mas ao mesmo tempo o deixa vulnerável à competição por recursos orçamentários gerais.

Sendo assim, há uma relação entre a natureza assistencial-redistributiva de um sistema previdenciário, o caráter público, o regime de repartição simples, a administração financeira pelo Tesouro e a base do financiamento em contribuições sobre valor adicionado. Assim como entre a natureza securitária de um sistema previdenciário, o caráter privado, o regime de capitalização, a administração financeira própria e a base do financiamento em contribuições sobre a folha de salários (TEIXEIRA, 1990). Vale lembrar que tais relações não são determinísticas. Apenas indicam que, por exemplo, com o regime de repartição simples há maior tendência à natureza assistencial-redistributiva, ou que com a base de financiamento em contribuições sobre folha de salários há maior tendência à natureza securitária em determinado sistema previdenciário. Na prática os sistemas previdenciários públicos de cada país realizam uma mistura dessas características chegando a um sistema híbrido, em que as naturezas securitária e assistencial-redistributiva assumem diversos graus.

Ao ingressar em um sistema previdenciário, o indivíduo na ativa aceita consumir menos do que sua produção para que possa continuar consumindo quando não estiver mais produzindo, em seu período de inatividade. Há duas formas de garantir seu consumo futuro: estocando produção corrente ou reivindicando uma parcela da produção futura. O primeiro método é nitidamente ineficiente; custos de estocagem podem ser altíssimos e serviços, que representam grande parcela do consumo, normalmente não podem ser estocados. Dessa forma, apenas a segunda alternativa é factível, assim é preciso conseguir um direito sobre a produção futura. (BARR, 1993)

Nesse ponto, não há diferença entre o regime de capitalização e o de repartição simples. Ambos constituem um direito à produção futura por parte daqueles que não estarão mais produzindo, ou seja, os ativos terão que consumir menos do que o que produzem no agregado para que os inativos possam continuar a consumir. No caso do regime de capitalização, o indivíduo acumula moeda enquanto está na ativa para poder consumir a produção futura de outros produtores quando não lhe for mais possível trabalhar. Já no caso da repartição simples, é feita uma promessa segundo a qual os produtores futuros reservarão uma parcela de sua produção para os indivíduos inativos de sua época. Ou seja, de toda forma serão os ativos a sustentarem os inativos, pois os inativos só poderão consumir o que os ativos produziram mas não consumiram. Os dois regimes são diferentes mecanismos de se chegar ao mesmo resultado. Não é apenas no regime de repartição simples que os aposentados se tornam dependentes dos trabalhadores ativos, de toda forma os inativos dependem do trabalho dos ativos para terem o que consumir. Nas palavras de Barr (1993, p. 191):

*"Another claimed disadvantage of PAYG finance is that it makes pensioners dependent on the future workforce. This is true. But, (...), the same is true of funded schemes. In both cases pensioners are dependent on future generations, since both schemes build pensions round claims on future production rather than by storing current production."*¹⁰

O regime de repartição simples é conhecido como um mecanismo de solidariedade intergeracional, em que os ativos de hoje pagam os benefícios dos inativos de hoje, esperando que o mesmo se repita quando os primeiros se tornarem inativos. Sendo assim, de imediato pensa-se na proporção de inativos e ativos (taxa de dependência) como uma variável chave para a manutenção do equilíbrio financeiro do sistema de repartição simples. O envelhecimento da população, a queda da fecundidade e a entrada tardia no mercado de trabalho com o aumento dos anos médios de estudo tornam-se aspectos preocupantes por reduzirem o tamanho da força de trabalho. Porém, em primeiro lugar não é exatamente o número de ativos e inativos que importa, e sim a produção dos primeiros em relação às necessidades dos últimos. Em segundo lugar, engana-se quem pensa que apenas o regime de repartição simples está sujeito à influência de fatores demográficos, o regime de capitalização também não está imune a esses fenômenos. Nas palavras de Barr (1993, p. 194):

*"The widely (but false) view that funded schemes are inherently 'safer' than PAYG is an example of the fallacy of composition. For individuals, the economic function of a pension scheme is to transfer consumption over time. But (...) this is not possible for society as a whole; the consumption of pensioners as a group is produced by the next generation of workers. From an aggregate view point, the economic function of pension schemes is to divide total output between workers and pensioners – that is, to reduce the consumption of workers so that sufficient output remains for pensioners. Once this point is understood, it becomes clear why PAYG and funded, which are both financial mechanisms for dividing output between workers and pensioners, should not fare very differently in the face of demographic change."*¹¹

Frente a um declínio no tamanho da força de trabalho, ambos os regimes terão problemas para manter a capacidade de consumo dos aposentados. No caso do regime de capitalização, se houver um crescimento do número de aposentados "despoupando" seus

¹⁰ Tradução livre da autora: "Outra desvantagem relatada do regime de repartição simples é que ele deixa os pensionistas dependentes da força de trabalho futura. Isto é verdade. Mas, (...), o mesmo acontece com os regimes de capitalização. Em ambos os casos os pensionistas são dependentes das gerações futuras, uma vez que ambos os regimes de aposentadoria são construídos em torno de reivindicações sobre a produção futura ao invés do armazenamento da produção corrente."

¹¹ Tradução livre da autora: "A visão ampla (mas falsa) de que regimes de capitalização são inerentemente mais seguros do que os de repartição simples é um exemplo de falácia de composição. Para os indivíduos, a função econômica de um regime de pensão é transferir consumo ao longo do tempo. Mas (...), isto não é possível para a sociedade como um todo; o consumo dos aposentados como grupo é produzido pela próxima geração de trabalhadores. De um ponto de vista agregado, a função econômica dos regimes de pensões é dividir a produção total entre os trabalhadores e pensionistas – ou seja, reduzir o consumo dos trabalhadores para que reste produto suficiente para os pensionistas. Uma vez que este ponto é entendido, torna-se claro porque os regimes de capitalização e repartição simples, que são ambos mecanismos financeiros para dividir o produto entre trabalhadores e pensionistas, não têm desempenho muito diferente em face de mudanças demográficas".

respectivos fundos de pensão não acompanhado de um crescimento do número de trabalhadores ativos¹², tal "despoupança" crescerá mais do que a poupança dos trabalhadores ativos; o que no pleno emprego gera uma pressão inflacionária de demanda. Sendo assim, o poder de compra dos valores acumulados nos fundos de pensões irá cair. Logo o valor real das aposentarias, ou a capacidade de consumo dos aposentados, cairá também. A não ser que o Estado ofereça indexação para os fundos de pensão, com isso o valor real das aposentadorias se manteria, mas a parcela da renda total detida pelos trabalhadores ativos diminuiria enquanto que aquela detida pelos aposentados aumentaria. (BARR, 1993)

No exemplo anterior a produtividade foi mantida constante, mas caso ela aumentasse¹³ de forma a compensar a queda do número de trabalhadores ativos, o problema estaria resolvido em ambos os regimes. No caso do regime de capitalização a pequena, porém mais produtiva, força de trabalho receberia um salário mais alto; com isso, mesmo mantendo sua taxa de poupança, poderia poupar mais de forma a compensar a "despoupança" dos aposentados, anulando a pressão inflacionária. Já no regime de repartição simples, o aumento da produtividade dos trabalhadores ativos possibilita que um mesmo percentual de tributação aplicado sobre os mesmos resulte em um montante maior, que poderá ser suficiente para que o valor das aposentadorias se mantenha. (BARR, 1993)

Além disso, não necessariamente o tamanho da força de trabalho irá cair na ocasião de uma mudança demográfica. O aumento da participação feminina no mercado de trabalho, o aumento da taxa de formalização dos trabalhadores, a queda do desemprego, o aumento na idade de aposentadoria e o recebimento de trabalhadores ativos imigrantes¹⁴ são formas de contrabalancear uma mudança demográfica. Essas alternativas, assim como uma política que vise o aumento da produtividade do trabalho, agem aumentando a oferta para compensar aumentos na taxa de dependência, problemáticos tanto no regime de capitalização quanto no regime de repartição simples. Dessa forma, é possível lidar com o envelhecimento da população sem ter de reprimir a demanda¹⁵, ou seja, sem diminuir o padrão de vida de ativos e/ou inativos; ou sem ter de aumentar a idade para a aposentadoria no mesmo ritmo de aumento da expectativa de vida.

¹² Nesse exemplo supõe-se que a produtividade do trabalho não se alterou.

¹³ O aumento do número de horas de trabalho mantendo sua produtividade constante teria o mesmo efeito.

¹⁴ A detenção de ativos produtivos em países com uma população relativamente mais jovem é equivalente a essa alternativa. (BARR, 1993)

¹⁵ A repressão de demanda se daria por meio de aumento de contribuições e/ou diminuições em benefícios, ambos em valores reais. O resultado seria redução do consumo dos ativos no primeiro caso e dos aposentados no segundo caso.

Sendo assim o regime de capitalização não tem vantagem sobre o de repartição simples para lidar com mudanças demográficas, no fundo ambos são formas de restringir o consumo - seja por tributação ou por poupança para a velhice - mas o segundo regime torna mais evidente que as aposentadorias envolvem a distribuição de recursos correntes cuja produção é realizada apenas pelos trabalhadores ativos, logo há uma relação de dependência dos inativos para com os ativos (BARR, 1993).

Outro argumento que poderia ser usado é o de que o regime de capitalização gera um aumento de poupança, que por sua vez se converteria em investimentos, estimulando o crescimento econômico. Nesse raciocínio o regime de capitalização teria uma vantagem para a economia como um todo em relação ao regime de repartição simples. Contudo, primeiramente vale notar que o regime de capitalização envolve tanto uma poupança quanto uma "despoupança", enquanto os trabalhadores ativos estão poupando os inativos estão "despoupando", então nem sempre haverá uma poupança líquida positiva derivada da previdência. Em segundo lugar, a poupança para a previdência pode ser acompanhada de uma redução na poupança voluntária, e nesse caso não haveria incremento na poupança total da economia, ou o incremento seria menor. Finalmente, sobre a ligação entre poupança e crescimento econômico, no plano teórico discute-se se é a poupança que determina o investimento ou o investimento que determina a poupança. Nesse último caso, a opção pelo regime de capitalização não teria o poder de afetar o crescimento econômico. Esse e outros mitos sobre previdência são discutidos em Stiglitz e Orszag (1999).

A intervenção do Estado no setor previdenciário sempre costuma ocorrer em algum grau, seja através da regulação do setor privado, da compulsoriedade de filiação, da venda de títulos públicos indexados, ou através da provisão pública direta. A não filiação a nenhum esquema previdenciário ocasiona forte externalidade negativa, pois a miséria dos idosos acabaria por afetar toda a sociedade. No caso da provisão pública direta, o sistema pode ser contributivo, nos moldes de um seguro social; ou não contributivo, sendo financiado por recursos fiscais gerais; ou uma combinação entre os dois. Além das razões de eficiência que serão exploradas a seguir, a ideia de um seguro social advém do fato de que "(...) risks against which social insurance offers protection are to some extent a social construct¹⁶" (BARR, 1993, p.116).

Caso seja o setor privado a prover aposentadorias, sabe-se que nesse caso alguns pressupostos que garantem eficiência ao livre mercado não se verificam: há assimetrias de

¹⁶ Tradução livre da autora: "Os riscos contra os quais o seguro social oferece proteção são de certa forma uma construção social"

informação, competição imperfeita e falhas de mercado. A questão da informação é relevante, pois a previdência é um instrumento financeiro bastante complexo, especialmente por ser de longo prazo. Do lado da oferta, o problema reside na manutenção do valor real das aposentadorias, ou seja, na questão da inflação. Um sistema previdenciário sem proteção contra a inflação não pode ser considerado eficiente em sua função de suavização do consumo. O mercado privado não é capaz de oferecer seguro contra inflação imprevisível, pois não se conhece sua distribuição de probabilidade, ela é incerta. E, além disso, a inflação é um choque comum, que afetaria todos os clientes ao mesmo tempo; não haveria a independência da probabilidade de ocorrência de sinistro entre os segurados, necessária ao funcionamento de qualquer mercado de seguros. (BARR, 1993)

Sendo assim, por razões de eficiência algum nível de intervenção estatal no setor de previdência é necessário, pois o setor privado sozinho não é capaz de oferecer proteção total contra a inflação, como já foi dito anteriormente, somente o Estado pode fazê-lo. Para isso, o Estado pode vender títulos indexados para os fundos de previdência privada, ou pode ser o próprio provedor da previdência através da criação de um sistema público. O sistema público tem a vantagem de poder ser compulsório¹⁷, o que evita o problema de seleção adversa e possibilita a cobrança de um mesmo prêmio médio¹⁸ para diferentes classes de risco, pois estas serão todas reunidas. Além disso, a obrigatoriedade de filiação é positiva para toda a sociedade, pois, como já foi dito, o consumo de serviços previdenciários envolve uma forte externalidade. Outra vantagem é a possibilidade de realizar seu financiamento de forma redistributiva; podendo ser um mecanismo de redistribuição de renda entre ricos e pobres, entre jovens e velhos, entre homens e mulheres¹⁹.

Um regime de repartição simples não é necessariamente um mecanismo redistributivo, podendo funcionar com forte base em fundamentos atuariais; mas oferece a possibilidade de utilizá-lo como tal, o que não ocorre no regime de capitalização²⁰. A redistribuição entre ricos e pobres em geral se dá através de uma contribuição sobre o valor da futura aposentadoria

¹⁷ O Estado tem o poder de coerção, podendo obrigar as pessoas a se filiarem ao seu seguro. No caso da previdência há um argumento forte para a coerção, pois é difícil convencer todas as pessoas a contribuírem regularmente de forma voluntária por um longo período de tempo para suas aposentadorias. (MARSHALL, 1967)

¹⁸ Quando a adesão é voluntária, as seguradoras precisam descobrir o nível de risco de cada cliente e cobrar um prêmio compatível com o mesmo. Cobrar um mesmo prêmio médio de todos não seria eficiente, pois os clientes de baixo risco tenderiam a sair e o público acabaria sendo cada vez mais formado apenas por clientes de maior risco. O que seria evitado com um seguro social compulsório.

¹⁹ Mesmo se homens e mulheres pagassem contribuições iguais e se aposentassem na mesma idade, já haveria redistribuição pois em média as mulheres vivem mais. Nesse sentido, as mulheres são consideradas de maior risco do que os homens.

²⁰ Caso a filiação seja compulsória, é possível utilizá-lo como mecanismo redistributivo, com o pagamento de um prêmio médio independente do risco. Do contrário, não.

maior para ricos do que para pobres. Porém, o diferencial de mortalidade entre os grupos e o fato de que os pobres em geral começam a trabalhar (logo a contribuir) mais jovens do que os ricos podem anular o efeito pretendido.

Vale notar que a opção por um sistema privado de previdência com proteção contra inflação garantida por títulos públicos tende a ser regressiva, pois toda sociedade irá pagar via tributação por um benefício que não será acessível a todos. De toda forma, os grandes consumidores de previdência privada tendem a ser os mais ricos, e em geral não é esse grupo quem mais paga tributos como proporção à renda.

1.2. Saúde

Antes de tudo, é preciso esclarecer que a saúde das pessoas não depende apenas da qualidade e da quantidade de assistência médica recebida. Além desta última, o padrão de vida em geral, escolhas individuais sobre dieta e estilo de vida, o ambiente coletivo físico e social, o ambiente individual familiar e laboral de cada um e os fatores genéticos têm grande influência sobre o estado de saúde do ser humano. (BARR, 1993)

Pesquisas recentes sugerem até mesmo que não só a pobreza mas também a desigualdade socioeconômica têm grande influência negativa sob o estado de saúde médio da população, mesmo quando o acesso à assistência médica não é condicionado à capacidade de pagamento individual das pessoas (BARATA, 2009). A explicação para tal fato seria a de que as sociedades mais igualitárias experimentam maior coesão social, com isso a decorrente sensação de confiança e segurança repercutiria na saúde das pessoas: “A saúde é produzida socialmente e algumas formas de organização social são mais saudáveis do que outras” (BARATA, 2009, p. 50). Sendo assim, como uma política de saúde tem por objetivo melhorar a saúde das pessoas, é necessário atentar para todos os fatores citados - a política de saúde não deve se restringir apenas à questão da assistência médica.

Sobre a quantidade ideal de consumo de assistência médica, o montante eficiente é determinado quando seu benefício marginal é igual ao seu custo marginal, que pode ser deduzido através do benefício marginal auferido com usos alternativos desses recursos. Ou seja, a quantidade eficiente de consumo de assistência médica é limitada, tanto do ponto de vista individual como do coletivo consumir o máximo possível não é o eficiente: se uma pessoa consome toda a sua renda em assistência médica, ela não terá como comprar

alimentos; se uma sociedade se dedica unicamente a produzir assistência médica, não haverá produção de alimentos. (BARR, 1993)

Porém, medir custos e benefícios de intervenções na área de saúde não é tarefa simples, há grandes problemas de mensuração. Os custos específicos de cada tratamento são de difícil determinação. Em primeiro lugar porque envolvem custos no curto e longo prazo, e, além disso, determinar os recursos gastos em cada tratamento separadamente pode ser bastante complicado. No que tange aos benefícios resultantes de intervenções médicas o problema é ainda maior. A melhora da saúde em si não é quantificável, o máximo que pode ser feito é a elaboração e análise de indicadores como expectativa de vida, mortalidade infantil, taxas de incidência e letalidade de certas doenças. E, ainda, muitas vezes não é possível estabelecer uma relação estrita de causalidade entre a melhora no estado de saúde e o tratamento recebido, isto porque, como já foi dito, a saúde depende também de outros fatores além da assistência médica. Por último, a valoração dos resultados da assistência médica prestada é algo subjetivo. No limite entra-se no assunto delicado de avaliar o quanto vale o prolongamento de uma vida humana ou o alívio de seu sofrimento, para com isso determinar o quanto se está disposto a gastar com tal propósito²¹.

Outra decisão a ser tomada diz respeito à distribuição do consumo de assistência médica. A equidade aqui pode ter diversos significados: financiamento progressivo; igualdade no gasto público com cada pessoa; igualdade no uso²²; igualdade nos custos²³; igualdade nos resultados²⁴. No fundo, a equidade é um julgamento de valor sobre quais desigualdades são justas ou aceitáveis e quais não o são. A definição adotada neste trabalho para equidade desejável na área de saúde, inspirada em Barr (1993), será a de igualdade no uso combinada com financiamento progressivo: uma espécie de igualdade de oportunidades, em que indivíduos com a mesma condição médica recebem a mesma quantidade e qualidade de assistência médica independente de outros fatores como renda e classe social, e contribuem para o financiamento da mesma mais do que proporcionalmente às suas rendas. Não obrigatoriamente para alcançar essa situação é necessário tornar pública a provisão da assistência médica. Seria possível, por exemplo, ter provisão privada e financiamento público, ou transferências para aqueles que não pudessem pagar pelos atendimentos recebidos. A

²¹ Muitas vezes ainda há a questão de se avaliar o quanto um tratamento estende a vida, com o quão sofrido é o próprio tratamento, e com o quão sofrida será a sobrevida alcançada. Estes dois últimos seriam custos não financeiros do tratamento.

²² Significa que aqueles com as mesmas necessidades devem receber a mesma quantidade de assistência médica.

²³ Significa que no caso de compra de assistência médica no mercado, o preço de cada tratamento deve ser o mesmo para todos.

²⁴ Significa que as pessoas devem receber quantidades distintas de assistência médica de forma a igualar a condição de saúde de cada um.

equidade no consumo de assistência médica pode ser desejável tanto por uma questão moral quanto por questões de eficiência, ligadas a externalidades²⁵.

Por outro lado, há outros argumentos para defender a provisão pública ou no mínimo uma forte regulação para o setor de assistência médica. Novamente, a eficiência do livre mercado só é atingida quando há perfeita informação, perfeita competição e ausências de falhas de mercado como externalidades. Sobre a informação, a assimetria é evidente: quem não é profissional da área de saúde tem muito menos informação e capacidade de compreensão sobre o assunto do que aqueles que o são. Sendo assim, mesmo se as mais diversas informações - como sintomas de cada doença, tratamentos disponíveis e seus respectivos custos e resultados - estivessem disponíveis, não seria possível para o público leigo processá-las. Como disse Barr (1993, p. 258):

*"(...) consumers are poorly informed about the quantity of treatment they need and about the quality of the care they receive; and, even if information were available, health care is inherently a technical subject, so that there is a limit to what consumers could understand without themselves becoming doctors. Thus, there is not only an information problem, but also (...) an information-processing problem."*²⁶

Além disso, decisões erradas podem ser muito custosas e irreversíveis, pois a emoção do momento dificulta a tomada de decisão, o paciente pode não ter tempo para analisar adequadamente que decisão tomar, ou pode simplesmente estar inconsciente. Além da questão da informação há também a questão do poder de se fazer cumprir as decisões tomadas. Ambas as competências são necessárias para a tomada racional de decisões e estão intimamente ligadas. Na área de saúde, o poder diz respeito ao conhecimento sobre direitos e deveres das partes e à capacidade de articulação dos pacientes. Sendo a saúde uma questão de interesse público, deixá-la totalmente nas mãos do mercado não parece ser uma boa alternativa:

"Há uma série de evidências sociológicas e empíricas acumuladas apontando que quando a atenção à saúde é deixada à competitividade, à sorte do mercado, tende a diminuir o caráter público e predominar o interesse particular e haver degradação da qualidade, da eficiência, da responsabilidade. Isso acontece nos

²⁵ Primeiramente, uma pessoa pode ter sua utilidade reduzida ao saber que seu próximo consome menos serviços de saúde do que ela julga necessário. Em segundo lugar, há a questão das doenças contagiosas, em que o estado de saúde de uma pessoa é afetado pelo fato de um próximo não consumir serviços de saúde o suficiente. Além disso, uma população em mau estado de saúde tem menor produtividade, o que afeta o crescimento econômico experimentado por toda a sociedade. O resultado é que o benefício social do consumo de saúde é maior do que o benefício privado, o que levaria a um consumo abaixo do socialmente eficiente, problema agravado ainda mais pelo fato de que nem todos têm poder aquisitivo para pagar por seu consumo de saúde.

²⁶ Tradução livre da autora: "(...) os consumidores são pouco informados sobre a quantidade de tratamento de que necessitam e sobre a qualidade dos cuidados que recebem; e, mesmo se a informação estivesse disponível, a assistência médica é inerentemente um assunto técnico, de modo que existe um limite para o que os consumidores entendam sem que se tornem médicos. Assim, não há apenas um problema de informação, mas também (...) um problema de processamento da informação."

