

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ**  
**INSTITUTO DE ECONOMIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS,  
ESTRATÉGIAS E DESENVOLVIMENTO**

**JIMMY MEDEIROS**

**Desafios da proteção social para o século XXI:  
uma perspectiva comparada da proposta dos pisos de proteção social  
para Brasil e Chile.**

**Rio de Janeiro**

**2016**

**JIMMY MEDEIROS**

**Desafios da proteção social para o século XXI:  
uma perspectiva comparada da proposta dos pisos de proteção social  
para Brasil e Chile.**

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

Área de Concentração: Governança e Políticas Públicas 2: Equidade, Governança e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Lavinias de Moraes.

Rio de Janeiro

2016



M488 Medeiros, Jimmy.

Desafios da proteção social para o século XXI : uma perspectiva comparada da proposta dos pisos de proteção social para Brasil e Chile / Jimmy Medeiros. – 2016.

253 f. ; 31 cm.

Orientadora: Maria Helena Lavinias de Moraes.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2016.

Referências: f. 241-253.

1. Política social. 2. Proteção social – Brasil. 3. Proteção social – Chile.  
4. Bem-estar social. I. Moraes, Maria Helena Lavinias de, orient. II.

Universidade

Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. III. Título.

CDD 361.61

JIMMY MEDEIROS

**Desafios da proteção social para o século XXI:  
uma perspectiva comparada da proposta dos pisos de proteção social  
para Brasil e Chile.**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento.

Banca Examinadora:



Profª. Dra. Maria Helena Lavinas de Moraes (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro



Profª. Dra. Maria Antonieta Parahyba Leopoldi  
INCT/PPED - Universidade Federal do Rio de Janeiro



Prof. Dr. André Simões  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística



Prof. Dr. Flávio Alex de Oliveira Carvalhaes  
Universidade Federal do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aos meus amores Murilo e Maria Clara.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pequeno companheiro, Murilo, por me ensinar a desbravar tudo aquilo que não conhecemos até conseguir o que almejamos. À Maria Clara, um tesouro da vida, pelo carinho e incentivo fundamental, pelo apoio em todos os momentos difíceis e pela vibração de cada conquista. Aos meus pais, Marcos e Rosalina, por terem contribuído de forma fundamental durante todo o meu percurso para chegar até aqui. Sei o quanto foi difícil para vocês. Ao meu irmão pelo seu companheirismo incondicional. A todos vocês agradeço pela paciência quanto à minha ausência, inquietude e tensão durante o doutoramento.

Um agradecimento especial à minha orientadora Lena Lavinhas pelo afeto, atenção e receptividade. Vim ao PPED/UFRJ para estudar com você e fui retribuído com preciosas indicações bibliográficas, esclarecimentos a respeito deste mundo em transformação. Além das indispensáveis revisões e sugestões que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao PPED e seus professores pelo ambiente acadêmico e a todos os professores que encontrei ao longo desta trajetória. Isto, considerando os momentos em sala de aula, como pelas oportunidades extra-acadêmicas. Saibam que o contato com cada um de vocês foi uma oportunidade de aprender. Em especial, um muito obrigado à professora Maria Antonieta Leopoldi, com quem tive o prazer de reencontrar neste programa de pós-graduação e que sempre esteve à disposição para dividir sua afeição e seus conhecimentos.

Ao Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getulio Vargas, representado pelo prof. Dr. Celso Castro,

por me incentivar a seguir com minha formação acadêmica, permitindo dispor parte do meu horário de trabalho para assistir as aulas. Aos colegas do FGV- Opinião – Fátima Portela, Márcio Grijó, Philippe Guedon e Ivan Albuquerque Araujo – pela torcida e estímulo cotidiano. Não posso esquecer-me de todos os alunos e ex-alunos que cotidianamente contribuíram ao longo desta etapa. Do CPDOC, um muito obrigado ao professor Carlos Eduardo Barbosa Sarmento, “*In Memoriam*”, por ter escrito a carta de indicação para o PPED e, sobretudo, por ter acreditado em meu potencial, desde o mestrado, me convidando para lecionar algumas disciplinas no curso de graduação e de MBA do CPDOC. Obrigado, meu amigo!

Embora tenha me esforçado para lembrar de todos que dedicaram seu companheirismo, amizade, incentivo, caso tenha esquecido, deixo um verdadeiro muito obrigado!

“Historically the welfare state is a rather recent but nonetheless extremely influential social invention. It has fundamentally transformed relations between the state and its citizens – both as individuals and members of social groups, that is, classes, generations and sexes”. Leibfried, Stephan; MAU, Steffen (2008). “introduction” in Welfare states: construction, deconstruction, reconstruction, p. xi.

“Não há coesão sem proteção social” Robert Castel (1995, p. 769)

**Resumo:**

Esta tese de doutorado analisará o desenvolvimento da proteção social no Brasil em uma perspectiva comparada ao caso chileno. O propósito é identificar uma convergência na condução da composição da matriz de proteção dos dois países. Ambos apresentavam uma distinção elevada na concepção da proteção social, se considerado o início dos anos 1980, quando o Chile realizou um ajuste estrutural em conformidade com as recomendações neoliberais hegemônicas. No entanto, atualmente, os dois países estão cada vez mais alinhados ao modelo do *Social Protection Floor* da OIT, seguindo em rota de convergência: de um lado, no Chile tem aumentado a provisão pública para o bem-estar da população, de outro, no Brasil é possível verificar o incremento da provisão privada e da mercantilização da proteção social. Para fundamentar esta análise sistêmica, o trabalho aborda três paradigmas da proteção social global, o *Welfare State*, o *Social Risk Management* e o *Social Protection Floor*, considerando-os como construtos teóricos para a transformação dos mecanismos de proteção social em diversos países do mundo. Apesar de não existirem modelos “puros”, eles podem ser adotados como tipos-ideais que auxiliam na orientação das transformações ocorridas ao longo dos séculos.

**Palavras-chaves: Social Protection Floor; Proteção Social; Brasil; Chile; Estado de Bem-estar Social.**

**Abstract:**

This doctoral thesis will analyze the development of social protection in Brazil in a perspective compared to the Chilean case. The purpose is to identify a convergence in the conduct of the protection matrix of the two countries. Both presented a high distinction in the conception of social protection, if considered the beginning of the 1980s, when Chile made a structural adjustment in accordance with the hegemonic neoliberal recommendations. However, the two countries are increasingly aligned with the ILO's Social Protection Floor model, following a convergence route: on the one hand, in Chile the public provision for the well-being of the population has increased, on the other hand, in Brazil is possible to verify the increase of private provision and the commercialization of social protection. To support this analysis, the paper addresses three paradigms of global social protection: the Welfare State, Social Risk Management and the Social Protection Floor, considering them as theoretical constructs for the transformation of social protection mechanisms in several countries of the world. Although there are no "pure" models, they can be adopted as ideal types that help guide the transformations that have occurred over the centuries.

**Keywords: Social Protection Floor; Social Protection; Brazil; Chile; Welfare State.**

## Lista de Tabelas:

Tabela 1 – Modelos e características das reformas das pensões.....	112
Tabela 2 – Afiliados, quantidade de administradoras e concentração do mercado em seis países, 2002-2003 a 2016.....	114
Tabela 3 - Gasto público social como uma parte da despesa pública total....	125
Tabela 4 – Características elementares dos atuais programas de transferência de renda condicionada na América Latina e Caribe.....	130
Tabela 5 – Características dos atuais programas de transferência de renda condicionada na América Latina e Caribe.....	132
Tabela 6 – Receitas de contribuições sociais desvinculadas pela DRU em 2005, 2008, 2010 e de 2012 a 2015.....	163
Tabela 7 – Receitas da seguridade social desconsideradas pelos cálculos do governo (Desonerações) em 2005, 2008, 2010 e de 2012 a 2015.....	164
Tabela 8 – Receitas e despesas do orçamento da seguridade social, em relação ao PIB 2005, 2010 e de 2012 a 2015 (%).....	166
Tabela 9 – Gasto total em saúde, em relação ao PIB (%).....	169
Tabela 10 – Gasto público em saúde em relação ao gasto total (%).....	170
Tabela 11 - Percentual de pessoas que têm algum plano de saúde (médico ou odontológico) em 2013 (%).....	171
Tabela 12 – Quantidade de benefícios do BPC por Região do país, 2004-2016.....	183
Tabela 13 – Contribuintes ativos em relação à População Economicamente Ativa (%).....	203
Tabela 14 – Modalidades e valores transferidos pelo Sistema de Pensiones Solidárias.....	222
Tabela 15 – Gasto com o <i>Sistema de Pensiones Solidarias</i> , 2009 a 2013: .....	223
Tabela 16 – Total de <i>causantes</i> e total de beneficiários do <i>Subsidio Único Familiar</i> , 2013 e 2016.....	225
Tabela 17 – Perfil de seleção para o <i>Programa Asignación Familiar</i> , 2016....	225
Tabela 18 – Proporção da população em situação de pobreza, 1990 a 2013.....	231

## Lista de Figuras:

Figura 1 – Receitas fiscais em países ricos – 1870 – 2010.....	46
Figura 2 – Integração das políticas sociais nos Pisos de Proteção Social.....	81
Figura 3 – Cobertura da Proteção Social e do Trabalho na população total.....	97
Figura 4 – Proporções do gasto público total em relação ao PIB e do gasto público social em relação ao PIB, 1991-1992 a 2013-2014.....	124
Figura 5 – Decomposição do gasto público social por função, de 1991-1992 a 2013-2014 (percentual em relação ao PIB) .....	125
Figura 6 – Adultos correntistas em uma instituição financeira formal, América Latina, 2011 (%).....	137
Figura 7 – Déficit previdenciário no Chile.....	202
Figura 8 – Beneficiários vigentes no sistema ISAPRE, 1990-2015.....	207
Figura 9: Gasto público social em relação ao PIB, 1990 a 2014 (%).....	211
Figura 10 – População com 65 anos de idade ou mais que recebe aposentadoria ou pensão, 2000 e 2009 (%).....	219
Figura 11 – Quantidade de beneficiários das Políticas da Assistência Social, 2006-2010 (em milhares de pessoas) .....	230

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFP	-	Administradoras de fundo de pensão
AFP	-	<i>Administradoras de Fondos de Pensiones</i>
AIOS	-	Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones
AL	-	América Latina
ANFIP	-	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
AUGE	-	<i>Acceso Universal de Garantías Explícitas</i>
BCB	-	Banco Central do Brasil
BCIE	-	Banco Centroamericano de Integración Económica
BID	-	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRF	-	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BM	-	Banco Mundial
Bovespa	-	Bolsa de Valores de São Paulo
BPC	-	Benefício de Prestação Continuada
BPC	-	Benefício de Prestação Continuada
Cade	-	Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência Econômica
CAP	-	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEB	-	Conselho de Coordenação dos Chefes Executivos do Sistema Nações Unidas
CEPAL	-	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CLT	-	Consolidação das Leis do Trabalho
Confusam	-	Confederação dos Funcionários da Saúde Municipalizada
CPC	-	Capitalização parcial e coletivo
CPI	-	Capitalização individualizada
CUT	-	Central Única dos Trabalhadores
DRU	-	Desvinculação de Receitas da União
FAO	-	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FGTS	-	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	-	Fernando Henrique Cardoso
Fies	-	Fundo de Financiamento Estudantil
FMI	-	Fundo Monetário Internacional
FONASA	-	<i>Fondo Nacional de Salud</i>
GEPM	-	<i>Garantía Estatal de Pensión Mínima</i>
IAP	-	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IES	-	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	-	Instituto Nacional do Seguro Social
ISAPRE	-	<i>Institutos de Salud Previsional</i>
LOAS	-	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	-	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	-	Ministério de Desenvolvimento Social e combate à pobreza

MDSA	-	Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário
MIDEPLAN	-	Ministerio de Planificación
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	-	Ministério da Saúde
NHS	-	<i>National Health Service</i>
OCDE	-	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	-	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONG	-	Organismos não governamentais
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PASIS	-	<i>Programa de Pensiones Asistenciales</i>
PASIS	-	<i>Programa de Pensiones Asistenciales</i>
PBF	-	Programa Bolsa Família
PBF	-	Programa Bolsa Família
PBS	-	<i>Pensión Básica Solidaria</i>
PBS	-	<i>Pensión Básica Solidária</i>
PCCh	-	Partido Comunista Chileno
PDC	-	Partido Democrata-Cristão
PEA	-	População Economicamente Ativa
PEC	-	Proposta de Emenda Constitucional
PETI	-	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PGRFM	-	Programa Garantia de Renda Familiar Mínima
PIB	-	Produto Interno Bruto
PNAC	-	<i>Programa Nacional de Alimentación Complementaria</i>
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNUD	-	United Nations Development Programme
POS	-	<i>Partido Obrero Socialistas</i>
PPD	-	Partido pela Democracia
PPS	-	Pisos de Proteção Social
PRSD	-	Partido Radical Social-Democrata
PS	-	Partido Socialista
PTRC	-	Política de Transferência de Renda Condicionada
PTRC	-	Políticas de Transferência de Renda Condicionada
RGPS	-	Regime Geral da Previdência Social
RPC	-	Regime de Pensões Complementares
RPPS	-	Regimes Próprios de Previdência Social
SAMU	-	Serviço de atendimento móvel de urgência
SAP	-	<i>Subsidio de Agua Potable</i>
SERMENA	-	Serviço Nacional de Empregados
SM	-	Salário-mínimo
SNS	-	Serviço Nacional de Saúde
SNSS	-	<i>Sistema Nacional de Servicios de Salud</i>
SPF	-	Social Protection Floor
SPS	-	Sistema de Pensiones Solidarias

SRM	-	Social Risk Management
SSS	-	Serviço de Seguro Social
SUD	-	<i>Salud un Derecho</i>
SUF	-	Subsidio Único Familiar
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UNICEF	-	United Nations Children's Fund
WB	-	World Bank
WS	-	Welfare State

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>22</b>
<b>Primeira Parte: Os paradigmas da proteção social no mundo e a proteção social na América Latina e Caribe.....</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo 1. Paradigmas dos Sistemas de Proteção Social: antecedentes, construção e transformações.....</b>	<b>28</b>
1.1 Origens dos sistemas de proteção social.....	30
1.2 A consolidação do <i>Welfare state</i> : o paradigma da proteção social no século XX.....	34
1.3 Periodização da consolidação do <i>welfare state</i> nos países de economia industrializada.....	40
1.3.1 A etapa da “reconstrução” do <i>welfare state</i> no período da Era de Ouro.....	41
1.3.2 A etapa da “relativa estagnação” no período da Era do Ouro.....	44
1.3.3 A etapa da “expansão principal” no período da Era do Ouro.....	45
1.4 Classificação e tipologias do <i>welfare state</i> .....	48
1.5 A consolidação do <i>Social Risk Management</i> como paradigma da proteção social no início do século XXI.....	57
1.6 <i>Social Protection Floor</i> : o mais novo paradigma da proteção social para os países no século XXI.....	67
1.6.1 O discurso adotado para promover o Piso de Proteção Social.....	74
1.6.2 Dimensões dos pisos de proteção social.....	80
1.7 Breves conclusões quanto aos sistemas de proteção social.....	87

## **Capítulo 2. Proteção Social na América Latina e Caribe: as principais características do processo de construção, reforma e as recentes inovações.....91**

2.1 – Panorama histórico do surgimento da Proteção Social na América Latina e Caribe.....	93
2.1.1 Classificação dos países, de acordo com o início da proteção social: Pioneiros.....	98
2.1.2 Classificação dos países, de acordo com o início da proteção social: Intermediários.....	100
2.1.3 Classificação dos países, de acordo com o início da proteção social: Tardios.....	102
2.1.4 Fundamentação teórica da expansão proteção social.....	102
2.2 – Classificação dos países, de acordo com a reforma estrutural da previdência social entre 1981 e 2004.....	105
2.2.1 Panorama dos resultados e consequências do ajuste estrutural.....	113
2.3 – Assistência social: privilégio dos mínimos sociais na América Latina e Caribe (dos anos 1990 ao século XXI).....	119
2.3.1 Privilégio dos mínimos sociais pela ótica do gasto público.....	122
2.3.2 Onda propagadora das políticas de transferência de renda condicionada na América Latina e Caribe.....	127
2.3.3 Política social como instrumento da inclusão financeira.....	135
2.4 Breves conclusões quanto a Proteção Social na América Latina e Caribe.....	139

## **Segunda Parte: Os desafios atuais da proteção social no Brasil e no Chile: aspectos centrais da saúde e da previdência.....143**

## **Capítulo 3. Proteção social no Brasil: desenvolvimento**

### **histórico e os desafios desestruturantes.....148**

3.1 Transformações da proteção social brasileira após a promulgação da Constituição Cidadã de 1988.....	155
3.2 O paradoxo do sistema de seguridade social.....	157
3.3 Fatores responsáveis pelo desmonte da seguridade social brasileira.....	159
3.3.1 A segmentação do sistema de seguridade social brasileiro.....	159
3.3.2 O subfinanciamento do sistema de seguridade social brasileiro.....	161
3.4 Mudanças recentes no sistema de saúde brasileiro.....	167
3.4.1.1 Privatização do sistema de saúde.....	170
3.5 Mudanças recentes na Previdência Social brasileira.....	174
3.5.1 As principais limitações na previdência social.....	177
3.6 Mudanças recentes na Assistência Social brasileira.....	182
3.7 Considerações finais do panorama histórico das transformações no sistema de proteção social brasileiro.....	186

## **Capítulo 4. Proteção social no Chile: em rota de convergência**

### **com o Brasil no século XXI.....189**

4.1 A proteção social no Chile desde o início do século XX.....	189
4.1.1 A previdência social antes do ajuste estrutural.....	189
4.1.2 O sistema de saúde antes do ajuste estrutural.....	193
4.2 Mudanças na proteção social durante o regime militar no Chile.....	195
4.2.1 A previdência social durante o regime militar no Chile.....	197
4.3 Consequências iniciais do ajuste estrutural.....	200
4.3.1 Consequências na previdência social.....	200
4.3.2 Consequências no sistema de saúde.....	204

4.4 A proteção social após a redemocratização no Chile.....	208
4.4.1 A saúde após a redemocratização no Chile.....	212
4.4.2 Mudanças recentes na Previdência Social chilena.....	217
4.4.2.1 A previdência solidária no Chile, o SPS.....	221
4.4.3 Mudanças recentes na Assistência Social chilena.....	224
4.5 Breves conclusões quanto às transformações recentes na proteção social chilena.....	232
<b>Considerações finais.....</b>	<b>235</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>240</b>

## Introdução

A atual Constituição da República Federativa do Brasil está próxima de completar 30 anos desde sua promulgação. Resultado de negociações coletivas e políticas, foi importante para compor, em particular, um modelo de seguridade social aproximado ao paradigma do *Welfare State*.

Na letra da lei, trata-se de um sistema integrado para assegurar amplos direitos de cidadania relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Arquitetou legalmente um avanço, ao ampliar direitos sociais, por ter instituído bases para a garantia da saúde gratuita e universal, além de ter dissociado a necessidade do vínculo-empregatício formal do benefício previdenciário, bem como por ter estabelecido as condições necessárias para a assistência social de Estado.

No entanto, esta construção política brasileira estava desalinhada ao pensamento econômico hegemônico no mundo. O consenso entre os organismos internacionais era pela redução do papel do Estado, provendo bem-estar através de mínimos sociais, ou seja, mecanismos residuais, focalizados e limitados. Esta moldura da política social sofreu influência das ideias liberais, preocupadas com a sustentabilidade financeira do Estado, além de evitar o chamado desincentivo ao trabalho. Uma primeira consequência foi uma sequência de ataques à desmercantilização da proteção social brasileira, uma vez que estava fora do paradigma disseminado pelo *mainstream* econômico (FAGNANI, 2011).

O ajuste estrutural realizado na América Latina, tendo o Chile como o exemplo mais categórico, foi resultado deste movimento internacional. A região foi um campo fértil para as ingerências político-econômicas dos diversos organismos internacionais. Durante as décadas de 1990 e 2000 é possível identificar a tendência em privilegiar os agentes do mercado em diversos aspectos da sociedade, com as privatizações dos serviços de telefonia, saneamento, fornecimento de energia elétrica, banco, água, além dos serviços essenciais da seguridade social, como previdência e saúde, passando pela educação (THORP, 1998).

O paradigma do *Welfare State* perdeu centralidade nas instituições multilaterais, sendo substituído por outros, como o *Social Risk Management* e, em seguida, pelo *Social Protection Floor* (LAVINAS, 2016). Estes paradigmas são construtos teóricos e têm sido guias fundamentais para reorientar a formação dos sistemas de proteção social.

O *Social Protection Floor* é singular, pois reuniu um conjunto elevado de organismos internacionais atuando para a sua consolidação. O consenso em torno das suas ideias foi sendo concretizada, desde a crise econômica internacional de 2008 e culminou com a publicação de uma nova norma da OIT para a seguridade social, em 2012. A adesão da Organização Internacional do Trabalho representou uma quebra do paradigma anterior, uma vez que esta organização ainda apontava o *Welfare State* como o padrão ideal para a proteção social. Neste sentido, a tese abordará, como pano de fundo, a influência dos organismos internacionais neste campo.

Fagnani (2012) sublinha este rompimento, uma vez que a nova norma da OIT encerrou a orientação ao desenho institucional do *Welfare State*, tendo o modelo socialdemocrata como uma boa arquitetura de proteção aos riscos sociais. Assim, eliminou a ideia do Estado em constituir e manter uma proteção social universalista e gratuita. O consenso passou a ser pela proteção social baseada nos mínimos sociais. Ou seja, compor uma matriz pública-privada, em que a responsabilidade do Estado é limitada à provisão residual e focalizada na população pobre e, ao mesmo tempo, os agentes do mercado devem ofertar serviços de saúde e previdência àqueles com condições materiais suficientes.

A hipótese central do presente trabalho é a modificação do papel do Estado na proteção social ao longo do tempo. Após a II Guerra Mundial existia um consenso nos países desenvolvidos pela ampla provisão de bem-estar à população. Este consenso serviu como um exemplo para os demais países do mundo. No entanto, a concepção em relação à provisão do bem-estar foi modificada com a hegemonia do pensamento neoliberal. Ou seja, deslocou-se o entendimento a respeito do acesso às políticas públicas sociais, passando do âmbito do direito de cidadania para seguir a orientação da focalização pela necessidade do indivíduo ou pelo mérito da contribuição.

Neste sentido, esta tese de doutorado analisará o desenvolvimento da proteção social no Brasil em uma perspectiva comparada ao caso chileno. O propósito é identificar se há uma convergência na condução da composição da matriz de proteção dos dois países. Ambos apresentavam uma distinção elevada na concepção da proteção social, se considerado o início dos anos 1980, quando o Chile realizou um ajuste estrutural em conformidade com as recomendações neoliberais hegemônicas. No entanto, atualmente, os dois países estão cada vez

mais alinhados ao modelo do *Social Protection Floor* da OIT, seguindo em rota de convergência: de um lado, o Chile tem aumentado a provisão pública para o bem-estar da população pobre; por outro lado, o Brasil tem incrementado a provisão privada e a mercantilização da proteção social, ao estimular a saída dos segmentos mais ricos dos serviços públicos e gratuitos.

Assim, a tese está organizada em duas partes: na primeira são abordados três paradigmas da proteção social no mundo, além do desenvolvimento e consolidação da proteção social na América Latina e Caribe; na segunda parte estão as análises dos dois casos selecionados para representar a convergência das composições da proteção social do Brasil e do Chile ao paradigma do *Social Protection Floor*.

O primeiro capítulo da tese discute três padrões internacionais para a constituição da proteção social: o *Welfare State*, o *Social Risk Management* e o *Social Protection Floor*. O objetivo é compreender as características e os argumentos favoráveis e contrários a eles para embasar o entendimento das transformações ocorridas na proteção social.

O segundo capítulo da tese expõe um panorama da emergência e do desenvolvimento da proteção social na América Latina e Caribe. O propósito é verificar as origens e consequências da reforma estrutural dos anos 1980 e 1990, ocorrida em um conjunto de países da região. Assim como elaborar um panorama geral dos programas de transferência de renda condicionada com o intuito de evidenciar a sua recente centralidade na proteção social.

O terceiro capítulo da tese – o primeiro da segunda parte – apresenta o desenvolvimento histórico da seguridade social no Brasil. O objetivo é

demonstrar o processo de construção dos mecanismos sociais e, sobretudo, o desmantelamento da seguridade social estabelecida com a promulgação da Constituição Federativa de 1988. Além disso, demonstrar como esta desestruturação tem favorecido a provisão pública focalizada de mínimos sociais, portanto, o alinhamento às recomendações do paradigma do *Social Protection Floor*.

No quarto capítulo é analisado o caso chileno. A escolha deste país se deve por dois motivos: pelo ajuste estrutural realizado em 1981, estabelecendo uma configuração de seguridade muito distinta a do Brasil no campo da proteção social; e pela atual presidente do país, Michelle Bachelet, ter presidido o grupo de trabalho formulador do *Social Protection Floor* junto à OIT. Assim, o objetivo do capítulo é demonstrar como o Estado chileno encerrou com os mecanismos públicos de proteção social, na década de 1980, e passou a ampliar a provisão pública de bem-estar, de forma restrita e limitada com a redemocratização.

## **Primeira Parte: Os paradigmas da proteção social no mundo e a proteção social na América Latina e Caribe.**

Esta primeira parte da tese é composta por dois capítulos com o propósito de traçar um panorama da proteção social no mundo, de um modo geral, e do desenvolvimento da proteção social na América Latina e Caribe, em particular.

O primeiro capítulo aborda três paradigmas da proteção social, considerando-os como modelos teóricos minimalistas. A proposta é debater as definições, características, argumentos e críticas ao *Welfare State*, o *Social Risk Management* e o *Social Protection Floor* de maneira a evidenciar suas diferenças e semelhanças. Ao final, evidenciar o tipo de proteção oferecida em cada modelo e conhecer como os riscos sociais são mitigados.

O segundo capítulo é dedicado ao desenvolvimento da proteção social na América Latina e Caribe. O propósito é problematizar a consolidação e composição da proteção social na região, a fim de caracterizar seus problemas e falhas.

## **Capítulo 1. Paradigmas dos Sistemas de Proteção Social: antecedentes, construção e transformações.**

O capitalismo, regime de acumulação vigente e hegemônico, transformou-se ao longo das décadas. Polany (2012) detalha o surgimento deste regime e as consequências causadas pelo “moinho satânico” e pela mercantilização da vida social. Hobsbawm (1994) complementa a análise, ressaltando as transformações, adaptações e resultados causados pelo capitalismo ao longo do século XX – segmentado pelo autor em três eras delimitadas em um período transcorrido entre 1914 e 1991 – quando, por fim, ressalta o autor, tem lugar o desmoronamento final, classificado como o crescimento da irresponsabilidade da ortodoxia econômica e, por conseguinte, deixando o futuro incerto.

Todavia, o capitalismo novamente se reinventou. Jenson (2012) aborda o período após a chamada era neoliberal (1980-1995) e analisa a perspectiva das novas políticas sociais em países de capitalismo avançado, como Suécia e Inglaterra. Segundo a autora, há uma nova quebra de paradigma na gestão da política social, passando a ser submetida à lógica econômica da austeridade permanente. Doravante, as políticas públicas da esfera social devem apenas contribuir para a competitividade econômica, para a geração de emprego – precários ou não – e auxiliar o crescimento econômico. No entanto, no pós-guerra, a política social também era um elemento complementar à atividade econômica, porém, era considerada um elo de garantia do bem-estar, com atributos de solidariedade e voltada para a promoção humanística dos cidadãos.

Faz-se necessário, desta forma, analisar as transformações ocorridas no período mais recente. Para isso, é imperativo compreender as características dos modelos delineados para a proteção social.

Assim, o objetivo deste capítulo é discutir três paradigmas<sup>1</sup> da proteção social mais recentes que acompanharam a evolução dos regimes de acumulação do capitalismo: o *Welfare State*, o *Social Risk Management* e o *Social Protection Floor*, sendo que o primeiro emergiu no século passado e os dois últimos no século XXI. Eles podem ser considerados como responsáveis pela consolidação e transformação dos mecanismos de proteção social nos diversos países do mundo. Cada paradigma tem origem logo após a ocorrência de uma grave crise ou choque de relevância internacional. Em comum, todos foram fortemente recomendados por instituições e organizações internacionais.

Neste trabalho, o termo paradigma é tratado como modelo ou padrão macro para os sistemas de proteção social. Cada paradigma abordado possui uma série de submodelos. Apesar disso, a análise está centrada na concepção macro.

O primeiro paradigma a ser abordado neste capítulo é o *Welfare State*. Serão apresentados os seus antecedentes históricos e o processo de consolidação do Estado de Bem-Estar social, realidade apenas em algumas economias avançadas. Ademais, debateremos as distintas configurações do desenvolvimento dos sistemas de proteção social, nos países centrais do

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, o termo paradigma é tratado como modelo ou padrão macro para os sistemas de proteção social.

capitalismo, refletindo sobre tal processo de consolidação e suas reiteradas ameaças.