Estados Unidos, no Brasil, não é porque brasileiro é corrupto, não são essas bobagens da cultura brasileira, é uma tendência. Em decorrência é necessário haver regulação." (CAMPOS, 2005, p. 94)

Contudo, mesmo com as assimetrias de informação e de poder, a posição dos pacientes não é tão passiva como o nome sugere. A relação médico-paciente é algo complexo, sobretudo na contemporaneidade, como nota Le Pen (2009, p. 270):

*"Le 'nouveau' patient est un agent complexe qui s'exprime à la fois sous une forme individuelle et sous une forme collective, qui est savant et ignorant, qui revendique son autonomie mais reste soucieux de nouer une relation personnelle avec son médecin, qui exige des professionnels simultanément compassion e compétence, qui, bref, est à la fois un client et un citoyen et, malgré tout, un être souffrant cherchant explication et soulagement."*²⁷

Sob informação imperfeita e desigualdade de poder, os consumidores não serão capazes de realizar escolhas eficientes, permanecendo em áreas de subconsumo ou sobreconsumo; ou seja, caso soubessem realmente o benefício de cada tratamento e tivessem acesso ao mesmo quando necessário, a escolha ótima seria consumir mais (subconsumo) ou menos (sobreconsumo). O fato de que em geral informação e poder têm forte correlação com a condição socioeconômica dos indivíduos, revela que além de ineficiência há também um problema de iniquidade no mercado de saúde.

Como os indivíduos não têm como saber de antemão quando ficarão doentes e quanto seus tratamentos irão custar, uma solução de mercado para se proteger do risco de ficar doente e incorrer em altos custos de tratamentos é a contratação de um seguro. Porém, tal solução apresenta certas limitações. Do ponto de vista do segurador, para haver uma oferta eficiente de seguro saúde é preciso que a probabilidade de que os clientes necessitem de tratamentos seja conhecida ou estimável, independente e menor do que um; e que não haja problemas sérios de seleção adversa e risco moral. No caso de pacientes com doenças crônicas e/ou congênitas, a probabilidade de necessitar de tratamento não é menor do que um. Além disso, há também certos problemas em suas estimativas quando o seguro é feito por um prazo longo, o que dificulta a cobertura de idosos. Sendo assim, nem todos os riscos são seguráveis pelo mercado, resultando em ausência de certas coberturas e, conseqüentemente, em subconsumo de assistência médica.

Sobre seleção adversa e risco moral, ambos dizem respeito à possibilidade de conduta oportunista em contratos, *ex-ante* ou *ex-post*. O oportunista aqui seria o cliente, que tem

²⁷ Tradução livre da autora: " O 'novo' paciente é um agente complexo que se expressa por vezes de forma individual ou de forma coletiva, que é sábio e ignorante, que reivindica sua autonomia mas permanece preocupado em estabelecer uma relação pessoal com seu médico, que exige simultaneamente dos profissionais compaixão e competência, que, em resumo, é por vezes um cliente e um cidadão, e apesar de tudo, um ser em sofrimento procurando explicação e alívio."

incentivos para não revelar seu risco real na ocasião de negociação do contrato - seleção adversa; e para usar serviços de saúde mais intensamente após se tornar segurado - risco moral. Esse último caso envolve tanto a possibilidade de que os indivíduos passem a ter menos cuidados com sua saúde após a assinatura do contrato, aumentando assim a probabilidade de que fiquem doentes e necessitem de atendimento médico, e também o fato de que o consumo pode ser resultado de uma escolha voluntária, como a gravidez, por exemplo.

O fato de que após a compra do seguro a assistência médica fique gratuita, do ponto de vista do cliente, e sem restrições de capacidade de pagamento, do ponto de vista do médico, é um incentivo para o sobreconsumo de assistência médica, pois haverá consumo mesmo quando o benefício do tratamento não superar seus custos. Nesses casos, decisões dos médicos podem prejudicar não só a seguradora, mas também os pacientes, que acabam se submetendo a tratamentos cujos benefícios podem não superar nem mesmo os custos não financeiros. Identifica-se um problema de agente-principal²⁸ nas relações médico-paciente e médico-seguradora, resultante de fortes assimetrias de informação. Uma solução para desestimular a prescrição exagerada de tratamentos seria o fim do pagamento por serviço, pois tal sistema criaria um incentivo perverso, passando os médicos a receberem um salário fixo. Porém há o temor de que isso leve ao problema oposto, o de que os médicos evitem prescrever tratamentos mesmo quando for necessário. Em relação à oferta de médicos, pode haver também uma tendência de distribuição inadequada entre as diferentes especialidades, com viés para aquelas mais rentáveis e/ou com maior prestígio.

Os problemas citados acima tornam o equilíbrio do mercado dos seguros de saúde ineficiente, inexistente ou instável. Uma tendência é a de que conforme os preços dos seguros fiquem altos, somente se tornarão segurados aqueles que estão certos de que farão bastante uso de seus seguros. Com isso os preços médios dos seguros ficam cada vez mais caros, pois as seguradoras começam a encarar seus clientes como se todos fossem de alto risco. E o processo se repete, dificultando a compra de seguro saúde. A instabilidade do equilíbrio advém da dificuldade de se fazer um *pool*, juntando indivíduos de baixo risco com os de alto risco. As soluções do ponto de vista das seguradoras têm por objetivo reduzir a demanda; que podem se dar através de limitação de cobertura, arranjos em que o cliente arque com parte dos custos dos tratamentos e arranjos que estimulem a competição entre médicos por um

²⁸ O problema do agente-principal, introduzido na literatura através das teorias econômicas da regulação e dos contratos, ocorre quando existe um agente com o poder de tomar decisões em nome de um principal, mas há incentivos para que o agente persiga seus próprios interesses em detrimento daqueles do principal.

credenciamento junto a seguradoras. Contudo não há solução completa para os problemas mencionados, pois a assimetria de informação entre médicos, pacientes e seguradoras persiste.

A intervenção estatal via regulação no mercado de seguro saúde é capaz de amenizar suas ineficiências. A determinação de compulsoriedade do seguro saúde remove a externalidade negativa derivada dos não segurados, além de prevenir que clientes de menor risco se recusem a comprar o seguro. Para evitar a exclusão dos clientes com doenças crônicas e/ou congênitas, pode-se determinar que a cobertura dos seguros comece a valer antes mesmo do nascimento. A determinação de padrões mínimos de tratamento e qualificação profissional, o controle de preços e também certo monitoramento das atividades médicas podem ser usados. Há quem discorde dos benefícios da regulação e prefira as vantagens do estímulo à competição, sob o argumento de que a mesma aumenta o rol de escolhas do consumidor e reduz preços. Porém tais vantagens não costumam ser válidas em um contexto de assimetria de informação: “The advantages of competition are contingent on perfect information” (BAAR, 1993, p. 263)²⁹

Uma outra alternativa é o abandono do seguro saúde em termos atuariais e a adoção do financiamento público da saúde, através de um seguro social ou até mesmo do sistema tributário. No caso do seguro social a filiação pode ser obrigatória e a seguradora ser o próprio Estado. Nessas condições é possível cobrar um prêmio médio independente do risco, ou até mesmo segundo a capacidade de pagamento, sem incorrer em perdas de eficiência, como já foi explicado no caso da previdência. Além do argumento da equidade para a cobrança do mesmo prêmio para diversas classes de risco, há também a questão da não discriminação:

"(...) o Estado, ao tornar o seguro contra a doença compulsório, não podia discriminar, nos termos que oferecia, entre os enfermos e os sadios ou entre aqueles que vivem em condições insalubres e os que vivem em condições higiênicas. Esses riscos desiguais deviam ser "reunidos", mesmo que isto significasse que algumas pessoas estariam obtendo o que, por padrões estritamente atuariais, era mais pelo seu dinheiro do que outros." (MARSHALL, 1967, p. 69)

Em um seguro social as contribuições continuam a existir, mas não como um pagamento cujo valor atuarial seria idêntico ao do benefício, e sim como uma habilitação para recebê-lo (MARSHALL, 1975). Tais alternativas em geral têm também custos de transação menores do que o seguro privado, gerando um ganho de eficiência também por essa via. O financiamento público da saúde dá uma maior possibilidade, mas não a obrigatoriedade, de redistribuição entre ricos e pobres.

²⁹ Tradução livre da autora: “As vantagens da competição estão condicionadas à perfeita informação”.

Sobre a produção e alocação, a escolha entre o setor público ou privado depende de qual deles é mais eficiente na produção de saúde e também da facilidade de monitoramento e regulação³⁰ por parte do Estado de cada um. Para Barr (1993, p. 269): “More formally, the imperfect information of consumers justifies control of quality, and that of insurers control of quantity. Both forms of policing might be more effective if production itself were public”³¹. Em geral, quando há provisão pública de saúde o financiamento também é público, não sendo a recíproca necessariamente verdadeira. Politicamente, é mais fácil realizar uma política redistributiva através de serviços públicos ou serviços privados financiados de forma pública para todos do que de transferências de renda para os pobres terem acesso ao setor privado financiado de forma privada. Além disso, a primeira alternativa em geral é preferida pelos pobres por ser menos estigmatizante. A universalidade de cobertura tem também a vantagem de evitar com que os critérios restritos de acesso aos benefícios focalizados acabem excluindo pessoas que deveriam ser incluídas.

Fora questões de eficiência e equidade, muitas sociedades podem considerar por razões éticas e filosóficas que nem tudo que pode ser tratado como mercadoria o deve ser, algumas devem ser excluídas do cálculo econômico. Com isso, pode-se considerar que a saúde não deve ser tratada como mercadoria, assim como em geral se condena a compra e venda de órgãos ou de escravos. Trata-se de valores sociais, não havendo resposta certa e errada sobre o que deve ou não ser tratado como mercadoria. Seguindo essa perspectiva, a saúde pode ser vista como um direito à vida, sendo o conhecimento acumulado pela humanidade sobre tratamentos médicos um patrimônio público. Offe (1989) e Esping-Andersen (1991) discutem a questão da "desmercadorização" de direitos sociais conquistados pelos cidadãos, tornando seu bem-estar menos dependente do mercado.

³⁰ O monitoramento e a regulação aqui mencionados dizem respeito aos padrões de tratamento, às garantias de acesso e ao controle do consumo ótimo de serviços de saúde (para que não haja nem subconsumo nem sobreconsumo).

³¹ Tradução livre da autora: “Mais formalmente, a informação imperfeita dos consumidores justifica o controle de qualidade, e aquela das seguradoras o controle de quantidade. Ambas as políticas devem ser mais efetivas se a própria produção for pública.”

1.3. Assistência

A função da assistência social em geral é entendida como a de dar suporte a todos aqueles que se encontram em uma situação de vulnerabilidade social³². Sendo assim, não se resume no auxílio financeiro aos pobres, inclui também o acolhimento em asilos e orfanatos, sessões de aconselhamento psicossocial, proteção contra violência doméstica, dentre outras ações. Porém, por simplificação a análise presente neste tópico diz respeito apenas às políticas de alívio da pobreza via benefícios monetários, adotando a concepção de pobreza como privação de renda, apesar desta poder ser vista de forma mais rica como um fenômeno multidimensional. (BARR, 1993)

A compreensão da pobreza como um problema social e não apenas pessoal permite entender a intervenção do Estado nessa questão e sua aceitação generalizada em algum grau. Além das razões de equidade ou justiça social, há também razões de eficiência para tanto. O risco de agitação social; de aumento dos índices de violência; o comprometimento físico e emocional das crianças, que serão a futura força de trabalho da economia; e o decorrente aumento dos problemas de saúde - que mesmo quando não se traduzem em custos diretos para o Estado causam as externalidades mencionadas no tópico anterior - são custos que serão sentidos por toda a sociedade, justificando programas públicos de transferência de renda.

Do ponto de vista da equidade ou justiça social, os radicalmente liberais defendem que apenas a caridade voluntária ou privada é aceitável, sendo todas as outras opções uma forma de coerção. Os ricos podem desejar transferir renda para os pobres por vários motivos, seja pela identificação de que a pobreza alheia o atinge de alguma forma, pois o bem estar é algo interdependente, ou simplesmente por razões altruístas. Ao sentir que sua utilidade é afetada pela utilidade dos pobres, como por uma externalidade, os ricos tenderiam a transferir renda voluntariamente aos pobres. Porém a caridade privada apresenta alguns problemas operacionais, como o “problema do carona”; pois o benefício de se viver em uma sociedade sem pobreza é um bem público, não rival e não excludente. Além disso, o montante que os ricos se voluntariariam a transferir pode ser inferior àquele que maximizaria o bem estar social. Sendo assim, a assistência aos pobres provavelmente não será provida em quantidade ótima de forma espontânea. Além de deixar os pobres em uma situação muito vulnerável, pois os ricos prestarão sua caridade apenas àqueles que são julgados como "bons pobres". Não é preciso explicar aqui por que o alívio da pobreza não poderia ser atingido através de um

³² Castel (1967) identifica a necessidade de dar suporte aos vulneráveis como algo fundamental para a manutenção da coesão de uma sociedade. A inquietação quanto ao possível rompimento de tal coesão é chamada pelo autor de "questão social".

sistema de seguros, seja privado ou social. Em resumo, o risco de se encontrar em uma situação de pobreza não é algo estimável para que se possa realizar cálculos atuariais a respeito, ou seja, não é um risco segurável. (BARR, 1993)

Uma possível alternativa à transferência de benefícios monetários seria a transferência de bens ou serviços. Vale discutir aqui a adequação de cada uma delas. De acordo com a teoria econômica a transferência monetária costuma ser mais adequada, exceto quando há problemas sérios de informação e desigualdade de poder que impeçam o consumidor de realizar uma escolha eficiente, ou seja, que maximiza sua utilidade. Esse pode ser o caso dos serviços de saúde e educação, mas dificilmente é o caso dos alimentos, por exemplo. Mesmo no caso em que a transferência de bens ou serviços é mais eficiente do que a monetária, essa opção pode não ser factível. É importante atentar para o fato de que o beneficiário pode desviá-la, o que pode ocorrer se o bem ou serviço for transacionável ou rejeitável, ou se for algo que o beneficiário já consumiria normalmente, logo o que o benefício fará será liberar renda para outros gastos quaisquer. Em geral, a razão de se transferir bens e serviços é política³³. No caso dos alimentos, ocorre pois as pessoas tendem a crer que os pobres não saberiam escolher adequadamente sua cesta de consumo, e acabariam realizando escolhas que prejudicariam a si próprios e causariam externalidades negativas, como a aquisição de bebidas alcoólicas. No caso dos alimentos, a opção dos governantes pela transferência de produtos alimentícios em espécie ocorre devido à sua maior aceitação pelo eleitorado em relação a transferências monetárias. (BARR, 1993)

Dados os argumentos de eficiência e equidade para a atuação do Estado no alívio da pobreza, restam questões sobre qual é a melhor forma de fazê-lo. O valor dos benefícios é uma dessas questões, podendo variar desde um mínimo de subsistência físico ou um mínimo socialmente aceitável. As linhas de pobreza passam por questões semelhantes, pois o próprio conceito de pobreza está sujeito a discussões, podendo ser visto de forma absoluta ou relativa³⁴. Sobre isso, Barr (1993, p. 128) afirma que:

"Philosophically, the idea of an absolute poverty line stems from times when it was natural to think in subsistence terms; but this can be argued to be out of place, at least in richer countries, when

³³ A escolha entre transferir renda ou bens e serviços em geral é mais uma decisão política do que técnica. Por exemplo, enquanto países da Europa Continental priorizam transferências de renda às famílias, em países Escandinavos predominam serviços públicos como creches e asilos. A segunda opção tende a tomar mais para si a responsabilidade pelo bem estar dos cidadãos, enquanto a primeira a enxerga a princípio como uma responsabilidade da família, limitando-se portanto a subsidiá-la em seu papel. (ESPING-ANDERSEN, 1991)

³⁴ Utilizando uma definição absoluta de pobreza, são pobres aqueles com renda inferior a determinado montante considerado o necessário para se viver. Já a definição relativa, está ligada à forma como um indivíduo se sente ao se comparar com a média de sua sociedade. Dessa forma, a linha de pobreza será definida de acordo com o padrão de vida médio de uma sociedade.

people live well above subsistence, and where the concept of deprivation is applied to emotional and cultural standards as well as to physical ones."³⁵

A questão da escolha da unidade de renda adotada também é complicada, podendo ser familiar, domiciliar ou pessoal. Além disso, pode-se usar outros indicadores que não a renda; como condições de habitação, de saúde, de educação, posse de determinados bens, inclusão social; aproximando-se de uma definição multidimensional de pobreza. O período durante o qual a renda será medida também é uma questão, sendo em geral anual ou mensal. Todas essas questões não possuem resposta absolutamente correta, por isso tais escolhas são de certa forma arbitrárias e as medidas de pobreza sempre são imperfeitas. (BARR, 1993)

A efetividade dos benefícios financeiros oferecidos em aliviar a pobreza está ligada aos seus valores, ao estigma³⁶ criado, aos critérios de acesso aos benefícios³⁷ e a sua capacidade de "(...) not just to relieve immediate poverty but to prevent it in the long term" (BARR, 1993, p. 219)³⁸. Se por um lado, deseja-se que os benefícios sejam dirigidos apenas a quem verdadeiramente precisar, por outro deseja-se que todos aqueles que dele precisem o recebam. Porém tais objetivos são conflitantes, pois a medida que os critérios de acesso se tornam mais rigorosos, aproxima-se do primeiro objetivo e afasta-se do segundo, e vice-versa. Além disso, critérios rigorosos de focalização impõem altos custos administrativos, que devem ser contabilizados nos custos totais da política.

As ações de alívio da pobreza podem se dar por meio de transferências de renda ou da oferta de bens e serviços, podendo as primeiras se apresentarem com um condicionamento do gasto³⁹ e as últimas na forma de subsídios no preço de bens ou serviços consumidos intensivamente pelos mais pobres. Tais benefícios podem ser condicionados a testes de renda, ou seja, focalizados nos mais pobres; ou podem ser universais, não restritos a famílias com até determinado nível de renda. Os últimos têm maior poder de fortalecer os vínculos da solidariedade social e a vantagem de alcançar a todos, garantindo que todos aqueles que precisam do benefício o receberão. Os primeiros podem ser feitos via testes de renda, via

³⁵ Tradução livre da autora: "Filosoficamente, a ideia de uma linha de pobreza absoluta vem de tempos em que era natural pensar em termos de subsistência; mas pode se argumentar que isso não tem mais cabimento, pelo menos nos países mais ricos, em que as pessoas vivem bem acima da subsistência, e onde o conceito de privação se aplica a padrões emocionais e culturais assim como a padrões físicos."

³⁶ A queda de utilidade decorrente do estigma de ser receber um benefício assistencial pode diminuir a utilidade ganha com o alívio da pobreza. O estigma está ligado ao sentimento de rejeição social.

³⁷ O critério de acesso aos benefícios é mais adequado quanto maior sua capacidade de tornar elegível todos os pobres.

³⁸ Tradução livre da autora: "(...) não apenas em aliviar a pobreza de forma imediata mas também de prevení-la no longo prazo."

³⁹ É o caso do *cash transfer*, em que o benefício recebido deve ser obrigatoriamente gasto em determinada área, como educação ou alimentação.

características indicadoras de pobreza ou até mesmo via autodeclaração e a princípio são menos custosos do que benefícios universais, mas essa economia pode ser questionável.

Sobre as transferências de renda focalizadas, aquelas com condicionalidades, em geral estão ligadas à ideia de incentivo ao trabalho ou à frequência escolar de crianças. Em relação ao trabalho, tal condicionalidade consiste em dar suporte àqueles que trabalham mas não conseguem auferir renda suficiente, necessitando de uma complementação. Essa modalidade também é conhecida como imposto de renda negativo, ou como o inverso de um auxílio desemprego, pois subsidia-se o emprego. Além disso, ao condicionar o recebimento do benefício ao trabalho no mercado formal evitam-se os casos em que um indivíduo se declara sem trabalho e sem renda a fim de receber o benefício assistencial, mas na verdade é um trabalhador do mercado informal. Dessa forma, além de encorajar a participação no mercado de trabalho, é também um desestímulo à informalização do mesmo. Por outro lado, os benefícios condicionados ao trabalho têm uma alta chance de não incluir pessoas que verdadeiramente precisariam recebê-lo mas não estão trabalhando, por exemplo, porque estão fisicamente incapazes ou precisam dar atenção a seus filhos. Além disso, o incentivo ao trabalho existe apenas até o ponto em que mais trabalho e mais renda não signifiquem perda igual do benefício.

Os testes de renda podem ter altos custos administrativos, além de criarem certo desincentivo ao trabalho, que podem ser vistos como o preço de focalizar programas estritamente apenas naqueles que precisam. O dilema é comentado por Barr (1993, p. 229): "Tightly targeted benefits score well in terms of containing costs, but only by trapping people in poverty and giving them little incentive to increase their earnings".⁴⁰ Tal desincentivo deve ser levado em conta juntamente com o benefício alcançado em termos de alívio da pobreza e com os custos administrativos. Uma forma de diminuir tanto os custos administrativos quanto o desincentivo ao trabalho é a fixação de um período relativamente longo para o recebimento do benefício; com isso serão necessários menos testes de renda e o desincentivo ao trabalho diminuirá, já que a aceitação de um trabalho (o aumento da renda) não levará à perda imediata do benefício, diminuindo o temor de trocar o benefício por um trabalho que pode ser temporário. Do ponto de vista do público-alvo, o estigma e a exposição decorrentes dos testes de renda também são levados em conta juntamente com o ganho financeiro dos benefícios. Juntamente com o estigma, a ignorância e a inconveniência estão entre as razões pelas quais

⁴⁰ Tradução livre da autora: " Benefícios fortemente focalizados têm bom desempenho na contenção de custos, mas para isso prendem pessoas na situação de pobreza, dando a elas pouco incentivo para aumentar seus rendimentos."

alguns indivíduos elegíveis não requerem o benefício, tornando o programa incompleto por não atingir seu público-alvo. Muitas vezes esses três fatores são propositalmente fortes como uma forma de reduzir a demanda pelos benefícios.

Pode-se também focalizar via uma característica indicadora de pobreza, como o local de habitação, com as vantagens de custos administrativos menores e de não criar um desincentivo ao trabalho; porém não há característica perfeitamente correlacionada com a pobreza, de fácil observação e de difícil falsificação. Tal característica seria a ideal, mas como não existe usam-se aproximações, que têm como desvantagem acabar incluindo não pobres e/ou excluindo pobres da cobertura⁴¹. Um exemplo é oferecer um benefício a todas as famílias que têm filhos. Tais programas podem ser vistos como universais, pois independem da renda. Mas também podem ser vistos como focalizados através de uma característica indicadora de pobreza, já que a presença de filhos nas famílias pode ser um bom indicativo. Isso ocorre pois em geral os filhos chegam em um momento em que os pais ainda são muito jovens para terem alcançado boas posições no mercado de trabalho, e com sua chegada a renda per capita da família diminui. Às vezes até mesmo mais do que proporcionalmente, pois é comum que os pais diminuam sua dedicação ao trabalho para dar atenção aos filhos, o que causa impacto negativo na renda. (BARR, 1993)

A autodeclaração cria uma estrutura de incentivos para que os pobres sinalizem sua condição. Preços subsidiados de produtos componentes da cesta básica são um exemplo, pois são mais intensamente consumidos pelos pobres. Novamente, o ideal seria encontrar um produto consumido apenas pelos pobres, e que todos os pobres consumissem. Na prática, o que se consegue são apenas aproximações através de produtos com elasticidade-renda negativa (bens inferiores) e que representam grande parte da cesta de consumo dos pobres. (BARR, 1993)

Os benefícios financeiros oferecidos na área de assistência social também podem ser vistos como parte de uma política de redistribuição de renda, contudo para que tal finalidade seja alcançada é preciso dar atenção especial à forma pela qual tal política é financiada. É necessário também estar atento à questão mais pragmática de o quanto a sociedade pode arcar via tributação com a realização de políticas de alívio da pobreza, sem criar fortes desincentivos ao trabalho para os pagadores de tributos. Tal capacidade está ligada ao perfil da distribuição de renda da sociedade e definirá de certa forma o valor dos benefícios oferecidos e os critérios de acesso, de forma a diminuir seus custos e sua demanda.

⁴¹ Alguns pobres podem não ter a característica selecionada como indicadora de pobreza, e, por outro lado, alguns não pobres podem tê-la.

Outro objetivo dos programas de transferência de renda é, por vezes, manter famílias unidas, com tempo hábil para se dedicar a idosos, doentes e crianças. Dessa forma, primeiramente evita-se o abandono desses indivíduos vulneráveis, que acabariam precisando de acolhimento junto a instituições públicas, o que seria muito mais custoso do que o pagamento do benefício. Por outro lado, no que diz respeito às crianças, há a ideia de prevenção e ruptura com ciclos em que a pobreza é passada de geração para geração, simplesmente porque crescer em um ambiente de privação acarreta consequências negativas e limitantes para o seu desenvolvimento.

Em geral, no Brasil classificam-se como benefícios da assistência social apenas aqueles não contributivos, sendo outros tipos de benefício como o auxílio desemprego, o salário família, o auxílio maternidade classificados como “previdenciários”. Tal visão parece ser ligada à ausência de uma verdadeira construção do sistema de seguridade social, formalmente e também no imaginário da população; pois não se percebe que as contribuições sobre a folha de salários são destinadas a algo maior do que a previdência: a seguridade social.

1.4. Prévias conclusões

Como foi visto, a livre iniciativa privada não é capaz de oferecer sozinha soluções satisfatórias para a provisão da saúde, previdência e assistência social. A intervenção do Estado se impõe necessária, e sua atuação apenas na regulação e no financiamento pode não ser suficiente ou adequada.

Em resumo, para a previdência o principal problema reside na manutenção do valor real da poupança para a velhice, ou seja, na proteção contra perdas inflacionárias. É possível manter um sistema previdenciário privado garantido por títulos públicos indexados, porém não seria justo que toda a população pagasse através de tributos por tal indexação se a maior parte da clientela da previdência privada for composta pelas classes de renda mais elevadas.

No caso da saúde, o controle do montante ótimo de consumo de saúde do ponto de vista individual e coletivo parece ser o ponto central, a fim de evitar situações de subconsumo ou sobreconsumo. Uma regulação de tal porte provavelmente tem maiores chances de êxito quando o provedor da saúde é o próprio Estado do que quando a mesma está nas mãos do setor privado, principalmente se seu financiamento for também privado. A provisão privada com financiamento exclusivamente público pode gerar resultados satisfatórios.

Finalmente, para a assistência social, uma atuação mais direta do Estado é imprescindível. A caridade voluntária é baseada em uma racionalidade individual, que tem pouco a contribuir para o combate à pobreza enquanto um problema social. Dessa forma, as áreas componentes da seguridade social brasileira são setores onde a presença do Estado se faz necessária, e o mero estímulo ao crescimento do setor privado de seguridade não resultará em um aumento do nível de proteção social experimentado pelos cidadãos.

Tendo em vista a necessidade do envolvimento do setor público na questão da proteção social, tanto do ponto de vista da equidade quanto da eficiência, o capítulo seguinte mostrará como o mesmo se deu historicamente no caso brasileiro.

2. UM HISTÓRICO DA SEGURIDADE BRASILEIRA

A criação da seguridade social por meio da Constituição de 1988 foi reconhecidamente uma grande conquista em termos de direitos sociais. Esse capítulo pretende apresentar como a história e as instituições abriram caminho para tal conquista, e também o histórico da seguridade social após seu advento. Pode-se afirmar que o início de um sistema de proteção social no Brasil data dos anos 30, na esteira da chamada Revolução de 30 liderada por Vargas (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986; VIANNA, 1988).

Por outro lado, a política social brasileira foi desde seu princípio bastante fragmentada. Essa característica - assim como os traços de clientelismo, a concepção da previdência social enquanto seguro, o caráter regressivo de seu financiamento e a natureza privatista da assistência à saúde - foi construída historicamente. A seguir será apresentado como essa construção se deu.

2.1. Antecedentes: o período anterior a Vargas

Ainda nos tempos coloniais surgiram algumas instituições privadas cuja função remete à proteção social, como as santas casas, as sociedades beneficentes e os montepios⁴². Porém, o advento da proteção social como produto do capitalismo e de suas forças produtivas somente ocorreu posteriormente, quando de fato o capitalismo industrial se desenvolveu, e com ele a figura do proletariado (TEIXEIRA, 1990). Nesse sentido, a Lei Eloy Chaves de 1923 é dada como o marco do nascimento da previdência brasileira, refletindo uma ruptura com o liberalismo predominante na área trabalhista. Tal ruptura foi resultado de uma tensão crescente entre a postura liberal⁴³ do Estado e o crescimento do movimento operário-sindical urbano ao longo da República Velha.

Por meio da Lei Eloy Chaves foram criadas “Caixas de Aposentadorias e Pensões” (CAPs) inicialmente para os empregados ferroviários, que com o tempo foram se estendendo para outras categorias como os marítimos, portuários, estivadores. As CAPs eram organizadas no âmbito de cada empresa, sendo os agentes com poder de decisão representantes de empregados e empregadores. Ao Estado cabia o papel fiscalizador e regulamentador, atuando via legislação e garantindo o cumprimento da mesma. A ideia era obrigar cada empresa do

⁴² Montepios eram um espécie primitiva de previdência social privada.

⁴³ Além da ideologia econômica liberal havia também a questão federativa, a autonomia dos estados era muito prezada e intervenções por parte da União eram vistas como contrárias ao liberalismo.

ramo a manter sua própria caixa. Vale lembrar que as CAPs não se limitavam à concessão de benefícios monetários, serviços de saúde também estavam entre suas atribuições centrais, até mesmo com investimentos na constituição de serviços médicos próprios. A abrangência da saúde foi um traço que se manteve ao longo da história; apesar de tentativas de eliminação da saúde das obrigações previdenciárias devido ao seu custo crescente, sua demanda incontrolável, sua difícil previsão atuarial e sua natureza redistributivista. A amplitude nas atribuições das instituições previdenciárias, sua natureza civil e privada e a prodigalidade nas despesas foram características desse primeiro período da história da previdência social brasileira (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986).

O financiamento de cada caixa se dava através de contribuições dos empregados sobre os salários, da empresa sobre sua receita e de uma taxa cobrada sobre as tarifas dos serviços prestados. Ou seja, não havia participação do Estado no que tange ao financiamento. Contudo, as taxas cobradas sobre as tarifas podem ser vistas de forma semelhante a um tributo indireto (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986). Havia uma relação direta entre cada empresa e sua caixa, as contribuições eram recolhidas por cada empresa e imediatamente depositadas em suas respectivas caixas. Não havia mediação estatal nesse trâmite financeiro, ao Estado cabia apenas a fiscalização das caixas e o suporte legal.

O regime adotado era o de capitalização. Ou seja, a concepção de previdência aqui adotada era a de seguro, o que pode ser visto não somente pela adoção do regime de capitalização mas também pela vinculação por empresa e pela autonomia decisória frente ao poder público (TEIXEIRA, 1990). Vale lembrar que, nesse momento, apesar de já existirem indústrias, o Brasil ainda não havia passado por uma transformação em suas forças produtivas. Os contemplados pelas CAPs eram os trabalhadores urbanos ligados às atividades indispensáveis ao setor agro-exportador. Mesmo com o restrito número de categorias beneficiárias, o modelo de previdência social dos anos 20 deixou alguns de seus traços nos rumos futuros da previdência brasileira.

2.2 Vargas e a criação dos IAPs

Na década de 30 o país passou por uma grande mudança. O projeto industrializante de Vargas incluía a mediação das relações entre capitalistas e trabalhadores. Para tanto tinha como alicerces a criação de uma legislação trabalhista, de uma estrutura sindical organizada e da previdência pública. Dessa forma, foram criados os “Institutos de Aposentadorias e

Pensões” (IAPs), que viriam a substituir paulatinamente os CAPs. O primeiro IAP foi o dos marítimos, em 1933, em seguida surgiram outros como o dos bancários, o dos servidores públicos, o dos comerciários, o dos industriais. Nesse momento já se pode falar em transformação estrutural da economia, como disse Teixeira (1990, p. 14):

"De um ponto de vista do movimento estrutural da economia brasileira, esta mudança corresponde ao processo de diferenciação do tecido industrial, em uma fase em que o capital industrial passa a comandar a dinâmica da acumulação (...)"

Tal transformação levou à mudança na organização da previdência. A conhecida lógica da "cidadania regulada", com a estrutura sindical corporativa e a regulamentação das profissões, definia os parâmetros para se ter acesso aos benefícios previdenciários, limitando assim a cidadania. Sendo assim, o Estado passou a ter maior controle sobre a atividade sindical e também sobre gestão da previdência.

Os IAPs eram organizados por categoria profissional, ou seja, havia apenas um instituto por categoria vinculado ao Ministério do Trabalho, e não mais uma caixa em cada empresa. Quanto ao processo decisório, para cada IAP havia um presidente, nomeado pelo presidente da república. Os representantes dos trabalhadores passaram a ser eleitos de forma indireta, através dos sindicatos, que por sua vez tinham amplo controle estatal. A amplitude dos grupos profissionais pertencentes a cada instituto implicou uma mudança administrativa forte, através da qual o Estado justificou sua presença. Nesse ponto já se nota uma mudança no papel do Estado entre os IAPs e CAPs, já que nas últimas o Estado apenas regulava e fiscalizava o sistema previdenciário. Na verdade, tal mudança faz parte de uma transformação mais ampla da relação do Estado com a sociedade ocorrida no governo de Vargas.

Outra mudança em relação ao modelo vigente nos anos 20 foi o esforço ativo de contenção de gastos, com queda dos gastos por beneficiário, e a maior preocupação em acumular reservas (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986). Sendo assim, a obrigação da prestação de serviços médicos se tornou mais restrita, os critérios para recebimento de aposentadorias e pensões se tornaram mais rigorosos e seus valores médios reais caíram. Surgia a ideia de que a natureza das instituições previdenciárias era ligada apenas à concessão de aposentadorias e pensões. Nesse contexto, como a saúde não era uma atribuição “natural” da previdência, foram instituídas contribuições suplementares para sua cobertura. Como a assistência médica era uma atribuição secundária e provisória⁴⁴ dos IAPs,

⁴⁴ A ideia do período era a de que a Saúde poderia ser vista como uma atribuição do Estado, mas não especificamente das instituições previdenciárias.

além da orientação contencionista própria do período, a alternativa preferida foi a compra de serviços médicos de terceiros⁴⁵ no lugar da construção de investimentos em rede própria.

Vale lembrar que tais decisões foram oriundas de escolhas políticas, e não de fundamentos técnicos e atuariais, como tentava-se justificar. O seguro social difere do seguro privado justamente nesse ponto, por ser regido por decisões políticas, critérios atuariais apenas as subsidiam. Enfim, o Estado pode estabelecer as condições que quiser para pagamento de contribuições e recebimento de benefícios (MARSHALL, 1967). O esforço de redução de gastos era apresentado à população como uma preocupação com a estabilidade atuarial, um problema técnico cuja solução era uma política neutra, isenta e objetiva, como comentaram Araújo Oliveira e Fleury Teixeira (1986, p.81):

"Inaugurava-se, assim, a prática (...) de transferir para os laboratórios secretos dos tecnocratas a atribuição de definir, de uma maneira que se pretendia "científica", coeficientes antes decididos no âmbito legislativo (ou seja, no campo explicitamente político)."

Ou seja, apesar de pretensamente técnicos e objetivos, os critérios de decisão eram reflexo das condições históricas do período, das concepções sobre a previdência e do jogo de forças e pressões sociais. Havia a tentativa de convencer o público de que a contenção era uma necessidade atuarial, como se o seguro social se confundisse com o privado, escondendo a natureza política do primeiro. De acordo com Araújo Oliveira e Fleury Teixeira (1986, p.111):

"Quem vai pagar (empregados, empregadores, consumidores, "Estado") e quanto pela Previdência; quanto vai se gastar no total e com cada benefício e serviço; que amplitude terão os planos; etc., são questões cuja decisão depende essencialmente do poder de barganha de cada um dos elementos envolvidos no jogo."

O esforço de contenção era tamanho que alguns institutos só ofereciam aposentadoria por invalidez, auxílio doença e pensão por morte. Simplesmente não previam aposentadorias ordinárias (por idade ou tempo de serviço), mais dispendiosas e mais importantes, as que impulsionaram o surgimento da previdência. Exemplos como esse levaram ao pensamento de que os IAPs eram mais focados na acumulação no que no suporte aos segurados, sobretudo no caso do IAPI, o maior deles, abarcando quase metade da população segurada (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986). O resultado disso foi o considerável e notável

⁴⁵ Nessa época os prestadores privados eram pequenos e com pouco poder, com pouca influência enquanto grupo nas decisões políticas. A terceirização foi escolhida porque era realmente uma alternativa mais barata.

patrimônio das instituições previdenciárias, fruto da baixa relação despesa e receita, que gerou superávits acumulados.

Por outro lado, surgia um novo campo de atuação das instituições previdenciárias: a questão habitacional. De todo modo, o programa habitacional dos IAPs era, ao mesmo tempo, uma forma de aplicação de capital para as reservas, o que não era incompatível com a orientação contencionista. O programa habitacional consistia na construção de conjuntos habitacionais para posterior venda financiada aos associados, ou em empréstimos para construção ou compra da casa própria. Os pagamentos feitos pelos associados que aderissem ao programa não influenciavam as contribuições para os IAPs, essas continuavam a ser regulares e obrigatórias assim como para os outros trabalhadores. Nas palavras de Araújo Oliveira e Fleury Teixeira (1986, p.89):

"O programa habitacional e de empréstimos da Previdência era, sem dúvida, uma aplicação das reservas com orientação "social". Era, no entanto, no período em questão, autofinanciável, lucrativo, uma forma de investimento basicamente. E assim não conflitava com a orientação contencionista então imposta à Previdência."

Quanto ao financiamento, a lógica do seguro se perpetuou, continuando o modelo de capitalização. Contudo houve uma novidade, a introdução da contribuição da União. A ela se juntou a contribuição dos empregados e empregadores, enquanto a contribuição sobre a tarifa paga pelos usuários foi extinta. De certa forma essa última tinha algo de semelhante com a contribuição da União, pois ambas podem ser vistas como um tributo a ser cobrado da população em geral. O novo modelo tinha uma inspiração igualitária, usando o conceito de contribuição tripartite, paritárias e equiparadas⁴⁶. Vale notar que no modelo das CAPs a contribuição das empresas era sobre a receita, enquanto nos IAPs era sobre os salários, o que de certa forma pode ser visto como um retrocesso⁴⁷. De toda maneira, na prática a sustentação do regime ficou quase somente com a contribuição dos segurados, pois a União e as empresas⁴⁸ não costumavam cumprir com a sua parte. Sobre a participação da União, Araújo Oliveira e Fleury Teixeira (1986, p.129) notam que:

⁴⁶ O decreto 20.465 de 1931 determinava que a contribuição do Estado e a dos empregadores fossem, cada uma, iguais à do segurado.

⁴⁷ A contribuição sobre a receita tem a tendência histórica de elevar o valor pago, pois conforme aumenta produtividade e lucratividade as receitas tendem a aumentar conjuntamente. Já a contribuição sobre salários tem tendência de queda, pois número de trabalhadores empregados por empresa tende a cair com aumento de produtividade. Além disso, a contribuição sobre salários causa uma distorção ao prejudicar empresas trabalho-intensivas e um estímulo à informalidade e à substituição de mão de obra por tecnologia.

⁴⁸ Muitas empresas sonegavam as contribuições e aquelas cujo setor era considerado como estratégico para a economia eram frequentemente anistiadas pelo governo.

"Assim, na verdade ocorreu com a gestão da previdência algo semelhante ao que se passou no mesmo período com as "contribuições". Como estas, a gestão tornou-se (também apenas formalmente) "tripartite". Só que, no caso das contribuições, o meramente formal era a participação do Estado; e, no caso da gestão, a participação de empregados e empregadores."

Quanto à arrecadação e distribuição das contribuições, esse novo modelo rompeu com a relação direta empresa-caixa, pois a receita recolhida era enviada ao Ministério do Trabalho e este a redistribuía para cada IAP, sem vinculação necessária entre as contribuições de cada categoria. Sendo assim, o Estado passou de normatizador a interventor direto na previdência, em sua gestão financeira e administrativa. A autonomia decisória das instituições previdenciárias foi consideravelmente reduzida, cabendo a elas a execução de planos e programas definidos de forma centralizada. Outra mudança em relação ao período anterior aos anos 30 foi na natureza jurídica das instituições previdenciárias. Enquanto as CAPs eram órgãos civis de natureza privada, com quase total autonomia frente ao Estado, os IAPs eram órgãos públicos subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio ou órgãos de natureza paraestatal.

Com os IAPs aumentou bastante o número de categorias contempladas pela previdência, criando a ideia de que somente nos anos 30 o Estado despertou para a questão social. Muitos trabalhadores, entretanto, ainda não tinham acesso aos institutos, sobretudo os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos informais. De toda forma, a extensão da previdência a um número cada vez maior de categorias profissionais contrabalanceava a insatisfação em relação aos sacrifícios do contencionismo. O caráter contencionista da previdência é explicado inicialmente pela crise econômica internacional dos anos 30: devido ao seu impacto negativo no orçamento da União, houve uma tentativa generalizada de contenção de despesas.

Vargas desejava ao mesmo tempo atuar na questão social, e a previdência foi uma forma de fazê-lo sem onerar os cofres públicos. Na verdade, além de não onerar os cofres públicos, a previdência se tornou um poderoso instrumento de acumulação nas mãos do Estado, pois as reservas eram investidas, sobretudo, em títulos de dívida pública e ações de empresas estatais. Assim, a previdência se tornou uma das principais aliadas do projeto de industrialização de Vargas.

Por fim, quanto à Assistência Social, a criação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) em 1938 representou o início da transição da visão da pobreza como disfunção individual para sua concepção enquanto problema social. Apesar disso, a assistência social era ainda vista essencialmente como filantropia e a ação do Conselho se dava através da

concessão de auxílios e subvenções a organizações civis de amparo social. De toda forma, o CNSS foi a primeira instituição da área de assistência social do Estado brasileiro. Outro fato marcante foi a fundação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1942 pela então primeira dama Darcy Vargas, que ficou conhecida como a primeira grande instituição de assistência social do país, na época de natureza civil. A grande motivação para sua criação foi a de dar suporte aos soldados enviados à 2ª Guerra Mundial e às suas famílias, estendendo-se posteriormente às famílias necessitadas em geral. Dessa forma, o patriotismo e a presença das mulheres na gestão da política de assistência social foram características marcantes, essa última perdurou durante toda a existência da LBA, que foi extinta em 1995. Vale notar que as políticas da LBA não se configuravam enquanto um direito de cidadania: sua lógica era ainda semelhante àquela da caridade, filantropia e solidariedade religiosa. No entanto, seu campo de ação foi bastante amplo, incluindo ações de apoio a famílias, de incentivo a oportunidades de trabalho e geração de renda, de apoio ao desenvolvimento comunitário, de estímulo a estudos no campo da assistência social. (LONARDONI; GIMENES; SANTOS; NOZABIELLI, 2006)

2.3. A expansão do sistema no contexto da democratização pós 1945

Contudo, a partir de 1945, período de crise e queda do Estado Novo, houve um rápido crescimento dos gastos previdenciários. O novo contexto político da redemocratização trouxe maior espaço para expressão das reivindicações dos trabalhadores, elevando seu poder de barganha. Aqueles IAPs vinculados às categorias de maior força política, com movimento operário e sindical mais fortalecido, conseguiram ampliação de seus planos de benefícios. Houve uma espécie de competição entre as categorias profissionais por privilégios, revelando um traço de clientelismo e de falta de uma visão mais abrangente do sistema previdenciário brasileiro. Somente em 1960 surge a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), uniformizando os planos de atribuições dos diferentes IAPs, em geral nivelados “por cima”. Apesar da uniformização dos planos de benefícios, a estrutura fragmentada do sistema se manteve, como mostra Araújo Oliveira e Fleury Teixeira (1986, p.186):

"Ou seja, a ação reivindicatória dos segurados no período, não unitária, fragmentada por categorias, incapaz de formular um projeto global em defesa de seus interesses, consegue apenas arrancar do Estado pequenas concessões, setoriais, fragmentárias, no sentido apenas da ampliação dos benefícios e serviços."

A rápida elevação de despesas levou ao esgotamento das reservas das instituições previdenciárias, era a falência do regime de capitalização e o começo de uma caminhada rumo ao regime de repartição (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986). Tal crescimento das despesas não parece ter sido um mero fenômeno atuarial, decorrente da evolução natural do sistema, e sim decorrente de uma ruptura com as medidas contencionistas típicas do período de 1930 a 1945. Houve um relativo afrouxamento dos critérios para concessão de benefícios e aumentos em seus valores reais. Além disso, foi de certa forma abandonada a ideia de que as reservas da previdência deveriam ser destinadas a aplicações no setor produtivo, a preferência passou a ser a destinação para áreas de utilidade social. “(...) passou a época de cobrar dos segurados da Previdência sacrifícios em nome de supostos interesses nacionais” (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986, p.169). Como exemplo das medidas de ampliação da Previdência Social, sua extensão aos trabalhadores rurais por meio da criação do FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural) em 1963 foi um fato marcante, apesar de só ter sido posta em prática muito posteriormente devido à falta de recursos.