Em seguida, caracterizaremos os dois modelos recentes para a proteção social, delineados por um conjunto de organismos internacionais. Apesar de ambos terem surgidos no século XXI – por conseguinte, há um curto espaço de tempo entre eles – além de serem inspirados no neoliberalismo, apresentam distinções evidentes quanto ao papel do Estado e os objetivos da complementariedade estabelecida entre as esferas econômico e social. Os dois modelos propostos são instrumentos condutores das transformações da proteção social, tanto nos países em desenvolvimento, quanto naqueles considerados como desenvolvidos.

Desta maneira, uma primeira seção aborda as origens dos sistemas de proteção social, sendo acompanhado por uma segunda, com reflexões a respeito da consolidação do *welfare state* como o paradigma da proteção social do século XX. A terceira seção trata da periodização da consolidação do *welfare state* em países de economia avançada e industrializada na segunda metade do século XX. A quarta seção apresenta e discute algumas tipologias dos regimes desse paradigma. A quinta parte do capítulo está situada no debate sobre a consolidação do *Social Risk Management* como paradigma da proteção social no início do século XXI. A última seção retrata as características e o papel do *Social Protection Floor* como paradigma da proteção social.

## 1.1 Origens dos sistemas de proteção social

Os sistemas de proteção social, notadamente o Estado de Bem-Estar Social, têm suas origens em meados do século XIX e início do século XX. Até então, a ação do Estado na esfera econômico-social ainda era incipiente e em pequena escala. As experiências mais evidentes foram as Leis dos Pobres (*Poor Law Act*<sup>2</sup>), sendo o caso inglês o mais famoso (BARR, 1993). Este tipo de política, embora bastante caracterizado pelo modelo inglês, existiu em vários países europeus durante os séculos XVII a XIX. Ela distinguiu-se pelo foco na pobreza, pela natureza de caridade e pelo aspecto público (VIANNA, 2002). O *Poor Law Act* de 1601 é bastante representativo, afinal influenciou as bases da assistência aos pobres até início do século XX na Grã-Bretanha e EUA (BARR, 1992), embora tenha sofrido mudanças em 1834 com a *Poor Law Reform*<sup>3</sup>.

A consolidação do capitalismo industrial em algumas nações, durante a segunda metade do século XIX, combinado com o intenso processo de urbanização, além da formação de uma massa de trabalhadores industriais, e com as transformações nas relações sociais levaram ao surgimento de novos

---

<sup>2</sup> A Lei dos Pobres tinha o propósito de regular a pobreza, uma vez que, mobilizava a força de trabalho de maneira coercitiva e punitiva para desempenhar alguma atividade produtiva. Embora o Estado tenha passado a proteger os mais pobres, para isso, eles deveriam se apresentar nas *workhouses*, onde eram separados das suas famílias e obrigados a trabalhar (Townsend, 2007).

<sup>3</sup> A publicação do *Poor Law Report* foi um importante instrumento para influenciar esta reforma. Centrado em três elementos, o relatório restringiu as regras de elegibilidade para eventuais beneficiários, as *workhouse* mudaram de função e teve lugar uma centralização administrativa. A centralização tinha o propósito de padronizar o serviço oferecido, evitar a corrupção e melhorar a relação custo-benefício. A menor elegibilidade tinha o propósito de evitar selecionar pessoas tidas como capazes e somente interessadas em benefícios maiores do que a renda do trabalho. E, por último, a mudança na função das *workhouse* era, principalmente, para aprimorar a aplicação dos novos critérios de seleção dos beneficiários (BARR, 1993). Para o autor, "the difference between the 1601 Poor Law and the Principles of 1834 is important. The former was intended to give work to the able-bodied without stigma; the latter discouraged claims for relief by making its receipt highly unpleasant and also stigmatizing" (BARR, 1993, p. 15).

riscos sociais, como o desemprego, a invalidez e os acidentes de trabalho (TOWNSEND, 2007; POLANYI, 2012)

Ao final do século XIX, com o amplo desenvolvimento da indústria e o recuo da produção artesanal, já considerada residual<sup>4</sup>, o Estado passou a regular a ampliação da proteção social, mitigando riscos, sobretudo, aos indivíduos com vínculo de trabalho (BAUMAN, 2001).

Por conta disso, Titmuss (1963) considera o Welfare State como resultado das consequências da industrialização, em função dos novos riscos que apareceram. Conforme Polany (2012), as formas tradicionais de proteção – família e comunidade – sucumbiram com a industrialização e um longo processo de construção teórico e ideológico, transformando as relações humanas e promovendo o individualismo. Por conseguinte, com o reconhecimento destas dependências, o Estado passou a oferecer, de forma ampliada, serviços sociais destinados a solucionar essas e outras questões.

Esta mudança possibilitou alterar as estruturas tradicionais de proteção, como a família, as instituições de caridade, a igreja e a comunidade, uma vez que homens, mulheres e crianças passaram a ser recrutados para o trabalho. Isto, de certa forma, exigiu novas formas de proteção, como o seguro social (CASTLES et al, 2010).

Entre o final do século XIX e o decorrer dos primeiros 40 anos do século XX, o seguro social compulsório foi um dos principais instrumentos de política

---

<sup>4</sup> A consolidação do capitalismo industrial reduziu a importância do idoso na produção, pois com o fim do artesanato, encerrou-se o papel dele como detentor do conhecimento de todo o processo de produção. Com a indústria, o processo passou a ser todo fragmentado, de maneira que cada trabalhador fosse especializado em sua atividade apenas (VIANNA, 2002).

social, sendo adotado por grande parte dos países europeus (MARSHALL, 1967) e representou uma mudança do papel do Estado na esfera social. Segundo Pierson (1991), os benefícios tidos como de primeira geração – a segurança em caso de acidentes de trabalho na indústria, benefícios na área da saúde e aposentadoria por invalidez e por idade – foram consolidados antes da I Guerra Mundial.

Não há uma evolução linear da proteção social, passando de um perfil após o outro. Alguns autores analisam o processo de montagem da proteção social e elaboraram classificações e tipologias (TITMUSS, 1963; PIERSON, 1991; BARR, 1993).

De forma ilustrativa, conforme Pierson (1991), na Austrália, o sistema de bem-estar social emergiu no início do século XX, junto com o avanço do capitalismo industrial, mas logo depois teve o seu desenvolvimento estagnado. Na Nova Zelândia ele também surgiu neste período, mas expandiu-se somente após a década de 1940. A Finlândia, por outro lado, tinha um sistema considerado residual até o fim da Segunda Guerra Mundial, todavia, foi rapidamente ampliado e promoveu elevado grau de proteção social à sua população. Ao mesmo tempo, há casos de apropriação do desenho institucional de um país por outro, como nos casos de cópia das leis reformistas de Bismarck<sup>5</sup> por algumas nações europeias (BRIGGS, 1961).

Existem algumas delimitações cronológicas apresentadas que podem ser adotadas como um parâmetro. Asa Briggs (1961) apresenta marcos

---

<sup>5</sup> A reforma estabelecida por Bismarck com as leis de 1882, 1884 e 1889 – que introduziram os seguros compulsórios contra doenças, acidentes e aposentadoria – foram copiadas pela Dinamarca (de 1891 a 1898), Bélgica (de 1894 a 1903) e Suíça (de 1890).

representativo da proteção social, como o surgimento do seguro social compulsório no final do século XIX e a institucionalização do *welfare state* na metade do século XX.

Na Grã-Bretanha, como estudo de caso, Barr (1993) delimita três marcos do sistema de proteção social, sendo um até o final do século XIX, caracterizado pela vigência da Lei dos Pobres, o segundo marcado pelas reformas liberais entre 1906 e 1914 e, por fim, a legislação estabelecida entre 1944-1948, com forte influência dos acontecimentos da Segunda Guerra Mundial.

A falta de uniformidade na temporalidade do surgimento desses mecanismos é abalizada pelas características de cada nação de capitalismo avançado. Em particular, essa diversidade é atribuída, principalmente, às diferenças existentes nos contextos das políticas nacionais, dos processos de construção dos Estados e nações, das particularidades culturais, das diferentes clivagens políticas e sociais e, também das distintas consequências dos problemas sociais locais. É possível considerar, ainda, a composição partidária e os consensos políticos constituídos em cada sociedade que contribuíram para o seu desenvolvimento, bem como influenciaram a consolidação de diferentes modelos de *welfare* (ESPING-ANDERSEN, 1990; PIERSON, 1991; CASTLES et al, 2010).

O estabelecimento dos modernos sistemas de proteção social ocorreu durante a Era de Ouro do Capitalismo, logo após o fim da II Grande Guerra, e passou por crises e mudanças ao longo das décadas de 1970 e 1980, durante a hegemonia do neoliberalismo (ESPING-ANDERSEN, 1996).

## 1.2 A consolidação do *Welfare State*: o paradigma da proteção social no século XX

A proteção social no início do século XX ainda era reduzida, sendo caracterizada como pouco abrangente, focalizada na parcela da população com vínculo de trabalho, além de mitigar uma gama pequena de riscos. A consolidação dos distintos modelos de *Welfare State*, entre o pós-guerra e meados da década de 1970, representou o período da história da humanidade em que foi possível oferecer a maior proteção aos cidadãos. Uma proteção sem precedentes, apesar de esta realidade ter existido em um conjunto limitado de países de economia mais avançada (CASTEL, 2005).

Segundo Kerstenetzky (2011), há um consenso entre os especialistas em considerar os 30 anos após a II Guerra Mundial como sendo os anos dourados do *welfare state*, sobretudo pela ampliação da cobertura e da expansão das políticas e do atendimento dedicado aos cidadãos.

Para Briggs (1961), o *Welfare State* é caracterizado por atuar deliberadamente para a provisão e regulação do acesso a bens e serviços que tendem a fortalecer a homogeneização da sociedade, com base em mecanismos de solidariedade e compartilhamento dos riscos (*risk sharing*). O Estado Provedor atuava, principalmente, em três aspectos centrais: garantir proteção contra riscos, além de uma renda mínima e oferecer acesso aos serviços públicos.

Lavinas (2016) ressalta que o *Welfare State* se caracteriza por desvincular o direito à proteção social da contribuição financeira prévia e, desta

forma, “tornar a sociedade mais homogênea e integrada, além de resistente às crises e às incertezas dos ciclos econômicos” (p.2).

Além disso, se antes a proteção social mobilizava a força de trabalho para a indústria, este paradigma estabeleceu uma ligação entre o desenvolvimento econômico e a permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho. Assim, Lavinias (2016) observa a forte complementaridade entre as políticas social e econômica. Um artifício importante desta complementariedade foi a política social operar como estímulo à demanda agregada, com base no consumo de massa, sendo possível pela existência do pleno emprego.

A consolidação do paradigma do *Welfare State* possui diversas causas. Entre elas, são indicadas o crescimento do PIB dos países, a expansão das receitas do Estado, fruto do consenso pelas políticas keynesianas de pleno emprego. Esses elementos são apontados como os responsáveis por propiciarem recursos necessários para o financiamento e a sustentação das políticas públicas de proteção social (PIERSON, 1991; KERSTENETZKY, 2011).

Além disso, o movimento pelos direitos civis<sup>6</sup> é lembrado por ter reforçado a mudança de mentalidade em favor da maior ação do Estado, sobretudo na esfera social. A luta pelos direitos civis fez emergir mecanismos de proteção social, como o *medicare*<sup>7</sup> e *medicaid*<sup>8</sup>, destinado à população pobre do país (BARR, 1993).

---

<sup>6</sup> Processo político-social para conseguir estabelecer igualdade perante a legislação para todas as pessoas, independente do credo, cor ou raça e religião. Ocorreu nas décadas de 1950 e 1960. Sobressai o movimento negro nos EUA, mas também tiveram destaque movimentos de igualdade de gênero, o ambientalismo e o pacifismo (ALONSO, 2009).

<sup>7</sup> Criado em 1965, é um seguro saúde gerido pelo governo e destinado à população com mais de 65 de idade e condições limitadas de renda.

<sup>8</sup> Criado em 1965, é um seguro saúde destinado à população de baixa renda.

Ademais, o consenso existente sobre o papel do Estado e o gasto social para a promoção do bem-estar foi realizado através de um pacto social entre o capital, trabalhadores e o Estado (KERSTENETZKY, 2012a). Pierson (1991) distingue dois tipos de consenso, um de classe e outro pelos partidos políticos. O primeiro é marcado pelo abandono da aspiração à socialização da economia, e o fim da guerra de classes pelos trabalhadores, em favor do pleno emprego de modo a garantir retornos satisfatórios tanto ao capital, quanto ao trabalho. O segundo tipo é caracterizado por um amplo acordo em favor do jogo político sem as correntes extremistas dos dois lados do espectro ideológico para garantir as políticas keynesianas e as ideias e interesses do capital e do trabalho organizado. Não menos importante, o autor destaca a participação dos governantes na constituição deste acordo.

Esse consenso teve origem nas ideias fortalecidas durante o pós-guerra. Ao fim do conflito bélico, tendo como resultado a destruição generalizada, adotaram-se princípios norteadores para eliminar a pobreza e superar as dificuldades econômicas, bem como garantir um padrão de vida que atendesse às necessidades básicas de toda a população – se não de forma universal, ao menos da grande maioria dela. Este consenso também foi utilizado para justificar o desenvolvimento da proteção social para além do combate à pobreza ou da garantia de alguns seguros aos trabalhadores assalariados contribuintes (ESPING-ANDERSEN, 1990; KERSTENETZKY, 2012a).

Ao mesmo tempo, a consonância estabelecida em torno das políticas keynesianas demandou um papel mais ativo e permanente do Estado. Ele foi crucial para solidificar a realização de políticas e programas sociais universais. Por conseguinte, o sistema de seguridade social possibilitou reduzir as

incertezas e imprevisibilidades inerentes às vidas das pessoas sob as regras do mercado (LAVINAS, 2013b).

O aumento da cobertura da proteção social foi baseado na ideia de todos serem iguais, portanto ninguém deveria ser excluído. Desta maneira, as necessidades não poderiam ser classificadas de acordo com a importância ou o status de cada indivíduo. Assim, todos deveriam a ser atendidos de forma equânime (LAVINAS, 2013a).

Três documentos foram marcantes para a consolidação deste paradigma de proteção social. O primeiro foi o *Beveridge Report* (BEVERIDGE, 1942), apresentado ao parlamento inglês em 1942 durante a II Guerra Mundial. Ele foi um marco para a seguridade social moderna, uma vez que consolida a ideia de proteção social universal financiada pelos contribuintes e gerida pelo Estado. O Relatório estabeleceu novos parâmetros para a provisão pública, com base na saúde universal, o pleno emprego e a assistência às famílias. Barr (1993) aponta que o *Beveridge Report* foi base para o *National Insurance Act*<sup>9</sup> de 1946 na Grã-Bretanha<sup>10</sup>. Esta lei foi um exemplo fundamental para a construção da proteção social de outras nações.

O segundo documento importante para a consolidação da proteção social foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>11</sup>, em 1948, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). O artigo de

---

<sup>9</sup> O *National Insurance Act*, aprovada pelo Parlamento britânico, garantiu a toda população, em idade ativa, o direito a uma gama de benefícios sociais, como seguro desemprego, pensão, aposentadoria, seguro doença, subvenções de morte.

<sup>10</sup> Barr (1993) evidencia a publicação do *Employment Policy*, em 1944, com forte inspiração Keynesiana e representou um compromisso para a manutenção de elevadas taxas de emprego

<sup>11</sup> A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada e adotada pela ONU segundo a resolução 217 A (III) em 10 de dezembro de 1948. Fonte:

< <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf> > acessado em 25/07/2014.

número 25, em particular, contribuiu pelo estímulo à expansão de sistemas de seguridade social entre os países membros da ONU. O artigo mencionado destaca:

“1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social”. (ONU, 1948).

A terceira referência para a instituição do *welfare state* como paradigma da proteção social na segunda metade do século XX foi a publicação das “Normas Mínimas da Seguridade Social<sup>12</sup>” pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1952. Trata-se de uma convenção para os sistemas de proteção social como algo além do alívio da pobreza e da sobrevivência. A norma representou um avanço para o modelo contributivo bismarkiano, pois não privilegiava somente o segmento populacional contribuinte e em melhor situação socioeconômica, ou seja, aqueles com vínculo de trabalho. Assim, o documento propunha promover um sistema garantidor de condições adequadas de vida a toda a população.

Esta norma, decerto, implicou em uma nova abordagem das políticas sociais, já que, afinal, silenciou ideias sólidas de um mundo orientado para o

---

<sup>12</sup> O conteúdo das Normas Mínimas da Seguridade Social foi aprovado na 35ª reunião da Conferência Internacional do Trabalho em 1952 durante a convenção nº102 da OIT em Genebra. Entrou em vigor no plano internacional em 27/04/55. Entretanto, o Brasil aprovou através do Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 269, de 19/09/2008 e ratificou em 15/06/2009.

mercado e, ao mesmo tempo, serviu como um instrumento de referência aos regimes de *welfare state* (LAVINAS, 2013b).

### **1.3 Periodização da consolidação do *Welfare State* nos países de economia industrializada**

Para Pierson (2010), uma alteração significativa da expansão da provisão pública foi o aumento do gasto público na esfera social. Como na Europa ocidental, até 1930, menos da metade da força de trabalho tinha algum tipo de benefício social, o gasto público social era mais reduzido. Desde então, o dispêndio com os programas que faziam parte do sistema de proteção social cresceu vertiginosamente.

A ampliação da provisão pública através dos sistemas de proteção social e a expansão dos benefícios e cobertura, por conseguinte, causou o aumento do gasto social nos países de capitalismo avançado. Até 1900, somente dois países – Alemanha e Suíça – apresentavam gasto social superior a 3% do Produto Interno Bruto (PIB) com mecanismos de proteção social.

O período de consolidação do *welfare state* nos países industrializados de economia avançada não transcorreu uniformemente durante todo o período. Pierson (1991) identificou uma subdivisão deste período, com início no pós-guerra e fim em meados da década de 1970. A partir das mudanças ocorridas ao longo deste intervalo e, principalmente, das mudanças do gasto social, o autor delimita três momentos bem distintos: “reconstrução”, “relativa estagnação” e “expansão principal”.

Ao final da década de 1970 – no encerramento da era do ouro do Estado de Bem-estar Social – a proteção social dos países de capitalismo avançado garantia proteção durante todo o ciclo de vida dos indivíduos. Conforme Beveridge (1942), a segurança social prestada era garantida do berço ao túmulo (*social security from the cradle to the grave*). Em alguns casos de forma universal e, ao mesmo tempo, com uma quantidade ampla de riscos mitigados (PIERSON, 1991).

### **1.3.1 A etapa da “reconstrução” do welfare state no período da Era de Ouro**

O primeiro segmento do período de consolidação do *welfare state* é apontado por Pierson (2001) como a “reconstrução”, uma vez que um grande número de países desenvolvidos criou as bases de sustentação aos sistemas de proteção social. Após a destruição causada pela II Guerra Mundial, este primeiro período foi fundamental para refazer as estruturas e instituições nos diversos países.

Ocorreu em um intervalo delimitado entre o fim da II Guerra Mundial e o início da década de 1950. Considerando o gasto social das nações, após 1930, todos os países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico<sup>13</sup> (OCDE) dedicavam ao menos 3% do PIB a esfera social (PIERSON, 1991). Na década seguinte, nos anos 1940, o gasto social em

---

<sup>13</sup> Para mais informações, visitar o portal na internet da *Organisation for Economic Co-operation and Development* em: <http://www.oecd.org/>

relação ao PIB aumentou e já era superior a 5% do PIB. Em 1960, ele estava situado entre 10% e 20% (OCDE, 1985; PIERSON, 1991).

No Reino Unido, por exemplo, a coalização de governo que assumiu o poder no pós-guerra realizou a reforma na educação secundária e introduziu as aposentadorias. Ademais, diversas das propostas presentes no *Beveridge Report* foram introduzidas, como a abolição da *Poor Law*, a criação do sistema nacional do serviço de saúde, além da recriação dos sistemas de assistência social e seguridade social (BRIGGS, 1961).

A França, apesar da pouca institucionalidade da proteção social no período entre guerras, apresentou um maior comprometimento após 1945. Para isso, rapidamente expandiu o seu sistema de proteção com a oferta de novos benefícios, como o seguro doença e invalidez, pensão e proteção aos pobres idosos, além da ênfase em políticas sociais de cunho universais (PIERSON, 1991).

Na Finlândia, por outro lado, o gasto social apresentou um crescimento vertiginoso, sobretudo, devido aos benefícios oferecidos às vítimas da Guerra, às crianças e famílias. Além disso, o gasto público para a reorganização da assistência social, a saúde pública e a área habitacional, como a reconstrução de moradias, utilizava grande volume de recursos públicos. Ainda neste mesmo sentido, a Irlanda também registrou a elevação do gasto público com a seguridade social através da ampliação da cobertura e dos benefícios oferecidos (PIERSON, 1991).

Todavia, no intervalo entre 1945 e 1950, foi possível identificar um país considerado como parte do centro do capitalismo que não investiu no

desenvolvimento da seguridade social. A Itália, naquele momento, estava mais preocupada em reconstruir a infraestrutura de seu território, bem como as instituições perdidas durante a Segunda Guerra Mundial, do que materializar o seu sistema de proteção social.

Nos países antípodas e com tradição liberal havia uma distinção. Enquanto na Nova Zelândia o sistema ainda era dado como inexistente, na Austrália ele já tinha sido parcialmente desenvolvido antes da Grande Guerra (ESPING-ANDERSEN, 1990).

Os Estados Unidos da América, segundo análise de Pierson e Castles (2006), eram caracterizados como tendo um sistema parcial de proteção social – “*semi welfare state*” – uma vez que era considerado bastante limitado, apesar do poder econômico e militar do país. Outro dado contraditório a respeito do país é por ele ter sido o responsável pelo financiamento da reconstrução da economia europeia e, por conseguinte, dos sistemas de proteção social inclusivos e responsáveis por consolidar a cidadania em grande parte do continente europeu. Porém, os EUA não promoveram um *welfare state* similar ao continente europeu, em geral (PIERSON, 1991).

Barr (1993) argumenta que o padrão de suporte nacional ao bem-estar da população nos EUA teve início mais tarde e em menor escala do que qualquer outro país industrializado e de capitalismo avançado. Somente com o *Social Security Act* de 1935 foi possível o governo federal dos EUA atuar de forma mais intensa na proteção social. Introduziu benefícios previdenciários para os idosos, financiados pelos empregados e empregadores. Em seguida, com base nas condições de renda do indivíduo, foi institucionalizada uma transferência de

renda para idosos, cegos e crianças até 16 anos. Posteriormente, em 1939, foram realizadas mudanças no sentido de tornar a proteção e a elegibilidade dos beneficiários mais amplos, abandonando, momentaneamente, critérios restritivos de seleção.

### **1.3.2 A etapa da “relativa estagnação” no período da Era do Ouro**

O segundo período da Era do Ouro do *welfare state*, segundo Pierson (1991), desenvolveu-se durante toda a década de 1950. E diferentemente do período anterior, ocorreu uma baixa atuação dos poderes executivos e legislativos dos países europeus na esfera social.

Sua caracterização principal de uma “relativa estagnação” no desenvolvimento do *welfare* explica-se porque o gasto social ficou quase inalterado por toda a década.

A chamada “relativa estagnação” se justifica pelo pequeno ou até nulo crescimento do gasto social entre os países da OCDE. Enquanto na Irlanda ocorreu queda do gasto público com a proteção social, a Austrália e a Nova Zelândia registraram aumentos bastante modestos – se comparado os gastos entre o início e o fim da década de 1950 – com acréscimo de 2 e 1 pontos percentuais respectivamente (PIERSON, 1991).

Alguns fatores são elencados para tentar compreender essa estagnação do gasto social e, conseqüentemente, dos avanços da proteção social. Um dos principais fatores apontados era a necessidade da sua adequação ao orçamento do Estado, ou seja, a aplicação da ideia de austeridade fiscal, como forma de controlar o gasto público.

Ademais, existia a confiança de primeiro estabelecer o equilíbrio econômico, através do crescimento das riquezas, para depois ser possível ampliar o gasto com o welfare state. Além disso, a necessidade de reduzir a taxa de desemprego também foi utilizada como fundamento.

Na esfera política, a redução do poder dos partidos e correntes com maior alinhamento às ideias de promoção da equidade, em detrimento do avanço das ideias mais conservadoras e pró-mercado também são utilizadas para justificar a estagnação no avanço do welfare state durante a década de 1950 (PIERSON, 1991).

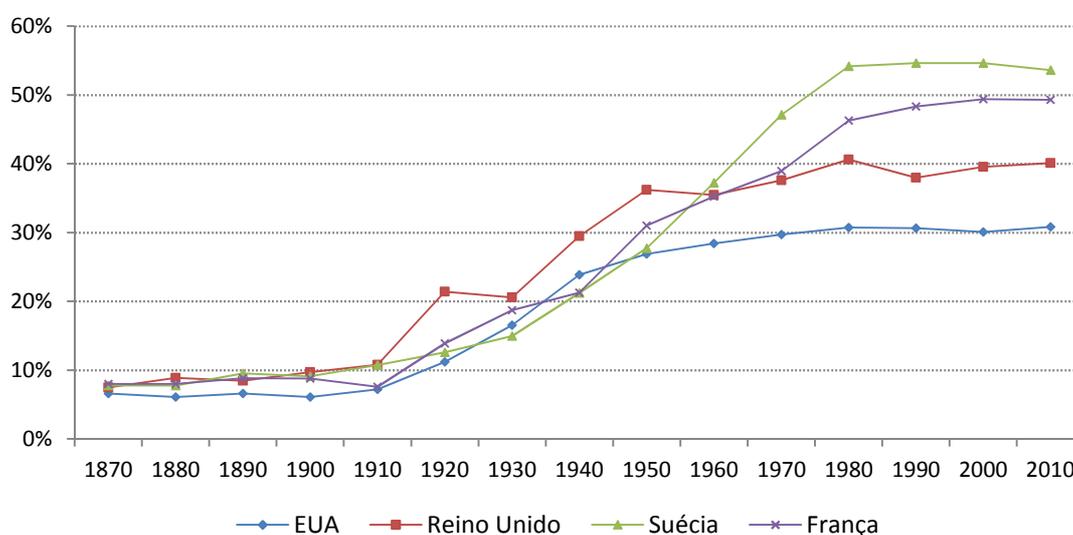
### **1.3.3 A etapa da “expansão principal” no período da Era do Ouro**

A tendência de estagnação do gasto social no conjunto de países industrializados e de economia desenvolvida foi modificada durante o terceiro intervalo do período da Era do Ouro do *welfare state*. Chamada de “expansão principal”, ela ocorreu entre o início da década de 1960 até o final da década de 1970. Após o incremento da responsabilização pública pelo bem-estar da população – com a expansão da cobertura, melhoria dos valores dos benefícios, bem como a criação de políticas sociais específicas para todas as fases do ciclo de vida dos cidadãos, como as políticas chamadas de terceira geração – é possível afirmar que foram solidificadas as bases para a construção de um sistema de proteção social mais amplo e universalista (PIERSON, 1991).

Somente com o aumento da receita fiscal – derivada do crescimento – foi possível o financiamento da ampla provisão pública do *welfare state*. Piketty (2014) demonstra como ocorreu a expansão da receita dos Estados com base

em impostos e outras contribuições obrigatórias, em relação à renda nacional total. A figura que se segue ilustra o aumento da receita de quatro países (EUA, Reino Unido, Suécia e França) com diferentes perfis da configuração do capitalismo, de 1870 até 2010.

Figura 1 – Receitas fiscais em países ricos – 1870 – 2010



Fonte: PIKETTY (2014).

Os quatro casos analisados apresentam tendências similares do crescimento da sua receita até 1980. Apesar disso, há distinções na intensidade do crescimento e, quando encerram a expansão da receita, eles apresentam patamares diferentes, pois a Suécia passou de 50% e a França alcançou 50%. O Reino Unido atingiu 40% e os EUA estagnaram em 30%.

Devido a esta expansão foi possível o aumento do gasto público com o welfare, seja de forma absoluta (em US\$), seja de forma relativa (em proporção do PIB). Ao considerar somente os países da OCDE, a proporção média do gasto

com o welfare state saltou de cerca de 3% em 1920 para a proporção de 12% em 1960 e, em seguida, alcançou proporção próxima a 22% em 1975 (OCDE, 1985). De maneira ilustrativa, seis países – Alemanha, Bélgica, Dinamarca, França, Holanda e Suécia – apresentavam gasto social superior a 25% do PIB, por outro lado, em três deles – Estados Unidos (19% do PIB), Japão (14% do PIB) e Reino Unido (19.6% do PIB) – não chegaram a 1/5 do PIB (OCDE, 1985).

A maior parte dos recursos destinados à esfera social em países membros da OCDE estava concentrada no financiamento os sistemas de educação, saúde e pensões e aposentadorias. No início deste período, o sistema de educação era o principal responsável pelos gastos sociais, entretanto, ao final da década de 1970, passou a demandar menor volume de recursos entre os três (JACKSON, 2006).

A mudança da natureza do gasto com o *welfare*, em parte, se deveu à mudança do perfil demográfico populacional dos países, sobretudo, em virtude da redução da taxa de fertilidade e do rápido envelhecimento da população. Como consequência, elevou-se a demanda por aposentadorias e pensões, segundo o critério de idade (COLEMAN, 2006). Kerstenetzky (2012b) reforça a ideia de que a mudança no perfil demográfico é um dos principais fatores responsáveis pela maior demanda por serviços de saúde e, por conseguinte, pela alteração na configuração do gasto do welfare state.

Segundo Deacon (2006), a consolidação do Estado Provedor possibilitou convergências significativas para as condições de vida da população dos países da Europa ocidental, possibilitando um processo de homogeneização social.

Apesar do elevado grau de coesão social, Esping-Andersen (1990), identificou distinções entre os regimes de *welfare state*, classificando-os em três grupos. Para o autor, cada país construiu seu sistema de proteção social com base nas coalizões políticas, desenvolvimento econômico e estratificação e estrutura da sociedade. Por isso, existiu maior ou menor grau de homogeneização social.

#### **1.4 Classificação e tipologias do Welfare State**

As diversas características e variáveis a respeito dos sistemas de proteção social foram utilizadas por vários pesquisadores para elaborar algumas classificações ou tipologias dos sistemas de *Welfare State*. Não como um fim em si, mas como uma ferramenta útil para analisar as transformações ocorridas ao longo do tempo, visto que o welfare não é uma estrutura estática.

Desta maneira, é uma ferramenta útil para identificar a proteção social arquitetada nos diferentes países, considerando o compromisso das políticas de proteção social, segundo a promoção do bem-estar. Em particular, permite a comparação entre os sistemas, a partir de atributos, como o combate à pobreza, pela prioridade atribuída à política universal ou focalizada, pelo caráter preventivo ou mais assistencial das ações (VELASQUEZ, 2007).

Segundo Fleury (1994), esses esquemas classificatórios auxiliam a comparação dos tipos ideais no sentido weberiano, através da organização de uma diversidade de experiências. O desenvolvimento dessas tipologias tem sido importante, para a autora, uma vez que sua utilidade:

“tem sido provada tanto pela possibilidade de maior desenvolvimento teórico explicativo, quanto pela capacidade de predição das possibilidades de evolução dos sistemas atuais, considerando tais estudos” (FLEURY, 1994, p. 102).

Mais ainda, estas classificações são importantes para evidenciar as principais distinções entre países, mas também para apresentar as similaridades entre alguns deles. Assim, auxiliam em análises comparativas entre países, bem como na orientação para a construção de novos sistemas de proteção social.

Para Titmuss (2008), o propósito dessas classificações teóricas é colocar um pouco de ordem em toda a desordem e confusão de fatos, sistemas, decisões a respeito das questões econômicas e sociais das vidas dos cidadãos.

Algumas dessas classificações analíticas serão apresentadas a seguir. Elas não devem ser tratadas como tipos puros, e sim como “tipos ideais” de modo a auxiliar na compreensão do tipo de provisão que o Estado conseguiu entregar ao cidadão. Ou melhor, permite ponderar a forma de relacionamento entre o Estado e o Mercado na ação para a proteção dos riscos econômicos e sociais.

Dentre as pesquisas de natureza classificatória, duas tipologias possuem maior destaque e tornaram referência neste campo: uma proposta por Richard M. Titmuss e outra, posteriormente, por Gosta Esping-Andersen.

De início, Richard M. Titmuss (1963) elaborou uma distinção com base na ordem econômica, segundo a ação do Estado e o acesso aos serviços sociais, diferenciando três modelos. Segundo Fleury (1994), Titmuss utilizou dois critérios de forma conjugada como um contínuo da provisão com base no

mercado *versus* sistema público, além de considerar o grau de redistribuição dos sistemas de proteção social.

Como a ação estatal não era uniforme, ou seja, existia uma gradação na função atribuída ao Estado e também no acesso aos serviços sociais, o autor elaborou três tipos ideais de welfare state.

O primeiro era chamado de *Residual Welfare*, uma vez que combinava a função marginal do Estado, atuando somente quando a família ou o mercado eram insuficientes em atender as necessidades dos cidadãos, e, ao mesmo tempo, os serviços eram destinados àqueles que comprovadamente deles necessitavam. Contudo, eles cessavam logo que não eram dispensáveis. Assim, a política social apresenta um carácter emergencial, transitório e fragmentado.

O segundo tipo é denominado *Institutional Redistributive Welfare* e está ancorado no princípio da cidadania. Para isso, o Estado tem a função de garantir a todos os cidadãos os direitos sociais. Ou seja, substitui os demais entes na provisão da proteção social, e a oferta de bens e serviços ocorre de forma desmercantilizada. Além disso, o acesso é universal, não sendo exigido vínculo de trabalho, nem comprovação de necessidade vital.

O terceiro modelo, chamado de *Industrial Achievement-Performance Welfare* (Meritocrático-particularista), tem a característica de tanto o acesso quanto a ação do Estado serem intermediários aos dois tipos anteriores. Este tipo, todavia, tem como característica principal o vínculo de trabalho. Assim, é uma vertente corporativa, ou seja, o Estado asseguraria proteção social somente aos indivíduos com vínculo de assalariamento. Desta maneira, o acesso é um

pouco mais restrito à população, se comparado ao tipo anterior, porém, mais amplo que o primeiro apresentado. É de base contributiva.

Embora esta classificação tenha sofrido críticas pelo seu “viés ideológico, sua perspectiva endogenista, a polarização entre residual *versus* institucional” (FLEURY, 1994, p. 106), continua sendo uma referência. Para a autora, foi a classificação que melhor sintetizou as características centrais dos três modelos, apesar de considerar somente os arranjos institucionais e as tensões entre o mercado e a oferta pública.

Na passagem da década de 1980 para 1990, um novo paradigma da análise comparativa foi instituído por Gosta Esping-Andersen (1990). De modo complementar, o autor avançou neste trabalho, a partir da análise da economia política de 18 países desenvolvidos<sup>14</sup>. Para isso, abordou argumentos políticos como a mobilização da classe trabalhadora, bem como a configuração das forças políticas em cada país para justificar as distintas configurações dos modelos de *welfare*. Considerou também o grau de sindicalização, a organização dos sindicatos, as competências dos partidos e, principalmente, as alianças estabelecidas para promover os resultados na esfera social, ou seja, para verificar o grau de desmercantilização da política social.

Desta conjuntura, o autor elaborou três modelos, com base em eixos analíticos como o papel do Estado, segundo a combinação entre a ação pública e privada na promoção do bem-estar; a desmercantilização do bem-estar, ou seja, a independência promovida em relação aos ganhos de mercado para a

---

<sup>14</sup> Os países pesquisados foram: Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Irlanda, Reino Unido, Alemanha, Áustria, França, Japão, Itália, Bélgica, Finlândia, Suíça, Holanda, Suécia, Noruega e Dinamarca.

realização do bem-estar e considerando também a alteração da estratificação social proporcionada pelas instituições do *welfare* (ESPING-ANDERSEN, 1990; KERSTENETZKY, 2012b).

O primeiro eixo analítico trata da maior ou menor ação estatal na condução das políticas que compõem os regimes de bem-estar social. O segundo eixo, para Esping-Andersen (1990), é fundamentado no grau de desmercantilização da política social. Por último, a estratificação social produzida pelas políticas sociais incide, principalmente, na promoção do status de igualdade entre os cidadãos, pela manutenção das condições existentes ou mesmo pelo incremento do estigma do beneficiário da ação pública, em detrimento do serviço privado.

A partir desse conjunto de critérios, Esping-Andersen (1990) propôs três regimes de *Welfare State*: o Liberal, o Conservador-corporativo e, por fim, o Socialdemocrata, detalhados a seguir.

O regime atribuído à noção de Liberal tem por característica a alta individualização dos riscos. Ao mesmo tempo, há a alta mercantilização da proteção social, ou seja, elevada participação do mercado na oferta dos serviços. A estratificação social é marcante de modo que benefícios tendem a ser oferecidos aos que possuem algum tipo de vínculo formal de trabalho. Assim, o Estado atua de forma residual e com baixo impacto, oferecendo assistência, somente àqueles comprovadamente pobres ou extremamente necessitados. Ao mesmo tempo, o benefício oferecido é mínimo ou muito baixo, portanto, não altera a condição de vida do beneficiário. Desta maneira, os programas sociais são limitados.

Segundo Velasquez (2007), os países com regimes classificados como “liberais são aqueles onde os movimentos dos trabalhadores são fracos politicamente, predominando o individualismo e o estímulo à auto sustentação através do mercado”.

No regime conservador-corporativo, o segundo classificado por Esping-Andersen (1990), a mercantilização é tida como intermediária, por ser menor do que a encontrada no regime liberal, porém maior do que no regime denominado como socialdemocrata. A arquitetura do sistema de proteção social oferece bens e serviços somente aos indivíduos com vínculo ocupacional, exigindo dos beneficiários uma contribuição *a priori*. Mais ainda, os serviços e seguros tendem a ser diferentes, de acordo com a classe ou categoria profissional do indivíduo. Isto posto, as distinções de classe existentes na sociedade são reforçadas.

Para Kerstenetzky (2012b), o regime conservador coletiviza os riscos entre aqueles com vínculo ocupacional, contudo, cria uma divisão entre *insiders* e *outsiders*. Afinal, não garante proteção – ou na melhor das situações, não a mesma proteção – aos indivíduos sem vínculo formal de trabalho.

O regime Socialdemocrata, por fim, tem a característica principal de universalizar os bens e serviços, promovendo maior equidade e homogeneização entre os indivíduos. É um regime fundamentado no *status* da cidadania, uma vez que não diferencia os indivíduos a partir do vínculo ocupacional, renda ou idade, por exemplo. Assim, a condição de ser membro daquela sociedade é critério suficiente para usufruir dos bens e serviços do sistema de proteção social. Desta forma, a estratificação é baixa e os serviços

oferecidos são desmercantilizados, ou seja, o Estado atua como a principal instituição em sua oferta (WILENSKY, 1975).

Segundo Kerstenetzky (2012b), o regime Socialdemocrata socializa os riscos, uma vez que todos que podem contribuir para o financiamento do Estado, e universaliza o bem-estar ao não impor barreiras ou condições à sua oferta. Ou seja, não existem critérios complementares de seleção, nem condicionalidades impostas.

Complementarmente, para Velasquez (2007), esse regime foi possível, apenas pela força obtida pelo movimento dos trabalhadores. É verdade que nos países nórdicos o grau de sindicalização dos trabalhadores sempre foi alto e mantém-se elevado, apesar das influências neoliberais. À época, foi sustentado por longas alianças políticas nos parlamentos dos países em que o regime prevaleceu. Esses parlamentos conseguiram promover políticas econômicas comprometidas com o pleno emprego e instituição de uma arquitetura social com benefícios generosos, sendo assegurados como direito.

Essa tipologia elaborada por Gøsta Esping-Andersen tornou-se referência no campo da pesquisa comparativa internacional. Atualmente, ainda é tratada como um paradigma que deve ser considerado nas avaliações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento por três motivos: i) pelo *welfare mix*, ou seja, a interação entre Estado, mercado e famílias na produção, reprodução e distribuição de bem-estar; ii) pelos resultados obtidos com o sistema de proteção social; iii) pela reprodução de poder internalizado nas estruturas do *welfare state* (ABU SHARKH & GOUGH, 2010).

Contudo, a classificação recebeu críticas, por negligenciar a dimensão de ‘gênero’ na análise. Esping-Andersen (1999) pôde incorporar novas variáveis e considerar novos riscos procedentes das chamadas “sociedades pós-industriais”, em seu trabalho posterior, intitulado “*Social foundations of postindustrial economies*”<sup>15</sup>. Todavia, o autor não incorporou novas classificações ou tipologias, apenas realizou ajustes. Segundo Arts e Gelissen (2002), Esping-Andersen sinalizou positivamente para a proposta de Castles e Mitchell (1993) de uma quarta classificação, porém nunca a incorporou. Para Kerstenetzky (2012a), esse novo trabalho do autor abre uma nova ênfase. Ele está preocupado com:

“Os novos riscos e necessidades sociais e, conseqüentemente, sobre as políticas da família e a provisão de serviços. Essa mudança de perspectiva é, em parte ao menos, uma reação a críticas da literatura secundária ao *The Three Worlds*, especialmente à que apontou o subdesenvolvimento analítico de uma perspectiva de gênero. Esse ponto cego da análise em *The Three Worlds* teria impedido o autor de apreciar adequadamente o papel das famílias na equação de bem-estar” (p. 99).

Além das duas tipologias clássicas – de Richard Titmuss e Gøsta Esping-Andersen – diversos outros autores buscaram aprimorar este campo analítico, elaborando classificações alternativas. Arts e Gelissen (2002) sintetizaram de forma comparada sete novas proposições. A primeira abordada é o trabalho elaborado por Esping-Andersen (1990). Os demais trabalhos apresentam como inovação, ora a utilização de novas variáveis, ora a incorporação de novos países na análise. Esping-Andersen (1990) criou uma tipologia com três regimes, considerando dados de duas dimensões e a respeito

---

<sup>15</sup> O livro foi publicado pelo autor em 1999.

de 18 países. Em todos os outros seis trabalhos, foram criadas tipologias contendo sempre quatro regimes. Para isso, os autores consideraram entre uma e quatro dimensões/variáveis, considerando dados de 14 a 22 países, dependendo do trabalho analisado.

Uma novidade em dois trabalhos analisados – se comparado à Esping-Andersen (1990) – foi a incorporação dos países mediterrânicos, como Portugal, Espanha e Grécia. Esses três países, em conjunto com a Itália – já considerada por Esping-Andersen (1990) – deveriam ser tratados de modo distinto pela influência realizada pela Igreja Católica na sua formação. Além disso, esses países teriam a particularidade de os laços familiares importarem mais para a composição da proteção social que nos demais regimes estudados

Ademais, há a diferenciação da Austrália e Nova Zelândia com uma classificação distinta dos demais países liberais – como Reino Unido, EUA e Canadá – de forma esclarecedora pelo baixo comprometimento dos países Antípodas com sistemas públicos de bem-estar.

Há, ainda, análises conduzidas somente com dados a respeito dos países europeus, conforme, Ferrera (1996) e Bonoli (1997). Portanto, excluíram EUA, Canadá, Japão, Austrália e Nova Zelândia, comumente considerados por outros trabalhos. Se por um lado, há o ganho analítico centrado na Europa, de outro há limitação pela homogeneidade dos casos abordados, se consideradas as características em nível global.

Neste caso, por exemplo, o trabalho desenvolvido por Abu Sharkh & Gough (2010) foi mais cuidadoso, uma vez que selecionou países de todos os continentes – conforme orientação dos autores – evitando ser redundante, pois

indicaram diversos outros estudos abordando somente os países europeus e/ou os membros da OCDE. Ao mesmo tempo, aumentaram a amplitude de casos – utilizaram dados de 65 países – e a variação de regimes encontrados – foram classificados oito regimes – para os anos de 1990 e 2000. O trabalho tem a particularidade de comparar, em um intervalo de 10 anos, a localização e a mobilidade dos países nos oito grupos classificados.

As críticas e novas formulações a respeito das classificações dos regimes de *welfare state* são importantes por contribuir com – e também por provocar – a compreensão das arquiteturas institucionais dos sistemas de proteção social existentes em países em desenvolvimento. A tipologia de Esping-Andersen (1990) permanece referência, apesar das críticas. Ela é, normalmente, ponto de partida para a compreensão das distintas variedades de regimes de bem-estar.

### **1.5 A consolidação do *Social Risk Management* como paradigma da proteção social no início do século XXI**

As três últimas décadas do século XX registram uma mudança do pensamento econômico hegemônico. O Keynesianismo perdeu importância para o pensamento liberal, e assim, a ideia dominante passou a ser de uma menor intervenção do Estado na economia e no campo da proteção social. Em resumo, os monetaristas desacreditaram as ideias keynesianas e promoveram a ideia de austeridade permanente e a necessidade de redução dos custos do Estado (JENSON, 2012). Para Offe (1982), com a crise fiscal da década de 1970, as

doutrinas monetaristas<sup>16</sup> e o *neo-laissez-faire* ressurgiram com maior poder para propor soluções aos problemas conjunturais.

Por conta disso, as privatizações e a flexibilização no mercado de trabalho passaram a ser estimuladas. Predominou a desregulamentação dos mercados financeiros combinada com a intensa integração das relações comerciais entre os países e regiões do mundo (TOWNSEND, 2002).

O contexto de transformação é sustentado pela confluência das crises endógenas do capital, ocasionadas pelo déficit na oferta do petróleo, durante a década de 1970, com o fim unilateral do sistema de Bretton Woods<sup>17</sup> pelo governo norte-americano. Além disso, todos os países da Europa Ocidental sofreram com a crise fiscal da década de 1970 (OFFE, 1982).

Para o fim do consenso em pró do *welfare state*, outros fatores também são considerados, como o encerramento do crescimento econômico induzido e não inflacionário, a transição das economias com base na indústria para uma ênfase maior no mercado de serviços. Ademais, havia concordância pelo fim da garantia do pleno emprego e, por conseguinte, ocorreu aumento da taxa de desemprego. Também são enumerados fatores demográficos, como o rápido envelhecimento da população – que demanda mais recursos aos serviços sociais e aposentadorias –, bem como a baixa taxa de fertilidade – elemento

---

<sup>16</sup> Segundo Bresser-Pereira (2009), a teoria econômica neoclássica é uma escola de pensamento que foi dominante entre 1870 e 1930. Ela entrou em crise em 1929 e foi substituída pela teoria macroeconômica keynesiana. Esta se tornou dominante nas universidades até meados dos anos 1970, perdendo a condição de dominância desde então. Segundo o autor, “Economistas como Milton Friedman, James Buchanam, Mancur Olson, Robert Lucas, Kydland e Prescott apontaram suas armas contra o Estado e se encarregaram de demonstrar matematicamente, “cientificamente”, com o auxílio dos pressupostos do *homo economicus*, das “expectativas racionais” e da “escolha racional” que o credo neoliberal era correto” (p.133).

<sup>17</sup> Convenção do pós-Guerra, cujo objetivo era estabelecer, resumidamente, a governança das relações monetárias entre as nações-Estado, sustentada na conversibilidade do dólar em ouro.

importante para recompor o estoque da população economicamente ativa –, a maior participação da mulher no mercado de trabalho e as novas configurações familiares, não mais dependentes apenas do homem chefe de família como provedor financeiro (ESPING-ANDERSEN, 1995).

A Organização das Nações Unidas passou a dar maior destaque ao combate à pobreza, sendo esta a primeira meta dos Objetivos do Milênio (ODM), iniciativa lançada no ano 2000. Essa meta revela o destaque dado pelos organismos internacionais ao tema da pobreza, tratada como a “incapacidade de atingir um padrão de vida mínimo” (BANCO MUNDIAL, 1990, pg. 27), resultado das iniciativas ineficientes das décadas anteriores, com base nos *safety-nets*. O próprio Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI)<sup>18</sup> assumiram que as medidas neoliberais aplicadas não surtiram resultados esperados (BANCO MUNDIAL, 1990; WORLD BANK, 2002; OSTRY, LOUNGANI, FURCERI, 2016).

Em meio a esta conjuntura, emergiu o *Social Risk Management* (SRM) – ou gestão social do risco (2000) –, uma proposta do início do século XXI, capitaneada pelo Banco Mundial em conjunto com o FMI. Essa nova perspectiva para a organização da proteção social partia do pressuposto de que os indivíduos, as famílias e comunidades estão expostos e um conjunto elevado de riscos naturais (enchentes, inundações, tsunamis, terremotos, etc) e humanos (guerra, crises, desempregos, entre outros). Como a parcela da população mais pobre fica mais exposta a esses riscos e, normalmente, possui somente

---

<sup>18</sup> É importante ressaltar uma crítica de Townsend (2002) quanto ao papel e função das duas instituições. A missão estabelecida, ao menos na fundação de ambas, era de o BM atuar para estimular o desenvolvimento econômico e o FMI para auxiliar na estabilidade macroeconômica.

mecanismos informais de enfrentamento, caros e ineficientes para a sua proteção, é necessário prevenir, mitigar e enfrentar os riscos através de ações públicas via mecanismos de mercado e não somente por meios desmercantilizados. Recomendava a individualização dos riscos, pondo fim à ideia do pool pela cidadania construída através de um sistema solidário de proteção social. Assim, conseguiria eliminar os diferentes graus e tipos de assimetria de informação ou falhas de governo.

O principal articulador intelectual desta proposta é Robert Holzmann<sup>19</sup>. O economista, ao longo da década de 1990, desenvolveu uma série em trabalhos analisando o equilíbrio fiscal do *welfare* e da seguridade de alguns países (HOLZMANN, 1988; HOLZMANN, 1990; HOLZMANN, 1997a; HOLZMANN, 1997b; HOLZMANN e JØRGENSEN, 1999).

Em conjunto com Steen Lau Jørgensen<sup>20</sup>, o autor publicou um trabalho em que defende o *social risk management* como um novo conceito para a proteção social (HOLZMANN e JØRGENSEN, 1999). No ano seguinte, o Banco Mundial divulgou orientações de como os países em desenvolvimento poderiam implantar a proposta (WORLD BANK, 2001). Em 2003, Holzmann, Emil Tesliuc<sup>21</sup> e Lynne Sherburne-Benz<sup>22</sup> elaboraram um novo documento contendo a abordagem do Banco Mundial para a proteção social em um mundo globalizado

---

<sup>19</sup> Economista austríaco que ocupou cargos no FMI, entre 1988 e 1990, e no Banco Mundial, entre 1997 e 2011. Nesta instituição, foi Diretor do setor “Social Protection” entre 1997 e 2009. Depois atuou como Diretor de pesquisa até o seu desligamento em 2011.

<sup>20</sup> Funcionário do Banco Mundial e atuou como gerente do setor “Social Protection” e atualmente ocupa o cargo de *Country Director, Middle East and North Africa*.

<sup>21</sup> Economista romeno especialista em proteção social. Trabalhou no escritório do Banco Mundial em Bucarest entre 1995 e 2000.

<sup>22</sup> Funcionária do Banco Mundial, desde 1985, ocupando diversos cargos na instituição. Seu campo de trabalho é na temática da proteção social.

(HOLZMANN, SHERBURNE-BENZ e TESLIUC, 2003). O trabalho foi publicado em um periódico da instituição promotora deste *framework*.

Para o World Bank (2001), *“the concept of social protection gained importance with the collapse of communism, the continuation of economic crises, and the rising share of elderly populations in developing countries”*.

Assim, a proposta foi delineada alguns anos após a queda do muro de Berlim e tinha o propósito de pautar as transformações na área social. As nações do leste europeu estavam reformando a configuração dos seus Estados e, em particular, sua área social. A proposta surgiu como um novo paradigma importante na disputa para redefinir o modelo social mais adequado, considerando as ideias político-econômicas vigentes.

A crise econômica internacional de 1998 na Rússia foi apontada como um fator importante para o surgimento deste paradigma em um mundo globalizado (WORLD BANK, 2001). Todavia, antes desta crise, a década de 1990 registrou diversas outras crises de impacto internacional – como no Chile (1982), México (1994), Tailândia e parte do Leste asiático<sup>23</sup> (1997) e, não menos importante, as do Brasil (1999) e Argentina (2001). Esse desequilíbrio das economias desestabilizou o cenário econômico internacional, impactando em um baixo crescimento do PIB, além da piora dos indicadores sociais em diversos países em desenvolvimento, como o aumento do grau de pobreza, concentração da renda e, portanto, a elevação do índice de Gini (TOWNSEND, 2002).

---

<sup>23</sup> Neste mesmo ano, Malásia, Coréia do Sul, Hong Kong, Indonésia e Filipinas também desestabilizaram negativamente a conjuntura econômica mundial.

América Latina e Ásia passaram por sérios desequilíbrios econômicos e financeiros, portanto, também foram constrangidas a reformar a estrutura do Estado, na esteira das propostas do Consenso de Washington<sup>24</sup>. Desta maneira, BM e FMI estimulavam a aplicação da proposta do *social risk management* nos países destas regiões.

A crítica ao antigo paradigma estava centrada na elevada intervenção do Estado e na falta de mecanismos de amenização dos efeitos das crises na parcela da população mais vulnerável. Os apoiadores deste paradigma do Banco Mundial defendiam uma mudança na ação estatal, para obter uma maior desregulamentação. Um dos propósitos era a redução da receita fiscal, com a diminuição dos impostos e da carga tributária, em consonância com a ideologia neoliberal. Em conformidade com estas ideias, o *framework* do *Social Risk Management* incentivou o fim de alguns mecanismos de proteção social que intervinham na economia, de maneira que facilitasse o ajuste fiscal estatal.

Para isso, existia o incentivo à diminuição do *welfare state*. Como solução, a política social deveria ser residual e focalizada no segmento considerado em situação de pobreza, de maneira a reduzir o gasto público e, ao mesmo tempo, estimular a provisão de bem-estar via mercado (HOLZMANN e JØRGENSEN, 2001).

---

<sup>24</sup> O Consenso de Washington, inicialmente, tem fundamentação no livro “Rumo à retomada do crescimento econômico na América Latina” e, posteriormente, na agenda proposta por Williamson em 1989. Após uma série de críticas e suporte ao conteúdo do documento, foi realizado um seminário no Instituto para Economia Internacional intitulado “Ajuste latino-americano: até que ponto aconteceu?” para buscar uma agenda consensual. Ao final deste seminário John Williamson esboçou em um documento de trabalho as principais reformas que eram amplamente acordadas em Washington para restabelecer o crescimento econômico da região (KUCZYNSKI e WILLIAMSON, 2004). As políticas tinham cunho liberal propondo privatização, desregulação da economia e menor interferência do Estado.

Com o advento do neoliberalismo, os regimes de *welfare state* passaram a ser compreendidos como uma barreira ao capital e à sua livre circulação, além de causar desincentivo ao trabalho, por conta de os benefícios garantidos à população serem classificados como generosos (TOWNSEND, 2007). Offe (1982) argumenta que esta é uma crítica – dentre várias – realizada pelos conservadores de direita. Uma perspectiva de crítica oriunda da esquerda e sindicatos era de que o *welfare state* criava uma falsa ideologia de união entre trabalhador e o dono dos meios de produção.

Uma das consequências deste novo paradigma nos países de economia avançada foi a pressão para a redução do gasto social. Embora em alguns casos a proporção do gasto social em relação ao PIB não tenha diminuído, a estrutura do gasto foi modificada, ou seja, houve elevação do gasto com transferências de renda em detrimento de bens e serviços desmercantilizados (PIERSON e CASTLES, 2006; TOWNSEND, 2007; PIERSON, 2010).

Para Castles (2004), um indicativo de crise do *welfare state* é verificado na restrição ao aumento do gasto público. Se nas primeiras décadas após as grandes guerras o gasto social aumentou em conjunto com outros tipos de gasto público, a partir dos anos 1980 esse aumento foi mais restrito. Ou até mesmo contingenciado. Assim, com o gasto total inalterado, qualquer modificação em seu interior deveria ocorrer através de intensas disputas políticas.

Apesar disso, a ideia de crise não deve ser vista apenas pelo prisma do gasto real do Estado, mas também pela mudança de atitude e discurso da população, políticos e governantes em relação à estrutura da proteção social, como nos recorrentes discursos públicos enfatizando a austeridade. Essa

mudança na opinião pública, sobretudo durante a década de 1980, causaria o fim do consenso em torno da manutenção dos *welfare states* (PIERSON, 1991).

O *social risk management* opõe-se ao paradigma do *welfare state*, quanto ao papel do Estado, cobertura das políticas sociais e o desenho de mercado de trabalho. O modelo anterior preconizava a responsabilização do Estado pelo *welfare*, o acesso universal a todos os cidadãos, bem como uma ação governamental para estimular o pleno emprego e a demanda agregada. Na proposta do *SRM*, Lavinias (2016) observa que:

“em lugar de atender diretamente a um conjunto de contingências e necessidades de toda a população, a nova regra é que o Estado deve limitar-se a proteger os pobres. (...) Cabe ao Estado ser apenas o promotor desse processo de “autonomização” pelo mercado, e já não mais pela cidadania” (LAVINAS, 2016, pg.3).

Em conformidade com as ideias neoliberais vigentes, a proteção social do *social risk management* é focalizada apenas na parcela pobre da população de um país, uma vez que esta é considerada como a mais vulnerável aos riscos e, portanto, mais propensa a sofrer em face dos choques econômicos. Desta forma, a finalidade é reduzir a vulnerabilidade dos pobres – ou encerrar a condição de pobreza crônica –, através da transferência de uma renda e da utilização de instituições de microcrédito (HOLZMANN e JØRGENSEN, 2001). Segundo a proposta do Banco Mundial, estas seriam os mecanismos principais para incentivar a população mais vulnerabilizada a participar de atividades consideradas mais arriscadas que poderiam oferecer um retorno financeiro maior (WORLD BANK, 2001).

O paradigma do SRM valorizava, de maneira incontestável, a aplicação de ações pontuais – sob o argumento de eficiência do gasto público – como os *safety-nets*, de maneira a constituir uma rede de segurança para “manter ou melhorar o bem-estar dos pobres ou de outros grupos vulneráveis em período de transição econômica” (ROCHA, 1995, pg.241).