Além disso, houve uma mudança no tratamento dado à questão da assistência médica. De algo provisório e secundário, a saúde começava a ser aceita como uma responsabilidade das instituições previdenciárias. A Constituição de 1946 definiu a assistência médica como uma das atribuições da Previdência Social, rompendo com a ideia de que sua natureza consistia apenas no pagamento de aposentadorias e pensões. “Consolidava-se, desta forma, por dispositivo constitucional, o vínculo entre previdência e assistência médica” (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986, p.158). A LOPS também dedicou parte de seu texto à assistência médica, reafirmando o envolvimento da previdência na área de saúde. Dessa forma, vários IAPs iniciaram um intenso processo de expansão do setor próprio de assistência médica, ênfase distinta daquela do período anterior. Como consequência, os gastos com assistência médica aumentaram consideravelmente, assim como sua participação na despesa previdenciária. Uma contradição da LOPS foi seu caráter abrangente na concessão de benefícios e ao mesmo tempo restrito no que tange ao financiamento, ainda baseado no regime de capitalização e na contribuição dos segurados.

A orientação menos restritiva da Previdência Social foi reflexo também da nova ideia internacional de seguridade social oriunda do Plano Beveridge, distinta da ideia de seguro social oriunda de Bismarck. Tal debate começou a chegar ao Brasil, porém o uso oficial do conceito de seguridade social somente aparecerá na Constituição de 1988. Outro argumento a favor da prestação de serviços de assistência médica pelos IAPs, de caráter mais técnico, era

que esta diminuiria os gastos com benefícios por doença e invalidez. A seguridade social, também podendo ser traduzida como segurança social ou proteção social, se contrapunha ao conceito de seguro social. Esse último era na verdade um grande sistema de seguros com atuação do Estado em sua organização, contudo sua lógica permanecia semelhante àquela do seguro privado. Já a seguridade social rompe com essa lógica ao pretender garantir um padrão mínimo de bem estar aos cidadãos, com um financiamento segundo a capacidade contributiva de cada um. Como se vê, o Estado teria nesse caso um compromisso muito maior perante a sociedade, devendo construir uma política social ampla. Tais ideias de certa forma legitimavam as pressões dos segurados no sentido de ampliação dos benefícios, mas a natureza do sistema continuava muito mais próxima do seguro do que da seguridade.

Como à ampliação dos planos de benefícios não seguiu um correspondente aumento de receita, já que não se buscou assegurar recursos e fontes de financiamento compatíveis, os problemas de desequilíbrios começaram a surgir, resultando na crise financeira da Previdência Social. As contribuições dos trabalhadores aumentaram, chegando a 8% do salário, logo as contribuições do Estado e dos empregadores deveriam ter aumentado igualmente, mas enquanto frequentemente as primeiras eram descumpridas, as segundas eram sonegadas. No fundo a contribuição da União era meramente formal, não se concretizava em sua integralidade, levando ao acúmulo de dívidas da União com a previdência. Por isso, a LOPS aboliu o modelo de contribuição tripartite vigente desde 1931. A contribuição dos empregadores continuava devendo acompanhar a contribuição dos trabalhadores, mas à União caberia apenas o pagamento de pessoal e o custeio de despesas administrativas, que representavam em torno de 15% das despesas previdenciárias. Ou seja, deixava-se claro que concessões na ampliação de benefícios e serviços poderiam ser feitas, mas não seria o Estado a financiá-las. Especialmente no segundo mandato de Vargas e no governo de Juscelino era deixada clara a prioridade dos gastos com suas políticas de desenvolvimento em relação aos gastos com políticas sociais, com o argumento de que apenas se desenvolvendo seria possível ao país enfrentar verdadeiramente seus problemas sociais.

2.4. A modernização do sistema sob o regime autoritário militar

A estrutura fragmentada do sistema se manteve, até que em 1966 houve a unificação⁴⁹ dos IAPs e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), também ligado ao Ministério do Trabalho. Porém um instituto ainda se manteve, o IPASE, referente aos servidores públicos da União. Assim como ocorrera no governo de Vargas com a fusão de CAPs em IAPs, foi novamente através de um regime autoritário que se deram grandes passos na construção e consolidação de um sistema de proteção social no Brasil. Nesse momento histórico o país passava pela ditadura militar, marcada pelo autoritarismo, pela supressão da participação dos trabalhadores da vida política e pela tentativa de redução dessa última à racionalidade técnica e administrativa. Na lógica dessa fase política, conhecida como "modernização autoritária", as ideias de racionalização da gestão e tecnocracia predominavam. A própria fusão dos IAPs em um único instituto foi justificada, segundo tais critérios, como um movimento de modernização da máquina estatal.

Nesse período verificou-se um crescente papel do Estado como regulador da sociedade e ao mesmo tempo um favorecimento do setor privado. De acordo com Araújo Oliveira e Fleury Teixeira (1986, p.201):

"Nas sociedades onde o modo de produção capitalista desenvolve-se tardiamente encontramos um corporativismo gestado na base de regimes autoritários, e que apresenta uma dupla característica: um lado estatizante – avanço do Estado para dentro da sociedade civil; e outro lado privatista – por onde elementos da sociedade civil penetram no Estado."

No INPS a participação das empresas e trabalhadores no processo decisório era ainda menor do que nos IAPs, pode-se mesmo dizer ausente. No entanto, a tendência de expansão do caráter assistencial-redistributivo da Previdência Social se manteve, até mesmo como uma maneira de atenuar a tensão social devida a um contexto altamente desfavorável para os trabalhadores, com a impossibilidade de organização e participação política dos mesmos e a política de arrocho salarial então praticada. Além disso, "(...) as conquistas dos trabalhadores em outros momentos políticos já haviam sido incorporadas de tal forma à sua condição de

⁴⁹ Na verdade essa não foi a primeira tentativa de unificação do sistema. Em 1945 Vargas propôs, através de uma "Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil", a unificação dos IAPs e a criação de um Instituto de Seguros Sociais do Brasil. Tal projeto previa inclusive a incorporação dos trabalhadores rurais. Porém Vargas caiu do poder antes de concretizá-la, e na ocasião de seu retorno não houve espaço político para uma iniciativa desse porte.

cidadania que era impossível voltar atrás nesse assunto.” (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986, p.204).

Sendo assim, mesmo despolitizada a Previdência Social perseguiu concretizar a cobertura daqueles que já a tinham e ampliá-la para outros trabalhadores, encaminhando-se para a universalização dos direitos sociais, seja pela incorporação de novas categorias, seja pelo aumento do número de assalariados devido ao crescimento econômico. Se antes da ditadura militar o número de cidadãos plenos era restrito, estes tinham a possibilidade de participar ativamente das decisões políticas do país, e o jogo democrático tenderia a incorporar aos poucos todos no universo da cidadania. Nas palavras de Vianna (1998, p. 137): o período da ditadura militar “Expandiu a população contribuinte (e beneficiária) mas desintegrou os esquemas associativos que lhe asseveravam voz; e impondo à política social ao mesmo tempo uma racionalidade privatizante.” A lógica privatizante foi notável principalmente na condução da política de assistência à saúde.

Em 1971 finalmente se concretiza a aposentadoria rural, praticamente não contributiva, após sua aprovação em 1963. Para tanto, foi criado o PRORURAL, que destinaria os recursos necessários ao FUNRURAL. A extensão da previdência para empregadas domésticas e autônomos foi outra medida rumo à universalização, apenas os trabalhadores informais continuavam descobertos. Vale lembrar que a cobertura do INPS incluía os contribuintes e seus dependentes. Outro fato relevante foi a criação da Renda Mensal Vitalícia em 1974, destinada aos idosos e inválidos pobres, que oferecia um benefício previdenciário àqueles que não tinham cumprido os requisitos mínimos de contribuição para o pedido de aposentadoria, mas no mínimo haviam contribuído por 12 meses para a previdência social.

Quanto à assistência à saúde, esta continuou a se afirmar cada vez mais como um direito dos segurados. Por outro lado, o enfoque mais próximo ao pensamento sanitário, ligados ao projeto nacional desenvolvimentista, e à prevenção foi sendo abandonado, em prol de "(...) um modelo de natureza assistencialista-privatista." (TEIXEIRA, 1990, p. 17). Ou seja, o caráter mais preventivo e as medidas de saúde coletivas⁵⁰ foram substituídos por práticas curativas, individuais e especializadas, típicas da medicina previdenciária. Aponta-se que tal direcionamento da política de saúde favoreceu os interesses do capital nacional e internacional, especificamente da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, e

⁵⁰ As medidas de saúde coletivas são aquelas voltadas ao atendimento de necessidades coletivas. Como em geral têm alto custo e baixa lucratividade, devido ao seu caráter de bem público, em geral são realizadas pelos Estados. A prática médica curativa e os hospitais são os ramos da medicina mais lucrativos, já que são mais ligados às indústrias de medicamentos e equipamentos.

iniciou um processo de privatização da assistência médica. Esse se deu por meio da preferência pela compra dos serviços de saúde de iniciativa privada pelo INPS e também pela concessão de financiamentos subsidiados para a construção de hospitais particulares⁵¹, sempre com justificativas de caráter técnico e racional, defendendo a superioridade dessa alternativa no lugar da expansão da rede própria. Sem dúvida, os contratos com o setor público possibilitaram que a prática médica privada se tornasse uma atividade bastante lucrativa. Tal política contribuiu para o surgimento de um complexo médico industrial com grande poder político para influenciar as políticas públicas de saúde, desfavorável à expansão do setor próprio/estatal de atendimento médico e consolidando o setor privado de saúde.

Além do subsídio ao financiamento de hospitais privados e do credenciamento para compra de serviços médicos privados, durante esse período surge uma nova modalidade de relação público-privado na área de saúde: os convênios com empresas médicas. O setor conveniado se distingue do setor contratado: enquanto no último paga-se por serviço realizado, no primeiro em geral paga-se uma mensalidade fixa independentemente do consumo dos serviços de saúde. Quando o convênio é estabelecido, toda a responsabilidade da assistência médica ao segurado passa do INPS para a empresa médica, ao menos em tese.

Sendo assim, foi estimulada a realização de convênios pelas próprias empresas para seus trabalhadores, em contrapartida a contribuição para a Previdência Social era reduzida, numa espécie de subsídio tributário ou de financiamento indireto dos convênios. Como o valor recebido por segurado é fixo, a empresa médica busca lucratividade por meio da diminuição dos custos de tratamento, o que pode ter consequências negativas na qualidade dos serviços. Outra queixa comum dos segurados foi a falta de imparcialidade nos casos de avaliação para concessão de licença por motivo de doença, já que a empresa médica conveniada e a empresa onde o segurado trabalhava em geral mantinham estreita ligação, sendo do interesse de ambas minimizar a demanda por tratamentos de saúde.

Além disso, muitas vezes os convênios não realizavam os tratamentos mais custosos, lentos, complexos e emergenciais - ou seja, os menos lucrativos - tendo o INPS que prestar essa cobertura ao segurado quando necessário. Ou seja, além da Previdência Social contribuir para o financiamento dos convênios via gastos tributários, ainda cobria os custos dos casos não lucrativos. Com o processo de organização da saúde em termos capitalistas, desenvolveu-se uma diferenciação dos serviços segundo a clientela, tanto no acesso quanto na qualidade.

⁵¹ Os recursos eram oriundos do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social). Tais recursos públicos eram destinados ao financiamento de projetos prioritários e de interesse coletivo. O setor privado de saúde conseguiu vários empréstimos a juros inferiores aos de mercado para construção, ampliação e remodelação de hospitais privados, em sua maioria com fins lucrativos. (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986)

Logo, “(...) distancia-se cada vez mais de um modelo ético de medicina que visa a melhoria das condições de saúde da população.” (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986, p.234)

O avanço dado rumo à universalização, tendendo ao conceito de seguridade social, expandiu bastante a assistência médica previdenciária. A criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), do Programa de Integração Social e do Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PIS-PASEP) facilitou esse processo, pois a Previdência Social ficou de certa forma liberada da função de acumulação, agora exercida por esses dois mecanismos de poupança compulsória, podendo seguir com sua função assistencial-redistributiva. Tal processo, “Se fez dentro do quadro de privilegiamento do produtor privado de serviços e em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência.” (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986, p.235). Um dos problemas desse modelo foi a prática de superfaturamento por parte do setor privado contratado, já que faltavam mecanismos de controle para evitar a corrupção e o próprio modelo de pagamento por serviço a facilitava, levando a uma situação financeira crítica.

Por outro lado, não havia como retomar o modelo anterior baseado em serviços próprios, pois a Previdência tinha compromissos já assumidos com o setor privado. Além disso, em um contexto de crise econômica, o Estado passou a ser visto como um vilão da economia, e as teses de superioridade do mercado se reforçaram, inclusive na área de saúde. A crise econômica atingiu o país após o primeiro choque do petróleo em 1973, deteriorando mais ainda as condições de vida das classes média e baixa, o que fez com que o governo buscasse legitimação e institucionalização do regime por meio de políticas sociais. Tudo isso agravou os problemas financeiros e desafios para a Previdência Social, levando à necessidade de reformas.

Nesse contexto de crise, em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o que pode ser visto como um fortalecimento da importância da instituição. O novo ministério se organizava segundo princípios de especialização funcional. Com a reorganização administrativa, dentro do MPAS, os benefícios especificamente previdenciários continuaram no âmbito do INPS, sendo criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para se ocupar da área da saúde. Finalmente, definiu-se uma divisão de competências com o Ministério de Saúde, ficando esse último com atividades normativas para a saúde como um todo e executivas preferencialmente para medidas de saúde coletivas. Enquanto isso, o atendimento médico curativo individualizado permanecia com a

Previdência. A definição da Política Nacional de Saúde ficava a cargo do Ministério da Saúde, devendo o MPAS segui-la, porém tal coordenação não foi observada.

Com o intuito de criar mecanismos de controle do setor contratado, foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), mas seu alcance foi limitado, já que o modelo de pagamento por serviço não se alterou nem tampouco foi possível diminuir a influência de interesses do setor privado⁵². (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986). Outra maneira de aliviar o problema financeiro da Previdência Social foi a ampliação do setor conveniado, já que nessa modalidade de contratação o pagamento não é feito por serviço, paga-se um valor fixo independente de sua utilização. Assim, seria uma solução tanto para a distorção da facilidade de corrupção quanto para a concentração nas mãos da Previdência Social dos riscos de uma demanda crescente e de difícil previsão.

Contudo, vale lembrar que apesar da ampliação do setor conveniado, o setor credenciado continuou a responder pela maior parte dos serviços prestados. A maior parte dos convênios foi firmada com empresas, mas havia também aqueles com sindicatos, universidades e governos estaduais e municipais. No caso das universidades, além de ampliar o atendimento, um outro objetivo era a adaptar a formação de mão de obra médica de acordo com as necessidades e princípios da saúde previdenciária, principal demandante da atividade médica à época.

Outro fato marcante nesse período foi a criação do Plano de Pronta Ação (PPA) em 1974 e do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975. A principal novidade do PPA foi a “desburocratização do atendimento nos casos de emergência.” (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986, p.250). Um passo grande era dado rumo à universalização, já que ao menos para atendimentos emergenciais não seria mais necessário comprovar vinculação com a Previdência Social, era um direito de todos os cidadãos. Por outro lado, a transferência de funções para a iniciativa privada continuava, e a desburocratização dificultou ainda mais o controle desses atendimentos. Houve críticas quanto à possibilidade de não contribuintes usufruírem de serviços para cujo financiamento não contribuíram, mostrando a força da concepção de previdência enquanto seguro, com a negação de seu caráter assistencial-redistributivo perante a sociedade.

Outro objetivo do PPA era maximizar o uso da capacidade instalada na área da saúde, em uma tentativa de articulação e coordenação entre os serviços próprios e os privados. O

⁵² Ainda assim houve atritos com o setor privado. O alto índice de rejeição de contas por irregularidades, como internações desnecessárias e pacientes “fantasmas”, levou à insatisfação do setor privado de assistência médica.

SNS também teve esse mesmo foco, o de organizar e disciplinar o setor de saúde, tanto público quanto privado, já que garantir a ordem e a harmonia entre eles era fundamental para a eficácia do sistema. Para alcançar tal integração, definiram-se as competências de cada Ministério, dos estados e dos municípios. O SNS tentou compatibilizar os diversos interesses envolvidos, adotando uma postura pluralista, o que lhe rendeu “(...) ambiguidades e incoerências que na prática vão resultar na inviabilidade de sua operacionalização” (ARAÚJO OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986, p.256)

Outro novo mecanismo institucional foi criado, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Vinculado ao MPAS, era mais uma passo dado rumo à universalização, unificação e uniformização da Previdência Social. A aproximação com o modelo de seguridade social revelava cada vez mais a necessidade de revisão das fontes de receita do sistema, a base nas contribuições de segurados não era financeiramente compatível com a universalização.

No início dos anos 80 a situação financeira da Previdência era tão crítica que a “crise da previdência social” tornou-se conhecida. Marcada pela existência de um déficit crescente em suas contas, unia fatores estruturais já discutidos com a conjuntura econômica recessiva. A contradição estrutural advinha da expansão da proteção social rumo à universalização ao mesmo tempo em que seu custeio continuava majoritariamente realizado por contribuições dos trabalhadores, em uma espécie de universalização perversa. No entanto, foi apenas como um problema financeiro que o assunto chegou à opinião pública, revivida com a expectativa da redemocratização. Houve muitos debates e propostas, sempre se evitando mudanças radicais que por sua vez prejudicariam o setor privado de assistência médica. A dificuldade em estabelecer mecanismos de controle para este setor era um grande problema, que tenderia a aumentar conforme o mesmo crescia e os serviços médicos se tornavam mais sofisticados. Aliás, para Araújo Oliveira e Fleury Teixeira (1986, p.281) o privilegiamento do setor privado tinha grande responsabilidade na crise financeira e na ineficiência da assistência médica:

"Temos buscado salientar ao longo deste trabalho a natureza perversa do processo de capitalização da medicina previdenciária, cujos mecanismos de repasse dos recursos previdenciários aos produtores privados realiza-se através de instrumentos corruptores, com consequências danosas à saúde dos pacientes, orientando-se pela lucratividade exacerbada em detrimento da ética e das reais necessidades da população."

Dessa forma, as medidas de combate à crise previdenciária foram de caráter financeiro e não estrutural. E, ainda, baseadas em limitação de despesas médicas e aumentos de contribuições dos trabalhadores. A ampliação da base de financiamento só viria com a

Constituição de 1988. Vale notar que tal ampliação era de interesse do próprio setor privado de assistência médica, por ser para este claramente mais vantajoso do que a contenção de despesas.

Sobre a Assistência Social, o regime militar deixou duas grandes marcas: primeiramente, a criação da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor em 1964, que tinha por objetivo prestar assistência ao menores de idade em situação de vulnerabilidade; a segunda foi a transformação da LBA, que anteriormente tinha natureza civil, em fundação pública vinculada ao MTPS em 1969. Com isso, nota-se a consolidação da visão da pobreza como problema social e por conseguinte como esfera de intervenção pública.

2.5. A redemocratização e a Constituição de 1988

Com a redemocratização, os trabalhadores organizados puderam exercer alguma pressão sobre os rumos da Previdência Social. A Constituição de 1988 é dada como um marco no avanço de direitos sociais, mas mesmo antes dela o sistema previdenciário brasileiro já havia evoluído bastante, sendo um produto histórico marcado principalmente por decisões dos dois regimes autoritários pelos quais o país passou. Como comentou Teixeira (1990, p. 19):

"Tendo partido do conceito de previdência enquanto seguro, foi-se adotando paulatinamente o conceito de previdência enquanto sistema distributivo e assistencial - na verdade o único adequado a um país com as características estruturais do Brasil. A esta evolução correspondeu a passagem de um regime de capitalização ao de repartição simples, consolidando sua forma pública."

Financeiramente, o sistema previdenciário brasileiro apresentava tendência ao desequilíbrio, o que ficou bastante evidente nos anos 70, anos de crise econômica. Para isso contribuía a fragilidade de um sistema baseado sobretudo em contribuições individuais sobre a folha de salários. Na realidade a União tinha como hábito contribuir menos do que o quanto deveria, desde a criação da contribuição da União para os IAPs, o que se agravou em um contexto de crise. Tal desequilíbrio levou à queda de qualidade dos serviços de assistência médica e a uma política de baixos reajustes de valor para aposentadorias e pensões.

A constituição de 1988 trouxe um grande avanço para a previdência social, tornando-a uma componente da seguridade social; esta última tendo um caráter universal e sendo financiada por parte de toda a sociedade, logo abria-se caminho para um modelo mais abrangente e redistributivo. Contudo, tal avanço teve certos limites. A introdução do conceito de seguridade social foi, sem dúvida, o maior dos avanços. Tal conceito abrange as áreas de

saúde, assistência e previdência, ou seja, os direitos em termos de saúde e assistência foram colocados como tão importantes quanto a previdência na perspectiva de um sistema de proteção social. Outra grande conquista em termos de cidadania foi a saúde ter se tornado um direito de todos e dever do Estado, logo, universal e gratuita – com sua utilização desvinculada de contribuições individuais. Anteriormente, como foi visto, a assistência à saúde estava diretamente ligada à filiação à previdência social. Para o restante da população estavam disponíveis apenas alguns serviços públicos de saúde organizados pelas prefeituras como uma concessão, e não como um direito da população, revelando-se assim sua precariedade. Por outro lado, a Constituição deixou a assistência à saúde livre à iniciativa privada. Como a área de saúde tem uma dimensão pública intrínseca, foi necessário criar mais tarde mecanismos de regulação e fiscalização como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 1999.