O novo paradigma enfatizou a autorregulação, a autogovernança, a maior valorização do setor informal, bem como a descentralização das decisões (JESSOP, 1999). Desta maneira, transita-se do consenso do Estado coordenador das estruturas hierárquicas do capitalismo fordista para uma governança flexível e fluida. O Estado passou a ser compreendido como *Enabling State*, uma vez que estaria limitado a promover a independência do indivíduo via inserção no mercado (GILBERT, 2002; LAVINAS, 2016).

Boyer (2014) adverte que as estruturas rígidas (controles dos fluxos de capital, estímulo ao crescimento econômico e ao pleno emprego, entre outros) dos regimes de *welfare state* geraram tendências de baixo crescimento econômico combinado com taxa elevada de inflação. Assim, para o autor, a gestão *keynesiana* da economia acabou por se tornar ineficiente. Isto demandou mudanças que favorecessem a inovação, a flexibilidade e a competitividade. Conforme Jessop (1999) observa:

*“thus states are now trying to transform the identities, interests, capacities, rights and responsibilities of economics and social forces so that they become more flexible, capable, and reliable agents of the state’s new economies strategies”* (JESSOP, 1999, pg. 353).

Neste modelo, as políticas sociais passariam a ser subordinadas às demandas do mercado de trabalho, portanto, o Estado não precisaria manter os direitos sociais como um mecanismo promotor da cidadania. Precisaria ser, apenas, um ente promotor do mercado, provendo serviços sociais que beneficiassem os negócios. Por isso, as necessidades básicas dos cidadãos passaram a ser consideradas como uma preocupação de segunda linha (JESSOP, 1993; JESSOP, 1999).

Com o *social risk management*, o Estado teria a responsabilidade de auxiliar os indivíduos na obtenção de uma posição ativa de trabalho. Ela seria fundamental para a determinação do bem-estar, seja através dos benefícios decorrentes do trabalho desempenhado – seguro saúde, por exemplo –, seja como contrapartida do esforço por tentar ocupar uma nova posição de trabalho – a transferência de uma renda mínima ou um serviço público focalizado nos pobres e com uso de condicionalidades.

Na Inglaterra, o governo de Margareth Thatcher (1979-1990) representou o caso mais exemplar das mudanças ocorridas sob o neoliberalismo. Alguns benefícios universais logo passaram a ser focalizados na população mais pobre (TOWNSEND, 2007). Todavia, nem todo o sistema de proteção social foi transformado, uma vez que o sistema de saúde (*National Health System*) permaneceu público e universal.

Há, portanto, uma ênfase na re-mercantilização da proteção social, além dela passar a ser tratada de forma residual. Assim, abandona a ideia de *risk-sharing* com a valorização do modelo de *risk-taking*, na qual cada indivíduo passaria a ser responsável pelo seu próprio bem-estar (LAVINAS, 2016).

O novo paradigma, em lugar de ofertar proteção social estatal, estava orientado, sobretudo, ao indivíduo pobre que demonstre interesse em participar do mercado de trabalho. Ao indivíduo não pobre, o estabelecimento de um vínculo de trabalho deveria ser suficiente para garantir a sua proteção através de mecanismos de mercado. Essa cobertura residual foi importante para adequar o gasto social à nova realidade de baixa capacidade fiscal dos Estados, por conta da redução da carga tributária (JENSON, 2012).

Como resultado, Offe (1982) verificou uma contradição evidente nesta transição entre os dois paradigmas e as transformações ocorridas. “The contradiction is that while capitalism cannot coexist *with* the welfare state, neither can it exist *without* the welfare state”. O autor ainda observa que os críticos conservadores do welfare tendem a evidenciar somente um lado desta contradição, silenciando a respeito do outro. Desta maneira, o debate não estava todo posto, nem todos os problemas estariam sendo apresentados.

Além disso, o uso de um modelo inflexível, rígido e com políticas e regras prontas, como o *social risk management*, parecendo um pacote fechado de soluções, dificultou a sua institucionalização uniforme em diversos países. Os resultados dessa mudança foram insatisfatórios, uma vez que as políticas do BM não eram contra cíclicas, portanto, não estabilizaram as economias contra ciclos de crise do capitalismo. A desigualdade e outros problemas socioeconômicos foram intensificados desde os anos 1980.

## **1.6 Social Protection Floor: o mais novo paradigma da proteção social para os países no século XXI**

Em 2007/2008, portanto, antes do fim da primeira década do século XXI, ocorreu a maior crise do capitalismo, desde 1929. A grave crise financeira internacional – com origem na especulação financeira extremamente desregulada no mercado imobiliário norte-americano (KRUGMAN, 2009; BRESSER-PEREIRA, 2009) – teve consequências devastadoras em todo o mundo: queda brusca no crescimento econômico, países em recessão econômica – como os Estados Unidos –, colapso do sistema financeiro, elevação das taxas de desemprego, aumento das taxas de pobreza e crescimento da proporção da população passando fome (ONU, 2011; FAO, 2012; OIT, 2012).

Com a crise de 2008, em vez do esperado rompimento com a hegemonia do neoliberalismo, ocorreu um adensamento das ideias liberais em âmbito internacional. Conforme Soederberg (2013a), a solução encontrada para conter os efeitos da crise financeira causada pela desregulação neoliberal foram mais ações com base na lógica financeira neoliberal.

Assim, ocorreu um aprofundamento dos pressupostos do *social risk management* (LAVINAS, 2016) e do *workfare* – quando o Estado atua apenas para promover a inserção de mão-de-obra no mercado de trabalho, com políticas de qualificação e capital humano (JENSON, 2012). Neste novo paradigma – *social protection floor* ou pisos de proteção social –, o Estado atua como o garantidor de fluxos de renda para toda a população e, portanto, como estimulador da financeirização da economia (SOEDERBERG, 2013a; LAVINAS, 2016).

Afinal, os Estados passaram a transferir continuamente uma renda para as parcelas da população em situação de vulnerabilidade e/ou pessoas fora do mercado de trabalho. Em alguns casos, os valores são baixos, como realizado pelas políticas de renda mínima, pelos tradicionais programas transferência de renda condicionadas, ou pelas aposentadorias não contributivas. Isto, ao final, possibilita que os indivíduos e famílias possam consumir produtos, bens, ativos e serviços no mercado. Desta forma, o Estado opera como o ente financiador desta expansão.

Se no Social Risk Management é preconizada a ausência completa do Estado, no Social Protection Floor há a recomendação da ação estatal em garantir o atendimento aos comprovadamente pobres. A orientação é de uma ação do Estado em favor dos mínimos sociais.

O paradigma dos Pisos de Proteção Social<sup>25</sup> (PPS) tem origem como um esforço dos principais organismos internacionais em construir uma resposta às consequências da crise econômica mundial de 2008. Assim, foi elaborado um planejamento para esta iniciativa ao observar como os países reagiram à crise e quais fatores foram fundamentais para amenizar seus efeitos e consequências.

De início a ideia de que ninguém deveria “viver abaixo de um determinado nível de renda e todas as pessoas deveriam ter acesso a serviços públicos essenciais como a água, o saneamento básico, a saúde e a educação” (OIT, 2011: vii) foi reforçada pela liderança da Organização das Nações Unidas (ONU).

---

<sup>25</sup> Tradução do termo *social protection floor* nos documentos oficiais da OIT (OIT, 2012).

O PPS foi aprovado em 2011 pela cúpula dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU como um instrumento facilitador de execução das múltiplas Metas das ODM. Posteriormente, o G20, o grupo formado pelas 19 maiores economias do mundo mais a União Europeia, apoiou a promoção desta ideia na reunião de 2011 ao comprometerem-se de forma explícita a ampliarem a cobertura da sua proteção social através dos mecanismos típicos da iniciativa de piso de proteção social.

Para isso, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) trabalhou em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) para transformar a “ideia” em um projeto concreto a ser implementado em todas as nações do mundo. A iniciativa foi desenvolvida pelo Conselho de Coordenação dos Chefes Executivos do Sistema Nações Unidas (CEB) entre os anos de 2010 e 2011. Participaram de forma cooperativa durante o seu desenvolvimento o Fundo Monetário Internacional e 19 agências da ONU, como o PNUD e a UNICEF, além de bancos de desenvolvimento e ONGs internacionais.

Em 2009 a OIT e a OMS organizaram o documento “O Piso de Proteção Social é uma necessidade econômica e social”<sup>26</sup> para apresentar a iniciativa e algumas das suas características. O documento ressalta a complementariedade entre as esferas econômica e social, no entanto, prevaleceu o privilégio do propósito econômico sobre o social. Ou seja, as políticas sociais têm o propósito de gerar resultados econômicos, assim como no paradigma do *social risk management*. Fica evidente o deslocamento da finalidade central da política

---

<sup>26</sup> Documento disponível no site < [http://www.cipsocial.org/components/com\\_eps/ficheiros/Iniciativa\\_Piso\\_de\\_Proteccao\\_Social\\_p\\_t.pdf](http://www.cipsocial.org/components/com_eps/ficheiros/Iniciativa_Piso_de_Proteccao_Social_p_t.pdf) > acessado em 18/06/2016 (tradução pelo Projecto STEP/Portugal).

social de reduzir as vulnerabilidades, promover igualdade de condições para equalizar as oportunidades e, por fim, garantir direitos. Conforme Lavinhas (2016), a política social passou a ser utilizada como “colateral para dar acesso ao sistema financeiro, de forma a potencializar um consumo represado por salários relativamente baixos e uma estrutura de preços relativos caros” (p. 18).

Conforme Jenson (2012), uma característica das políticas sociais alinhadas a este paradigma, ao analisar as mudanças ocorridas na Inglaterra e na Suécia, é o fato de elas terem sido planejadas pelos ministros das Finanças dos dois países, portanto, direcionadas a beneficiar de alguma forma o mercado de trabalho, a competitividade e os serviços financeiros. O eixo cidadania, redistribuição de renda e solidariedade não mereceram destaque nesse framework.

No ano seguinte, em 2010 os dois organismos internacionais publicaram o documento “Iniciativa do piso de proteção social”<sup>27</sup> para, de forma resumida, detalhar a proposta e explicar o conceito, sua viabilidade, necessidade e algumas experiências em andamento.

Em 2011, o Conselho de Coordenação dos Chefes Executivos do Sistema Nações Unidas elaborou outro documento chamado “Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva”<sup>28</sup>, também conhecido como “Relatório Bachelet”, para formalizar e fundamentar ainda melhor a proposta. Por fim, como resultado das discussões anteriores e representando a formalização

---

<sup>27</sup> Documento disponível no site

<[http://www.cipsocial.org/index.php?option=com\\_eps&task=ver&id=312](http://www.cipsocial.org/index.php?option=com_eps&task=ver&id=312)> acessado em 18/06/2016 (tradução de pelo Projecto STEP/Portugal).

<sup>28</sup> Relatório disponível no site

<[http://www.ilo.org/public/portuguese/region/eurpro/lisbon/pdf/pub\\_relatabchelet.pdf](http://www.ilo.org/public/portuguese/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_relatabchelet.pdf)> acessado em 18/06/2016.

institucional da proposta, durante a 101ª Conferência Internacional do Trabalho em Genebra no ano de 2012, foi formulada e aprovada a Recomendação nº 202<sup>29</sup> da OIT sobre o tema.

Esta é a primeira Recomendação relativa aos Pisos Nacionais de Proteção Social e possui um perfil singular, pois, afinal, durante mais de meio século nenhuma outra norma autônoma da OIT em matéria de seguridade foi votada. E mais, ela foi aprovada 24 anos depois de o último instrumento legal sobre proteção social ter sido discutido pelos delegados de governos, trabalhadores e empregados. Sua aprovação foi quase unânime, portanto, a proposta possui, além da elevada visibilidade internacional pela quantidade de organismos envolvidos, uma sustentação política global<sup>30</sup>.

Teoricamente, o PPS segue a tradição da OIT em debater questões relacionadas com a seguridade social. Mas é preciso avaliar o teor da iniciativa com mais cuidado para perceber distinções com propostas anteriores. O conteúdo da Recomendação nº 202 difere de modo substancial de outros documentos já estabelecidos para o campo da seguridade social pela própria OIT, primordialmente, do “Convênio sobre a seguridade social (norma mínima)” – nº102 –, definido durante a 35ª reunião da instituição em 28 de junho de 1952.

Enquanto a OIT em sua proposta da “norma mínima” de 1952 estava preocupada em estabelecer os ramos da seguridade social e os padrões

---

<sup>29</sup> Recomendação disponível em <[http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/recomendacao\\_202.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/recomendacao_202.pdf)> acessado em 03/12/2013.

<sup>30</sup> Dados divulgados pela OIT, em <[http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_166298/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_166298/lang--es/index.htm)> acessado em 02/12/2013 e em <<http://www.oit.org.br/content/oit-promove-discussao-sobre-piso-de-protecao-social-na-america-latina>> acessado em 02/12/2013

adequados, através da construção de uma seguridade social solidária, densa e ampla a se tornar referência para todos os países, a recomendação de 2012 privilegia mecanismos residuais, focalizados que dificilmente produzirão resultados que possam propiciar mudanças estruturais. Outro dado interessante é o fato de a OIT ter abandonado o paradigma do *Keynesian Welfare State*. Ademais, se o paradigma do *social risk management* era conduzido pelo BM e o FMI, o paradigma do *social protection floor* foi advogado por duas instituições atuando conjuntamente, a OIT e a ONU.

A iniciativa possui influência do *framework* do *social risk management*, uma vez que é nítida a lógica mercantilizadora de que a “transferência de renda permite aos pobres comprarem no mercado a quantidade necessária de água de que necessitam” (FAGNANI, 2011: 17). Fagnani identifica a mesma lógica sendo adotada pelo PPS para os demais serviços sociais essenciais.

Assim, a recomendação mais recente da OIT para a seguridade social remete à mercantilização da proteção social, visto que busca individualizar a proteção dos riscos através da transferência de recursos monetários para que o indivíduo decida gastá-lo com o bem que mais lhe for indispensável. Esta é uma característica fundamental para consolidar o capitalismo financeiro na segunda década do século XXI.

Seguindo a lógica neoliberal, para este novo paradigma, tudo é mercadoria. Atualmente, esta perspectiva está alinhada com as recentes inovações do mercado financeiro, além de a acumulação de capitais passar a ser dedicada a novos perfis econômicos, como a habitação, a saúde, a educação, o esporte e a cultura. Para isso, a redução do tamanho do Estado é

oportunidade de criação ou recriação de um novo mercado. Neste sentido, os indivíduos e as famílias devem fazer uso da renda e do crédito como instrumentos fiadores do acesso aos serviços de bem-estar. A prevalência da esfera privada sobre a pública constringe o modelo de bem-estar estatal e universal em benefício de um arquétipo fundamentado em seguros individuais, estratificados pela renda do comprador.

### **1.6.1 O discurso adotado para promover o Piso de Proteção Social**

Para ilustrar o posicionamento das instituições coordenadoras da iniciativa e conhecer melhor seus objetivos e recomendações, neste trabalho foram selecionadas quatro fontes documentais oficiais das duas instituições condutoras deste último paradigma em todo o mundo.

O uso destes documentos é justificado por eles cobrirem todo o processo de construção teórica do Piso de Proteção Social, representando o conteúdo oficial da instituição, desde o início da discussão da iniciativa até a publicação final pela OIT. Assim, foi selecionado um documento para cada ano, do intervalo selecionado. Existem outras publicações da OIT e OMS, bem como da ONU, para divulgar as ideias sobre o piso de proteção social, contudo há uma repetição do seu conteúdo, uma vez que foram elaborados diversos *policy papers* ou

*working papers* específicos para países – como Índia<sup>31</sup>, Vanuatu<sup>32</sup>, Moçambique<sup>33</sup> – ou continentes, como a África<sup>34</sup>.

Esta abordagem permite esclarecer como a proposta do PPS foi apresentada ao público – como governantes, técnicos governamentais, pesquisadores e acadêmicos, ONGs – ao longo dos anos, desde a crise econômica mundial de 2008/2009 até a 101ª reunião da OIT em Genebra na Suíça em 2012.

Em linhas gerais, o conteúdo dos documentos é bastante similar quanto aos conceitos empregados, características e delimitação da iniciativa, entre 2009 e 2012. O relatório Bachelet (OIT, 2011) é o mais longo e denso de todos, apresentando exemplos em diversos países, como Brasil e Chile. A Recomendação nº 202 da OIT de 2012, o mais sintético, é direto e genérico. Os documentos de 2009 e 2010, embora sejam curtos, contêm as principais características da iniciativa e citam resultados de estudos e análises de outros organismos internacionais para justificar a viabilidade dos mecanismos do PPS, mas sem apresentar os dados.

A OIT determina o Piso de Proteção Social como um conjunto de transferências básicas e oferta de serviços essenciais. De um lado, as transferências seriam úteis para garantir um nível mínimo de renda e permitir o acesso a serviços em nível básico como educação e saúde. Elas podem ser em

---

<sup>31</sup> Para mais detalhes, visitar:

[http://www.ilo.org/newdelhi/whatwedo/publications/WCMS\\_223773/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/newdelhi/whatwedo/publications/WCMS_223773/lang--en/index.htm)

<sup>32</sup> Para mais detalhes, visitar: [http://www.ilo.org/suva/publications/WCMS\\_419453/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/suva/publications/WCMS_419453/lang--en/index.htm)

<sup>33</sup> Para mais detalhes, visitar: [http://www.ilo.org/global/meetings-and-events/regional-meetings/africa/arm-12/WCMS\\_164843/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/meetings-and-events/regional-meetings/africa/arm-12/WCMS_164843/lang--en/index.htm)

<sup>34</sup> Para mais detalhes, visitar: [http://www.ilo.org/addisababa/information-resources/publications/WCMS\\_181374/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/addisababa/information-resources/publications/WCMS_181374/lang--en/index.htm)

espécie, como no Oportunidades do México ou no Programa Bolsa Família do Brasil, ou em efetivo”. Por outro lado, os serviços essenciais têm o objetivo de garantir acesso financeiro e geográfico a alimentação, saúde, água e esgoto, educação, habitação entre outros”, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) dado como um exemplo de parte do piso nacional de proteção social brasileiro (OIT, 2011).

A inclusão do SUS como elemento exemplar pelo relatório “Bachelet” é uma novidade e, ao mesmo tempo, causa estranheza, pois se trata de uma política universal *ex-anti* no campo da saúde, consolidada pela Constituição Federal do Brasil de 1988. Além disso, o SUS possui inspiração nas políticas do paradigma do *Keynesan Welfare State*, além de também ser um mecanismo bastante diferente da abordagem utilizada pelo *framework* do *social risk management* e do *social safety nets*, caracterizados por incentivarem políticas residuais, *ad-hoc* e focalizadas (LAVINAS e FONSECA, 2015).

Portanto, há um desconforto pelo SUS ser sistematicamente apresentado como caso exemplar pelos defensores das políticas universais e críticos das políticas focalizadas e residuais e aparecer também como parte do paradigma dos Pisos de Proteção Social e, conforme Fagnani (2011), ligada ao *framework* neoliberal. Apesar desse desencontro, as declarações<sup>35</sup> recentes de um membro do governo federal brasileiro indicam que a manutenção do SUS como parte do sistema de proteção social – e alinhado com a perspectiva do PPS – no Brasil, talvez seja para direcioná-lo somente à população mais pobre

---

<sup>35</sup> Em entrevistas e declarações públicas, o Ministro da Saúde do Brasil, Ricardo Barros propôs a criação de um plano de saúde “popular”, porém com a cobertura reduzida de serviços. Segundo o ministro, esses seguros de saúde auxiliariam a financiar o Sistema Único de Saúde. Fonte: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>> acessado em 08/08/2016.

e mais vulnerabilizada. Ou seja, manter este mecanismo para aqueles indivíduos que não têm condições de custear um seguro saúde e, desta forma, também reduzir o gasto público com o serviço público de saúde.

O relatório cita ainda a previdência rural, o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) como parte do piso de proteção social brasileiro, ou seja, se apropria de instituições já estabelecidas, formatadas com base num *framework* mais igualitário, para indicar sucesso de uma “nova” orientação no campo da proteção social.

Uma característica presente nos quatro documentos, por exemplo, é a flexibilidade na implementação do PPS, pois deve atender a demandas e prioridades de cada país. Desta forma, a iniciativa não possui um receituário rígido e único, como as formulações do FMI para o ajuste econômico e fiscal, durante a década de 1990. É um argumento mais “fluido”, o que facilita sua aceitação, afinal pretende adaptar as orientações às necessidades de cada caso, em vez de tentar impor um modelo ou padrão no estilo *top-down* para Estados, talvez, sem condições de adotá-lo.

O relatório Bachelet aponta que o PPS “não é uma receita pré-definida ou norma universal. Trata-se de um enfoque flexível de política pública que pode ser utilizada pelos países de forma a responder às necessidades, prioridades e disponibilidade de recursos” (OIT, 2011: xxviii). No documento da OIT e OMS (2010), esta maior flexibilização é esclarecida da seguinte maneira:

“cada país confronta-se com diferentes circunstâncias, necessidades sociais e constrangimentos fiscais e optará, assim, por um conjunto específico de políticas para alcançar os seus objetivos de desenvolvimento. As políticas nacionais do Piso de Proteção Social

serão definidas pelo país e o processo de implementação realizado no país, garantindo a sua viabilidade a nível nacional”.

Assim, para a OIT um aspecto positivo desta dita flexibilidade é a possibilidade de existirem diferentes pisos específicos por país. Desta forma, há a possibilidade de se criarem os pisos para “ricos” e pisos para “pobres”, pois não obriga garantir um patamar comum e uniforme de atendimento para todos.

Ao que parece, a iniciativa do piso de proteção social tem sido apresentada, ao menos no “Relatório Bachelet”, através de um discurso menos impositivo. Esta abordagem pode ser favorável em tornar a ideia do PPS mais “palatável” ao público, além de dificultar as críticas. Um ponto a ser considerado neste aspecto nos documentos é o equivocado uso dos termos “mínimo” e “básico” como sinônimo. Ora usam o termo “mínimo”, ora usam o termo “básico” para definir o nível de proteção a ser estabelecido pela iniciativa piso.

Apesar de provisões e necessidades mínimas e básicas parecerem sinônimos, possuem distinções marcantes no aspecto conceitual e político. O básico está associado ao atendimento das necessidades básicas para a sobrevivência do indivíduo, conforme orientação do “Convênio sobre seguridade social” nº 102 da OIT (1952). Já o mínimo, em seu significado mais imediato, remete a menor parte ou ao menor padrão de subsistência dos indivíduos. Algo similar à sobrevivência biológica do organismo (PEREIRA, 2006).

O uso recorrente da palavra básico em vez de mínimo pode ser para descolar da ideia de que o PPS protege muito pouco ou que na verdade não está tão associado aos princípios comuns de justiça social e do direito universal de toda pessoa à seguridade social e a um nível de vida suficiente, conforme

apresentado pela OIT. É evidente que a iniciativa pretende garantir somente o nível mínimo de proteção social, visto que os mecanismos a serem adotados pela iniciativa e, sobretudo, pelo seu custo estar entre 0,2% e 2% do Produto Interno Bruto (PIB) se adequam mais a esse objetivo.

É possível identificar mudanças sutis no discurso utilizado nos documentos publicados pela OIT e OMS. É evidente o cuidado em tornar, ao longo dos anos, menos visível a influência do *social risk management*, entre os documentos de 2009 e 2010 para o de 2011. Nesse sentido, por exemplo, enquanto o *social safety nets* é dado como um padrão residual, temporário e fragmentado, o Piso de Proteção Social é classificado como “um componente completo e permanente da estratégia nacional de desenvolvimento para o crescimento com inclusão social” (OIT, 2011: 13).

Utilizar de argumentos mais suaves e atuais, como “básico” em vez de “mínimo”, pode tornar a ideia da iniciativa mais fluida e aceitável pelo público, governantes e especialistas. Para colaborar com isso, o Piso de Proteção Social é por diversas vezes caracterizado como um sistema universal, como proposto pelo paradigma do *Welfare State*. Porém, é bastante claro e evidente que a iniciativa piso de proteção social é fortemente influenciada pelas ideias neoliberais. Apesar de falar em direitos universais, está promovendo a todo o momento mecanismos focalizados que privilegia a transferência de pequenas quantias de dinheiro (JENSON, 2012; LAVINAS, 2016).

O Piso de Proteção Social, segundo OIT e OMS, corresponde a um mecanismo para reduzir os riscos e incertezas específicos de cada país estimulando a demanda agregada do consumo e reduzindo a volatilidade na

economia internacional. Estes benefícios econômicos são ressaltados a todo o momento ao longo do relatório, mais vezes até que os benefícios sociais. No fundo a intenção é utilizá-lo como uma âncora macroeconômica, uma vez que as políticas de transferência de renda colaboraram para estimular a demanda agregada em alguns países. A reação<sup>36</sup> do Brasil frente à crise de 2008 foi utilizada como exemplo pela OIT (2011). Erroneamente, foi dado destaque às políticas de transferência de renda como elemento principal para amenizar os efeitos da crise, sem mencionar o grande aumento das vagas e a forte progressão da formalização do emprego.

### **1.6.2 Dimensões dos pisos de proteção social**

A iniciativa dos pisos de proteção social surgiu a partir da constatação de que grande parte da população mundial não está protegida por sistemas adequados de seguridade social (OIT, 2011). Segundo a OIT (2014), 73% da população permanecem com uma cobertura apenas parcial ou sem nenhuma cobertura. Mais de 40% da população mundial vivem com menos de US\$ 2,50 por dia. Por isso, pretende garantir um nível mínimo de proteção social aos necessitados e, por conseguinte, a subsistência de todos os indivíduos, uma vez que aqueles tidos como não necessitados já estão protegidos a partir dos

---

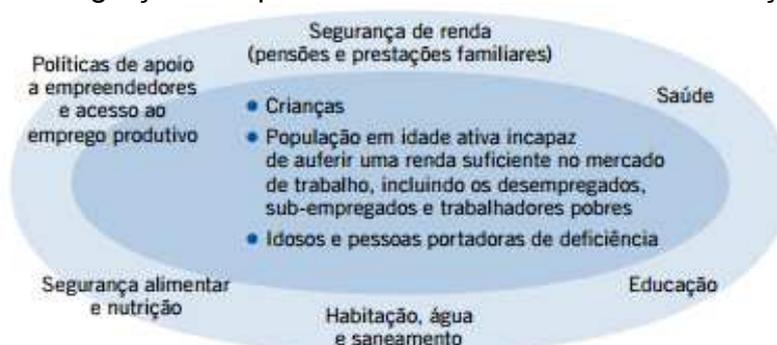
<sup>36</sup> O Brasil, diferente de algumas nações industrializadas e desenvolvidas, sofreu pouco com a grave crise econômica internacional, responsável por afetar o comércio e o investimento internacional. Para contornar esta situação, o governo federal tomou medidas de estímulo à demanda interna, como a expansão da oferta do crédito, a criação de novos empregos formais, ampliação dos programas sociais de transferência de renda, mudança na tabela do imposto de renda, aumento do poder aquisitivo do trabalhador, valorização do salário mínimo, ampliação do investimento público com o PAC e o programa Minha Casa, Minha Vida.

recursos obtidos com o vínculo de trabalho ou com base em uma renda e/ou ativos que possuem.

Segundo o Relatório Bachelet (OIT, 2011), a iniciativa está ancorada no princípio de justiça social e no direito humano de todos terem acesso à seguridade social e a um padrão de vida digno, através da integração entre i) segurança de uma renda e ii) serviços essenciais. Espera-se ainda que o PPS promova a inclusão produtiva e socioeconômica, bem como o empreendedorismo sustentável e criação de oportunidades de trabalho decente.

Um aspecto preocupante deste novo paradigma é a recomendação do atendimento a este princípio apenas para os indivíduos mais necessitados – focalização –, configurando, portanto, tratamentos distintos entre os cidadãos de um mesmo país. Na figura a seguir, o “Relatório Bachelet” (OIT, 2011) resume a integração das políticas que devem compor o novo paradigma da proteção social. Nele fica evidente a focalização, uma vez que delimita os públicos que devem receber atendimento do Estado, a saber crianças, população em idade ativa incapaz de auferir uma renda suficiente no mercado de trabalho, incluindo os desempregados, sub-empregados e trabalhadores pobres e idosos e pessoas portadoras de deficiência.

Figura 2 – Integração das políticas sociais nos Pisos de Proteção Social



Fonte: OIT (2011).

Sua estratégia de ação é bidimensional: horizontal e vertical. Enquanto na dimensão horizontal o objetivo é ampliar a cobertura do “conjunto básico de garantias”, na dimensão vertical visa uma implementação gradual de níveis mais elevados de proteção. Assim, a dimensão horizontal trata da questão quantitativa – número de indivíduos atendidos – e a dimensão vertical trata do ponto de vista qualitativo, ou seja, quais são as características da proteção feita pelo PPS.

Na primeira dimensão é importante assinalar a preocupação dos organismos internacionais na ampliação da cobertura e a intenção de proteger aqueles indivíduos atualmente desprotegidos. Esta orientação – como um aspecto positivo – contribuiu em manter o problema de combate à pobreza e o tema da seguridade social na agenda pública internacional. Todavia o PPS promove um sistema de seguridade social dual nos países que já têm seguridade fragmentada ou quase universalizada, segundo descrição anterior.

Afinal, os indivíduos protegidos – sobretudo aqueles residentes nos países de renda alta e em alguns casos de renda média – têm a garantia de níveis mais elevados de proteção, como bens e serviços desmercantilizados, em conformidade com as orientações da Convenção nº 102 da OIT sobre seguridade social (1952). Os indivíduos que passarão a ser protegidos pelo padrão em conformidade à iniciativa PPS, terão uma proteção de segunda linha, bastante limitada e tentando apenas garantir a subsistência mínima dos indivíduos vulnerabilizados.

A ideia da dualidade do sistema de proteção social fica clara quando a OIT afirma que o “piso de proteção social não deve ser visto como uma alternativa aos mecanismos tradicionais de seguro social e às suas instituições,

mas como um elemento complementar de um sistema de proteção social mais abrangente e pluralista” (OIT, 2011: xxx). Assim, o sistema será construído com tratamentos distintos para cada cidadão, conforme o valor base do benefício, pois, no caso do brasileiro existem benefícios com valores mínimos equivalentes ao salário mínimo nacional – como aposentadoria rural, pensões e aposentadorias por tempo de serviço e o Benefício de Prestação Continuada – e benefícios inferiores a este patamar, como nos benefícios transferidos pelo Programa Bolsa Família, um exemplo de mecanismo do piso de proteção social.

De tal modo, em uma perspectiva positiva, o PPS pode ser encarado como uma primeira etapa para a construção da proteção social, pois segundo a iniciativa a primeira etapa é privilegiar a dimensão horizontal para somente depois atuar nos aspectos e questões da dimensão vertical. O mais interessante seria estender o sistema de proteção existente para os cidadãos desprotegidos e não criar uma nova forma de proteção com diferenças elevadas do padrão já estabelecido (LAVINAS e FONSECA, 2015).

A China, por exemplo, tem seguido o receituário da OIT, uma vez que recentemente ampliou a cobertura da saúde básica nas áreas rurais para mais 800 milhões de cidadãos, incrementando a taxa de cobertura de 15% para 85%, entre 2003 e 2008. Logo em seguida, em 2009, criou um mecanismo de previdência rural com a pretensão de atender cerca de 700 milhões de pessoas até 2020 (OIT, 2011; OIT, 2014).

Ao que parece, é o “processo de inclusão social mais rápido e amplo já visto na história da humanidade” (OIT, 2011: 15). Embora seja o mais rápido, por em pouco tempo incluir um elevado contingente populacional, sua amplitude

ainda precisa ser mais bem estudada para entender quais serão os benefícios garantidos, a forma de seleção e o valor transferido, ou seja, se serão níveis elevados ou apenas garantias dos mínimos de subsistência.

Ainda no aspecto da dimensão vertical, o piso de proteção social possui quatro itens fundamentais para caracterizar a amplitude, segundo a Recomendação nº 202 da OIT (2012). São eles:

*a) acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;*

*b) seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;*

*c) seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y*

*d) seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional (OIT, 2012: 14A/4)*

Os itens fundamentais estão voltados para a garantia de proteção ao longo das diferentes fases da vida do indivíduo, como a infância e a juventude, adulto sem condição de obter renda suficiente e, por fim, os idosos.

A iniciativa do piso de proteção social proporciona um nível básico de bens e serviços como saúde – limitada ao atendimento pré-natal e serviços de acordo com as preferências de cada país, não configurando mais uma

delimitação ampla, como o proposto pela OIT em 1952 –, água e saneamento básico, educação, alimentação, habitação. Mas, para isso, propõe a mercantilização da proteção social, pois considera fundamental que cada indivíduo possa “dispor de um rendimento suficiente para se alimentar de forma adequada, ter acesso a habitação, água e saneamento, educação, estar em boas condições de saúde, bem como participar da vida cultural” (OIT, 2010: 2).

A proposta pretende mercantilizar a proteção social, privilegiando a transferência de renda aos indivíduos para que possam consumir. Mas o consumo não se limita a bens e serviços tradicionais, pois neste novo paradigma, o aspecto financeiro passou a fazer parte do cotidiano da proteção social, como o acesso ao crédito, aos serviços financeiros e bancários.

De forma concreta, a iniciativa inclui a garantia da transferência de uma “renda básica” definida para ser equivalente a um nível mínimo em plano nacional. Entretanto, este nível mínimo da renda básica difere do conceito de renda básica de cidadania bastante difundida por Vanderborght e Van Parijs (2006) e Suplicy (2002).

Os valores das transferências de renda condicionadas existentes na América Latina são muito baixos e em alguns casos insuficientes até para a subsistência da família. Assim, o mecanismo pretende garantir apenas um fluxo financeiro contínuo e não uma renda monetária mínima. (OIT, 2011; OIT, 2012). É possível perceber a verdadeira intenção deste paradigma, garantir o fluxo financeiro para permitir o acesso ao mercado, sem promover mudanças estruturais na condição de pobreza e vulnerabilidade de toda a população (SOEDERBERG, 2013b; LAVINAS, 2016).

Segundo Barr (1993), as transferências de renda monetárias são importantes para solucionar falhas de mercado. Contudo, elas não devem ser utilizadas com o objetivo de equalizar oportunidades em uma sociedade. Para isso, o mais adequado, segundo o autor, seria a implementação de serviços sociais universais desmercantilizados.

A complementariedade entre as esferas econômica e social foi intensificada em privilégio da financeirização da economia. Para Lo Vuolo (2015), as dimensões econômicas e sociais podem ser organizadas para promover maior bem-estar, conforme estabelecido no paradigma do *keynesian Welfare State*. E não como pretendido no paradigma do *social risk management* em que as políticas sociais passaram a ter a finalidade de estimular o mercado de trabalho, ou como no paradigma dos Pisos de Proteção Social em que a complementariedade entre as duas esferas objetiva principalmente a promoção do acesso ao mercado (JENSON, 2012; SOEDERBERG, 2013b).

O fluxo contínuo de renda monetária é garantia de obtenção de crédito, bem como, um facilitador do seu pagamento. O crédito permanece para uso no consumo regular de produtos, mas passou a ser utilizado para o financiamento do bem-estar, como no financiamento da educação, além da utilização para a aquisição de um seguro saúde. Segundo Lavinias (2016), “diversas modalidades de crédito pessoal, que demandam a existência de algum fluxo de renda que sirva como colateral para viabilizar empréstimos e reduzir o risco moral do sistema financeiro. O Bem-estar agora é remercantilizado e financeirizado” (p.4).

E, como o Estado é o responsável pela transferência da renda, ele passou a ser o fiador da financeirização da economia. Para Soederberg (2013a),

o *Welfare State* deixa de existir para dar lugar ao *Debtfare State*. Nesta nova etapa do capitalismo, o pacto social que sustentou o acordo entre Capital e Trabalho é encerrado. Não há mais a necessidade de o Estado qualificar a mão-de-obra para o pleno desenvolvimento do *Welfare State*. Encerrou também a lógica do *workfare*, da inclusão social e promoção de bem-estar através do vínculo profissional, em que o Estado auxiliava os indivíduos na obtenção de uma posição ativa no mercado de trabalho. É iniciado um novo ciclo de promoção do bem-estar com base no endividamento das famílias.

### **1.7 Breves conclusões quanto aos paradigmas dos Sistemas de Proteção Social**

O piso nacional de proteção social tem a finalidade de estabelecer uma nova forma de proteção social. Ele não possui o propósito de transformar as estruturas sociais, nem solucionar as falhas causadas pelo mercado. Portanto, não promove o bem-estar necessário, nem equaliza a população ao garantir igualdade de condições em concorrer pelas oportunidades. Objetiva estimular o consumo de massa ao inserir um elevado contingente populacional no mercado de consumo, uma vez que promove mecanismos focalizados na camada da população mais pobres de cada país. Quando possível, sua proposta pretende manter os mecanismos existentes para a parcela já protegida, e incorporar novos benefícios mínimos e residuais dedicados aos mais pobres. Ao cabo, esta iniciativa cria um sistema dual de proteção social e, por conseguinte, tende a reforçar as diferenças já existentes dentro de uma sociedade.

Para Rocha (2013), o estabelecimento do “piso de proteção social, definido por cada país em função de suas necessidades e possibilidades tanto financeiras como operacionais, resolve de certa forma a falsa contradição entre as duas abordagens [focalização e universalismo] de política social” (p.xi).

Todavia, o entendimento é o oposto, pois reforça e perpetua as disparidades, visto que o sistema dual estabelece em paralelo uma espécie de proteção social de segunda linha para a população vulnerabilizada. Afinal, conforme a OIT, o piso de proteção social “não deve ser visto como uma alternativa aos mecanismos tradicionais de seguro social e às suas instituições” (OIT, 2011: xxx).

De um lado, o SRM sugere a omissão do Estado na proteção social, transferindo para os agentes do mercado a provisão do bem-estar. De outro lado, o PPS pode ser encarado como um primeiro passo para a construção de um sistema de proteção mais completo, afinal existe a recomendação da ação do Estado. Apesar de ser sempre residual. Talvez, uma oportunidade para os países de renda baixa iniciarem um processo de criação da proteção social em seus países. No entanto, não é adequado aos países de renda média e alta que já possuem mecanismos de proteção social, sobretudo aqueles que instituíram um sistema de *Welfare State* mais amplo e inclusivo. Substituir políticas universais e a oferta *ex-anti* de bens e serviços desmercantilizados, como saúde, previdência e educação para toda a população, por mecanismos residuais que buscam apenas transferir renda para estimular o consumo não soluciona a questão social (FAGNANI, 2012).

O mais importante e necessário é avançar para estabelecer um sistema amplo e inclusivo, oferecendo um nível básico que contemple mais do que as necessidades mínimas e fisiológicas. Uma proteção que reduza as desigualdades e de fato incorpore a parcela da população à parte da sociedade, tornando todos os indivíduos em cidadãos gozadores de seus direitos. Em alguns casos, é um processo longo, educativo e difícil, pois necessita eliminar aspectos comportamentais de desigualdade.

Fundamentado no objetivo de promover justiça social à população, um sistema de proteção social pode tratar os indivíduos desiguais de maneira distinta para proporcionar maior equidade. Por outro lado, um sistema dual que proporciona mais para aqueles que já têm mais recursos e, ao mesmo tempo, ofereça poucos serviços e proteção insatisfatória para os que já são desprovidos tende a perpetuar as diferenças estruturais.

Este novo consenso de aplicação da proteção social apenas para crianças, ou que favoreça a criação do emprego, ou que privilegie o investimento em capital humano, ou que tenha o intuito de romper o ciclo intergeracional das limitações/desvantagens através da transferência de uma renda já se mostrou limitado. O argumento de que o *welfare state* promovia a dependência do indivíduo em relação ao Estado, em vez de acabar com ela é minimizada, quando este novo paradigma torna o indivíduo um dependente do mercado financeiro, por ter que trabalhar principalmente para pagar as suas dívidas (JENSON, 2012; SOEDERBERG, 2013a; LAVINAS, 2016).

É necessária cautela com as mudanças na proteção social, iniciadas nos anos 1970. Afinal, o relatório divulgado pelo FMI, em 2015, apontou o maior grau

de desigualdade entre as nações, quando considerado as últimas décadas. As principais causas apontadas são a desregulamentação das relações de trabalho, a perda de capital político dos sindicatos e a flexibilização das regras de contratação e demissão que limitaram o poder de negociação dos trabalhadores, tendo como resultado, a redução do poder de compra dos salários. Por fim, ocorreu um reforço da desigualdade de renda (OSTRY, LOUNGANI, FURCERIFMI, 2016).

O problema é que para contornar os problemas causados pelo mercado, estão sendo aplicadas mais soluções via mercado. Ou seja, são incentivadas a suplementação da renda através de mecanismos tributários ou creditícios, como os *Working Families tax credit* e *Childcare Tax credit* entre outros que foram largamente implementados durante o governo trabalhista de Tony Blair e Gordon Brown na Inglaterra (JENSON, 2012).

A mudança da provisão pública para um sistema mercantilizado e, atualmente, financeirizado ampliou as assimetrias de renda e informação. A mudança do gasto social com serviços públicos para privilegiar as transferências condicionadas e, ao mesmo tempo, minimizando o gasto com a seguridade social por políticas assistencialistas representa uma maior restrição à proteção social com a exigência das condicionalidades.

A ampliação da desigualdade entre os países e a concentração da riqueza em uma reduzida parcela da população global – o 1% – demanda a necessidade de dar maior atenção ao social. O neoliberalismo nunca produziu os resultados informados e, apesar disso, cada vez mais a transformação segue

por novas políticas com inspiração neoliberal. O regime de acumulação mudou para o capitalismo financeiro e com ele também mudaram as políticas sociais.

## **Capítulo 2. Proteção Social na América Latina e Caribe: as principais características do processo de construção, reforma e as recentes inovações.**

Quando se discute a respeito do tema de segurança e insegurança na América Latina e Caribe, de início, é comum associar os conceitos à violência, crimes e mortes. Talvez seja, diferente de outras sociedades ao redor do mundo, pela sua alta incidência no cotidiano ou pela banalização desses fatos em jornais e noticiários.

O conceito de segurança, por outro lado, também é utilizado para retratar o grau de proteção contra os riscos e incertezas a toda sociedade no campo do bem-estar. Ou seja, ele é usualmente reconhecido por dimensionar o quanto um Estado protege seus cidadãos como nos campos dos riscos profissionais, da perda de um emprego ou de renda, na esfera da saúde, educação, segurança alimentar, riscos e desastres naturais, bem como na promoção das oportunidades e condições aos seus membros.

De um modo geral, os sistemas de proteção social da América Latina e Caribe emergiram com base na estratégia de proteção vinculada ao trabalho (DIXON, 2000). Eles foram desenvolvidos de forma fragmentada e estratificada, com forte inspiração no seguro social *bismarckiano*. Portanto, privilegiou o indivíduo que desempenhava atividade laboral formal, acentuando em alguns casos a desigualdade de renda. A proteção social apresentava baixa cobertura, por conta da elevada informalidade laboral no continente, além da heterogeneidade dos benefícios, desequilíbrios financeiros e limitações para a cessão dos benefícios. Em alguns casos também foram garantidos benefícios

na área da saúde, porém, eram exigidas contribuições prévias (LAVINAS e FERRAZ, 2010).

A experiência desses países demonstrou a dificuldade em estabelecer uma proteção universal, uma vez que a decisão foi pela constituição de sistemas fundamentados na lógica do seguro social, de princípio contributivo. Com o passar das décadas, alguns mecanismos não contributivos foram criados, no entanto, sempre foram restritos e residuais. Assim, resumidamente, não foi possível estabelecer em nenhum país da região um sistema financiado pelo orçamento fiscal – que possui o caráter redistributivo – e, ao mesmo tempo, universal, destinando benefícios com base no critério da cidadania, em que, para ter direito a recebê-los basta ser um cidadão.

Diferentemente dos tipos ideais delimitados por Esping-Andersen (1990) para a proteção social dos países de economia desenvolvida, Mesa-Lago (1980; 1986; 2004) enfatiza a natureza híbrida dos sistemas latino-americanos, cujos arquétipos foram transformados entre os anos 1980 e 2000, com a preeminência do pensamento neoliberal.

Recentemente, com a prevalência do capitalismo financeiro, ocorreu uma inovação com o destaque atribuído às políticas de transferência de renda condicionada para amenizar os efeitos da pobreza. Neste ínterim, há um processo de bancarização e inclusão financeira de um elevado contingente populacional.

Assim, o presente capítulo analisará a proteção social dos países localizados na América Latina e Caribe, como um todo. Quando necessário, serão abordadas particularidades dos países de maneira a ilustrar as

transformações ocorridas, além de melhor representar a intensidade das mudanças.

O objetivo do capítulo é expor um panorama da emergência e desenvolvimento da proteção social na região, com base em algumas tipologias tradicionais. Para isso, a primeira trata do processo de construção da proteção social, iniciado em meados do século XIX. Em seguida, a segunda seção enfatiza a reforma estrutural realizada em um conjunto de países da região, iniciado nos anos 1980 e prosseguiu até meados dos anos 2000. A terceira seção traça um panorama geral dos programas de transferência de renda condicionada existentes na América Latina e Caribe, abordando seus principais atributos e propriedades. Ademais, como propósito desta última seção é evidenciar a recente centralidade destes mecanismos na proteção social, bem como, a sua importância por pavimentar a consolidação da financeirização da proteção social.

## **2.1 Panorama histórico do surgimento da Proteção Social na América Latina e Caribe**

Conforme Lo Vuolo (2015), os diversos mecanismos que compõem o sistema de proteção social apresentam uma ampla complementariedade com o desenvolvimento econômico. Além do bem-estar social, essa sinergia proporciona impactos na poupança e no investimento de um país e, por este motivo, dedicar o devido cuidado e atenção quanto à configuração da proteção social – tipo de programas, regime de financiamento, custeio e o grau de

maturidade dos programas – tem sido primordial para o padrão de sociedade e país que se deseja construir.

A proteção social, ademais, apresenta impactos na distribuição de renda e no estímulo à criação de novos empregos. De acordo com os programas constituídos, tende a ser mais ou menos regressiva, com relação à distribuição de renda na população. Neste sentido, os distintos modelos dos sistemas de proteção social dos países latino-americanos não alcançaram o nível de cobertura, nem o grau de amparo oferecido pelos países de economia avançada.

Por este motivo, a proteção social sempre foi um assunto delicado em toda a América Latina, sobretudo, pelo seu sistema ser considerado incompleto ou em processo de construção, quando comparado aos padrões existentes no período do *Welfare State* constituído em parte da Europa ocidental. Até o grupo de países do continente que são considerados como “pioneiros” por Fleury (1994) e Mesa-Lago (1986; 2004) – Uruguai, Argentina, Chile, Brasil e Cuba – neste campo não conseguiram construir um modelo de proteção com todas as características encontradas nos modelos europeus de proteção social.

Para Mesa-Lago (1986), “em geral pode-se dizer que os sistemas mais universais são menos regressivos que os que têm uma cobertura baixa”. O mais preocupante, neste último caso, é a existência de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza e, ao mesmo tempo, estarem excluídas da cobertura dos sistemas de proteção social. Um estudo da década de 1970 indicava que os países com maior o grau de cobertura eram também aqueles com a menor parcela de pobres em sua população (MESA-LAGO, 1986).

O desenvolvimento da proteção social é urgente e necessário para os países da América Latina e Caribe. A população em situação de pobreza e indigência é elevada – sendo, respectivamente, cerca de 30% e 10% do contingente populacional total da região – e, após cerca de uma década de relativa estabilidade, apresentou um tímido crescimento, entre 2013 e 2014 (CEPAL, 2016). Para a ONU-HABITAT (2012), a região é considerada como a mais desigual de todo o mundo, principalmente, nas dimensões da habitação, da distribuição de renda e do acesso a bens de serviço, como saúde e educação. Segundo a instituição, a renda *per capita* da parcela da população dos 20% mais ricos é cerca de 20 vezes maior do que a parcela da população dos 20% mais pobres. Além disso, a região possui 36,9% da força de trabalho atuando na informalidade do mercado de trabalho (CEPAL, 2016). A atual parcela da população coberta por sistema de saúde adequado e a proporção de idosos com direito à aposentadoria e pensão reforçam ainda mais a necessidade por um sistema de proteção social amplo e inclusivo.

Este cenário demanda uma nova atitude dos Estados para a esfera social. Embora não exista um padrão único para todo o continente – afinal em Cuba ocorreu uma ampla estatização e no Chile<sup>37</sup>, em sentido oposto, uma ampla privatização – nenhum modelo logrou êxito em atingir as características ou o patamar do paradigma socialdemocrata, caracterizado por Esping-Andersen (1990) como o de maior desmercantilização, promotor de maior grau de bem-estar e equidade entre os indivíduos.

---

<sup>37</sup> Embora, atualmente, o Chile tenha iniciado uma ênfase maior em desmercantilizar os serviços da proteção social, como a oferta do ensino superior gratuito e universal.

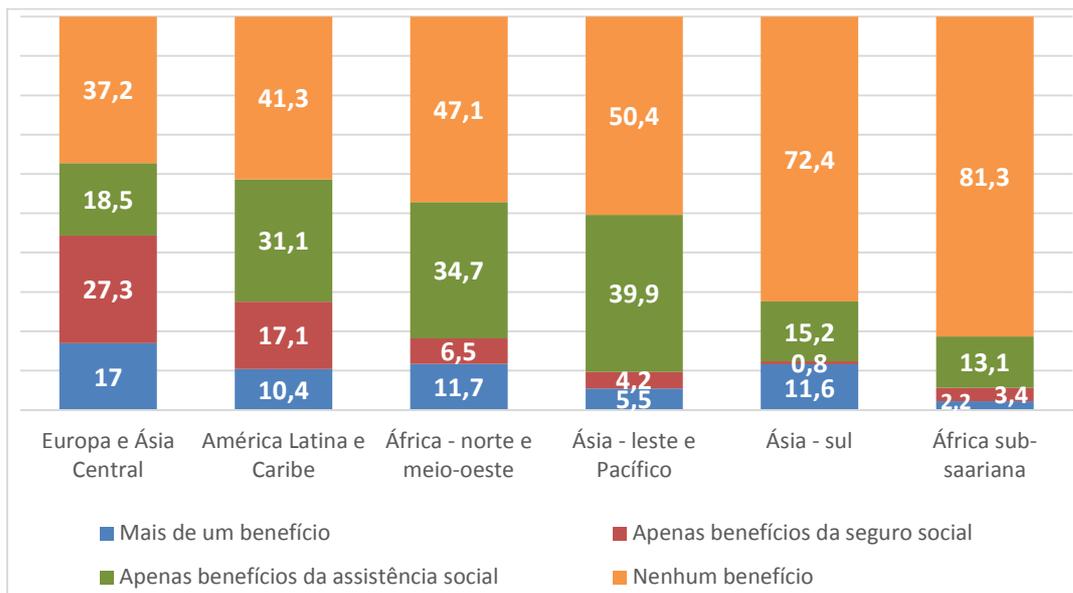
Considerando o início dos sistemas de proteção social, para Mesa-Lago (1986; p.131), assim “*como en otras materia, a América Latina es líder en el Tercer Mundo en cuanto al desarrollo de la seguridad social*<sup>38</sup>”. Afinal, seu desenvolvimento ocorreu antes das nações africanas e asiáticas. Por outra perspectiva, segundo Dixon (2000, p. 271), “os padrões obtidos pelos sistemas de proteção na América Latina são mais altos que aqueles obtidos na África, Oriente Médio e Ásia, embora estejam consideravelmente abaixo dos obtidos na América do Norte, Europa e Austrália”.

Essa análise fica mais evidente com base nos dados disponibilizados pelo Banco Mundial, reunidos na figura 3 a seguir. Pela organização regional dos dados, a diferença entre América Latina e Europa em conjunto com a Ásia central é reduzida. Porém, isto se deve, principalmente, pelas características dos países localizados na Ásia central e no leste europeu. Se considerado apenas o oeste da Europa, a discrepância seria maior do que o apresentado.

---

<sup>38</sup> O conceito de seguridade social para o autor engloba cinco programas principais: riscos profissionais (acidentes e enfermidades laborais); pensões/aposentadorias por idade; atenção à saúde (enfermidades, maternidade ou acidentes comuns); auxílio-família; e auxílio desemprego.

Figura 3 – Cobertura da Proteção Social e do Trabalho na população total:



Fonte: The World Bank data – ASPIRE: the atlas of social protection (2016).

Em uma perspectiva geral, parte das nações da América Latina iniciou a construção dos seus sistemas de proteção social antes do fim do século XIX. Entretanto, para outro conjunto de países da região, a proteção social emergiu somente na segunda metade do século XX e consolidaram as suas estruturas até meados da década de 1970, portanto, tardiamente.

Uma primeira tipologia adotada para classificar os sistemas de proteção social das nações latino-americanas é com base no período de surgimento dos mecanismos de proteção social. Segundo o critério cronológico, Mesa-Lago (1986) delimita três conjuntos de países: os pioneiros (e têm a característica de serem estratificados), os intermediários (e com um sistema relativamente mais unificado) e, por fim, os tardios, um conjunto de países em que a proteção social emergiu apenas após a metade do século XX.

### **2.1.1 Classificação dos países, de acordo com o início da proteção social:**

#### **Pioneiros**

O primeiro grupo é composto por quatro ou cinco países<sup>39</sup>: Uruguai, Argentina, Chile, Brasil e Cuba, diferindo sempre em relação ao último. São considerados pioneiros por terem sido os primeiros países da região a implementar um sistema de proteção social, antes da passagem do século XIX para o século XX (MESA-LAGO, 1986; MESA-LAGO, 2004; FLEURY, 2004).

Estes sistemas foram compostos através da incorporação gradual de novas categorias profissionais. De uma maneira geral, as primeiras caixas de pensões foram criadas para as Forças Armadas, seguidas por outras específicas para os servidores públicos civis e professores. Depois foram cobertos os empregados e trabalhadores das atividades de transporte, energia, banco e comunicação. Somente nas décadas mais recentes, foram incorporados alguns grupos de trabalhadores urbanos, os trabalhadores agrícolas e autônomos, além das empregadas domésticas (MESA-LAGO, 2004).

Em particular, no Uruguai, em 1896, e pouco depois na Argentina, a primeira caixa de aposentadorias e pensões criada era destinadas aos professores, indicando a importância desta atividade para os dois países. No Chile e no Brasil, os primeiros benefícios foram destinados aos funcionários das empresas ferroviárias, ou seja, destinados às categorias atuantes nos ramos econômicos mais importantes à época, o agroexportador (FLEURY, 2004).

---

<sup>39</sup> O uso de quatro ou cinco países neste conjunto depende do autor e do trabalho do autor. Mesa-Lago incluiu Cuba na publicação de 1986, contudo, não o considerou em 2004. Fleury (2004) não inclui este país em sua análise.

Os sistemas tinham inspiração no padrão *bismarckiano*, logo era necessário o desempenho de uma atividade profissional, além de contribuir financeiramente para ter acesso ao seguro. Embora o Estado não fosse o administrador dos diversos subsistemas, ele atuava, em alguns casos, como o financiador das caixas de aposentadorias e pensões. Segundo Mesa-Lago (1986; p. 133), “*El Estado contribuyo al financiamiento de estos subsistemas mediante la creación de impuestos específicos o el apoyo directo del presupuesto*”.

Como resultado, foi consolidado um sistema fragmentado e contendo múltiplas instituições gestoras. Cada uma era dedicada aos trabalhadores de uma instituição, aplicando normas próprias de administração, financiamento e prestações.

Apesar da incorporação gradual de novas categorias, as diferenças e particularidades de cada subsistema foram mantidas. Neste sentido, a sua estrutura reproduziu as diferenças do mercado de trabalho e protegeu somente uma parcela da população. O resultado foi a formação de uma proteção social estratificada e com efeitos negativos pela complexidade jurídica/administrativa, com custos operacionais mais altos e sem oferecer uma unidade e igualdade entre as categorias.

Com essa ampla estratificação ocorreu uma massificação de privilégios. Ou seja, ofereceu mais benefícios à pequena parcela da população coberta pela proteção social, sem ter a preocupação de incluir os grupos e segmentos populacionais desprotegidos. Assim a parcela da população não coberta, permaneceu sem nenhum mecanismo de assistência.

Nesses países, durante as décadas de 1960 e 1980 foi realizada uma maior uniformização da proteção social, com a centralização da gestão e maior uniformidade na cessão dos benefícios e critérios para ingresso. Desta forma, houve a redefinição da relação entre o Estado e a sociedade. Para Mesa-Lago (1986) quase todo o sistema de proteção social foi unificado tanto no Brasil, quanto em Cuba. Pouco menos na Argentina e no Uruguai, onde foi criada uma entidade coordenadora central para promover um sistema mais uniforme. De modo diferente, no Chile foi privilegiada a criação de um novo sistema de proteção social inspirado no seguro privado, favorecendo a individualidade da proteção social. Apesar dessa ênfase centralizadora e de unificação, algumas diferenças entre as categorias ocupacionais foram mantidas.

### **2.1.2 Classificação dos países, de acordo com o início da proteção social: Intermediários**

O segundo grupo delimitado por Mesa-Lago (1986), de acordo com o critério cronológico, é considerado como intermediário, pois os sistemas de proteção social emergiram com maior ênfase a partir da década de 1940, portanto algumas décadas após o grupo tido como pioneiro.

Os países integrantes deste grupo têm a característica de ter arquitetado sistemas de proteção social relativamente unificado, ou seja, gerido por um órgão central. Os exemplos mais representativos deste conjunto são México, Colômbia, Costa Rica, Paraguai, Peru e Venezuela.