A adoção de um piso comum e irredutível de um salário mínimo para as aposentadorias e para o BPC⁵³ - seja para contribuintes ou não contribuintes, rurais ou urbanos - fez da seguridade social uma das principais ferramentas de combate à desigualdade e à pobreza, atrás apenas do mercado de trabalho. Além do papel equalizador de desigualdades regionais. Contudo, a questão da informalidade deixa grande parcela da população descoberta pela previdência e, exceto o citado BPC, os benefícios assistenciais como o Bolsa Família são frágeis já que não constituem um direito, têm critérios de acesso por vezes discricionários e baixo valor. (LAVINAS, 2008)

A ideia de seguridade social difere daquela de seguro social justamente no ponto de que seu financiamento é feito por toda a sociedade e de que os benefícios não guardam vinculação estrita com as contribuições individuais, sendo recebidos de acordo com a necessidade. O termo seguridade certamente foi escolhido inspirado nas palavras *securité* (francesa), *seguridad* (espanhola) e *security* (inglesa), e para Teixeira (1990, p. 22):

"(...) melhor tradução em língua pátria seria proteção social. Pois o conceito de seguridade social diz respeito exatamente à construção de um sistema de proteção social, concebido como instrumento indispensável ao processo de reprodução da força de trabalho, e portanto, das condições de reprodução do próprio capital"

A Constituição de 1988 guardou um capítulo para expor como seria a seguridade social brasileira, e suas características mostram que ela era muito mais do que um seguro,

⁵³ Vide nota 6. O BPC foi instituído através da Constituição de 1988 e aos poucos substituiu o antigo RMV.

tendo um caráter assistencial-redistributivo. Porém, sua concretização não se completou: “A Constituição de 1988, progressista e democraticamente, incluiu a terminologia da seguridade social. Não logrou, contudo, dar conteúdo à sua dimensão simbólica, e muito menos, fazer vigir a solidariedade que lhe é inerente.” (VIANNA, 1988, p.11). Sendo assim, algumas características de previdência enquanto seguro foram mantidas, resultando em um sistema híbrido entre seguro e seguridade. Dentre essas características está a sobrevivência da aposentadoria por tempo de serviço⁵⁴ e das contribuições individuais dos trabalhadores. Pressões corporativistas e a falta de entendimento dos próprios constituintes sobre o significado da seguridade social contribuíram para essa distorção, por isso "A metamorfose do sistema de proteção social no Brasil ficou inconclusa" (TEIXEIRA, 1990, p.29).

A fim de garantir uma menor dependência dos recursos fiscais - diminuindo a concorrência com os outros gastos públicos - e uma maior integração entre as áreas componentes da seguridade social, a Constituição de 1988 definiu a criação de um orçamento próprio integrado para saúde, assistência e previdência. Assim, "O orçamento da Seguridade Social consagrou a precedência do compromisso de cobertura dos direitos sociais sobre a disponibilidade de recursos (...)" (DAIN, 2001, p.131). A integração e complementariedade entre as três áreas ficou apenas no plano do orçamento, não se criou um Ministério da Seguridade Social nem nenhum outro órgão que a perseguisse. Assim, no plano administrativo a seguridade social ficou fragmentada e até 1991 não havia sido criada uma lei orgânica da seguridade social, sendo a saúde, a previdência e assistência tratadas em leis separadas (TEIXEIRA, 1990). Nas palavras de Vianna (2005, p.1): "(...) a seguridade social brasileira foi praticamente ignorada pelos governos que se sucederam desde a promulgação da Carta Magna e bastante descaracterizada pelos documentos legais que a regulamentaram". Dessa forma, a criação de um sistema de seguridade social não se concretizou, não há existência administrativa formal do mesmo.

Em relação ao orçamento, a constituição definiu que a seguridade social seria financiada por toda a sociedade, tanto direta quanto indiretamente, através de contribuições sociais sob a folha de salários, devida pelos empregados e empregadores; sob lucro e faturamento, devida pelos empresários; e sob a receita dos concursos de prognóstico (loterias). Além disso, são mencionados também recursos orçamentários da União, dos estados e dos municípios; contudo estes costumam se sentir desobrigados de aplicarem seus recursos fiscais na seguridade social, sobretudo a União, sob o argumento de que o repasse da

⁵⁴ A aposentadoria por tempo de serviço foi substituída pela aposentadoria por tempo de contribuição por meio da Emenda Constitucional n. 20 em 1998.

Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) já são transferências do Tesouro para a seguridade social. Sendo assim, houve a intenção de diversificar a base de financiamento da seguridade social para diminuir a vulnerabilidade de suas receitas frente a ciclos econômico. A contribuição sobre o faturamento é relativamente menos sensível a variações do ciclo econômico, por outro lado, tem o caráter negativo de ser cumulativa e indireta; conseqüentemente regressiva, pois ao taxar consumo exige proporcionalmente à renda maior esforço dos mais pobres.

De toda forma, o fato é que as contribuições sobre a folha de salários continuaram a constituir grande parte da receita do orçamento da seguridade social⁵⁵, apesar de serem regressivas e muito sujeitas à dinâmica econômica. Sua regressividade se deve a dois fatos: primeiramente, as contribuições são realizadas até um valor teto⁵⁶, a partir do qual todos os trabalhadores contribuem com o mesmo valor, independentemente de sua renda; além disso, a parcela paga pelos empregadores é facilmente repassada aos preços, funcionando como um tributo indireto, novamente regressivo por sua incidência em consumo. Outro problema da contribuição patronal sobre a folha de salários é a distorção econômica causada ao penalizar empresas intensivas em mão de obra e o estímulo à informalização.

A falta de transparência do orçamento da seguridade social é um problema recorrentemente apontado. Primeiramente, muitos demonstrativos contábeis são apresentados com o orçamento fiscal e o da seguridade social agregados, como se houvesse um único orçamento, dificultando a compreensão dos dados referentes à seguridade social. Além disso, muitas despesas lançadas no orçamento da seguridade social são questionáveis. Os encargos previdenciários da União, os gastos com a ANS e com entidades de fiscalização e supervisão de previdência privada são exemplos desse problema, já que não atendem o princípio da universalidade no que diz respeito ao acesso. Além disso, são lançadas no orçamento da seguridade despesas que não correspondem às suas atividades finalísticas, como aquelas com a máquina administrativa do Ministério da Saúde. Por fim, a Desvinculação das Receitas da União (DRU)⁵⁷ libera 20% das receitas do orçamento da seguridade social para uso em outras áreas, com exceção das contribuições previdenciárias.

⁵⁵ Segundo o estudo "Carga Tributária no Brasil", elaborado pela Receita Federal, no ano de 2011 as contribuições sociais sobre a folha de salários para previdência social foram de R\$ 246.031 milhões, representando 45,3% das receitas do orçamento da seguridade social. Em seguida, a COFINS teve participação de 30,3% e a CSLL de 10,8%

⁵⁶ Em 2013, esse valor era de R\$ 4.159.

⁵⁷ Criada em 1994 com o nome de Fundo Social de Emergência, sua intenção era a de contribuir para a realização do ajuste fiscal, visto como necessário à estabilização econômica. Em 1996 o mecanismo foi rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal e em 2000 passou a ser chamado de Desvinculação das Receitas da União. Esse mecanismo viabilizou a estratégia da União de aumento de sua receita através das contribuições

A tentativa de desmonte do orçamento da seguridade social pode ser sentida ainda hoje; seja pelas propostas de reforma tributária, que não preveem como a perda de receita da seguridade social será compensada, seja pelas disposições sobre o financiamento da saúde impressas na Emenda Constitucional n. 29 de 2001. Esta última nem mesmo menciona a existência do orçamento da seguridade social. Ele foi abandonado e esvaziado por ela ao determinar apenas que o governo federal deve indexar o gasto em saúde ao crescimento do PIB, sem nenhuma ligação com as receitas de seguridade, apesar dessas últimas em geral apresentarem dinamismo superior ao crescimento do PIB, crescendo mais do que proporcionalmente quando o PIB cresce e recuando menos do que proporcionalmente quando o PIB cai, afinal a composição do orçamento da seguridade foi feita com essa intenção. Certamente, a vinculação do gasto federal em saúde às contribuições sociais seria mais positiva (DAIN, 2001).

A Constituição de 1988 ambicionou transformar o sistema de proteção social que começou sua construção inspirado no modelo bismarckiano em direção a um modelo beveridgeano, contudo o resultado final se assemelhou mais com o modelo residualista americano, o que foi em muito devido ao rumo tomado pelo projeto modernizador implantado durante o regime militar (VIANNA, 1998). A universalidade se traduziu em uma acentuada queda na qualidade dos serviços de saúde e no valor real dos benefícios monetários, com isso aqueles que puderam foram buscar proteção no mercado através de planos e seguros privados, praticamente deixando a seguridade social destinada apenas aos pobres. Tal fenômeno iniciou-se ainda durante o regime militar, sendo um grande estímulo o surgimento - por meio das reformas tributárias da época - da possibilidade de dedução dos gastos com saúde e previdência privada no imposto de renda. Segundo Vianna (1998, p. 142):

"Sob o autoritarismo varguista, a política social serviu para incorporar, seletiva e hierarquicamente, o mundo do trabalho organizado à cidadania, diferenciando-o do "resto" da população pobre; a ditadura recente disseminou direitos sociais entre os antes excluídos, mas nivelou esta cidadania social em patamares tão baixos que a estigmatizou, afastando do sistema público os trabalhadores formais e a imensa gama de novos segmentos médios assalariados."

Dessa forma, enquanto o sistema público de proteção social se deteriorava, já que à sua expansão não se seguiu um aumento correspondente em investimentos, a indústria da seguridade cresceu e se consolidou, recebendo estímulos governamentais para tanto. Além disso, a própria população parecia demonstrar preferência por arranjos privados de

sociais, de forma a contrabalancear a perda de receita decorrente da descentralização, já que estas possuem a vantagem de não entrar na partilha obrigatória com os demais entes federativos.

seguridade⁵⁸, o que minava uma solidariedade mais abrangente e redistributiva, como aquela presente no texto da Constituição de 1988 sobre a seguridade social. Tal processo de descrédito nos serviços públicos e defesa da supremacia do mercado pode ter sido intencional. O que é uma pena, pois: "A previdência social é um instrumento poderoso de proteção social e mais poderoso se torna quando integra, conceitual e concretamente, um sistema de seguridade social." (VIANNA, 2005)

2.6. Prévias conclusões

Do histórico apresentado sobre a seguridade no Brasil é possível retirar algumas conclusões. Primeiramente, o orçamento da seguridade social apresentado constantemente como deficitário na verdade possui saldos positivos quando seu cálculo é realizado segundo o que ficou definido na Constituição de 1988, mesmo incluindo a DRU (GENTIL, 2006; ANFIP, 2011). Além disso, pode-se afirmar que tal orçamento tornou-se quase uma peça de ficção devido à falta de um operador próprio e à inclusão de despesas altamente questionáveis no mesmo. O próprio sistema de seguridade social parece estar sendo desmontado por meio da crescente segmentação de suas três áreas componentes, cada uma com seus próprios ministérios, diretrizes, leis orgânicas e até mesmo fontes de receita.

O alarde em torno do suposto déficit da previdência social e a manutenção de seu teto em patamares baixos contribuem para incentivar a compra de planos previdenciários privados. No caso da saúde, sua apresentação como subfinanciada também produz efeitos semelhantes. Em resumo, o setor público é mostrado como incapaz de oferecer proteção social aos seus cidadãos, ao passo que o mercado é valorizado e visto como uma alternativa atraente. Porém o setor privado de seguridade não caminha sozinho, mas subvencionado pelo Estado. No próximo capítulo serão apresentados dados sobre a seguridade pública e privada, com foco especialmente na identificação e mensuração do gasto público direto e indireto com "seguridade privada".

⁵⁸ Como os programas de bem estar oferecidos aos empregados por seus empregadores, além da compra de planos privados de saúde e previdência.

3. A OBSCURA RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NO FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE BRASILEIRA

Assim como no capítulo 1 as áreas componentes da seguridade social serão tratadas de forma segmentada, desta vez com o intuito de melhor organização na apresentação dos dados. Ao final do capítulo será feita uma breve conclusão na qual os dados serão agregados de forma a representar os gastos públicos diretos e indiretos com seguridade pública e privada como um todo.

3.1. Previdência

Os subsídios fiscais direcionados à previdência privada são comuns em vários países, inclusive no Brasil. Barr (1993, p. 188) comenta que na Inglaterra: “*Virtually all private schemes are ‘subsidized’ on a substantial scale through tax expenditures*”⁵⁹. Conforme mencionado no capítulo 1, dentre as justificativas para o fenômeno de estímulo à busca de planos previdenciários via mercado há a ideia de que o fortalecimento do mercado de previdência privada contribui para o crescimento da poupança nacional e com isso para o financiamento de investimentos, impulsionando o desenvolvimento do país. Tal visão econômica pertence a uma abordagem voltada para a oferta e geralmente vem acompanhada de críticas à previdência pública, quase sempre organizada na forma de repartição simples. Dessa forma, a previdência privada teria o duplo papel de contribuir para o financiamento de investimentos e ao mesmo tempo estimular um maior planejamento e responsabilidade financeira no que diz respeito à velhice por parte dos trabalhadores; a despeito do caráter controverso dessas ideias, conforme apontado no capítulo 1. Com tais justificativas, os gastos tributários com previdência privada foram se tornando uma característica marcante dos sistemas de proteção social em diversos países, tendo implicações distributivas importantes como nota Esping-Andersen (1991, p. 99):

"Algumas nações gastam somas enormes em benefícios fiscais sob a forma de privilégios tributários a planos privados de previdência que favorecem principalmente as classes médias. Mas essas despesas tributárias não aparecem na contabilidade."

⁵⁹ Tradução livre da autora: “Praticamente todos os regimes privados são ‘subsidiados’ em uma escala substancial através de gastos tributários”.

Nesse mesmo sentido, o autor lembra ainda das consequências da adoção de um modelo cuja característica proeminente seja o financiamento indireto da “seguridade privada”. Falando do modelo típico dos países anglo-saxões, Esping-Andersen (1991, p. 107) lembra que:

"(...) o dualismo daí não existe apenas entre Estado e mercado, mas também entre as formas de transferência do *welfare state*: nestes países, um dos componentes do gasto público com maior índice de crescimento é o subsídio para os chamados planos previdenciários "privados". E o efeito político típico é a erosão do apoio da classe média para o que é cada vez menos um sistema de transferência universalista provida pelo setor público."

É interessante apresentar aqui o conceito de gastos tributários, também conhecidos como benefícios tributários. Em resumo, são gastos indiretos efetuados via sistema tributário que buscam atender objetivos econômicos e sociais. Podem ser vistos como exceções ao sistema tributário de referência, na forma de desonerações que reduzem a arrecadação potencial do governo e, como contrapartida, aumentam a disponibilidade econômica de um determinado grupo de contribuintes. Estão presentes não somente nas áreas contempladas nesse trabalho como também nas funções de educação, cultura, agricultura, indústria, transporte, dentre outras. (RECEITA, 2009)

No Brasil, a previdência privada é chamada de previdência complementar e muitos fundos pertencem ao próprio setor público, alguns fechados para seus funcionários e outros abertos pertencentes a bancos públicos⁶⁰. A inclusão desses casos no termo previdência privada no presente trabalho se deu pois a lógica dominante de ambos é a privada individual. Assim como na saúde e na assistência social, os gastos tributários com previdência privada ficam em geral despercebidos pela contabilidade pública tradicional, criando a ilusão de que tal setor é autônomo, ou seja, é financiado apenas de forma privada. Sobre o financiamento privado para a previdência privada, sabe-se que ele é realizado através de aplicações dos beneficiários, e por vezes também de seus empregadores, que são em geral capitalizadas em contas individuais.

A Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) informou que em janeiro de 2012 o valor de contribuições para planos de previdência complementar aberta foi de R\$ 868,5 milhões, valor superior aquele verificado no mesmo período do ano anterior em 22,02%. Títulos públicos representavam 52% de seus ativos garantidores também em janeiro de 2012.

⁶⁰ As entidades de previdência complementar podem ser abertas ou fechadas. As primeiras são acessíveis a todos que desejarem ingressar em seus planos. Já as segundas são restritas aos funcionários das respectivas empresas patrocinadoras.

A empresa Bradesco Vida e Previdência S.A. é a maior do mercado. Não foram encontrados dados sobre previdência privada fechada.

Foram identificadas três formas de financiamento público para a previdência privada, conforme mostra o quadro 1. Quanto aos gastos tributários, os Demonstrativos de Gastos Tributários elaborados pela Receita Federal mostram que as empresas podem deduzir como despesa operacional no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) as contribuições feitas para previdência privada de seus funcionários. Ainda no IRPJ, as entidades de previdência privada fechada são isentas de tal imposto. Por outro lado, os contribuintes podem deduzir da base de cálculo do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) as contribuições para previdência privada até o limite de 12% de sua renda. Além disso, o rendimento dos fundos de previdência privada têm tributação de IRPF diferenciada, porém não foi possível mensurar esses casos. Sobre tais subsídios fiscais via IRPF, vale notar que muitas vezes os fundos de previdência privada aberta são usados apenas com o intuito de realizar uma aplicação financeira com menor tributação, sem o objetivo de transformá-la de fato em uma garantia de fonte de renda para a velhice. Ou seja, a concessão desse incentivo fiscal pode acabar por se desviar de sua finalidade, favorecendo estratégias de fuga da tributação.

Gastos tributários federais	Mensurados parcialmente
Gastos diretos federais com supervisão e fiscalização de previdência complementar	Mensurados parcialmente
Gastos diretos federais, estaduais e municipais com contribuição para previdência complementar de servidores	Não mensurados

Quadro 1 - Formas de financiamento público para previdência privada

Sobre os gastos tributários ou indiretos, ocorre na previdência um fenômeno não identificado nas áreas de assistência e saúde: a existência de gastos tributários com a previdência pública. Assim como é possível deduzir da base de cálculo do IRPF as contribuições para fundos de previdência privada, também é possível deduzir as contribuições destinadas à previdência pública. Portanto, pode-se falar em um gasto tributário com a própria previdência pública, ou seja, além da despesa decorrente do pagamento de benefícios previdenciários há também aquela decorrente da não arrecadação de IRPF sobre o valor das contribuições. Vale lembrar que o IRPF é um imposto destinado ao orçamento fiscal enquanto

as receitas e despesas da previdência social pertencem ao orçamento da seguridade social, logo o subsídio fiscal concedido à previdência pública afeta negativamente o orçamento fiscal enquanto incentiva uma maior arrecadação para o orçamento da seguridade social⁶¹.

A previdência social, considerada nesse trabalho como a previdência pública, tanto o regime geral quanto o regime próprio, é financiada através de receitas do orçamento da seguridade social, assim como a saúde e assistência social. As principais receitas do orçamento da seguridade social são: contribuição sobre a folha de salários de empregados e empregadores, contribuição sobre receita ou faturamento, contribuição sobre o lucro líquido, contribuição sobre receita de concursos de prognósticos. Além disso, a Constituição previu que recursos do orçamento fiscal também poderiam ser destinados à seguridade social de acordo com a necessidade.

Apesar de a Constituição definir a existência de um orçamento integrado entre as três áreas componentes da seguridade social, de forma a integrar as metas e prioridades de todo o sistema, o que se observa é a tendência à desintegração. Tal fato leva, por exemplo, à interpretação de que as contribuições sobre a folha de salários são as únicas e exclusivas a financiar a previdência. De fato a exclusividade existe, o ministério da previdência social as arrecada e as utiliza apenas para o custeio das despesas previdenciárias⁶². Contudo tal fonte de recursos não é a única apta legalmente a financiar a previdência, todas as contribuições sociais o são e até mesmo os recursos do orçamento fiscal. Tal interpretação leva a cálculos de "déficit da previdência", como se houvesse um orçamento próprio da previdência social, inexistente na realidade. (GENTIL, 2006)

Outro ponto de discussão diz respeito à inclusão do Regime Próprio de Previdência dos Servidores Federais (RPPS) no orçamento federal da seguridade social. Esse regime é destinado aos servidores públicos federais e possui critérios de contribuição e benefício distintos daqueles do RGPS. De forma resumida, as contribuições são maiores e os benefícios são integrais. O RPPS é apontado como o principal responsável pelo "déficit da previdência", já que ao subtrair das contribuições dos servidores ativos o pagamento de benefícios para servidores inativos chega-se em um saldo negativo. Tal fato advém de um descompasso entre ativos e inativos, resultante de reformas de desmonte do Estado e outras mudanças

⁶¹ A existência do Orçamento da Seguridade Social é praticamente apenas virtual, pois suas receitas (exceto as contribuições sobre a folha de salários, que vão para o Ministério da Previdência) são administradas pelo Tesouro Nacional. Não há autonomia na gestão desses recursos, há apenas a obrigação de que os mesmos sejam aplicados nas áreas componentes da Seguridade Social, com exceção da DRU. (SALVADOR, 2007)

⁶² Tal determinação veio da emenda constitucional n. 20 de 1998, que vetou a utilização das receitas de contribuições previdenciárias (folha de salários) para outras áreas que não o pagamento de benefícios previdenciários.

administrativas em sua estrutura, como a municipalização da saúde e a transformação de órgãos federais em empresas estatais (ANFIP, 2011). A inclusão das despesas com o RPPS no orçamento da seguridade social é algo bastante contestado, já que tal regime não atende o critério de universalidade, pois nem todo cidadão pode se filiar ao mesmo, seu acesso é exclusivo aos servidores públicos federais (TEIXEIRA, 1990; DAIN, 2001; VIANNA, 2003). Logo, a diferença entre contribuições correntes e benefícios correntes de servidores federais, quando negativa, não deveria drenar os outros recursos oriundos do orçamento da seguridade social, sendo mais correta sua cobertura através de recursos fiscais da União.

Através do decreto 7.808 de 2012, houve uma transformação no RPPS. Os servidores federais contribuirão para o RGPS no limite de seu teto (atualmente R\$ 4.159) e a complementação será feita através de um fundo. A primeira vista tal reforma seria um alívio para o orçamento da seguridade social, todavia o período de transição pode trazer sérios problemas, já que os servidores inativos continuarão a receber pelo RPPS enquanto as contribuições para o mesmo tenderão a desaparecer, aumentando ainda mais a diferença entre receitas e despesas desse regime (ANFIP, 2011).