Ademais, segundo o autor, esses sistemas seguiram as tendências e orientações da época emanadas tanto da OIT (1952), quanto do Relatório

Beveridge (1942). Apesar de compartilharem da mesma inspiração teórica dos paradigmas do *welfare state*, nunca conseguiram consolidar padrões de proteção social semelhante aos Estados de Bem-estar Social europeus.

Embora o autor tenha destacado o avanço da proteção social neste conjunto de países, a partir da década de 1940 com a criação de um órgão centralizador, algumas das nações já tinham alguns tipos de mecanismos que ofereciam proteção social residual a determinados segmentos profissionais. De certo, aqueles considerados como mais poderosos e, novamente, membros das forças armadas, empregados públicos, professores, além de trabalhadores dos setores elétrico e ferroviários. Todavia, com a criação do órgão central, as diversas instituições tenderam a ser concentradas. Em alguns casos, as forças armadas e parte dos funcionários públicos, como no México e na Costa Rica, permaneceram com seus mecanismos à parte (MESA-LAGO, 2004).

Assim, foi possível verificar certo grau de estratificação, no entanto, em grau inferior aos “pioneiros”. Ainda em comparação ao primeiro grupo, tanto a cobertura populacional, quanto os riscos mitigados eram menores, configurando uma proteção inferior. Por volta da década de 1970, alguns países “intermediários” apresentaram desequilíbrios financeiros, principalmente, quando os custos dos sistemas de proteção social ficaram próximos aos praticados pelos “pioneiros”.

### **2.1.3 Classificação dos países, de acordo com o início da proteção social:**

#### **Tardios**

Mesa-Lago (1986) ainda delimitou um terceiro grupo, considerando o critério cronológico, composto pelos países da região de menor desenvolvimento econômico. Foi denominado grupo de aparição “tardia”, uma vez que os sistemas de proteção social emergiram somente nas décadas de 1950 e 1960, portanto quase meio século após os pioneiros.

As nações mais representativas deste último grupo estão localizadas na América Central e Caribe, com exceção de Cuba e Costa Rica, delimitados como membros dos dois agrupamentos anteriores.

O sistema de proteção social também era unificado e gerido por um órgão central e, como característico da região, os membros das forças armadas e algumas categorias de servidores públicos foram alocados em mecanismos específicos à parte dos demais segmentos.

Um traço importante da proteção social dos países tardios era a sua baixa cobertura populacional. Segundo Mesa-Lago (1986), os mecanismos estavam presentes mais nas capitais e nas grandes cidades dos países, necessitando, portanto, expandir a proteção para as outras regiões do território nacional.

### **2.1.4 Fundamentação teórica da expansão proteção social**

Independente do grupo – pioneiro, intermediário ou tardio – existem duas hipóteses para o avanço e consolidação dos sistemas de proteção social até os anos 1980 e 2000, dependendo do país analisado: uma do tipo *bottom-up* e outro

*top-down* (COELHO, 2003). De acordo com o primeiro tipo, quanto maior o poder de pressão de uma categoria ocupacional, mais ela conseguiu obter e manter seus privilégios. Ou seja, os grupos laborais de maior organização sindical, importância para a economia e com maior capacidade de pressionar o governante – como as forças armadas, os ferroviários e agentes da administração pública – obtiveram mais concessões na proteção social, por exemplo, com o atendimento mais precoce, a cobertura mais ampla, os benefícios mais generosos e financiamentos mais vantajosos. Por outro lado, na perspectiva *top-down* o Estado não é dado como um simples receptor de pressão. É apontado como um agente atuante através dos seus meios para cooptar, neutralizar e controlar os distintos grupos com o objetivo de manter a ordem social.

A primeira hipótese é mais comum nos sistemas políticos apontados como sendo populistas e democrático-pluralistas, como nos casos chileno e uruguaio. A segunda hipótese, de forma diferente, é atribuída ao sistema populista autoritário de viés corporativista, como o brasileiro Getúlio Vargas<sup>40</sup> e o argentino de Juan Carlos Perón<sup>41</sup>. Apesar das duas hipóteses teóricas, Mesa-Lago (1986) acredita que ambas atuaram em conjunto nos países latino-americanos – sobretudo naqueles considerados como “pioneiros”. Ademais, o autor reforça a dificuldade em delimitar qual das duas foi predominante.

Segundo, Hujo (1999), uma série de problemas é decorrente da expansão da proteção social nos países da América Latina e Caribe não

---

<sup>40</sup> Getúlio Dornelles Vargas governou o Brasil por dois períodos, entre 1930 e 1945 e, posteriormente de 1951 a 1954 (CPDOC/FGV, 2016).

<sup>41</sup> Descrição de Juan Domingo Perón governou a Argentina entre 1946 e 1955 e, posteriormente, entre 1973 e 1974 (CPDOC/FGV, 2016).

importando se a expansão ocorreu via *top down* ou *bottom up*. A fragmentação continuou como um dos itens prejudiciais ao sistema, representando perda de eficiência, custos mais elevados e aumento da desigualdade entre os assegurados, pela elevada generosidade dedicada a alguns grupos.

Além disso, os critérios de elegibilidade – tempo de contribuição, idade mínima para aposentadoria ou cálculo do benefício – eram pouco rígidos, primordialmente, para os grupos privilegiados. A autora enumera outros problemas, como a informalidade no mercado de trabalho, o qual também contribuiu com evasão de contribuintes, além de subdeclaração dos rendimentos de uma parcela dos trabalhadores, piorando o financiamento do sistema.

Adicionalmente, mais dois fatores foram importantes para elevar a evasão de contribuintes e, desta forma, desequilibrar a viabilidade financeira dos sistemas: a aplicação de uma elevada alíquota de contribuição compulsória, bem como o inadequado reajuste dos benefícios em relação à inflação. Por fim, a transformação demográfica, sobretudo, com o aumento da expectativa de vida, favoreceu o desequilíbrio atuarial e financeiro da previdência na região (WORLD BANK, 1994; HUJO, 1999).

Para Mesa-Lago (1994), os pequenos ajustes realizados na década de 1960 – tendo como exemplo, a centralização e a padronização dos vários sistemas de proteção social – não surtiram efeito. Assim, vários dos problemas iniciais da formação da proteção social permaneceram ao longo das décadas.

Em parte, para solucionar esses problemas, durante os anos 1990 e 2000, diversas nações da região realizaram ajuste estrutural em seus sistemas de proteção social, transformando os mecanismos quanto à gestão, benefícios,

contribuições, entre outros atributos. Com essa mudança foi necessário repensar e reclassificar os países a partir de uma nova tipologia. Portanto, no início dos anos 2000, a classificação segundo o tipo teórico de desenvolvimento da proteção social, assim como pelo ano de criação dos sistemas de proteção social perderam destaque. Nesta classificação mais recente, as nações foram agrupadas segundo a realização ou não do ajuste estrutural nos sistemas de previdência social – uma parte dos sistemas nacionais de proteção social – além de terem sido consideradas a composição e relação entre os mecanismos públicos e privados.

## **2.2 Classificação dos países, de acordo com a reforma estrutural da previdência social entre 1981 e 2004**

Como frisado acima, o desenvolvimento dos mecanismos de proteção social vai além dos modelos teóricos *bottom-up* ou *top-down*. Há um entendimento na literatura de que a década de 1980 representou uma inflexão – em distintos graus de transformação, de acordo com o país observado – nos sistemas nacionais de proteção social da América Latina e Caribe.

A decisão em efetuar as reformas, além da sua extensão, dependeu em muito da vulnerabilidade econômica e política das nações latino-americanas. Afinal, a conjuntura econômica da época era representada por uma internacionalização cada vez maior e, sobretudo, assimétrica (COELHO, 2003; MESA-LAGO, 2004).

O período conhecido como década perdida é caracterizada pelo aumento do nível do desemprego, estagnação da economia e índices de inflação

bastante elevados. Mantivera-se a elevada concentração de renda, ocorreu perda do poder de consumo da população e, principalmente, apresentou o aumento expressivo da dívida pública das nações – fenômeno denominado como “crise da dívida” –, ocasionando no aumento do déficit fiscal das nações latino-americanas.

O processo de *estagflação*, ou seja, a combinação de baixo crescimento econômico associado a elevadas taxas de inflação causou reflexos na esfera social, com o aumento da concentração de renda e, por conseguinte, a ampliação da desigualdade social. A debilidade econômica e financeira dos países causou reflexos internacionais, como a limitação do crédito e uma rigorosa atuação do Fundo Monetário Internacional, impondo seu receituário e diretrizes no gerenciamento das finanças nacionais (WILLIANSOM, 1990).

A década de 1990, posteriormente, é caracterizada pelo baixo crescimento econômico, manutenção da baixa taxa do emprego formal, privatização e, também, pelo controle inflacionário. Embora os resultados do cumprimento do receituário do Consenso de Washington durante a década de 1990 tenham sido decepcionantes, para os defensores desta cartilha as reformas liberalizantes dos últimos anos e a globalização, não podem ser apontadas como responsáveis pelos problemas da região. Segundo Kuczynski e Williamson (2004), alguns pequenos erros cometidos pelos países são os verdadeiros causadores do baixo crescimento econômico. Porém, para Stiglitz (2002) a maioria dos problemas seria consequência de políticas pertencentes ao receituário proposto pelos organismos internacionais.

Em decorrência desses fatos, enquanto a década de 1980 ficou conhecida como sendo a década perdida para os países latino-americanos, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) denominou a década de 1990 como meia década perdida (OCAMPO, 2010)<sup>42</sup>.

A hegemonia das ideias neoliberais durante as décadas de 1980 e 1990 impulsionou intensas reformas em direção à redução do Estado. A austeridade e disciplina fiscal passaram a ser mais importantes do que a qualidade dos serviços públicos diretamente relacionados com a condição de vida da população. Se os tradicionais regimes de proteção social nos países de economia avançada sofreram mudanças, em algumas das frágeis economias latino-americanas essas transformações foram mais intensas.

Lavinas (2013b) classificou esta transformação como uma terapia de choque neoliberal, sobretudo, pela conversão abrupta e radical. Por conta das ideias do paradigma neoliberal, em alguns países, quase tudo foi mercantilizado, como as pensões – com o fim da provisão pública através dos mecanismos *pay-as-you-go* e a incorporação dos agentes de mercado com base em contas individualizadas –, além dos serviços de fornecimento de energia, água, saúde, educação, comunicação e outros serviços públicos. Thorp (1998) ressalta que a região, durante os anos 1990, foi líder mundial em privatização.

A esfera social – considerando os seus programas, políticas e mecanismos que compunham a proteção social – foi sistematicamente apontada por organismos internacionais e acadêmicos especialistas como parte

---

<sup>42</sup> Ocampo (2010), em documento da CEPAL, aponta que os anos compreendidos entre 1998 e 2002 são considerados como meia década perdida, sobretudo, devido ao baixo crescimento econômico e pelas perdas na esfera social.

importante do ajuste para solucionar os problemas fiscais (WORLD BANK, 1994).

Desta forma, a política social foi uma das principais esferas afetadas pelas reformas liberalizantes. As atividades de saúde, educação e seguridade social foram passadas para responsabilidades dos agentes do mercado (DRAIBE, 1995), assim como algumas empresas públicas dos setores de mineração, do petróleo e gás, de telecomunicação, saneamento básico e financeiro.

A reforma chilena, ocorrida em maio de 1981 e realizada em um contexto traumático de ditadura militar, foi a primeira e mais profunda. A substituição completa de um sistema público por um privado foi tratada como um experimento pelo *mainstream* do pensamento neoliberal e conduzida pelos *Chicago boys*<sup>43</sup> (LAVINAS, 2013b). Seu resultado era apontado como um exemplo de sucesso e, desta maneira, deveria ser adotado como um modelo nos demais países da região.

Segundo o World Bank (1994), os princípios básicos da reforma estrutural seriam alcançar dois objetivos principais. O primeiro propósito da reforma para constituir um sistema privado era permitir a acumulação de capitais, aumentando a poupança nacional, além de desenvolver o mercado de capitais. Por conseguinte, estimular o crescimento econômico, o qual seria fundamental para gerar mais empregos e solucionar as questões sociais. De maneira

---

<sup>43</sup> Alcunha para o grupo de economistas formuladores da política econômica do general Augusto José Ramón Pinochet Ugarte, governante do Chile entre 1973 e 1990. Alinhados ao pensamento liberal, o grupo implementou políticas e mudanças cerca de uma década antes da Margareth Thatcher e quase duas décadas antes dos demais países da América Latina, como Bolívia e México.

complementar, o segundo objetivo da privatização da previdência social seria isolar estes mecanismos das vontades e ingerências políticas do Estado, oferecendo maior segurança e previsibilidade. Desta forma, o objetivo da proposta era estritamente econômica e desvalorizava a importância dos resultados e efeitos para a sociedade. Não há preponderância da promoção do bem-estar.

O entendimento é que a recomendação do organismo internacional beneficiaria um novo modelo para a previdência social composto por três pilares, de maneira a promover os alicerces privados. O primeiro pilar proposto deveria ser público e financiado pelos impostos e contribuições incidentes na folha de pagamentos, cujo objetivo era mitigar a pobreza e a perda da capacidade de trabalho. No entanto, este tende a garantir uma renda baixa. O segundo pilar proposto deveria ser formado por fundos privados de pensão com contribuição compulsória – que em teoria, aproxima o benefício do aporte – cujo objetivo era promover a poupança interna. O terceiro pilar, por fim, deveria ser constituída por uma poupança voluntária privada cujo objetivo era complementar a renda daqueles interessados, colaborando ainda mais com o aumento da poupança interna (WORLD BANK, 1994).

Antes de 1994, apenas Chile e Peru tinham concretizado a transformação estrutural dos seus sistemas de proteção social. Embora a publicação tenha sido feita neste ano, a proposta já era largamente sugerida e estimulada por vários especialistas e outros organismos internacionais, como o FMI (WILLIAMSON, 1990; HUJO, 1999).

Em geral, os mecanismos tradicionais de previdência social eram apontados como simples sistemas de transferência de impostos, responsáveis por criar desincentivos e distorções no mercado de trabalho e na montagem da poupança interna. Isto, segundo uma percepção pessimista de alguns autores, tenderia a reduzir os níveis de investimento e, conseqüentemente, a produção dos países (HOLZMANN, 1997a; HOLZMANN e JØRGENSEN, 1999).

A opção pelo ajuste estrutural – ou melhor, pela privatização dos sistemas de seguridade social – não decorreu de uma suposta superioridade técnica dos sistemas de capitalização e sim com base nos interesses dos distintos atores envolvidos, no poder de barganha dos grupos e instituições atuantes na agenda pública, bem como pela forte influência dos organismos internacionais (MESA-LAGO, 2004).

A partir da agenda de reforma dos sistemas de proteção social na região, Mesa-Lago (2004) delimitou quatro grupos, representados na tabela 1 a seguir. São três grupos, de acordo com o resultado do ajuste estrutural, além do conjunto de países que não realizou ajustes estruturais, somente adaptações paramétricas, cujo objetivo era fortalecer a sustentabilidade financeira.

Assim, o “grupo 1” – classificado como “modelo substitutivo” – é constituído pelos países que implementaram uma transformação mais radical no sistema de proteção social, através da substituição de um modelo público por um privado. Seis países (Chile, Bolívia, México, El Salvador, República Dominicana e Nicarágua) foram alocados neste grupo por terem encerrado o sistema público e, ao mesmo tempo, terem proibido o ingresso de novos

afiliados, além de terem oferecido incentivos para a migração dos afiliados do sistema público passarem para o sistema privado (MESA-LAGO, 2004).

O sistema privado se caracteriza pela imposição de uma contribuição definida, apesar de o benefício ser indefinido. Segundo Bar (1993), neste tipo de mecanismos sempre existem incertezas e riscos quanto ao montante a ser obtido pelo afiliado, ao final, momento de definição do chamado “prêmio”. Nos casos latino-americanos, o regime financeiro instituído foi de capitalização individualizada (CPI) com a administração privada.

O “grupo 2”, classificado como “modelo paralelo”, tem a característica principal de instituir um sistema privado para competir com o sistema público que já existia. Desta forma, enquanto o sistema privado apresentava as mesmas características gerais do novo sistema estabelecido no “grupo 1”, o sistema público era caracterizado pela contribuição indefinida, mas o benefício era definido previamente. Este, de certa forma, oferecia menos dúvidas e incertezas quanto às pensões e aposentadorias pagas no futuro. Além disso, a caracterização do sistema público se dava pelo regime financeiro ser de partilha ou de capitalização parcial e coletivo (CPC). Este grupo foi constituído por, apenas, dois países: Peru e Colômbia (MESA-LAGO, 2004).

O “grupo 3”, classificado como “modelo misto”, caracterizou-se pela complementariedade entre os sistemas público e privado. Enquanto o mecanismo público era tido como o primeiro pilar e garantidor de uma aposentadoria basilar, o mecanismo privado oferecia uma pensão complementar. Este segundo pilar era destinado aos indivíduos em melhores

condições financeiras. Por fim, este grupo foi constituído por quatro países: Argentina, Uruguai, Costa Rica e Equador (MESA-LAGO, 2004)<sup>44</sup>.

Tabela 1 – Modelos e características das reformas das pensões:

Modelo, país e data de início da reforma	Sistema	Contribuição	Benefício	Regime financeiro	Administração
<b>Grupo 1: Modelo Substitutivo</b>					
Chile (maio de 1981)	Privado	Definida	Não definido	CPI	Privada*
Bolívia (maio de 1997)					
México (setembro de 1997)					
El Salvador (maio de 1998)					
República Dominicana (junho de 2003)					
Nicarágua (março de 2004)					
<b>Grupo 2: Modelo Paralelo</b>					
Peru (junho de 1993)	Público ou Privado	Não-definida Definida	Definido Não-definido	Repartição CPI**	Pública Privada***
Colômbia (abril de 1994)					
<b>Grupo 3: Modelo Misto</b>					
Argentina (julho de 1994)	Público ou Privado	Não-definida Definida	Definido Não-definido	Repartição CPI**	Pública Múltipla
Uruguai (abril de 1996)					
Costa Rica (maio de 2001)					
Equador (janeiro de 2004)					
<b>Grupo 4: Reformas Paramétricas ou Sem Reforma</b>					
Brasil	Público	Não-definida	Definido****	Repartição ou CPC	Público
Cuba					
Guatemala					
Haiti					
Honduras					
Panamá					
Paraguai					
Venezuela					

Fonte: Mesa-Lago (2004).

<sup>44</sup> Mesa-Lago (2004) com base em um panorama dos mecanismos de previdência existentes em todo o mundo, no início da década passada, identificou o modelo misto como o mais comum. Fora da América Latina até 2004, o modelo paralelo não foi encontrado em nenhuma outra nação e o modelo substitutivo em apenas um caso. O autor não lista, nem menciona o nome dos países.

O último grupo era composto por oito países (Brasil, Cuba, Guatemala, Haiti, Honduras, Panamá, Paraguai e Venezuela) em que não ocorreu reforma estrutural ou, somente, foram aplicados ajustes paramétricos. Ou seja, foram modificadas as condições – criando dificuldades adicionais – para o recebimento ou o reajuste dos benefícios em busca de uma melhor sustentabilidade financeira. De uma forma geral, foram preservados os sistemas públicos com as típicas características delineadas anteriormente.

### **2.2.1 Panorama dos resultados e consequências do ajuste estrutural**

Como resultado desta transformação, no início do século XXI, 100% dos assegurados na Bolívia, México e Costa Rica estavam alocados apenas no sistema privado. Com um patamar um pouco menor, Chile, Peru e El Salvador tinham proporção de assegurados oscilando entre 90% e 98%. Não menos importante, a Argentina tinha cerca de 80% dos assegurados na esfera privada (MESA-LAGO, 1986). O que pode ser preocupante, pois este tipo de mecanismo tem a propriedade de oferecer uma proteção individualizada e sem a efetivação da solidariedade social. Além disso, oferece maiores riscos quanto ao recebimento da aposentadoria, no futuro, ou do valor a ser pago. Isto se deve pela elevada imprevisibilidade do montante a ser poupado ou do seu rendimento e depreciação em relação à inflação. Contudo, Mesa-Lago (1986) menciona a hipótese de que o mecanismo privado tende a aproximar o valor do benefício ao da contribuição.

Uma consequência importante do choque neoliberal na previdência social de alguns países latino-americanos foi a redução na cobertura da força de

trabalho por mecanismos de seguridade social. Em uma comparação dos dados de cada país entre o ano de 2002 e o ano anterior à realização do ajuste estrutural, Mesa-Lago (2004) pôde verificar a queda da cobertura média de pessoas atendidas pela previdência social em nove pontos percentuais, passando de 38% para 27%. Do total de doze nações analisadas, apenas a República Dominicana não tinha informação que possibilitasse a comparação. Em três casos (Bolívia, Nicarágua e Equador) foram constatadas a manutenção da cobertura, no entanto, em oito países a cobertura foi reduzida (Chile, México, El Salvador, Peru, Colômbia, Argentina, Uruguai e Costa Rica) (MESA-LAGO, 2004).

Para complementar estes resultados, na tabela 2 estão reunidos dados da quantidade de afiliados em sistemas privados e de administradoras de fundo de pensão (AFP) privada, além da proporção de afiliados nas três maiores administradoras. Esses indicadores também foram utilizados por Mesa-Lago (2004) para analisar o que aconteceu. Para complementar esta avaliação, eles foram atualizados em mais de uma década.

Tabela 2 – Afiliados, quantidade de administradoras e concentração do mercado em seis países, 2002-2003 a 2016:

País	Afiliados (em milhares)		Quantidade de administradoras			% de contas nas principais administradoras	
	2003*	2016**	No início do sistema privado*	2003*	2016**	2005*	2016**
Chile (1981)	6.883	10.056	21	7	6	65,7	52,5
México (1997)	30.381	54.453	17	12	11	30,4	40
El Salvador (1998)	1.034	2.824	5	3	2	100	100
Peru (1993)	3.100	6.033	8	4	4	52,0	63,5
Colômbia (1994)	5.013	13.481	10	6	4	47,1	80,6
Uruguai (1996)	626	1.314	6	4	4	66,6	63,1
Costa Rica (2001)	1.104	2.426	-	9	6	76,2	72,3

\* Fonte dos dados: Mesa-Lago (2004).

\*\* Fonte dos dados: AIOS (Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones) (2016).

Mesmo com a redução da cobertura da força de trabalho, é possível verificar o aumento da quantidade total de afiliados nas instituições, entre 2003 e 2016, em todos os países analisados.

O resultado preocupante desta transformação realizada pelo ajuste foi a concentração ocorrida no mercado das administradoras<sup>45</sup>. A série histórica em cada país demonstra que a quantidade de administradoras cresce logo no início e reduz ao longo dos anos com as fusões e incorporações entre elas, reduzindo a concorrência. A concentração do mercado pode ser prejudicial, uma vez que tende a promover ineficiências, com o aumento dos custos administrativos e impactando também na rentabilidade dos investimentos.

Para complementar este panorama da concentração de mercado, é necessário observar a proporção de contas sendo administradas pelas principais AFPs, pois esta informação permite compreender o cenário com um pouco mais de densidade. Conforme a tabela 2 há uma redução de AFP concorrendo no mercado e as maiores empresas estão aumentando a quantidade de afiliados, portanto a concentração. De forma ilustrativa, apenas um país manteve a mesma proporção, entre 2005 e 2016: em El Salvador, embora seja um mercado pequeno com apenas 2 empresas concorrentes, 100% das contas continuaram sendo administradas pelas principais AFP. Além deste, o mercado foi concentrado em outros três países (México, Peru e Colômbia), entre 2005 e

---

<sup>45</sup> Para o quesito concorrência, o tamanho da população pode ser um fator fundamental, pois quanto maior o mercado, mais administradoras atuam. Talvez pela possibilidade de acumular uma quantidade mais elevada de afiliados. Independentemente da quantidade de Administradoras de Fundo de Pensão existentes no início do ajuste estrutural, ao longo do tempo, ela sempre foi reduzindo.

2016, e, complementarmente, ficou menos concentrado em outros três países (Chile, Uruguai e Costa Rica).

Desta forma, é possível demonstrar que o processo da concentração deste mercado, considerando o ano do ajuste estrutural e a metade da primeira década do século XXI, conforme demonstrado por Mesa-Lago (2004), permaneceu na maior parte dos países. Em uma nova comparação destas informações, considerando dados do intervalo entre 2005 e 2016, foi verificada a manutenção do processo de concentração de mercado.

Além deste cenário, outras consequências são indicadas como resultado do processo de ajuste estrutural. O primeiro é o reforço da sustentabilidade financeira dos sistemas públicos de previdência da região. Ademais, ocorreu a aplicação de condições de acesso ao benefício mais fidedigno ao perfil demográfico da população, como a idade mínima para aposentadoria estar mais próxima da expectativa de vida dos indivíduos (MESA-LAGO, 2004). Enquanto a primeira consequência apresentada pelo autor pode ser encarada, decerto, como um fator positivo, afinal oferece maior estabilidade ao sistema, o último, por outro lado, pode ser atribuído como algo danoso para a qualidade de vida da população, por exigir que se trabalhe por mais tempo e até bem próximo do fim da vida.

Outro resultado marcante desta transformação foi a erosão do princípio da solidariedade com a substituição do sistema público por um privado individualizado. Neste caso, o contribuinte depende somente de si. O que à princípio é interessante, para os que ocupam posições laborais de boa remuneração, apresenta um risco maior a todos, pois caso não consiga custear

o seu fundo, ao longo do tempo, não terá direito a uma aposentadoria. Assim, ele passou a ser fundamentado em um:

*“principio de equivalencia estricta entre la cotización y el nivel de la pensión, que reproduce las desigualdades existentes en el mercado de trabajo y el salario, elimina la distribución entre generaciones y el traspasa al Estado la función redistributiva (externa al sistema privado), mediante la garantía de una pensión mínima y la concesión pensiones asistenciales” (MESA-LAGO, 2004, p.79).*

Assim, o meio para solucionar os problemas da região não foi mudar o neoliberalismo, mas aprofundá-lo. Duas estratégias foram utilizadas para isso: de um lado, a privatização do sistema público de pensão (de forma parcial ou completa) e de outro lado o Estado retirou-se das responsabilidades sociais para que o novo modelo assegurasse o bom funcionamento do mercado. Ele passaria a ser o principal provedor dos serviços essenciais.

As reformas dos anos 1980 e 1990, com base nessa dupla estratégia, ao combinar privatização com maior mercantilização, falhou, uma vez que no início dos anos 2000 a pobreza, indigência, a fome e a desigualdade eram maiores que o período de início. Ademais, a cobertura previdenciária reduziu (MESA-LAGO, 2004b; 2009).

Após o período de hegemonia do pensamento neoliberal – com a emergência de governos de coalização de centro-esquerda de cunho neodesenvolvimentista (CASTELAN, 2013) – os países da região iniciaram um movimento de contrarreforma de seus sistemas de proteção social. Segundo Mesa-Lago (2009), a conjuntura começou a modificar antes do fim da primeira década dos anos 2000, quando alguns países “re-reformaram” a proteção social, sobretudo, Chile, Uruguai, Argentina e Bolívia.

No Chile, em 2006, quase 25 anos após o maior exemplo da reforma estrutural na América Latina, a então presidente Michele Bachelet, atendendo uma promessa da sua campanha presidencial, iniciou um processo de contrarreforma para recriar um componente público para a previdência social, visto que o pilar privado não ofereceu as condições propagandeadas da época de sua criação. Bachelet criou um conselho consultivo em 2006 e, em 2007, este enviou ao Parlamento do país uma série de recomendações. Os parlamentares aprovaram 90% das recomendações e, por conseguinte, um novo sistema público teve início em julho de 2008 (MESA-LAGO, 2009). Em 2016, um novo mecanismo previdenciário<sup>46</sup> está sendo discutido no país e foi apresentado pelo governo Bachelet.

Na Argentina, em 2007, foi sancionada uma nova lei, a qual permitia a liberdade de escolha do assegurado entre os regimes previdenciários público e privado. Em 2008, foi realizada a completa nacionalização da previdência, eliminando o componente privado de seu sistema<sup>47</sup>, através de uma decisão presidencial e aprovação do parlamento.

Na Bolívia, outro exemplo representativo, ocorreu uma mudança ao implementar um sistema “assistencialista-previdenciário” universal e não contributivo, chamado *Renta Dignidad*, em 2007. Embora o valor do benefício ainda seja considerado reduzido<sup>48</sup>, se comparado a um salário mínimo, a política pública representa uma mudança na forma de tratamento da população idosa

---

<sup>46</sup> Inicialmente, o mecanismo previdenciário se chama *Mejores Pensiones* e alguns detalhes da proposta podem ser acessado em: <http://www.gob.cl/estas-las-propuestas-la-presidenta-michelle-bachelet-mejorar-sistema-pensiones/>

<sup>47</sup> Lei nacional nº26.425 de 2008.

<sup>48</sup> O *Renta Dignidad* transfere o valor mensal de 150 ou 200 bolivianos/mês, equivalente respectivamente a 1.800 ou 2.000 bolivianos/ano ao beneficiário, de acordo com o perfil.

nos países da região. Pois com este componente passou a ser garantida uma renda a toda a população acima de 60 anos que vive no país. Em 2010, o país tinha 100% das pessoas acima da idade mínima de aposentadoria recebendo pensão/aposentadoria<sup>49</sup> (OIT SECSOC, 2016).