A tabela 2 apresenta um resumo dos gastos públicos diretos e indiretos com previdência no período em análise. Primeiramente, o gasto público direto consolidado com previdência engloba os regimes geral e próprio federais e próprios estaduais e municipais. Dentro desse gasto público direto, foi identificado um montante destinado pela União à previdência privada ou complementar, tais gastos estão relacionados à fiscalização, supervisão e conselhos de previdência complementar. Vale notar que esse gasto também foi financiado através do orçamento da seguridade social, mesmo a previdência complementar não sendo universal e não sendo tais atividades despesas finalísticas de previdência. Os gastos indiretos de natureza tributária são apresentados em seguida e, por fim, os montantes totais do gasto público direto e indireto com previdência pública e do gasto público direto e indireto com previdência privada são revelados. Na última coluna da tabela é possível observar os percentuais de crescimento de cada rubrica no período analisado, quando algum valor não foi identificado no início da série, utilizou-se o valor do ano seguinte. Nota-se um crescimento do montante total de gastos públicos diretos e indiretos com previdência privada maior do que aquele com previdência pública.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var.
Gasto público consolidado direto com previdência (A)	276.857	290.177	295.683	309.441	327.535	340.806	366.701	387.135	39,8%
Com previdência complementar (União) (B)	0,3	0,2	4,1	8,9	4,0	1,9	1,9	3,3	888,5%
Gasto público federal indireto com previdência (C=D+E+F+G)	4.773	4.672	5.825	8.176	9.168	8.337	13.313	13.242	177,4%
Benefícios previdenciários pagos e fundo de aposentadorias - IRPJ (D)	ND	ND	65,3	66,0	82,9	139,6	1.753,0	2.016,3	2989,9%
Previdência Privada Fechada - IRPJ (E)	ND	ND	444	1.626	1.872	ND	3.245	2.977	570,6%
Contribuições para previdência privada - IRPF (F)	1.333	1.238	1.455	1.579	1.617	1.672	1.737	1.587	19,1%
Contribuições para previdência oficial IRPF (G)	3.441	3.434	3.861	4.905	5.596	6.526	6.578	6.662	93,6%
Gasto público direto e indireto com previdência pública (H=A-B+G)	280.297	293.611	299.540	314.337	333.127	347.329	373.277	393.794	40,5%
Gasto público direto e indireto com previdência privada (I=C-G+B)	1.333	1.239	1.968	3.280	3.576	1.813	6.737	6.584	393,9%

Tabela 2 - Gastos públicos diretos e indiretos com Previdência (em R\$ milhões de 2009)

Fonte: Demonstrativos dos gastos governamentais indiretos de natureza tributária – PLOAs, Grandes Números DIRPF e Tesouro Nacional (BSPN).

Por fim, o gráfico 1 mostra a variação na participação relativa da previdência pública e privada sobre o gasto público direto e indireto em previdência pública e privada. Como é possível notar, a previdência privada tem um peso bastante pequeno no gasto público direto e indireto em previdência, apesar de vir crescendo em termos percentuais muito mais do que a previdência pública. Como em termos absolutos o gasto com previdência pública é muito maior do que o gasto com previdência privada, mesmo com o alto crescimento dessa última houve um aumento da participação da primeira.

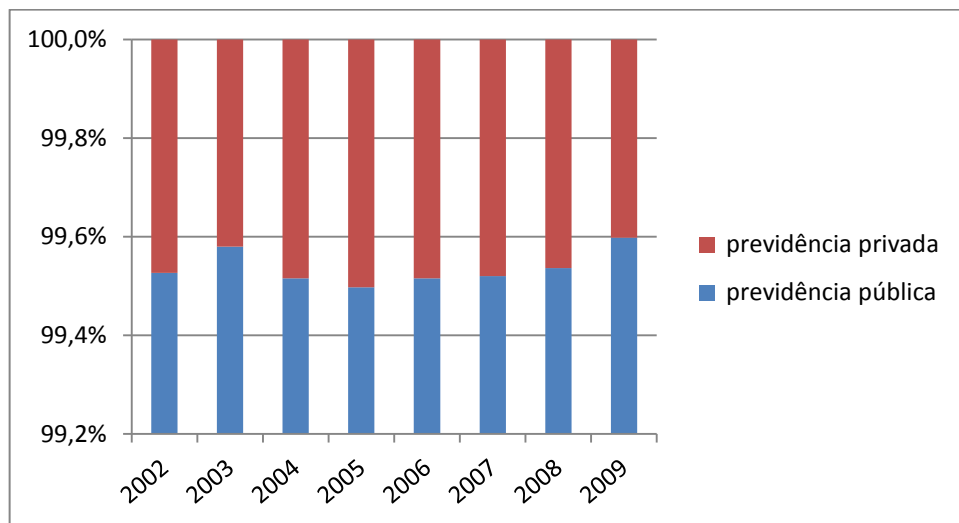


Gráfico 1 - Gastos públicos diretos e indiretos com previdência pública e privada - participações
 Fonte: Demonstrativos dos gastos governamentais indiretos de natureza tributária – PLOAs, Grandes Números DIRPF e Tesouro Nacional (BSPN).

3.2. Saúde

Tendo apresentado o sistema de saúde brasileiro, marcado pelo paralelismo entre o setor público e o privado, convém agora analisar dados sobre seu financiamento. Para o setor saúde, as inter-relações entre o público e o privado já vêm sendo bastante estudadas, vale destacar as seguintes: ressarcimento ao SUS quando um usuário de plano de saúde é atendido na rede pública, que coibiria abusos de operadoras ao negar cobertura; atendimento pelo SUS da cobertura excluída das operadoras⁶³; compra de planos privados para funcionários públicos; renúncia fiscal; isenções tributárias para filantrópicas e cooperativas; cotidiano e prática dos profissionais de saúde duplamente filiados; defesa dos interesses dos médicos-

⁶³ De acordo com dados da ANS, em 2011 houve 223 mil internações no SUS de usuários de planos de saúde. A motivação que os levou a recorrer ao SUS pode ter sido a negação de cobertura, a lentidão dos processos de autorização e até mesmo a expectativa de que determinados tratamentos podem ser melhores no SUS do que na rede privada credenciada.

empresários e fornecedores de insumos; incorporação irracional de tecnologia; envolvimento dos gestores de saúde, ou até mesmo a coincidência, com líderes de cooperativas médicas e operadoras. (SCHEFFER & BAHIA, 2005)

Pode-se notar que muitas das inter-relações citadas acima dizem respeito ao financiamento, foco central deste trabalho. Diversos autores notaram a existência de financiamento público direcionado à saúde privada (PAIM, 2005; SCHEFFER & BAHIA, 2005; PIOLA & SERVO & SÁ & PAIVA, 2012; OCKÉ-REIS, 2012; COSTA & JÚNIOR & GURGEL, 2012; ANDRADE, 2004). Recentemente essa constatação apareceu até mesmo na imprensa, em agosto de 2013 o Ex-Ministro da Saúde José Gomes Temporão declarou à revista *Carta Capital* (2013, p.): “Em 2011, o volume total de subsídios ao mercado privado através de várias isenções e renúncia fiscal foi de 16 bilhões de reais, volume de recursos que deveria estar sendo direcionado ao setor público”.

A existência do financiamento público para a saúde privada leva a questionamentos éticos sobre quais deveriam ser as prioridades do Estado brasileiro em relação à saúde. Principalmente no reconhecido contexto de subfinanciamento do SUS, ao mesmo tempo em que dele depende a assistência à saúde da maioria da população, incapaz de arcar com os custos de recorrer ao sistema privado quando necessitam de atendimento médico.

É necessário nesse momento explicitar todas as formas identificadas de financiamento público, seja direto ou indireto, para a saúde privada. O quadro 2 abaixo serve a esse propósito, além de identificar quais delas foram possíveis de mensurar nesse trabalho e quais não foram.

Gastos tributários federais	Mensurados parcialmente
Gastos diretos federais na forma de transferências a instituições sem fins lucrativos	Mensurados
Gastos federais com saúde para funcionários públicos e seus dependentes	Mensurados
Gastos federais com a ANS	Mensurados
Gastos tributários estaduais e municipais	Não mensurados
Gastos diretos estaduais e municipais na forma de transferências a instituições sem fins lucrativos	Mensurados
Gastos estaduais e municipais com saúde para funcionários públicos e seus dependentes	Não mensurados

Quadro 2- Formas de financiamento público para saúde privada

Como mostra o quadro 2, as formas de financiamento público para a saúde privada são várias. Posteriormente serão apresentados os valores encontrados, cujo montante total é bastante significativo. De fato, é uma ilusão acreditar que a saúde privada é financiada exclusivamente por seus consumidores, através dos pagamentos por serviços ou das mensalidades dos planos de saúde. Não existe setor de saúde privado autônomo no país atualmente, entendido como independente de qualquer subsídio ou financiamento do setor público (PAIM, 2005). E ainda, segundo Scheffer e Bahia (2005, p.165): “É necessário explicitar (...) que os planos de saúde são, em parte, sustentados pelo dinheiro público, e não apenas pelas mensalidades dos usuários ou pelas empresas que oferecem o benefício a seus empregados”.

Antes de prosseguir com a apresentação dos dados, é interessante mostrar como essas diversas formas de financiamento público direcionado à saúde privada já vêm sendo apontadas pela literatura. E como tal fenômeno tem sido alvo de críticas e questionamentos: “(...) é condenável que a lógica mercantil seja patrocinada pelo padrão de financiamento público. Tal padrão acaba funcionando como mecanismo de socialização dos custos do mercado de serviços de saúde (...)” (OCKÉ-REIS, 2012, p.152)

E ainda, Scheffer e Bahia (2005, p. 230-231) comentam a regressividade da política de financiamento público indireto para a saúde privada:

"A renúncia fiscal refere-se à perda de recursos do orçamento federal como resultado da concessão de benefícios tributários, que não só reduzem a arrecadação potencial do país, mas também fazem aumentar a disponibilidade econômica de determinado grupo de contribuintes."

Nesse ponto, os gastos tributários com a saúde privada são a variável de interesse. Foram identificadas e mensuradas aqui as deduções dos gastos com despesas médicas no IRPF; as deduções como despesa operacional no IRPJ realizada pelas empresas dos gastos com assistência médica para empregados; a isenção para as instituições de saúde classificadas como filantrópicas e sem fins lucrativos da CSLL, CONFINS e IRPJ; e as desonerações de PIS e COFINS para as empresas produtoras de medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos. Nas palavras de Ocké-Reis (2012, p.26-27):

"Nesse quadro, o governo federal patrocina o consumo de planos privados de saúde pelas famílias, pelos empregadores e por seus próprios funcionários públicos – por meio de renúncia de arrecadação fiscal (...). Esse subsídio do governo, que patrocina o consumo dos planos de saúde, privou o SUS de recursos financeiros, os quais poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade, para não falar dos efeitos inequitativos da renúncia de arrecadação fiscal (redistribuição para os estratos superiores de renda)."

Em relação aos gastos das empresas com assistência médica para os trabalhadores, além da perda no IRPJ há uma outra perda mais sutil que também pode ser classificada como gasto tributário. Tais gastos podem ser vistos como uma espécie de salário indireto, e sobre ele não se recolhem as contribuições para o FGTS e para o INSS (OCKÉ-REIS, 2012). Ou seja, há aqui uma espécie de renúncia indireta que afeta negativamente o orçamento da seguridade social. E, ainda, aquelas instituições de saúde classificadas como filantrópicas sem fins lucrativos são isentas da contribuição previdenciária patronal. Não foi possível mensurar essas duas últimas categorias de gastos tributários federais, nem aqueles estaduais e municipais.

Dado que a saúde privada é acessível apenas à parcela mais favorecida da população, subsidiá-la através dos gastos tributários é conseqüentemente regressivo. Principalmente a parcela de dedução de despesas médicas da base de cálculo do IRPF, já que só beneficia usuários de saúde privada que possuem renda suficientemente alta para dever IRPF. Como afirmaram Scheffer e Bahia (2005, p.160):

"A iniquidade dessa política tributária, em tese voltada a proteger os doentes, reside no fato de que os benefícios fiscais com planos de saúde e despesas médicas são usados por contribuintes de classe média que declaram renda e por empresas que podem arcar com plano de saúde para seus funcionários, sem que haja redistribuição desse investimento em saúde para a parcela da população que é desassistida."

Por último, vale lembrar que o IRPF é um dos poucos impostos progressivos na estrutura tributária brasileira, então essas deduções têm efeitos negativos para a progressividade desejável no financiamento da saúde e também no financiamento do setor público em geral.

Gastos públicos diretos na forma de transferências para instituições privadas sem fins lucrativos também têm um papel importante, pois segundo a mensuração realizada, são a segunda maior modalidade de financiamento público ao setor privado de saúde, ficando atrás apenas dos gastos tributários. Não foram encontradas referências a essa modalidade na literatura estudada. Mas é preciso destacar que muitas vezes ser classificada como "sem fins lucrativos" não significa que a lógica mercantil não prevaleça nessas instituições. Vale destacar que, muitas operadoras de planos de saúde são classificadas como instituições sem fins lucrativos.

Há também os gastos públicos com assistência médica e odontológica para os servidores públicos, ocorrendo nas três esferas de governo, mas nesse trabalho somente foram

mensurados aqueles feitos em nível federal⁶⁴. Sobre esse assunto, Uga (2006, p.1608) comenta que: “outro fato altamente questionável é o pagamento, com recursos da União, de planos privados para os funcionários públicos, que também reduz a quantidade de recursos disponíveis para a saúde coletiva.” E, ainda, a política de financiamento total ou parcial dos planos privados para os funcionários públicos “amplia o leque de iniquidades no acesso à saúde no Brasil e cria um ‘SUS à parte’ para uma parcela diferenciada da população” SCHEFFER & BAHIA (2005, p.159).

Os gastos federais com a ANS são alvos de muitas críticas, uma vez que a grande maioria das agências reguladoras consegue se financiar apenas com o recolhimento de taxas e multas resultantes de suas ações fiscalizadoras, não precisando recorrer ao Orçamento Geral da União. Contudo, no caso da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar⁶⁵ e a arrecadação de multas sempre foram insuficientes, necessitando de aportes orçamentários por parte da União. A falta de autonomia orçamentária da ANS parece se dever principalmente ao fato de ela recolher em média apenas 1% das multas que aplica, ou seja, a agência é bastante complacente ao conceder perdão aos multados. Pode-se afirmar que de certa forma tal situação prejudica o financiamento do SUS, na medida em que esses recursos são registrados na “função saúde” e a ANS não parece comprometida com os princípios do SUS, logo não haveria justificativa para o grande aporte de recursos públicos para sua gestão. (SCHEFFER & BAHIA, 2005).

Iniciando a exposição de dados, é importante mostrar a dimensão do setor saúde público e privado no período em questão. Essas informações podem ser vistas na Tabela 3. Pode-se afirmar que o tamanho do setor saúde no PIB tem sido estável, variando em torno de 5,85% do PIB e sem apresentar tendência significativa de aumento ou declínio. O setor privado apresentou maior contribuição em todo o período, contudo parece haver uma tendência de inversão dessa situação, com crescimento da participação do setor público e queda na participação do setor privado, o que seria mais compatível com a existência de

⁶⁴ Sobre isso, vale citar o GEAP, uma fundação privada sem fins lucrativos que oferece planos de saúde e de previdência exclusivamente para servidores públicos. Porém, para filiar-se a ela é preciso que o órgão onde o servidor trabalha tenha se tornado um patrocinador da fundação. Seus preços abaixo do mercado são um indicativo de que o patrocínio, via recursos públicos, é significativo. A GEAP foi criada em 1945 inicialmente para oferecer assistência patronal apenas aos funcionários do então IAPI. Seu nome já passou por várias mudanças sendo sua sigla marca referente a Grupo Executivo de Assistência Patronal, posteriormente foi denominada de GEAP - Fundação de Seguridade Social, que foi desmembrada em Fundação Geaprevidência e Fundação Geap Auto Gestão de Saúde. Sendo assim, o uso do termo seguridade social por entidades privadas não é novidade.

⁶⁵ A taxa de saúde suplementar é devida à ANS pelas operadoras de planos de saúde. Foi criada pela lei 9.961 do ano de 2000, mesma lei que criou a ANS. É cobrada na ocasião do registro do produto (plano de saúde), do registro da própria operadora, do registro de pedidos de reajuste e também por plano de assistência à saúde.

sistemas de saúde públicos universais como o SUS. Nota-se também que enquanto o valor da oferta total da saúde pública cresceu em termos reais praticamente em todos os anos, a saúde privada alterna aumentos e declínios, com tendência de crescimento real menor.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var.
Oferta total de serviços de saúde a preços ao consumidor									
Pública	68.404	72.061	75.564	73.724	81.077	88.130	94.370	101.728	48,7%
Privada	100.070	98.830	96.509	94.690	100.286	103.112	106.397	108.063	8,0%
Total	168.474	170.892	172.074	168.414	181.363	191.242	200.767	209.790	24,5%
Participações do setor público e privado de saúde no PIB									
Público	2,44%	2,47%	2,57%	2,45%	2,62%	2,69%	2,68%	2,93%	20,3%
Privado	3,56%	3,38%	3,29%	3,15%	3,24%	3,15%	3,02%	3,11%	-12,7%
Total	6,00%	5,85%	5,86%	5,61%	5,87%	5,85%	5,70%	6,04%	0,7%
Participações do setor público e privado na oferta total de saúde									
Público	40,60%	42,17%	43,91%	43,78%	44,70%	46,08%	47,00%	48,49%	19,4%
Privado	59,40%	57,83%	56,09%	56,22%	55,30%	53,92%	53,00%	51,51%	-13,3%

Tabela 3 - Oferta da saúde - em R\$ milhões de 2009

Fonte: Contas Nacionais, IBGE. Valores a preços de 2009 segundo o deflator implícito do PIB.

Como já foi dito, ao contrário do que o senso comum afirmaria, a saúde privada não é financiada apenas com gastos de seus consumidores, há também um financiamento público. Sobre o financiamento privado à saúde privada não há muito o que ser dito, ele é realizado tanto através de pagamentos individuais por serviço quanto através das mensalidades pagas aos planos de saúde. Vale mencionar aqui alguns dados sobre a dimensão do setor de planos de saúde, principal responsável pelo financiamento da saúde privada, já que, como foi mencionado no capítulo 1, a solução de mercado para lidar com o risco dos gastos com tratamento médico é algum tipo de seguro.

Segundo a ANS, em 2013 havia 49,03 milhões de usuários de plano de saúde no Brasil, representando 25,3% da população. Nos estados de Rio de Janeiro, Espírito Santo, São Paulo e no Distrito Federal a cobertura ultrapassa 30%. Acre, Roraima, Amapá, Pará, Tocantins, Maranhão e Piauí possuem cobertura inferior a 10% de sua população. A maioria dos usuários integra algum plano coletivo empresarial, 32,03 milhões. É um setor que apresenta considerável crescimento: em 2003 abrangia apenas 17,9% da população e em 10

anos seu número de consumidores aumentou em 53%. Em relação à receita, em 2012 ultrapassou 93 bilhões de reais.

Em relação ao financiamento público para a saúde privada, uma exploração maior do assunto parece ser necessária. As formas através das quais ele se dá já foram expostas no quadro 2, assim como as limitações de mensuração encontradas. Na tabela 4 há um resumo sobre o que se conseguiu mensurar sobre o financiamento público para a saúde privada. Um primeiro destaque vai para sua magnitude, quase 21 bilhões no ano de 2009. Mesmo assim, sabe-se que esse valor é ainda maior. Não foram computados os gastos tributários estaduais e municipais e nem mesmo os gastos tributários federais estão completos para toda a série - além das evidências de estarem subestimados, como será visto posteriormente - nem os gastos estaduais e municipais com assistência médica para seus respectivos servidores. Outro destaque vai para o seu crescimento, ainda que relativizado pelo fato das parcelas dos gastos tributários estarem um tanto incompletas nos anos de 2002 e 2003. Como será mostrado em seguida ao desagregar-se a tabela, o crescimento do gasto público direto e indireto com saúde privada é bem maior do que aquele com saúde pública, que foi de 48,7% no período, como se pode deduzir da tabela 2. Além disso, tal crescimento foi muito maior do que aquele dos gastos totais com saúde privada, aproximadamente 8%.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var.
Distribuição dos gastos públicos diretos e indiretos para saúde privada									
Gastos tributários	4.444,9	3.633,2	6.975,2	7.011,9	7.725,9	9.515,1	10.338,8	13.462,6	202,9%
Transferências	3.520,5	3.841,6	4.965,5	5.481,2	5.598,0	6.444,3	8.505,1	7.307,9	107,6%
Gastos da ANS	115,5	141,5	122,8	135,7	133,6	131,4	179,5	174,7	51,2%
Servidores federais	1.383,4	1.434,5	1.390,3	1.437,2	1.444,8	1.544,7	1.689,1	1.698,1	22,7%
Total	7.965,5	7.474,8	11.940,7	12.493,1	13.323,9	15.959,3	18.843,9	20.770,6	160,8%
Variação anual									
Gastos tributários		-18,26%	91,99%	0,53%	10,18%	23,16%	8,66%	30,21%	

Transferências		9,12%	29,26%	10,39%	2,13%	15,12%	31,98%	-14,08%	
Gastos da ANS		22,54%	-13,21%	10,43%	-1,55%	-1,64%	36,65%	-2,69%	
Servidores federais		3,69%	-3,08%	3,37%	0,53%	6,91%	9,35%	0,53%	
Total		-6,16%	59,75%	4,63%	6,65%	19,78%	18,07%	10,22%	

Tabela 4 - Distribuição dos gastos públicos diretos e indiretos para saúde privada - em R\$ milhões de 2009
 Fonte: Para gastos tributários, Receita Federal; para transferências federais, execução orçamentária da União; para transferências estaduais e municipais, Siops/Datasus/MS; para gastos com ANS e servidores federais, execução orçamentária da União.

Conforme foi dito, a desagregação dos gastos tributários federais apresentada na tabela 5 mostra que as informações coletadas foram um tanto incompletas, sobretudo para os anos de 2002 e 2003. Além disso, não foi possível mensurar os gastos tributários estaduais e municipais para nenhum momento do período analisado, nem os gastos tributários federais na forma de “renúncia indireta” de contribuições para o INSS e FGTS sobre os salários indiretos recebidos na forma de assistência médica, nem a perda da contribuição patronal para o INSS das instituições de saúde declaradas como sem fins lucrativos. Ou seja, sabe-se que o item gastos tributários está largamente subestimado.