Desta maneira, o início do século XXI representou uma nova mudança no curso da proteção social na região latino-americana. Se antes a ênfase era na reforma da previdência social para a incorporação do mercado, neste momento mais recente o destaque dado foi para o retorno da provisão pública.

Todavia, este processo de contrarreforma, com base na expansão da provisão pública na proteção social, possui a tendência geral em privilegiar as políticas assistenciais. Assim, não há uma generalizada retomada dos mecanismos públicos de previdência, mas a institucionalidade dos programas de transferências de renda condicionadas e focalizadas em uma parcela da população. Em poucos anos, cerca de vinte e um países da região estabeleceram mecanismos focalizados na população de maior grau de vulnerabilidade como forma de solucionar a pobreza e a extrema pobreza. Estes mecanismos têm tido cada vez mais a destaque na proteção social.

### **2.3 Assistência social: privilégio dos mínimos sociais na América Latina e Caribe (dos anos 1990 ao século XXI)**

Segundo Filgueira (2014), o desenvolvimento dos sistemas de proteção social da América Latina e Caribe pode ser dividido em quatro momentos

---

<sup>49</sup> Dados disponíveis no portal da *Social Security Department* (SECSOC) da Organização Internacional do Trabalho, acessado em [http://www.ilo.org/dyn/lossi/ssimain.home?p\\_lang=en](http://www.ilo.org/dyn/lossi/ssimain.home?p_lang=en)

históricos. O primeiro tem início no período colonial e prossegue até a Crise 1929 e, para o autor, neste momento a regulação do Estado era escassa e a assistência era concebida por caridade. O segundo momento é representado pelo surgimento dos primeiros seguros sociais, definidos como “medidas protetoras inespecíficas”, em um detalhamento mais simplificado do que a primeira classificação realizada por Mesa-Lago (1986). Esse segundo momento perdurou da criação dos seguros sociais até as décadas de 1970 e 1980, sendo interrompido pela crise da dívida pública dos Estados. Para o autor, o terceiro momento foi marcado pelo ajuste estrutural dos sistemas de proteção social, em conformidade com a segunda classificação elaborada por Mesa-Lago (2004).

O quarto momento para Filgueira (2014), é qualificado como uma “contra-reforma”, ou seja, a revitalização da proteção social pela ampliação da população coberta. Mas o enfoque atual, segundo o autor, é na assistência social. Ou seja, para garantir a proteção social como um direito a todos, os Estados têm ampliado a quantidade de pessoas e famílias atendidas por programas de transferência de renda condicionada.

Portanto, uma nova institucionalidade dos modelos de proteção social tem sido consolidada, com base no estabelecimento dos pisos de proteção social da OIT. De positivo, inicialmente, deve-se destacar o atendimento da parcela da população que sempre foi excluída dos tradicionais mecanismos.

Por conta dessa característica, Rocha (2013) acredita que o debate em torno da questão do universalismo das políticas sociais estaria solucionado, com a configuração deste novo paradigma da proteção social na região latino-americana. A autora acredita que a proteção através da oferta de mínimos

sociais, como a transferência de uma renda condicionada e focalizada na população mais pobre de cada país seria o equacionamento para questões estruturais, como a pobreza, a desigualdade e a fome. Assim, o entendimento é que as políticas de saúde, educação, habitação e previdência não precisariam mais ser providas pelo Estado para todos os cidadãos. Esses serviços deveriam ser adquiridos no mercado, a partir da renda mínima transferida periodicamente.

Apesar disso, é importante ressaltar que a demanda por políticas universais surgiu por uma questão econômica. E não apenas por uma decisão política ou ideológica. A relação disciplinada entre Estado e Mercado, conforme proposto por Keynes, pretendia garantir maior segurança e previsibilidade. O cerne era eliminar as ineficiências do mercado (TOWNSEND, 2002).

Para Titmuss (2008), a aplicação desses serviços públicos universais foi fundamental para derrubar as barreiras formais da discriminação. Um serviço público padrão e universal a ser oferecido a todos os indivíduos, independente da renda, da classe, da raça ou religião, eliminou a oferta de um padrão duplo ou triplo. Há maior homogeneização. Por outro lado, quando há uma diversidade de padrões – quando são oferecidos serviços de segunda classe para cidadãos de segunda linha e serviços de primeira classe para os cidadãos de primeira linha – são mantidas as estruturas das distinções e das desigualdades marcantes de uma sociedade.

O desenho institucional do *welfare state* universal – considerando os diversos mecanismos, programas, leis e normas – permitiu proporcionar maior segurança social e bem-estar à sociedade. Mas, além disso, auxiliou na

estabilidade socioeconômica, além de ter amenizado os efeitos das crises e facilitado a retomada econômica nas fases subsequentes a choques. .

As políticas de transferência de renda focalizadas foram largamente utilizadas nos países desenvolvidos. Nos modelos de *welfare state* mais integrados e generosos, a oferta de benefícios monetários foi combinada com a disponibilidade de serviços públicos desmercantilizados. Enquanto os mecanismos de transferência de renda foram destinados como solução às falhas de mercado e problemas de consumo (através da garantia de um padrão mínimo de segurança socioeconômica), os serviços públicos desmercantilizados (saúde, educação e outros serviços assistenciais) foram destinados à equalização da população, quanto ao status de cidadão. Ou seja, todos passam a ter igualdade de acesso, igualdade de condições e, sobretudo, igualdade de direitos (LAVINAS, 2013a).

A redução do *welfare state*, em favor de sistemas de proteção social residuais tende a prejudicar a oferta de bem-estar, causando maior desigualdade, além de potencializar as ineficiências econômicas, riscos e incertezas. Isto tende a causar reflexos nos mercados de produtos e seguros, por exemplo. Ao cabo, os indivíduos mais afetados com essas assimetrias são os mais vulnerabilizado de maneira a, por fim, demandar novamente a ação do Estado para solucionar as assimetrias de informação, de condições e oportunidades. No entanto, a transferência de uma renda mínima não modificará as “estruturas estruturantes” dessas desigualdades, nem deve ser encarada como a provisão pública solucionadora das questões mais urgentes da região.

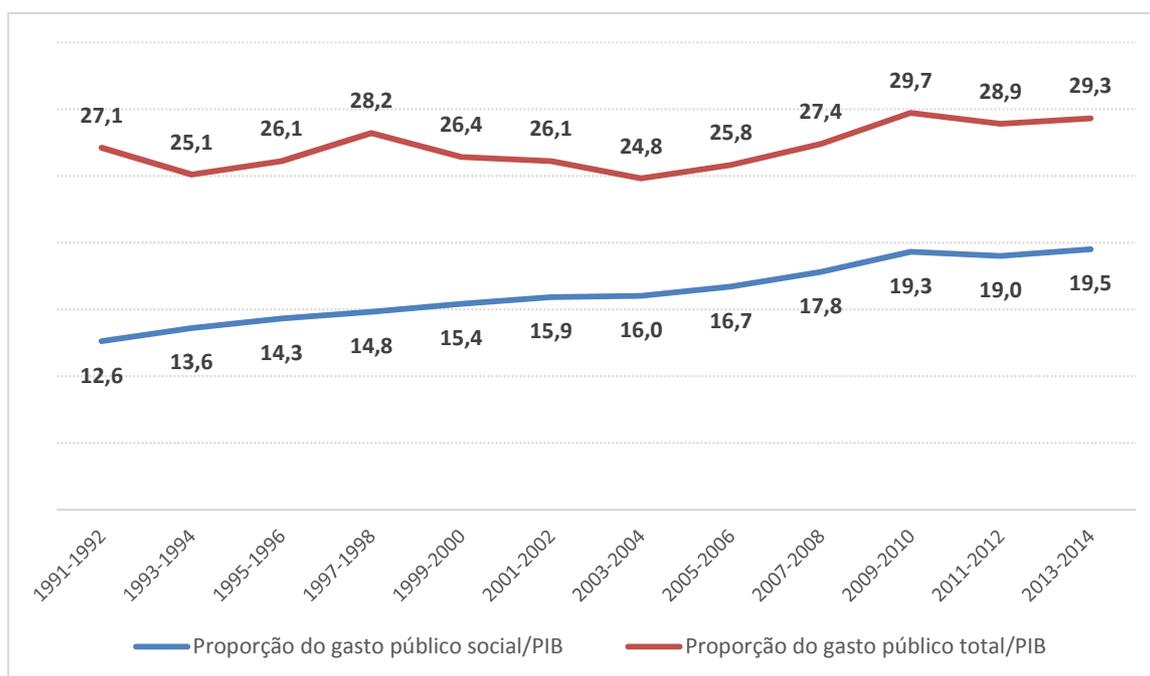
### **2.3.1 Privilégio dos mínimos sociais pela ótica do gasto público**

Embora a explanação teórica indique as perversidades causadas pelo privilégio da oferta dos benefícios monetários em detrimento dos serviços públicos desmercantilizados, a racionalidade político-econômica do *framework* global da atualidade tem privilegiado mais os mecanismos focalizados de transferência de renda.

Esse tipo de destaque fica mais evidente ao analisar o gasto público social dos países da região, presentes na figura 4. Para vinte e um países da região, a proporção do gasto público total em relação ao PIB tem sido oscilante, entre os anos de 1991 e 2014. Os motivos para esta tendência são diversificados, como as crises econômicas dos anos 1990, a necessidade de redução das atividades do Estado, privatizações, atendimento da cartilha neoliberal do Consenso de Washington, fim do ciclo de valorização das commodities, oscilação do PIB, entre outros.

Entretanto, se a proporção do gasto público total em relação ao PIB oscila durante todo o período, a proporção do gasto público social em relação ao PIB sempre foi crescente. Desde o biênio 1990-1991, o aumento foi de 6,9 pontos percentuais. Considerando o início e o fim dos anos 1990, o acréscimo foi de 2,8 pontos percentuais. E desde o início do século XXI até o biênio 2013-2014 o acréscimo se deu em 4,1 pontos percentuais, portanto em maior proporção (Figura 4).

Figura 4 – Proporções do gasto público total em relação ao PIB e do gasto público social em relação ao PIB, 1991-1992 a 2013-2014<sup>50</sup>:



Fonte: CEPAL (2016). \*Gasto médio de 21 países.

Esse destaque atual do gasto público social, pode ser representada pela proporção que possui em relação ao gasto público total. Conforme a tabela 3, o gasto público social aumentou em vinte pontos percentuais, passando de 46,4% no biênio de 1991-1992 para 66,6% no biênio 2013-2014. Segundo a CEPAL (2016), o principal responsável por este aumento foram os mecanismos de combate à pobreza, embora estes programas representem custos baixos para os países. Lavinas (2013b) e Cobo (2012) detalham que o gasto com os programas de transferência de renda varia entre 1,2 a 0,02 por cento do PIB, dependendo do país.

<sup>50</sup> Países considerados: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Bolívia, Trinidad and Tobago, Venezuela e Uruguai.

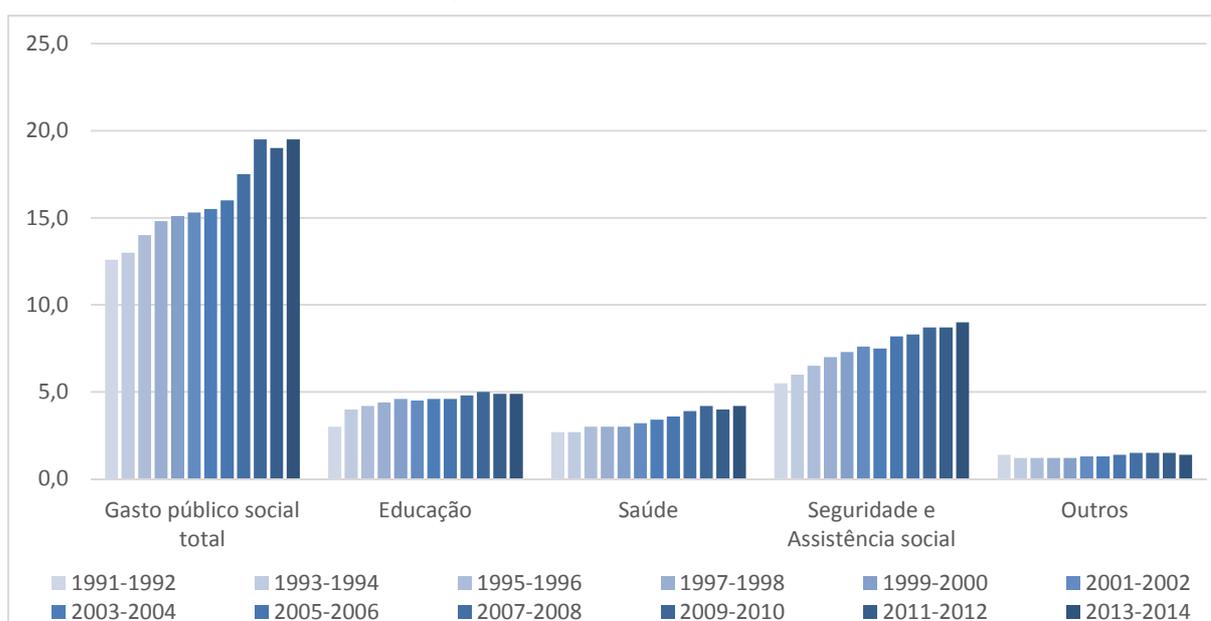
Tabela 3 - Gasto público social como uma parte da despesa pública total.

	1991-1992	1993-1994	1995-1996	1997-1998	1999-2000	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014
Percentual do gasto público social	46,5%	54,2%	54,8%	52,5%	58,3%	60,9%	64,5%	64,7%	65,0%	65,0%	65,7%	66,6%

Fonte: CEPAL (2016). \*Gasto médio de 21 países.

A avaliação do gasto público social decomposto por suas rubricas, ao longo do tempo, permite compreender melhor o cenário apresentado. Desta forma, é possível verificar o quanto a saúde, a educação e a assistência social tem tido destaque entre os países da região. Essa análise, por fim, permite identificar o modelo de proteção social que tem sido consolidado no período recente (Figura 5).

Figura 5 – Decomposição do gasto público social por função, de 1991-1992 a 2013-2014 (percentual em relação ao PIB):



Fonte: CEPAL (2016). Dados referentes a 21 países latino-americanos.

Conforme visto, entre os biênios de 1991-1992 e o 2013-2014, a proporção do gasto público social em relação ao PIB cresceu 6,8 pontos percentuais, passando de 12,6% para 19,5% (figura 4). Considerando as componentes desses valores no mesmo período, a proporção do gasto com a educação passou de 3,0% para 4,9% – um acréscimo de 1,9 pontos percentuais – e o gasto com saúde aumentou de 2,7% para 4,2% – adição de 1,4 pontos percentuais. A rubrica “outros” manteve a mesma proporção em todo o período: 1,4% (figura 5).

Com relação às políticas de educação, a expansão se deu, principalmente, pela ampliação da idade de atendimento. Alguns países passaram a adotar cobertura em idade pré-escolar (3 a 6 anos) e outros decidiram por atender a população em idade de 0 a 2 anos. Embora o incremento da proporção do PIB nesta esfera tenha sido o menor, para Cecchini, Filgueiras e Robles (2014) a “evidencia general muestra un importante incremento de la matriculación en primera infancia y escolarización temprana en la gran mayoría de los países” (p. 36).

No campo da saúde, Cecchini, Filgueiras e Robles (2014) detalham percursos específicos para cada país como formas da expansão do sistema de saúde na região. Enquanto o México adotou mecanismos focalizados, o Uruguai optou pela ampliação da cobertura para os familiares dos contribuintes dos seguros de saúde. Além disso, o Uruguai, a Argentina e o Peru ampliaram o acesso ao pilar público não contributivo – ou subsidiando a oferta privada – através de planos e programas destinados à população em situação de vulnerabilidade. Os autores descreveram ainda que a Colômbia universalizou a

cobertura com base em modelos segmentados e o Chile criou o AUGE<sup>51</sup>, um plano de acesso universal com cobertura progressiva em saúde.

Já a rubrica seguridade e assistência social passou de 5,5% para 9,0%, ou seja, um incremento de 3,5 pontos percentuais. O seu destaque se dá não somente por ser o maior montante, como também por ter o maior acréscimo bruto e relativo (Figura 5).

Reforçando esta perspectiva, Cobo (2012) assinala que o incremento do gasto público social se deu pela elevação de recursos financeiros em seguridade e assistência social. Ou seja, se deu pela recriação do componente público na previdência social, como também pela criação e expansão dos mecanismos de renda mínima focalizada e com a exigência de condicionalidades.

### **2.3.2 Onda propagadora das políticas de transferência de renda condicionada na América Latina e Caribe**

O primeiro mecanismo deste tipo surgiu no Chile, em 1981, durante a realização do laboratório do paradigma liberalizante para os países subdesenvolvidos (LAVINAS, 2013b). Apesar disso, as políticas focalizadas de transferência de renda já existiam em países da Europa – com a alcunha de *safety nets* – e, nestes casos, as políticas eram tidas como residuais, quando considerado a abrangência e cobertura das demais políticas do sistema de proteção social do país (COBO, 2012). Esses mecanismos nunca tiveram

---

<sup>51</sup> O *Acceso Universal de Garantías Explícitas* foi criado pela Lei Nº 19.666 e está em vigor desde 2005. Prevê que a ampliação da cobertura das patologias e enfermidades a cada 3 anos.

tamanho destaque no sistema de proteção social, como tem acontecido recentemente na América Latina.

Até o final da década de 1990, apenas 4 países tinham constituídos programas nacionais de transferência de renda condicionada na América Latina (Chile, Argentina, México e Honduras) (LAVINAS, 2013b). A criação desses mecanismos de renda mínima foi largamente incentivada pelos organismos internacionais. Este apoio não ficou restrito ao campo da pressão política, mas também teve papel fundamental no financiamento dessas políticas em vários países, sendo o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) os principais entes financiadores. Em alguns casos, o *Banco Centroamericano de Integración Económica* (BCIE) e o *Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento* (BIRF) também arcaram com suporte financeiro para a realização dessas políticas. Ademais, a República de Taiwan custeou, entre 2005 e 2010, parte do programa paraguaio (CEPAL, 2016).

Em consonância, a divulgação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pela Organização das Nações Unidas, em 2000<sup>52</sup>, ampliou o estímulo por este tipo de política pública, com o interesse de poder amenizar diversos dos objetivos e metas estabelecidas pela ONU.

Atualmente, 21 de um total de 33 nações existentes na América Latina e Caribe possuem políticas públicas deste tipo em âmbito nacional (COBO, 2012; LAVINAS, 2013b; CEPAL/DDS, 2016)<sup>53</sup>. Três países – Bolívia, Colômbia e

---

<sup>52</sup> 191 nações firmaram compromisso de atender os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU (2000). Os detalhes da divulgação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estão reunidos em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/overview\\_9540.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9540.htm)> acessado em 20/07/2016.

<sup>53</sup> Para maiores informações, visitar o portal na internet da *División de Desarrollo Social* da CEPAL: <http://dds.cepal.org/bdptc/#es> ou os sites dos diversos programas existentes no continente.

Uruguai – apresentam dois programas focalizados e com a exigência de condicionalidades. A tabela 4 reúne algumas características elementares, como o país da sua implementação, o perfil do beneficiário focalizado pelos programas, além da periodicidade da transferência da renda e o tempo máximo limite para permanecer como receptor da renda dos programas mapeados.

O perfil do selecionado por esses programas tem sido ampliado cada vez mais. No início, o foco era principalmente em crianças com vínculo escolar. Depois foram incorporadas as gestantes, lactantes e os idosos. Atualmente, há o entendimento de que os trabalhadores do mercado informal e/ou desempregados também devam participar.

Na lista de programas presentes na tabela 4, é possível verificar que somente em três países adotam todos os perfis para selecionar os seus beneficiários. Desta maneira, esses mecanismos ainda estão sendo alinhados às recomendações atuais da OIT (2012). Outros três países consideram todos os perfis, exceto os desempregados.

Em detalhe, todos os países têm critérios de seleção para crianças, dezesseis deles selecionam gestantes e lactantes, nove cobrem idosos e somente três (Argentina, Jamaica e México) já selecionam trabalhadores do mercado informal e/ou desempregados (tabela 4).

Tabela 4 – Características elementares dos atuais programas de transferência de renda condicionada na América Latina e Caribe:

Nome do programa	País	Crianças	Idoso	Gestante ou Lactante	Idade limite dos estudantes (anos)	Trabalhador informal/Desempregado	Periodicidade da transferência dos recursos	Limite de tempo (anos)
Asignación Universal por Hijo para Protección Social	Argentina	Sim	Não	Sim	18	Sim	Mensal	Não há
Building Opportunities for Our Social Transformation (BOOST)	Belize	Sim	Não	Sim	18	Não	Mensal	Não há
Bono Juancito Pinto	Bolívia	Sim	Não	Não	18	Não	Anual	Não há
Bono Madre Niña-Niño Juana Azurduy	Bolívia	Não	Não	Sim	-	Não	Mensal	Não há
Bolsa Família	Brasil	Sim	Sim	Sim	17	Não	Mensal	Não há
Ingreso Ético Familiar	Chile	Sim	Sim	Não	17	Não	Mensal	2
Más Familias en Acción	Colômbia	Sim	Não	Não	18	Não	Bimensal	Não há
Red Unidos	Colômbia	Não	Não	Não	18-35	Não	Bimensal	Não há
Avancemos	Costa Rica	Sim	Não	Não	25	Não	Bimensal	Não há
Bono de Desarrollo Humano	Equador	Sim	Sim	Não	16	Não	Mensal	Não há
Comunidades Solidarias*	El Salvador	Sim	Sim	Sim	15 (rural); 21 (urbana)	Não	Bimensal	3
Mi Bono Seguro	Guatemala	Sim	Não	Sim	15	Não	Mensal	Não há
Ti Manman Cheri Tou Nèf"	Haiti	Sim	Não	Não	Sem informação	Não	Mensal	Não há
Vida Mejor	Honduras	Sim	Não	Sim	18	Não	Bimensal	Não há
Programme of Advancement Through Health and Education (PATH)	Jamaica	Sim	Sim	Sim	17	Sim	Bimensal	Não há
Prospera. Programa de Inclusión Social	México	Sim	Sim	Sim	22	Sim	Bimensal	Não há
Red de Oportunidades	Panamá	Sim	Não	Sim	17	Não	Bimensal	Não há
Tekoporã	Paraguai	Sim	Não	Sim	14	Não	Bimensal	3
Juntos (Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres)	Peru	Sim	Não	Sim	14	Não	Bimensal	Não há
Progresando con Solidaridad	República Dominicana	Sim	Sim	Sim	21	Não	Mensal	Não há
Targeted Conditional Cash Transfer Program (TCCTP)	Trinidade e Tobago	Sim	Sim	Sim	Sem informação	Não	Mensal	2
Tarjeta Uruguay Social	Uruguai	Sim	-	Sim	17	Não	Mensal	Não há
Asignaciones Familiares	Uruguai	Sim	Não	Sim	17	Não	Mensal	Não há
Hijos de la Venezuela	Venezuela	Sim	Não	Não	17	Não	Mensal	Não há

Elaborado pelo autor. Fonte: CEPAL/DDS (2016), CEPAL (2016) e site de cada um dos programas listados acima.

Vanderborght e Van Parijs (2006) acreditam que os programas de transferência de renda não têm a necessidade de transferir renda todo o mês. Mas ela deve ser sempre constante. Dentre os programas analisados treze

transferem dinheiro aos beneficiários com a periodicidade mensal, dez adotam repasses a cada dois meses e apenas um está fundamentado em uma única transferência a cada ano. Neste caso, o país possui outro programa com transferência mensal.

Cinco países adotam tempo limite para participar da política pública. Nesses casos, a limitação é de dois (Chile e Trinidad e Tobago), três (Paraguai e El Salvador) ou cinco anos (Haiti) recebendo a renda transferida. Impor um tempo limite para participar da política pública pode ser encarada, em uma perspectiva positiva, como um incentivo à reinserção dos indivíduos no mercado de trabalho pela necessidade de obter uma renda. Por outro lado, pode ser percebida como um artifício promotor da individualização dos riscos, em que o indivíduo se torna o responsável por buscar solução para sua sobrevivência somente no mercado. O mais preocupante é que o intervalo de tempo estabelecido na região é curto para uma verdadeira transformação na formação de capital humano ou da qualificação profissional de um cidadão de maneira a poder competir adequadamente no mercado de trabalho. Assim, o limite imposto pode ser percebido como uma penalidade.

Na tabela 5, a seguir, estão listadas algumas das informações complementares dos programas mapeados como o nome, país, ano de criação, fonte financiadora, total de beneficiários. O ano de início dos programas, na tabela 5, não necessariamente marca o surgimento deste tipo de mecanismo no país. Na América Latina tem sido comum, quando muda o grupo político no poder nacional, este incrementar algumas poucas características, além de alterar o nome do mecanismo para estabelecer a identidade dele com o novo governo.

Tabela 5 – Características dos atuais programas de transferência de renda condicionada na América Latina e Caribe:

Nome do programa	País	Ano de criação	Fonte de financiamento:	Quantidade de pessoas beneficiárias	Proporção de pessoas cobertas no país (2015/2014)	Proporção de pessoas cobertas no país no início do programa	Periodicidade da transferência dos recursos	Limite de permanência (anos)	Custo anual em relação ao PIB	Proporção de pobres no país
Asignación Universal por Hijo para Protección Social	Argentina	2009	Recursos do país	1.897.418	8% (2015)	8,7% (2009)	Mensal	Não	0.5%	1,9% (2012)
Building Opportunities for Our Social Transformation (BOOST)	Belize	2011	Sem informação	3.177	3% (2012)	-	Mensal	Não	-	-
Bono Juancito Pinto	Bolívia	2006	Recursos do país	495.312	20,7% (2015)	11,58% (2006)	Anual	Não	0.18%	14,3% (2013)
Bono Madre Niña-Niño Juana Azurduy	Bolívia	2009	Recursos do país, BM e BID	52.253	2,2% (2015)	2,9% (2009)	Mensal	Não	0.08%	14,3% (2013)
Bolsa Família	Brasil	2003	Recursos do país e BM	53.926.739	26,6% (2015)	9,1% (2003)	Mensal	Não	0.48%	6,3% (2014)
Ingreso Ético Familiar	Chile	2012	Recursos do país	718.156	4,1% (2013)	4,1% (2013)	Mensal	2	-	2,8% (2015)
Más Familias en Acción	Colômbia	2001	Recursos do país, BM e BID	4.569.585	9,2% (2015)	6,9% (2007)	Bimestral	Não	0.14%	10,9% (2014)
Red Unidos	Colômbia	2007	Recursos do país	4.788.979	9,7% (2015)	3,3% (2008)	Bimestral	Não	-	10,9% (2014)
Avancemos	Costa Rica	2006	Recursos do país	156.792	3.15% (2015)	0.6% (2006)	Bimestral	Não	0.19%	7,1% (2014)
Bono de Desarrollo Humano	Equador	2003	Recursos do país	2.746.842	16.89% (2015)	33.28% (2014)	Mensal	Não	0.65%	10,1% (2014)
Comunidades Solidarias*	El Salvador	2005	BM, BID e outros organismos internacionais	546.300	8.58% (2014)	1.6% (2005)	Bimestral	3	0.24%	14,6% (2014)
Mi Bono Seguro	Guatemala	2012	-	2.104.115	13.02% (2015)	32.22% (2012)	Mensal	Não	0.06%	33,1% (2014)

Nome do programa	País	Ano de criação	Fonte de financiamento:	Quantidade de pessoas beneficiárias	Proporção de pessoas cobertas no país (2015/2014)	Proporção de pessoas cobertas no país no início do programa	Periodicidade da transferência dos recursos	Limite de permanência (anos)	Custo anual em relação ao PIB	Proporção de pobres no país
Ti Manman Cheri Tou Nèf"	Haiti	2015	Recursos do país	457.040	4.4% (2014)	3.7% (2012)	Mensal	Sim	0.1%	42,2% (2012)
Vida Mejor	Honduras	2015	Recursos do país, BM, BID e outros organismos internacionais	1.000.000	-	-	Bimestral	Não	Sem informação	43,3% (2013)
Programme of Advancement Through Health and Education	Jamaica	2001	BM	380.000	13.5% (2015)	6.8% (2003)	Bimestral	Não	0,34%	-
Prospera. Programa de Inclusión Social	México	2014	Recursos do país e BM	30.032.713	24,7% (2015)	24% (2014)	Bimestral	Não	-	14,2% (2014)
Red de Oportunidades	Panamá	2006	Recursos do país	304.189	7.6% (2015)	2.9% (2006)	Bimestral	Não	0.07%	9,8% (2014)
Tekoporã	Paraguai	2005	Recursos do país, BM, BID e outra nação	603.331	8.6% (2015)	0.4% (2005)	Bimestral	3	0.22%	17,7% (2014)
Juntos (Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres)	Peru	2005	Recursos do país e BID	3.307.379	10.7% (2015)	0,4% (2005)	Mensal	Não	-	7,5% (2014)
Progresando con Solidaridad	República Dominicana	2012	Recursos do país	2.058.884	24.9% (2014)	21.8% (2012)	Bimestral	Não	0.18%	15,7% (2014)
Targeted Conditional Cash Transfer Program (TCCTP)	Trinidad e Tobago	2005	Recursos do país	18.000	2.8% (2014)	1.4% (2006)	Mensal	Não	0.21%	-
Tarjeta Uruguay Social	Uruguai	2006	Recursos do país	376.388	7.8% (2013)	11.2% (2009)	Mensal	2	-	1,1% (2014)
Asignaciones Familiares	Uruguai	2008	Recursos do país	76.259	15.5% (2012)	9.78% (2008)	Mensal	Não	-	1,1% (2014)
Hijos de la Venezuela	Venezuela	2013	Recursos do país	1.286.844	4,2% (2016)	-	Mensal	Não	0.46%	12,1% (2013)

Elaborado pelo autor. Fonte: CEPAL/DDS (2016), CEPAL (2015) e site dos programas listados acima.