Outro ponto interessante são os indícios de que os próprios valores expostos na tabela 5 estejam subestimados. Tais valores são as projeções dos gastos tributários federais apresentados na PLOA de cada ano, ou seja, são apenas estimativas do quanto deixará de ser arrecadado no período seguinte. A Receita Federal divulga uma publicação com a tentativa de mensuração do gasto tributário efetivo realizado, porém a série disponível ainda é muito curta, por isso optou-se por utilizar as projeções das PLOAS, disponíveis para todo o período analisado. Considerando, entretanto, os anos em que essa publicação está disponível, percebe-se que o valor encontrado para o gasto tributário efetivo com a saúde privada é sempre muito maior do que a projeção realizada na PLOA, sobretudo no item de deduções de despesas médicas no IRPF. Tudo isso vem a reforçar a subestimação do componente de gastos tributários como instrumento de financiamento público para a saúde privada.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var.
Gastos tributários com saúde privada									
Despesas Médicas - dedução dos gastos no IRPF	4.445	2.176	2.614	2.718	2.679	2.792	3.584	3.327	-25,2%
Assist. Médica, odont. e farmacêutica a empregados - dedução como despesa operacional no IRPJ	ND	ND	1.042	1.016	1.276	2.315	2.282	2.496	139,6%
Produtos Químicos e farmacêuticos - redução a zero do PIS e COFINS	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Entidades sem fins lucrativos - isentas da CSLL, COFINS e IRPJ	ND	ND	1.862	1.322	1.543	2.015	1.939	2.218	19,1%
Medicamentos - redução PIS e COFINS	ND	1.457	1.458	1.956	2.229	2.394	2.535	5.422	272,0%
Total	4.445	3.633	6.975	7.012	7.726	9.515	10.339	13.463	202,9%
Varição anual									
Despesas Médicas - dedução dos gastos no IRPF	ND	-51,05%	20,14%	4,01%	-1,47%	4,24%	28,35%	-7,16%	
Assist. Médica, odont. E farmacêutica a empregados - dedução como despesa operacional no IRPJ	ND	ND	ND	-2,49%	25,56%	81,46%	-1,42%	9,39%	
Produtos Químicos e farmacêuticos - redução a zero do PIS e COFINS	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
Entidades sem fins lucrativos - isentas da CSLL, COFINS e IRPJ	ND	ND	ND	-29,02%	16,78%	30,54%	-3,76%	14,39%	
Medicamentos - redução PIS e COFINS	ND	ND	0,03%	34,16%	13,93%	7,41%	5,89%	113,91%	
Total		-18,26%	91,99%	0,53%	10,18%	23,16%	8,66%	30,21%	

Tabela 5 - Gastos tributários com saúde privada - em R\$ milhões de 2009

Fonte: Demonstrativos dos gastos governamentais indiretos de natureza tributária – PLOAs

Sobre as transferências diretas ao setor privado de saúde, a tabela 6 apresenta sua divisão entre União, estado e municípios. Nota-se que quem mais responde por essa modalidade de financiamento público para a saúde privada são os estados, seguidos dos municípios e por último a União. Além disso, a União vem diminuindo tais gastos, ao contrário de estados e municípios, que apresentam crescimento expressivo. No caso de estados e municípios, em geral tais gastos são derivados de convênios, em que o setor privado atende paciente pelo SUS e é pago pelo Estado⁶⁶; constituindo uma opção pela provisão privada da saúde com financiamento público, cujos benefícios e limitações estão expressos no capítulo 1.

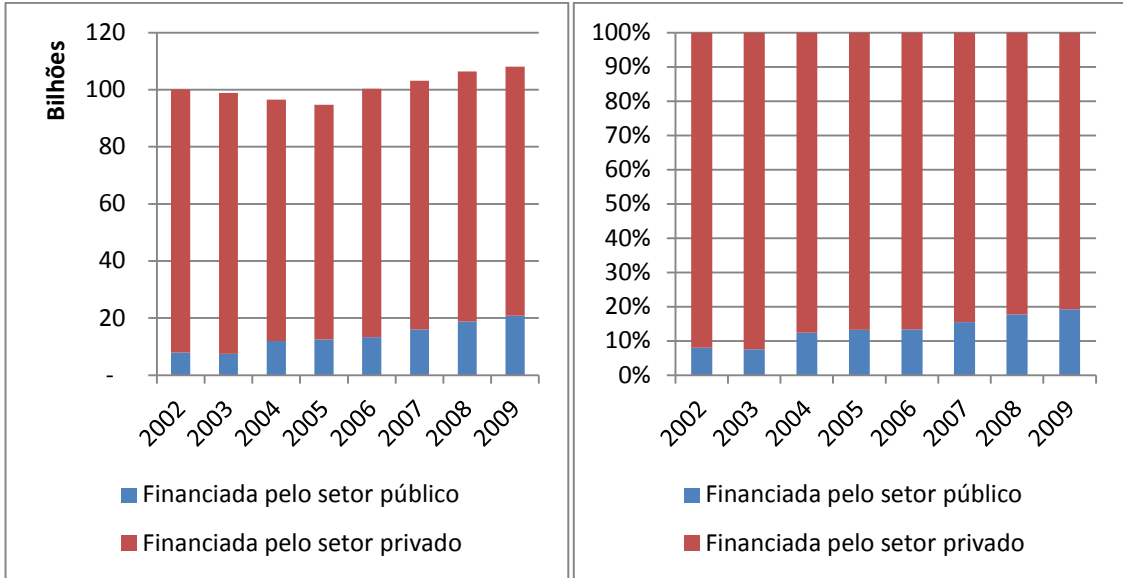
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	var %
Federal	877,5	834,4	936,6	865,9	623,9	663,9	684,1	564,9	-35,6%
Estadual	1.519,4	1.755,3	2.936,6	3.307,9	3.437,4	4.008,2	4.765,5	4.670,8	207,4%
Municipal	1.123,7	1.251,9	1.092,3	1.307,4	1.536,7	1.772,2	3.055,5	2.072,2	84,4%
TOTAL	3.520,5	3.841,6	4.965,5	5.481,2	5.598,0	6.444,3	8.505,1	7.307,9	107,6%

Tabela 6 - Gastos com transferências diretas a instituições privadas na função saúde (exceto saneamento) - em R\$ milhões de 2009

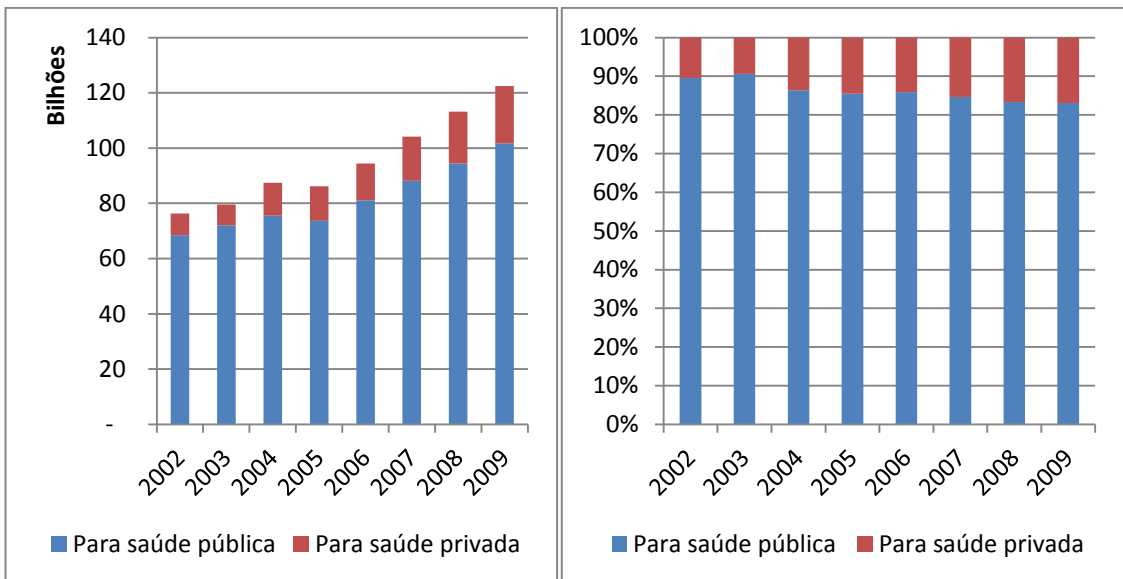
Fonte: Execução orçamentária da União e SIOPS/DATASUS/MS

Por fim, os gráficos 2 a 5 apresentam um panorama do financiamento da saúde no Brasil. A oferta de saúde privada não apresenta tendência marcante de crescimento, já a participação do setor público em seu financiamento tem aumentado frente à participação do setor privado, alcançando quase 20% no ano de 2009. Em relação a todo o gasto empreendido pelo setor público na área de saúde, a tendência de crescimento é significativa, com a saúde privada aumentando sua participação nos recursos públicos destinados à saúde.

⁶⁶ Para se ter ideia da magnitude do atendimento em instituições privadas através do SUS, segundo o DATASUS ao longo do ano de 2012 foram realizados 3,7 bilhões de atendimentos ambulatoriais pelo SUS, dos quais 448,1 milhões foram prestados por estabelecimentos privados. Quanto às internações hospitalares, seu total foi de 11,1 milhões, sendo 5,7 milhões realizadas pelo setor privado.



Gráficos 2 e 3: Oferta de saúde privada
 Fonte: Receita Federal e execução orçamentária da União.



Gráficos 4 e 5: Financiamento público para saúde
 Fonte: Receita Federal e execução orçamentária da União.

3.3. Assistência Social

Sendo um dos objetivos desse trabalho apresentar o financiamento, tanto público quanto privado, das áreas, também tanto públicas quanto privadas, que compõem a seguridade social, é necessário definir o que será considerado como assistência social privada. Se não há

duvidas sobre o que seja assistência social pública, o mesmo não ocorre para o conceito de assistência social privada, principalmente quando se pretende analisar os gastos tributários com essa última.

Uma alternativa seria utilizar os objetivos definidos na Constituição Federal para a Assistência Social pública, procurando quais iniciativas são realizadas em paralelo no âmbito privado com objetivos semelhantes. Ficou definido no artigo 203 da Constituição Federal que a Assistência Social tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Nota-se que podem ser identificadas muitas iniciativas que perseguem esses mesmos objetivos na esfera privada, tanto dentro da própria família, quanto em instituições filantrópicas ou associativas através do recolhimento de doações. Dessa forma, mensurar o tamanho total da assistência social privada não seria factível, pois ao adotar seu conceito mais amplo são abrangidas iniciativas que nem mesmo podem ser contabilizadas financeiramente, como aquelas empreendidas pelas famílias. De fato, o núcleo familiar parece ser o primeiro prestador de assistência social, tendo surgido outras vias justamente conforme aquele isoladamente foi se mostrando insuficiente para desempenhar tal função com o avanço do capitalismo (CASTEL, 2003).

Coexistem no Brasil dois modelos na política de assistência social, com ações sendo empreendidas ora diretamente pelo Estado, ora pelo setor privado. Esse último modelo vem de uma longa construção histórica em que instituições privadas são oficialmente reconhecidas pelo Estado como entidades de Assistência Social⁶⁷, recebendo com isso subsídios públicos

⁶⁷ Tal reconhecimento se dá hoje através do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS).

diretos e indiretos para seu financiamento⁶⁸. Historicamente, a Assistência Social se construiu fora do Estado, que aos poucos a reconheceu e subsidiou; tornando-a posteriormente uma de suas funções-chave (COLIN, 2008). Duas críticas podem ser feitas à atual presença do setor privado na política de assistência social brasileira. Primeiramente, ao transferir parte da gestão ao setor privado compromete-se a capacidade do Estado de controlar, monitorar, avaliar, padronizar e definir objetivos para a política pública de assistência social como um todo. Em segundo lugar, podendo ser vista também como uma consequência do que foi apontado na primeira crítica, a ação das entidades privadas é baseada nas noções conservadoras de filantropia e caridade, totalmente descoladas do avanço rumo à noção de direitos sociais presente na Constituição de 1988. (COLIN, 2008)

Benefícios decorrentes da não incidência de tributos podem ser vistos como um gasto público indireto, ou como um financiamento não orçamentário. A contribuição do setor público para o financiamento da assistência social privada, tanto dessa forma indireta quanto através de transferências diretas de recursos, é marcante. Principalmente da primeira forma, a menos visível, como será mostrado posteriormente na exposição de dados. Sobre tal fato, Colin (2008, p. 137) comenta que:

"Outra estratégia a ser mencionada se traduz no financiamento estatal indireto (...) através do qual entidades filantrópicas e beneficentes, atestadas formalmente, usufruem de exonerações tributárias, consistentes em imunidades, isenções, anistias e outros mecanismos fiscais, cujos resultados, ao fim e ao cabo, importam na desvinculação da sistemática de gestão e de financiamento de política pública de assistência social dentro da lógica do SUAS. (...) esta modalidade de aporte tangencial de recursos financeiros, calcada na ausência de recolhimento para o fundo público, camufla a contribuição do Estado, embora de grande monta, para o financiamento das ações e serviços prestados por estas entidades (...)."

A estratégia de financiamento indireto para a Assistência Social privada acaba tendo um impacto negativo no financiamento da Assistência Social pública já que o não recolhimento de tributos diminui a receita pública, que é a forma de viabilizar ações diretas do Estado no atendimento a demandas de vulnerabilidade e risco social e pessoal. Tal fato é ainda mais marcante quando o financiamento indireto se dá através do não pagamento de contribuições sociais: "imunidade à contribuição necessária à manutenção do sistema de

⁶⁸ Ao ser reconhecida como entidade de assistência social sem fins lucrativos, as instituições se beneficiam da imunidade fiscal constitucional e também abrem a possibilidade de receberem recursos públicos diretos na forma de transferências. Há uma grande imprecisão jurídica e conceitual do que pode ser considerado como Assistência Social, por isso, na prática, muitas entidades cuja função estaria mais relacionada às áreas de saúde e educação conseguem tal certificação. A noção de assistência social como caridade e filantropia contribui para dificultar a delimitação entre as áreas.

seguridade social é um privilégio que, matematicamente, prejudica a todos trabalhadores." (BARBOSA, 2005, *apud* COLIN, 2008, p.164)

Para se beneficiar de financiamento público direto e indireto, as entidades de Assistência Social privada devem ser classificadas como sem fins lucrativos. Contudo, tal exigência não as proíbe de terem lucros, mas de distribuí-los, devendo aplicá-los nelas mesmas. Nesse ponto há certo espaço para distorções, pois apesar de os cargos de direção não poderem ser remunerados, não há restrição para os outros cargos. Por exemplo, é comum encontrar nessas entidades funcionários com altos salários, incompatíveis com média do mercado e aliados a uma baixa carga horária. Outra maneira de "maquiar" lucros é a aquisição de bens e equipamentos sem ligação com a alegada finalidade socio-assistencial. Esses e outros subterfúgios contábeis podem ser utilizados para que uma entidade que na realidade tem fins lucrativos declare o contrário, beneficiando-se de financiamento público indireto (via sistema tributário) e até mesmo direto (via orçamento).

Por outro lado, instituições de menor porte têm muita dificuldade em conseguir a certificação CEBAS, por isso em geral se beneficiam apenas de convênios e isenções pontuais. A maioria das que conseguem tal certificação possui grande faturamento e tem pouca ligação com a prestação de serviços de assistência social, reservando apenas parte de suas atividades para a concessão de auxílios ou benesses. São exemplos desses casos escolas, universidades, hospitais e fundações privadas, sobretudo quando ligados a congregações religiosas. Vale lembrar que ao conseguir a certificação CEBAS e se beneficiar das exonerações, tais instituições ficam com uma forte vantagem concorrencial em relação àquelas que não conseguem, outra distorção criada pela vantagem fiscal. (COLIN, 2008)

Apesar de não ser possível dimensionar toda a assistência social privada, sua parte financiada pelo setor público pode ser revelada. Novamente, tal financiamento pode ser dividido entre gastos públicos diretos e indiretos. Como gastos diretos, estão classificadas as transferências para instituições sem fins lucrativos, ocorrendo tanto na esfera federal como na estadual e municipal. Já a parcela indireta se refere aos gastos tributários que subsidiam famílias, instituições de caráter filantrópico, instituições de caráter associativo, iniciativa de empresas para seus empregados e seguros. Essas formas de prestação de assistência social foram consideradas como pertencentes à esfera privada seja porque seu alvo não é o público em geral, seja porque são empreendidas por instituições de natureza privada. É válido lembrar que são oficialmente reconhecidas como parte da política de assistência social apenas as ações empreendidas pelas instituições de caráter filantrópico. O quadro 3 apresenta as formas

identificadas de financiamento público para a assistência social privada, indicando quais delas foram dimensionadas.

Gastos tributários federais	Mensurados parcialmente
Gastos diretos federais na forma de transferências a instituições sem fins lucrativos	Mensurados
Gastos tributários estaduais e municipais	Não mensurados
Gastos diretos estaduais e municipais na forma de transferências a instituições sem fins lucrativos	Estimados

Quadro 3 - Formas de financiamento público para assistência social privada

Novamente, não se conseguiu dimensionar todo o financiamento público identificado, logo sabe-se que os valores encontrados estão abaixo da totalidade dos recursos públicos despendidos com a assistência social privada. Quanto às transferências a instituições sem fins lucrativos, foram colhidos apenas os dados referentes à esfera federal. Para as esferas estadual e municipal, foi feita uma estimativa supondo que sua proporção em relação aos gastos federais nessa modalidade foi a mesma daquela verificada na saúde, área em que foi possível colher dados para as três esferas graças ao Sistema Integrado de Orçamento Público em Saúde.

Quanto aos gastos tributários municipais e estaduais, mais uma vez sua existência é verificada, porém seus valores não são disponibilizados, já que estados e municípios não elaboram um orçamento de gastos tributários. A elaboração de demonstrativo do efeito de diversos tipos de benefícios tributários, a ser anexado aos projetos de lei orçamentária, é obrigatória para os três entes federativos. Contudo, apenas a União vai mais longe, ao utilizar o conceito de gasto tributário realiza um paralelo com as mesmas funções nas quais são classificados os gastos públicos diretos, mostrando que ambos constituem uma política pública. Dados dos demonstrativos dos gastos governamentais indiretos de natureza tributária, referentes ao governo federal, podem ser vistos na Tabela 7.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var.
Doações a Entidades Cíveis Sem Fins Lucrativos	71	130	67	126	154	297	147	163	129,1%
Entidades Sem Fins Lucrativos - Associação Civil	ND	ND	370	1.036	1.189	1.491	1.564	1.590	329,3%
Entidades Sem Fins Lucrativos - Filantrópica	ND	ND	307	717	843	1.334	949	1.089	254,4%
Deficiente Físico	ND	ND	21	11	27	20	31	38	79,8%
Cadeira de Rodas e Aparelhos	ND	ND	-	-	-	-	-	-	ND
Declarantes com 65 anos ou mais - IRPF	ND	ND	754	875	867	1.177	1.402	1.424	88,9%
Aposentadoria por moléstia grave ou invalidez - IRPF	ND	ND	694	865	857	1.286	2.153	2.188	215,4%
Pecúlio por morte ou invalidez IRPF	ND	ND	82	84	83	113	238	241	194,4%
Extensão da licença maternidade IRPJ	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Indenização por rescisão de contrato de trabalho - IRPF	ND	ND	1.497	1.603	1.588	1.597	2.025	2.058	37,5%
Dependentes (estimativa própria pós 2003)	3.417	2.051	5.371	5.530	5.901	5.797	5.759	4.838	41,6%
Pensão alimentícia (estimativa própria)	1.276	1.246	1.429	1.528	1.742	1.766	1.806	1.576	23,5%
Programa de alimentação do trabalhador	258	273	145	215	270	391	373	525	103,4%
Seguro de vida e congêneres	ND	ND	ND	ND	291	296	323	ND	11,1%
Renúncia previdenciária - Filantrópicas	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	6.251	-
Total	5.022	3.700	10.738	12.589	13.810	15.565	16.770	21.980	337,7%

Tabela 7 - Gastos tributários em assistência social em R\$ milhões de 2009

Fonte: Demonstrativos dos gastos governamentais indiretos de natureza tributária –PLOAs e Grandes Números DIRPF.

Doações a entidades civis sem fins lucrativos são deduzidas como despesa operacional no IRPJ e na CSLL: para o primeiro está limitada a 2% do lucro operacional e para a segunda não há limitação. Associações civis e filantrópicas são isentas de IRPJ, COFINS e CSLL, as duas últimas fontes importantes de financiamento da seguridade social. Deficientes físicos têm isenção de IPI para aquisição de automóveis, e também de IOF para seu financiamento.

No mesmo sentido, cadeiras de rodas e aparelhos têm alíquota zero de PIS e COFINS. Pessoas com 65 anos ou mais possuem uma maior faixa de rendimentos isentos no IRPF, além do rendimento isento previsto na tabela, adiciona-se uma parcela corrigida anualmente que em 2009 foi de R\$ 1.435 reais. Também no IRPF, os proventos decorrentes de aposentadorias por moléstia grave ou invalidez são totalmente isentos, assim como aqueles decorrentes de pecúlio por morte e invalidez. Às empresas que prorrogam a licença maternidade por sua conta em até 60 dias é dirigido um incentivo tributário, deduzindo a remuneração paga do IRPJ devido. Indenizações por rescisão de contrato de trabalho são isentas de IRPF. Ainda no IRPF, contribuintes podem realizar uma dedução fixa por dependente da base de cálculo do imposto de renda, esse valor é corrigido anualmente e em 2009 foi de R\$ 1.730 anuais. Tal benefício fazia parte do relatório de gastos tributários anexado às PLOAs até 2003, depois ele foi excluído apesar de continuar existindo. Por isso, a partir de 2003 foi feita uma estimativa própria multiplicando a alíquota média do IRPF de cada ano pelo valor total das deduções por dependente da base de cálculo do imposto. Esse último montante é divulgado pela Receita Federal na publicação: “Grandes números – DIRPF”. Já as deduções por pagamento de pensão alimentícia não foram incluídas nos relatórios em nenhum dos anos analisados, por isso foi feita uma estimativa própria para todo o período nos mesmos moldes da dedução por dependente. Empresas podem deduzir do IRPJ devido, até o limite de 4%, os gastos realizados com programa de alimentação do trabalhador. A rubrica seguro de vida e congêneres refere-se à redução na alíquota de IOF incidente na contratação dessas operações. Tal redução iniciou em 2004 e foi progressivamente atingindo a alíquota zero em 2006. Finalmente, entidades filantrópicas são isentas da contribuição previdenciária patronal.

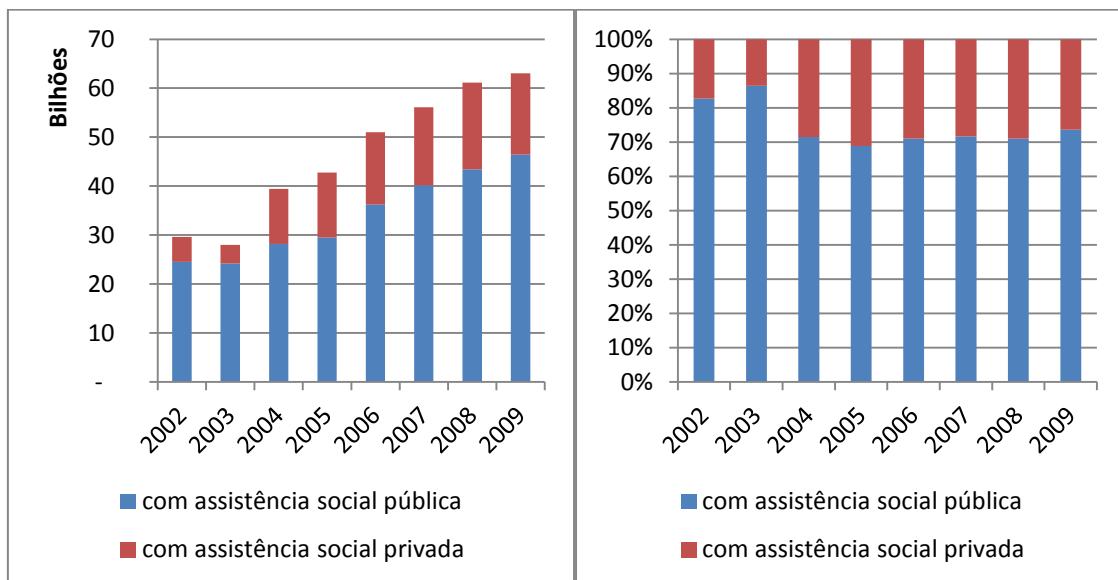
Analisando a lei 7.713 de 1988 e suas modificações, percebe-se que há outros benefícios tributários que poderiam ser considerados como pertencentes à função assistência social, mas que não constam nos demonstrativos de gastos tributários anexados às PLOAs, como as isenções de IRPF para indenização por acidente de trabalho, aviso prévio, seguros recebidos por morte ou invalidez. Provavelmente isso ocorreu porque sua metodologia ainda está em construção, já que é relativamente nova a ideia de desagregar a renúncia fiscal e estabelecer um paralelo entre as áreas beneficiadas e as funções em que se classificam as despesas públicas diretas.

A tabela 8 apresenta todo o financiamento público destinado à assistência social, tanto pública quanto privada, assim como os gráficos 6 e 7. Nota-se que a parcela destinada à assistência pública cresceu 89%, enquanto aquela destinada à assistência privada cresceu

224%. Em relação a essa última, os gastos diretos via transferências para instituições sem fins lucrativos vêm crescendo bastante, 693% no período. Mas a maior parte do financiamento público para a assistência social privada é, sem nenhuma dúvida, realizado de forma indireta, representando em torno de 95%. Graficamente, é possível ver que a participação da assistência social privada na destinação de recursos públicos para assistência social teve um grande aumento em 2004, mantendo-se relativamente estável em torno de 30% daí para frente.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var.
Gasto público direto e indireto com AS	29.625,8	27.949,5	39.390,5	42.776,5	50.983,5	56.070,7	61.122,5	63.038,7	112,8%
<i>com AS pública</i>	24.488,8	24.162,7	28.140,1	29.466,0	36.208,3	40.156,2	43.385,4	46.399,7	89,5%
<i>com AS privada</i>	5.137,0	3.786,8	11.250,4	13.310,5	14.775,2	15.914,5	17.737,1	16.639,0	223,9%
transferências	114,8	87,0	512,8	721,7	965,2	349,6	967,2	909,9	692,9%
gastos tributários	5.022,3	3.699,8	10.737,6	12.588,8	13.810,0	15.564,9	16.769,9	15.729,0	213,2%

Tabela 8 - Gastos Públicos diretos e indiretos com Assistência Social pública e privada - em R\$ milhões de 2009
 Fonte: Tesouro Nacional (BSPN), execução orçamentária da União, demonstrativo de gastos governamentais indiretos de natureza tributária



Gráficos 6 e 7 - Financiamento Público para a Assistência Social
 Fonte: Tesouro Nacional (BSPN), execução orçamentária da União, demonstrativo de gastos governamentais indiretos de natureza tributária

3.4. Seguridade

Como foi mostrado através dos dados apresentados nas seções anteriores, o financiamento público para a "seguridade privada" foi considerável e crescente. Ao agregar os gastos públicos diretos e indiretos com saúde, previdência e assistência - tanto públicas quanto privadas - é possível encontrar o gasto público direto e indireto com a seguridade pública e privada. Dessa forma, as tabelas e gráficos dessa seção foram feitos através da agregação de dados apresentados nas seções anteriores desse capítulo, não sendo introduzidas novas informações. Vale lembrar que os gastos das três esferas federativas estão presentes nos dados apresentados. Além disso, enquanto foi possível encontrar dados completos para os gastos públicos diretos, o mesmo não foi possível para os gastos públicos indiretos - a grande maioria do financiamento público para a "seguridade privada" - como já foi comentado nas seções anteriores. Sendo assim, a leitura mais correta seria a de que os gastos públicos diretos e indiretos com "seguridade privada" tiveram minimamente os montantes apresentados nesse trabalho.

O detalhamento dos gastos públicos diretos e indiretos com seguridade pública e privada para cada ano consta na tabela 9. Primeiramente, nota-se um crescimento tanto dos valores destinados à seguridade pública quanto daqueles destinados à "seguridade privada", porém, enquanto o primeiro cresceu 45,2%, o segundo cresceu 204,8%. Dentro da seguridade pública, o que mais cresceu foi a Assistência Social, 89,5%. Já na seguridade privada, a previdência teve o maior crescimento, 393,9%.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gastos públicos diretos e indiretos com seguridade pública e privada - em R\$ milhões de 2009								
Assistência Social Pública (A)	24.489	24.163	28.140	29.466	36.208	40.156	43.385	46.400
Assistência Social Privada (B)	5.137	3.787	11.250	13.311	14.775	15.915	17.737	16.639
(A/B)	4,8	6,4	2,5	2,2	2,5	2,5	2,4	2,8
Saúde Pública (C)	68.404	72.061	75.564	73.724	81.077	88.130	94.370	101.728
Saúde Privada (D)	7.966	7.475	11.941	12.493	13.324	15.959	18.844	20.771
(C/D)	8,6	9,6	6,3	5,9	6,1	5,5	5,0	4,9
Previdência Pública (E)	280.297	293.611	299.540	314.337	333.127	347.329	373.277	393.794
Previdência Privada (F)	1.333	1.239	1.968	3.280	3.576	1.813	6.737	6.584

(E/F)	210,3	237,1	152,2	95,8	93,2	191,5	55,4	59,8
Seguridade Pública (G=A+C+E)	373.190	389.834	403.244	417.527	450.412	475.616	511.033	541.921
Seguridade Privada (H=B+D+F)	14.436	12.500	25.159	29.083	31.675	33.687	43.318	43.993
(G/H)	25,9	31,2	16,0	14,4	14,2	14,1	11,8	12,3

Tabela 9 - Gastos públicos diretos e indiretos com seguridade pública e privada - em R\$ milhões de 2009
Fonte: Elaboração própria

O aceleramento dos gastos públicos diretos e indiretos com "seguridade privada" quando comparados com aqueles destinados à seguridade pública vem levando ao aumento da participação relativa dos primeiros. Enquanto em 2002 gastava-se 25,9 vezes mais com seguridade pública do que com "seguridade privada", em 2009 esse múltiplo reduziu-se para 12,3. Não somente no agregado, mas também ao analisar os valores para cada área, a conclusão se repete, seus respectivos múltiplos vêm diminuindo de forma notável. A área da Assistência Social é aquela em que os gastos públicos diretos e indiretos destinado às variantes pública e privada estão mais próximos.

Sobre a distribuição média do período dos recursos destinados à seguridade pública e à "seguridade privada", nota-se na primeira a forte prevalência da previdência, e na segunda saúde e assistência social têm os maiores percentuais, como pode ser visto nos gráficos 8 e 9.

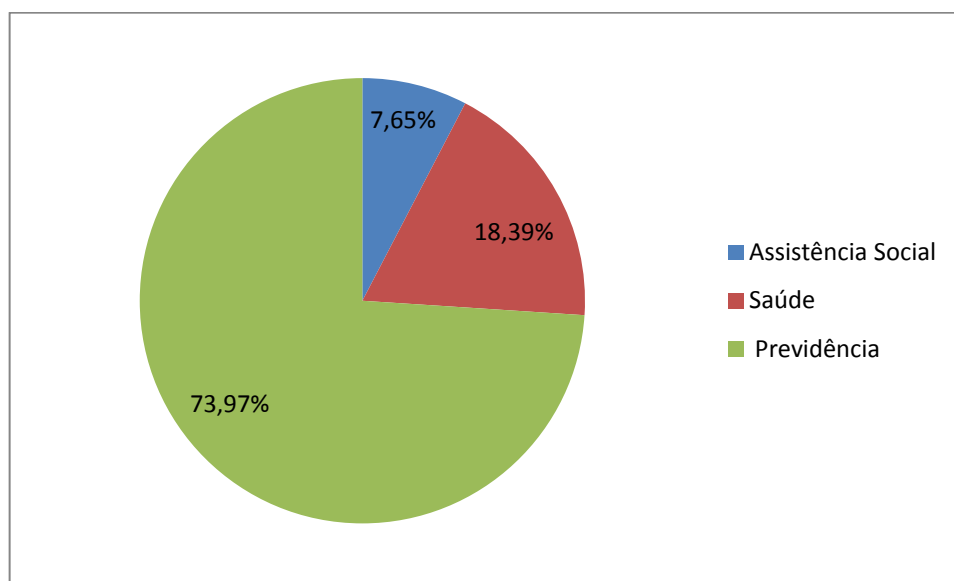


Gráfico 8 - Distribuição média (2002-2009) dos gastos públicos diretos e indiretos com Seguridade Pública
Fonte: Elaboração própria

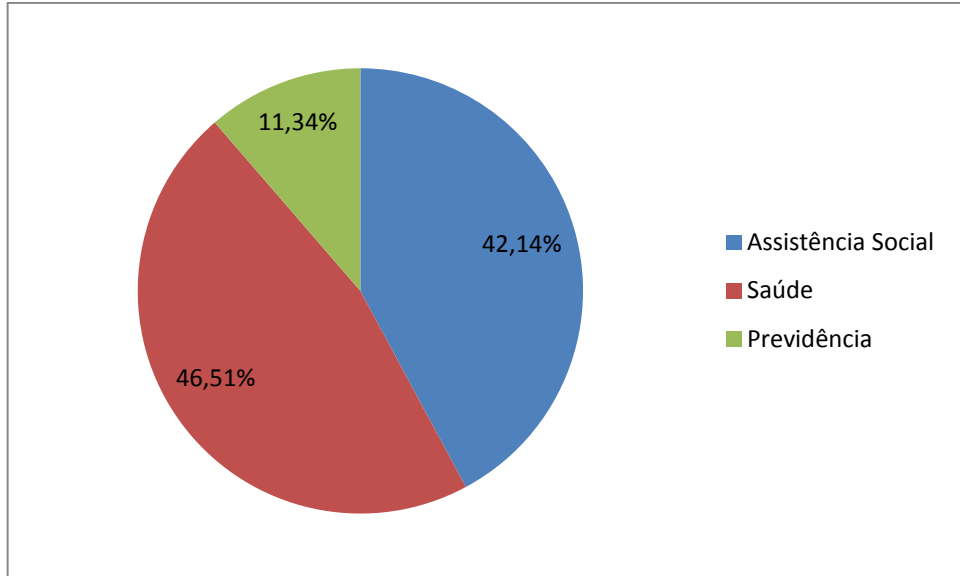


Gráfico 9 - Distribuição média (2002-2009) dos gastos públicos diretos e indiretos com Seguridade Privada
Fonte: Elaboração própria

BREVES CONCLUSÕES

No decurso deste trabalho objetivou-se analisar em que medida o financiamento público da "seguridade privada" implica uma situação de iniquidade. A hipótese a ser testada era a de que o montante de recursos públicos gastos com a mesma é expressivo e crescente, sendo possível falar da existência de uma política voltada à "seguridade privada", paralela à política da seguridade social. Os dados encontrados revelaram um montante relevante de gastos públicos diretos e indiretos com "seguridade privada", crescente não só em termos absolutos, mas também relativamente aos recursos destinados à seguridade social.

O aumento do financiamento público para a "seguridade privada" com a manutenção dos critérios de distribuição e acesso definidos pelo mercado sem dúvida amplia o leque de iniquidades na direção das políticas públicas brasileiras. Além disso, há também um impacto regressivo em termos de política tributária, já que as subvenções fiscais - através das quais se dá a maioria do financiamento público para a "seguridade privada" - oferecidas diminuem principalmente a arrecadação dos impostos menos regressivos do país como IRPF e IRPJ.

Sendo assim, enquanto a "seguridade privada" possui parâmetros de acesso restritos e excludentes, seu custo de mercado tem sido parcialmente socializado, revelando-se um fenômeno bastante regressivo. Tais subsídios certamente são parte de uma política de estímulo ao crescimento e fortalecimento desse setor, que apesar de se constituir como um sistema paralelo à seguridade pública está longe de partilhar de seus princípios definidos constitucionalmente. Justificar tal política apenas como um estímulo ao dinamismo econômico não se sustenta, pois isso também poderia ser feito através de gastos com a seguridade pública, já que nada indica que os gastos com "seguridade privada" tenham maior poder macroeconômico do que aqueles com seguridade pública. Aliás, avaliar a diferença do impacto macroeconômico de cada alternativa seria o próximo passo a ser dado em uma futura condução dessa pesquisa.

O crescimento de arranjos de "seguridade privada" faz com que esta absorva um contingente cada vez maior das classes de renda mais altas, enfraquecendo sua presença na seguridade pública. Com isso, a voz política em defesa da manutenção e aprimoramento da última é também enfraquecida. Tal fenômeno é particularmente preocupante no Brasil, pois, como foi mostrado ao longo do capítulo 2, a seguridade social ainda nem sequer conseguiu se consolidar como uma política pública ampla e integrada de proteção social. Além disso, sendo o Brasil um país com grandes desafios em termos de inclusão social e diminuição de

desigualdades socioeconômicas e pobreza, para a solução dos quais a consolidação da seguridade social teria muito a contribuir.

Ao menos duas questões relacionadas aos possíveis prejuízos impostos ao financiamento da seguridade social por esse obscuro "mix" entre público e privado não foram investigadas na presente dissertação. Sua incorporação ampliaria demasiadamente o escopo do trabalho, vale, porém, mencioná-las.

A primeira, de natureza mais geral, é a recente iniciativa governamental de desonerar alguns setores industriais de certas contribuições e impostos. Por meio da Medida Provisória 563 de 2012, parte do Plano Brasil Maior de estímulo à economia, foram concedidas isenções tributárias por determinado período, como a desoneração da folha de pagamentos de determinados setores. As consequências negativas para o financiamento da seguridade social foram discutidas por Anfip (2013). Embora a desoneração não signifique transferência de recursos públicos para a "seguridade privada", foco principal deste trabalho, sem dúvida pode implicar a redução das receitas constitucionalmente destinadas à proteção social pública. É preciso se estar atento a essa ameaça ao financiamento da seguridade social.

A segunda questão diz respeito ao Sistema "S", em particular ao Serviço Social da Indústria (SESI) e ao Serviço Social do Comércio (SESC). Essas entidades, ligadas à Confederação Nacional da Indústria (CNI) e à Confederação Nacional do Comércio (CNC), foram criadas em 1946 para oferecer serviços assistenciais aos trabalhadores da indústria e comércio. Esses serviços - bem como as atividades educacionais desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) - são, portanto, de interesse das empresas industriais e comerciais. No entanto, a arrecadação das contribuições que os financiam é feita pela Receita Federal, de modo compulsório, o que representa evidente subsídio público. Além disso, o Tribunal de Contas da União vem alertando sobre a questão da prestação de contas, já que as contribuições arrecadadas são dinheiro público, mas as entidades - por serem pessoas jurídicas de direito privado - não estão submetidas aos mecanismos de controle financeiro. Dessa forma, o Sistema "S" faz parte dessa fluida fronteira entre público e privado no que tange ao financiamento da assistência social, logo, da seguridade social, no Brasil.

Como se vê, as relações entre público e privado no campo da seguridade social, sobretudo no que concerne ao seu financiamento, compõem um "mix" complicado, com várias dimensões. Além das duas questões mencionadas acima, outras não abordadas aqui podem fazer parte desse "mix", que tem como consequências: a grande dificuldade em expandir ações públicas, o subfinanciamento da saúde pública, o incentivo à privatização da

previdência social; enfim, o enfraquecimento da seguridade social. Esse estudo procurou contribuir para o debate em torno dessas questões

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

AMENTA, Edwin. *What we know about the development of social policy*. in: MAHONEY, James; RUESCHEMEYER, Dietrich. *Comparative historical analysis in the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

ANDRADE, M. V. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org.). **Regulação & saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3.

ANFIP, Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social em 2010**. Brasília: ANFIP, 2011.

ANFIP, Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Desoneração da folha de pagamentos: oportunidade ou ameaça?** Brasília: ANFIP, 2013.

ARAÚJO OLIVEIRA, Jaime A.; FLEURY TEIXEIRA, Sônia M. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

BARBOSA, Thais de Oliveira. **Análise do financiamento da educação no Brasil no ano de 2005**. 2011. 71f. Monografia (Bacharelado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARR, Nicholas Adrian. *The economics of the welfare state*. California: Stanford University Press, 1993.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em: 19 nov. 2013.

BRASIL. **Decreto n. 7.808**, de 20 de setembro de 2012. Cria a Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo - Funpresp-Exe, dispõe sobre sua vinculação no âmbito do Poder Executivo e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7808.htm > Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.20**, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm > Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm > Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. **Lei n. 7.713**, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17713.htm> Acesso em: 19 nov. 2013.

BRASIL. **Medida Provisória n. 563**, de 3 de abril de 2012. Altera a alíquota das contribuições previdenciárias sobre a folha de salários pelas empresas que especifica, institui o Programa de Incentivo à Inovação Tecnológica e Adensamento da Cadeia Produtiva de Veículos Automotores, o Regime Especial de Tributação do Programa Nacional de Banda Larga para Implantação de Redes de Telecomunicações, o Regime Especial de Incentivo a Computadores para Uso Educacional, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, o Programa Nacional de Apoio e Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, restabelece o Programa Um Computador Por Aluno, altera o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico da Indústria de Semicondutores e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/MPs/2012/mp563.htm>> Acesso em: 17 jan. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O público, o estatal, o privado e o particular nas políticas públicas de saúde**. In: Luiza Sterman Heimann; Lauro Cesar Ibanhez; Renato Barboza. (Org.). *O Público e o Privado na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005, v. 1, p. 89-110.

CARTA CAPITAL. **Revista Carta Capital**. São Paulo: Editora Confiança Ltda, Ano X – edição 78 – agosto de 2013.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

COLIN, Denise. **Sistema de gestão e financiamento da assistência social**: transitando entre filantropia e política pública. Tese de doutorado - Departamento de Ciências Sociais - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

DAIN, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, v. 17, 2001, p. 113-40.

COSTA, Debora Maltez Farias; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; GURGEL, Idê Gomes Dantas. Análise das relações entre o financiamento público e o crescimento do mercado de planos de saúde no Brasil. **Análise Econômica**, v. 30, 2012.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, Sept. 1991 .

FERES JÚNIOR, João; PROGREGINSCHI, Thamy. **Teoria Política Contemporânea: uma introdução**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 11-136.

GENTIL, Denise Lobato. **A política fiscal e a falsa crise da seguridade social brasileira – Análise financeira do período 1990-2005**. Tese de doutorado – Instituto de Economia – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LAVINAS, Lena. Inclusão e progressividade: os desafios da Seguridade Social Brasileira. In: TONELLI VAZ, F.; MUSSE, J.; SANTOS, R.F. **20 anos de Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: ANFIP, 2008, p.89-96.

LE PEN, <<Patient>> ou <<personne malade>>? *Les nouvelles figures du consommateur de soins*. **Revue Économique**, v.60, n.2, 2009, p. 257-271.

LONARDONI, Eliana; Gimenes, Juliana; SANTOS, Maria Lúcia; NOZABIELLI, Sônia Regina. O processo de afirmação da assistência social como política social. **Serviço social em revista**, Universidade Estadual de Londrina, v.8, n.2, 2006.

MARSHALL, Thomas. **Política Social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

OCKÉ-Reis, Carlos Octávio. **SUS: O desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OFFE, Claus. **Capitalismo Desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PAIM, J. S. . O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: Luiza Stermann Heimann; Lauro Cesar Ibanhez; Renato Barboza. (Org.). **O Público e o Privado na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005, v. 1, p. 111-126.

PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista; PAIVA, Andrea Barreto. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. **Revista Análise Econômica**, UFRGS, v.30, 2012.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Carga Tributária no Brasil**. Brasília: Secretaria da Receita Federal, 2011.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Demonstrativo dos gastos governamentais indiretos de natureza tributária**. Brasília: Secretaria da Receita Federal, 2002-2009.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Demonstrativo dos gastos tributários - Estimativas Bases Efetivas**, Brasília: Secretaria da Receita Federal, 2008-2012.

RECEITA FEDERAL, **Grandes números DIRPF**. Brasília: Secretaria da Receita Federal, 2002-2009.

SALVADOR, Evilasio. A distribuição da carga tributária: quem paga a conta?. In: João Sicsú. (Org.). **Arrecadação (de onde vem?) e gastos públicos (para onde vão?)**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007, v. , p. 79-92.

SALVADOR, Evilasio . Quem financia e qual o destino dos recursos da seguridade social no Brasil. **Observatório da Cidadania**, v. 11, p. 81-90, 2007.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas de regulamentação. In: HEIMANN, Luiza Stermann; IBANHES, Lauro César; BARBOZA, Renato (orgs). **O Público e o Privado na saúde**. São Paulo: Hucitec/OPAS/IDRC, 2005, p. 127-168.

STIGLITZ, J; ORSZAG, P. **Un nuevo análisis de la reforma de las pensiones: diez mitos sobre los sistemas de seguridad social**. Apresentado na conferência "Nuevas ideas sobre la Seguridad en la Vejez". Washington, D. C., set 1999.

TEIXEIRA, A. **Do seguro à seguridade**: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro. Texto para Discussão, IEI- UFRJ, n. 249, 1990.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan/Ucam/Iuperj, 1988.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Reforma da previdência: missão ou oportunidade perdida. In: **Reforma da previdência em questão**. Brasília: UnB, p. 317-336, 2003.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Seguridade Social e Combate à Pobreza no Brasil: O Papel dos Benefícios não Contributivos. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; IBÁÑEZ, Nelson. **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

PINTOS PAYERAS, José Adrian. **A carga tributária no Brasil e sua distribuição**. 2008. 143f. Tese (Doutorado em Economia) - Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz", Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2008.

UGA, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006.