A quantidade de pessoas beneficiárias é um dado interessante pela magnitude do programa. A tendência histórica tem sido sempre de crescimento do contingente coberto, porém dois países apresentam redução, quando considerado o dado mais recente e o ano de início do programa. Há casos em que o contingente, em algum momento da existência da política pública, já foi maior do que o verificado na atualidade, como no Equador e Guatemala, portanto há oscilações na cobertura realizada.

No entanto, a magnitude do programa pode se dar pelo tamanho da população do país, afinal quanto maior ela é, maior tende a ser o porte programático. Neste aspecto, a análise mais adequada deve ser através da proporção da população nacional coberta por algum mecanismo. Em geral, essas políticas públicas não são tão extensivas, pois dentre o total listados na tabela 5, quatorze atendem menos de 10% da população do país. Cinco cobrem entre 10% e 20% e, por fim, quatro beneficiam entre 20% e 27%.

Um aspecto que marca a falha no porte e na cobertura pode ser verificado através da comparação das proporções da população atendida com a proporção da população em situação de pobreza. Neste caso, a preocupação não é de verificar precisamente a focalização realizada por essas políticas e sim de constatar, grosso modo, se o porte atenderia a necessidade do país. Neste sentido, enquanto nove países têm cobertura maior do que o hiato de pobreza, oito não possuem a cobertura adequada (Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haiti, Panamá, Paraguai e Venezuela)<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> Esta comparação não foi possível de ser feita para quatro nações, devido à falta de, ao menos, um dos dados necessários, como a cobertura realizada ou o hiato de pobreza do país. Os casos não analisados foram: Belize, Honduras, Jamaica e Trinidad e Tobago.

Esse tipo de mecanismo tem como vantagem a possibilidade de amenizar a pobreza, como ocorreu no Brasil (IPEA, 2010) e em outros países da região (CEPAL, 2011). Apesar disso, ele não tem sido suficiente para suplantarmos esta condição. Ou seja, a simples transferência de uma renda não proporciona condições adequadas de vida para efetivamente eliminar a condição de pobreza.

Ademais, há também a percepção de que este tipo de política consolide um círculo virtuoso na economia, pois o público alvo tende a gastar todo o recurso recebido, estimulando o incremento da demanda no país, ampliando as vendas e criando novos empregos no setor produtivo de maneira que, por fim, torna-se uma política macroeconômica favorável ao desenvolvimento econômico (SICSÚ, 2008).

### **2.3.3 Política social como instrumento da inclusão financeira**

Para o World Bank (2009), o mais interessante teria sido a mudança no relacionamento instituído entre o Estado e a população mais vulnerabilizada dos países da região. Isto considerando tanto o benefício transferido, quanto o aumento da demanda pela utilização dos serviços de saúde e educação, segundo as condicionalidades impostas aos beneficiários desses programas.

Por outro lado, a preeminência destes mecanismos em um sistema de proteção social rompe a lógica do universalismo de direitos e também do vínculo de solidariedade entre os indivíduos de uma sociedade. Afinal, ela enfatiza a individualização das responsabilidades pelos seus riscos. Se antes eles eram coletivos e sua gestão era uma atribuição do Estado, agora as necessidades passam a ser supridas através dos agentes do mercado (GILBERT, 2002).

Para concretizar este novo modelo, uma renda mínima precisa ser garantida. Como a inserção laboral nunca alcançou patamares de pleno emprego, ela passou a ser praticada através das políticas de transferência de renda condicionada. Assim, permite ser possível a incorporação ao mercado de consumo daquela parcela da população que antes estava alheia.

Ao mesmo tempo, este processo tem promovido a inclusão financeira dos beneficiários, com a exigência da abertura de contas em instituições financeiras e, por conseguinte, a ampliação do acesso aos serviços bancários, como o crédito (LAVINAS, 2015b). É a renda transferida pelo Estado que possibilita o custeio do uso dos serviços financeiros. Neste sentido, Lavinas (2013a) aponta a criação de um elo entre a elevada demanda reprimida por empréstimos de curto prazo e o sistema financeiro.

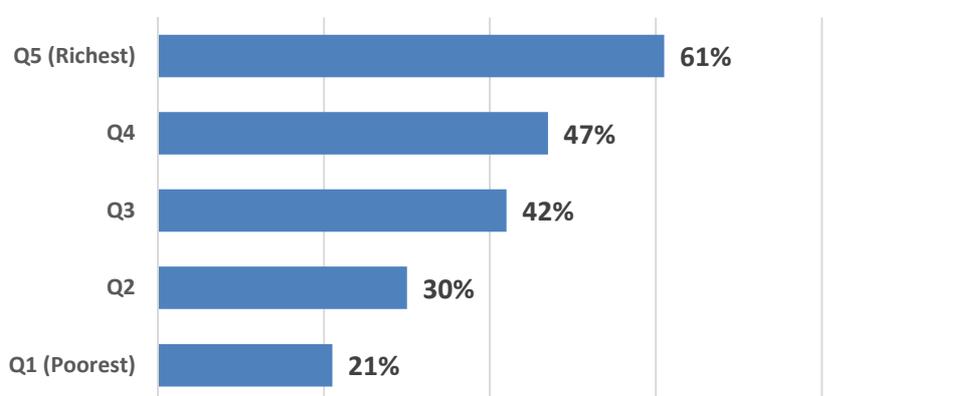
Segundo Boyer (2015), uma confluência de fatores entre 1980 e meados da década de 1990 facilitou o triunfo do capitalismo financeiro. Entre eles o autor enumera o colapso da união soviética, o fracasso do socialismo francês frente à crise econômica, o descrédito da socialdemocracia com a crise bancária e financeira do modelo sueco e, por fim, a decadência do capitalismo “mesocorporativista” do Japão, nos anos 1980. Com isso, decerto, triunfou a perspectiva econômica estadunidense em que:

*“la innovación financiera es el corazón del capitalismo moderno; asimismo, se observó un cambio radical en los distintos tipos de capitalismo; todos se enfocaban en la privatización del bienestar, la reducción de la recaudación y la apertura internacional para alcanzar el modelo de eficiencia estática”* (BOYER, 2015, p.308).

Um dado recente ilustra o processo de inclusão financeira na América Latina. Em 2011, cerca de 39% dos adultos latino-americanos tinham contas em

instituições financeiras. Com uma rápida expansão, após três anos, alcançou 51%. No mundo, o patamar de bancarização é maior, porém a expansão, proporcionalmente, é menor, passando de 51%, em 2011, para 62%, em 2014 (WORLD BANK, 2014).

Figura 6 – Adultos correntistas em uma instituição financeira formal, América Latina, 2011 (%):



Fonte: WORLD BANK, 2012.

Portanto, pela taxa mais recente de bancarização na América Latina é possível incorporar grande contingente populacional nas instituições financeiras. Os mais pobres representam, sobretudo, o segmento mais suscetível a esta investida. No início da década, conforme a figura 6, apenas 21% dos integrantes do quintil mais pobre da região tinham conta em instituições financeiras (WORLD BANK, 2012). Na investigação mais recente o World Bank (2014) verificou que 28% deste público tinham conta em instituição financeira, permanecendo com as maiores possibilidades de expansão do mercado.

O mesmo estudo do World Bank possibilitou verificar a expansão de empréstimos, de um modo geral, tomados em instituições financeiras. No

continente latino-americano, o uso deste serviço financeiro passou de 7,9%, em 2011, para 11,3% em 2014 (WORLD BANK, 2014). Mas no Brasil, a quantidade de tomadores de empréstimos na modalidade pessoa física nessas instituições financeiras saltou de 7,2 milhões de pessoas, em 2003, para 30 milhões em 2010 (BCB, 2010)<sup>55</sup>.

A bancarização dos pobres tornou-se uma faceta importante do novo modelo de proteção social<sup>56</sup>. Não pelo propósito da equidade ou de justiça social, mas com base em vantagens econômicas. O Banco Mundial, dentre outros organismos internacionais, tem auxiliado nesta mudança de compreensão dos sistemas de proteção social. Para a instituição, a emancipação da pobreza ocorrerá com a inclusão financeira e o uso dos serviços bancários de maneira a permitir uma condição melhor para o desempenho das atividades econômicas empreendedoras. Segundo o Global Findex 2014 do World Bank:

“Financial inclusion is critical in reducing poverty and achieving inclusive economic growth. When people can participate in the financial system, they are better able to start and expand businesses, invest in their children’s education, and absorb financial shocks. (WORLD BANK, 2014)”.

Ademais, esta transformação da proteção social está em conformidade com os propósitos recentes do FMI, de que o não há uma economia vibrante quando não há consumidores<sup>57</sup>. Portanto, a onda expansionista das PTRC na

---

<sup>55</sup> Dados obtidos no II Relatório de Inclusão Financeira, elaborado pelo Banco Central do Brasil, em 2010.

<sup>56</sup> Henrique Meirelles, atual Ministro da Fazenda da República do Brasil (2016-), apresentou a proposta em um seminário em outubro de 2009, quando era presidente do Banco Central do Brasil, cargo exercido entre 2003 e 2011. Fonte: <[http://www.bcb.gov.br/pec/apron/apres/Bancarizacao\\_v02\\_28-10-09.pdf](http://www.bcb.gov.br/pec/apron/apres/Bancarizacao_v02_28-10-09.pdf)> acessado em 07/08/2016.

<sup>57</sup> LAVINAS (2013a) aponta apresentação de Eliot Harris, durante o *Seminar on the Social Protection Floor* realizado pela Friedrich-Ebert-Stiftung (Berlin, novembro de 2012).

América Latina e Caribe facilita o processo de mercantilização da sociedade, uma vez que incorporou mais de setenta<sup>58</sup> milhões de consumidores.

O incremento da renda transferida pelo Estado, bem como da possibilidade de uso dos empréstimos e dos novos produtos financeiros, após a maior inserção bancária, permitiu que os pobres e os ricos passassem a compartilhar o status de consumidor. Apesar disso, não há equivalência no campo da cidadania. Não há serviços universais para equalizar a população de modo que ricos e pobres continuem com diferenças marcante.

Este novo arquétipo de proteção social se distancia dos modelos garantidores de bens e serviços universais e desmercantilizados em alguns países desenvolvidos. Aqueles que permitiram maior grau de redistribuição de renda, eliminando assimetrias e barreiras sociais, fundamentais, para concorrer em melhores condições no mercado de trabalho.

#### **2.4 Breves conclusões quanto a proteção social na América Latina e Caribe**

A proteção social na América Latina e Caribe acompanhou, em certa medida, as tendências internacionais. Nunca logrou êxito em oferecer serviços e cobertura semelhante aos modelos mais generosos. Entretanto, o conjunto de países da região conseguiu consolidar um sistema mais completo do que a África e a Ásia.

O papel do Estado na proteção social tem modificado ao longo do tempo. Até a realização do ajuste estrutural, entre os 1980 e 2000, a provisão pública

---

<sup>58</sup> Em uma estimativa da CEPAL/DDS (2016), as PTRCs na América Latina e Caribe transferem renda periodicamente para cerca de 72.487.656 pessoas, ou seja, quase 15% da população.

era segmentada e tida como inadequada. A hegemonia do pensamento neoliberal e o alinhamento político-governamental a esta corrente ideológica modificou o entendimento de como o bem-estar deve ser concebido.

Ocorreu um deslocamento da concepção normativa a respeito do acesso às políticas públicas – e, sobretudo, as sociais – do âmbito do direito do cidadão para uma institucionalidade mais frágil, seja pela necessidade do indivíduo, seja pelo mérito do contribuinte.

Apesar desta perspectiva representar piora nas condições de bem-estar da população, por não consolidar a proteção social como um direito universal e desmercantilizada, ela permanece como o paradigma atual. Ou seja, mais políticas de cunho neoliberal são adotadas para solucionar os problemas de causa neoliberal. É neste sentido que dois recentes governantes de centro-direita – como no Brasil<sup>59</sup> e na Argentina<sup>60</sup> – reforçaram, a centralidade das políticas de transferência de renda condicionada. Ao mesmo tempo, constringem algumas políticas sociais que de fato poderiam transformar as condições estruturais da região, como a iniciativa do atual Ministro da Saúde do Brasil em ampliar a provisão privada com a oferta de planos de saúde de cobertura reduzida para o segmento populacional de baixa renda.

Estas decisões estão alinhadas com a atual finalidade da proteção social, submetida às questões dos agentes financeiros, para estimular a provisão

---

<sup>59</sup> O presidente interino da República Federativa do Brasil reajustou o valor transferido aos beneficiários do Programa Bolsa Família em 12,5%, ou seja, acima da inflação do último ano. Fonte: <<http://www2.planalto.gov.br/presidente-em-exercicio/noticias/2016/06/presidente-temer-reajusta-bolsa-familia-acima-da-inflacao>> acessado em 05/08/2016.

<sup>60</sup> Maurício Marci, presidente eleito em 2015 na República Argentina, reajustou em 15% o valor transferido aos beneficiários do Asignación Universal por Hijo. Fonte: <<http://www.lanacion.com.ar/1870145-asignacion-universal-por-hijo-paso-de-837-pesos-a-966-pesos>> acessado em 05/08/2016.

via mercado (SOEDERBERG, 2013a) e, sobretudo, expandir a inclusão financeira e o uso do crédito para alavancar o consumo de massa. Assim, o propósito da política social deixou de assegurar níveis crescentes de bem-estar para atuar como colateral, ou seja, estimular a mercantilização da vida social (LAVINAS, 2015a).

Em outra direção, a República do Chile tem desenvolvido a provisão pública e universal da esfera social, portanto, em uma perspectiva mais inclusiva e, talvez, transformadora. O sistema de educação superior do país recebeu uma série de críticas pelas consequências da privatização, principalmente pelo valor da mensalidade<sup>61</sup> e pelas condições de acesso, pois conforme resumido por Muñoz (2011; p.48) as *“pruebas de admisión establecen criterios y efectos de diferenciación, que en la práctica conducen a la selectividad y probablemente a la estigmatización”*. A legislação atual da presidência<sup>62</sup> da República do Chile é oferecer ensino superior gratuito e universal até 2020 a um custo previsto de 1,7% do PIB do país.

Portanto, assim como na era de ouro do *welfare state* europeu, o governo chileno, ao que tudo indica, está em busca de *“una estricta supervisión del mercado y una fuerte intervención pública a la vez redujeron las desigualdades y promovieron un crecimiento rápido y relativamente estable”* (BOYER, 2015, p.321).

---

<sup>61</sup> A mensalidade é uma das mais caras do mundo, quando comparado ao poder aquisitivo do chileno (MUÑOZ, 2011).

<sup>62</sup> Michelle Bachelet, governante da República do Chile desde 2014, aprovou nova lei para oferecer educação universal gratuita em instituições públicas e privadas. A nova norma prevê aumento gradativo da cobertura universal, de modo que em março de 2018 cubra 70% dos alunos tidos como vulneráveis e, em 2020, ofereça o serviço universal.

É necessário construir uma nova perspectiva para a proteção social. Para Uthoff (2006) o desafio atual é incorporar um financiamento solidário para um sistema de aposentadorias e pensões, combinando mecanismos contributivos e não contributivos. Deve-se fugir da lógica atual para compor um novo pacto em prol da ampliação da proteção social e, desta forma, configurar um sistema que permita reduzir as desigualdades e melhorar as condições de bem-estar de toda a população. Suplantar o sistema de proteção dual, residual e fortemente seletivo para uma nova institucionalidade inclusiva e promotora da cidadania, como nunca foi instituído na região.

## **Segunda Parte: Os desafios atuais da proteção social no Brasil e no Chile: aspectos centrais da saúde e da previdência.**

A aparente similaridade das nações latino-americanas, por conta do idioma e processos de colonização, é suplantada pelas diversas particularidades histórico-sociais, configurações político-partidárias, além da falta de sincronia cronológica dos eventos correlatos entre os países.

Em conformidade, a configuração institucional da proteção social dos países da América Latina é díspar. Cada país possui uma matriz de proteção social bem particular e, segundo Cecchini, Filgueiras e Robles (2014), cada uma pode ser classificada como única, pois o *“contexto en que se desenvuelve le es propio. Única porque la combinación de políticas no admite repetición. Única también porque la economía política que caracteriza sus posibilidades y limites no posee gemelos”*.

Devido a essas particularidades e diferenciações, os paradigmas da proteção social têm sido importantes para fundamentar e referenciar o debate a respeito das questões centrais deste campo analítico. Permitem desenvolver comparações entre os diversos países, segundo as características dos tipos ideais (TITMUSS, 1963). De acordo com o conteúdo abordado nos capítulos anteriores, os distintos modelos de proteção social são adotados como *proxy* para um conjunto de mecanismos de proteção social, leis, regras e instituições consolidadas em um determinado país ou região, instrumento útil para simplificar o entendimento a respeito da arquitetura institucional da seguridade social.

Recentemente, foi possível verificar uma tendência internacional de convergência das características do campo da proteção social em diversos

países, independente da classificação ou tipologia que mais se adequa ao seu desenho (BOYER, 2015). As nações têm adotado, cada vez mais, políticas similares para solucionar problemas *à priori* semelhantes.

Isto se deve, sobretudo, ao fracasso das alternativas ao capitalismo de mercado, durante as décadas de 1990 e 2000, assim como ao êxito do capitalismo dominado pelas finanças no século XXI. Desta forma, o rearranjo da relação capital-sociedade-estado pode estar favorecendo a uniformização dos diferentes modelos de proteção social, com o maior envolvimento dos ministros da área econômica na elaboração e implementação de políticas voltadas apenas para o estímulo da demanda da economia. Além de priorizar o uso das transferências de renda mínima como política suficiente para atender as necessidades básicas da população (JENSON, 2012; BOYER, 2015).

Com a passagem do capitalismo fordista para o capitalismo financeiro, as relações – em quase todas as esferas da sociedade – passaram a ser crescentemente validadas de acordo com as orientações do mercado financeiro.

Para Boyer (2015):

“El triunfo del capitalismo dominado por las finanzas se debió (...), en el sentido de que la innovación financiera es el corazón del capitalismo moderno; asimismo, se observó un cambio radical en los distintos tipos de capitalismo; todos se enfocaban en la privatización del bienestar, la reducción de la recaudación y la apertura internacional para alcanzar el modelo de eficiencia estática. (...) De este modo, en caso de propiciar la volatilidad, el modelo capitalista se convierte en un círculo virtuoso para la economía que sigue su ejemplo y en un círculo vicioso para el resto, por lo que todos los países intentaron imitar la estrategia estadounidense” (p.308).

Alinhada ao restante do mundo, a proteção social na América Latina e no Caribe sofreu modificações significativas a partir da segunda metade do século XX e no início do XXI. Se antes o ajuste estrutural criou uma nova institucionalidade em países como Chile e Peru, em outros não foi além de um

ajuste paramétrico, caso brasileiro, mantendo as bases elementares anteriores (MESA-LAGO, 2009).

No entanto, no início do século XXI, há uma tendência em consolidar um modelo combinando, de um lado, a provisão pública limitada e residual e, de outro lado, espaço ampliado para a atuação dos agentes do mercado. A popularidade das políticas focalizadas de transferência condicionada de renda, em várias nações da região, bem como a contrarreforma da seguridade social tem promovido uma maior convergência das características da proteção social dos países latino-americanos (LAVINAS, 2013; MESA-LAGO, 2009).

Neste sentido, é plausível levantar como hipótese que os sistemas de proteção social de dois países podem ser tomados como exemplares na América Latina no tocante à proteção social estariam convergindo, embora sejam classificados por Mesa-Lago (2004) e Cecchini, Filgueiras e Robles (2014)<sup>63</sup> como tendo perfis distintos de proteção social.

O Chile, tido como tradicional exemplo neoliberal na América Latina tem ampliado a provisão pública na esfera do bem-estar social. Os principais exemplos deste recente movimento são: a criação de um pilar público não contributivo para aposentadorias/pensões com o objetivo de garantir uma renda monetária à população idosa que não conseguiu financiar uma conta de previdência privada (MESA-LAGO, 2009); a regulação da saúde, garantindo

---

<sup>63</sup> Os autores elaboraram uma classificação dos países latino-americanos, a partir da análise de combinação de conglomerados hierárquico (distância re-escalados), com base em 6 estatísticas nacionais: PIB *per capita*; taxas combinadas de dependência demográfica; participação dos trabalhadores assalariados que aportam no sistema de seguridade social; gasto social real per capita; proporção do PIB gasto com seguridade social e assistência social; proporção de pessoas com mais de 15 anos de idade que estão ocupadas e com renda inferior à linha de pobreza Cecchini, Filgueira e Robles (2014).

serviços mínimos a serem oferecidos à população; bem como a ampliação do mecanismo focalizado de assistência social.

O Brasil, onde deveria prevalecer a provisão pública na previdência social, na saúde e também na educação, tem revelado novas tensões em favor da ampliação da provisão privada nos últimos anos. Conforme Fagnani (2011), mesmo com a promulgação da Constituição Federal de 1988, as ondas liberalizantes no país têm favorecido a participação dos agentes do mercado e, desta forma, a aproximação das suas características ao modelo chileno. Neste sentido, dois marcos do caso brasileiro reforça esta tendência de convergência: as alterações em curso na aposentadoria pública – dificultando as condições de concessão do benefício e restringindo o aumento do teto do salário-de-benefício – favorecendo o mercado de previdência privada; assim como o subfinanciamento da saúde pública impede a melhora da qualidade do serviço e estimula a crescente participação privada, mesmo com a determinação legal de um sistema público e de acesso universal (VIANNA, 2004; GENTIL, 2016).

Ambos têm consolidado cada vez mais a provisão de bem-estar pública focalizada na parcela populacional em piores condições socioeconômicas. Materializa a oferta dos mínimos sociais destinados aos pobres pelo Estado, com base na segmentação do serviço, a partir do critério de renda. Abandona a condição de cidadania, deixando de ser destinado a todos, independentes se são homens ou mulheres, trabalhadores ou não trabalhadores e se ricos ou pobres.

É importante sublinhar que essas mudanças estão alinhadas à proposta do *Social Protection Floor*, ou pisos de proteção social (PPS), da OIT com o

propósito de estabelecer uma oferta pública assentada numa rede de mínimos sociais complementados pela provisão dos agentes do mercado.

Em contraponto, é fundamental considerar que o sistema de proteção social deve ser composto por “um conjunto diverso de políticas ou intervenções, diretas e indiretas, cujo objetivo é reduzir riscos e vulnerabilidades, com base em direitos, garantindo segurança. Ele se efetiva mediante transferências sociais – em renda monetária – ou serviços dirigidos aos indivíduos e às famílias” (LAVINAS, 2006, p. 5). Os sistemas de proteção social diferem entre si quanto ao grau de responsabilidade atribuído ao Estado na função de prover bem-estar à sociedade. Diferem ainda em relação à cobertura estabelecida pelos mecanismos de proteção social, podendo ser universal – em que os serviços são oferecidos a todos – ou focalizado – em que os serviços e/ou a transferência de renda são disponibilizados somente para alguns grupos da sociedade – como tem sido proposto pela OIT (2012).

Os próximos dois capítulos têm por objetivo evidenciar as propriedades da seguridade social brasileira e chilena, em particular seus movimentos mais recentes na previdência social, no sistema de saúde e na assistência social. O propósito é demonstrar que Brasil e Chile estão convergindo, embora partam de situações diferentes. No caso do Brasil, as restrições à consolidação da seguridade social universal tem favorecido a ampliação da provisão privada. No caso do Chile, ao contrário, parte-se de um modelo de quase exclusiva provisão privada para incrementar a ação pública, embora a expansão tenha sido com base na focalização, ofertando mínimos sociais aos mais pobres.

### **Capítulo 3. Seguridade social no Brasil: desenvolvimento histórico e os desafios desestruturantes**

No Brasil, os primeiros traços de compromisso com proteção social datam das primeiras décadas do século passado, ganhando maior notoriedade a partir de 1930, quando surge o seguro social, fundamentado em um modelo contributivo com exigência de inserção ocupacional.

Durante a Primeira República, um aspecto importante no campo do bem-estar foi a criação da caixa de aposentadoria e pensões (CAP), um fundo privado. Em 1923, o primeiro mecanismo deste tipo no país foi organizado entre empregador e empregado por empresa do setor ferroviário (MALLOY, 1976). As CAP criadas pelos ferroviários serviram como modelo para outras categorias, de maneira que os estivadores e os marítimos logo criaram suas CAP (KERSTENETZKY, 2012). Quase uma década depois, existiam 33 mecanismos deste tipo no Brasil (TEIXEIRA, 1990).

A Revolução de 1930 promoveu uma mudança radical na história do país, incluindo o campo da proteção social. Neste período ocorreu uma expansão mais intensa das políticas e/ou intervenções públicas – direta e indireta –, com o objetivo de reduzir riscos e vulnerabilidades, fundamentados em direitos e garantias.

Segundo o Dicionário Histórico-Bibliográfico brasileiro (CPDOC, 2016)<sup>64</sup>, as “mudanças políticas, sociais e econômicas que tiveram lugar na sociedade brasileira no pós-1930 fizeram com que esse movimento revolucionário fosse

---

<sup>64</sup> Os verbetes do DHBB podem ser acessados on-line em: <<http://cpdoc.fgv.br/acervo/dhbb>>.

considerado o marco inicial da Segunda República no Brasil”<sup>65</sup>. Para Draibe (1989), Fleury (1994) e Medeiros (2001), durante a Era Vargas (1930-1945), vários mecanismos da proteção social brasileira foram constituídos.

A Era Vargas representou uma transformação mais qualitativa do que quantitativa, uma vez que o gasto social não ultrapassou 3% do PIB do país, ocorrendo através da criação de novas leis e benefícios, bem como pela reorganização do arquétipo da proteção social nacional (KERSTENETZKY, 2012).

Para Medeiros (2001), a primeira parte da Era Vargas representou “um movimento de criação de base institucional-legal para as políticas sociais”, com enfoque autoritário. Neste período, entre os anos 1930 e 1937, foi possível instituir uma nova legislação trabalhista<sup>66</sup>, centralizar as políticas de educação e saúde no Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública, além de estatizar a previdência social.

No campo das relações de trabalho, o aumento da intervenção do Estado na economia se deu principalmente pela cooptação de grupos de trabalhadores. Definida como “cidadania regulada”, o Estado concebia os trabalhadores como base de sustentação do governo, ao passo que evitava o alinhamento político dos membros dos movimentos trabalhistas junto à oposição política (SANTOS, 1979). Além disso, conseguia despolitizar as relações de

---

<sup>65</sup> Esta passagem foi extraída do verbete “Revolução de 30” do Dicionário Histórico Bibliográfico brasileiro do Centro de Pesquisa e Documento da História Contemporânea do Brasil (CPDOC / FGV).

<sup>66</sup> A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, foi responsável por unificar as normas e regras existentes a respeito do tema no Brasil. Obteve relevância por inserir, de forma definitiva, os direitos trabalhistas na legislação brasileira e a sua função principal era regulamentar as relações individuais e coletivas de trabalho, assim como estabelecer os direitos e deveres do empregador e do empregado.

trabalho de modo a deslegitimar as organizações dos trabalhadores (MEDEIROS, 2001).

Para Sônia Draibe, este período se destaca pela nacionalização das políticas sociais, com base na “centralização no Executivo Federal, de recursos, de instrumentos institucionais e administrativos e resguardados de algumas competências típicas da organização federativa do país” (DRAIBE, 1989, p.8).

Fato representativo desta mudança, em meados da década de 1930, foi a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) pelo governo federal, tido como uma inovação da administração pública. O primeiro IAP foi destinado aos marítimos e seu estabelecimento data do ano de 1933. Com os IAP, as aposentadorias e pensões passaram a ser organizadas por categoria profissional e não mais por empresa, como ocorria com as CAP. Além disso, o financiamento passou a ser do tipo tripartite, característico do modelo *bismarkiano*.

Portanto, a participação do Estado neste aspecto foi ampliada, tendo como principal novidade a mudança da sua função, deixando de ser apenas um órgão regulador para ser o agente responsável pelos aparelhos da proteção social. Ao mesmo tempo, esta foi uma forma de tentar conciliar as demandas e as necessidades da sociedade civil no interior do aparelho estatal, além de centralizar a administração dos recursos financeiros dos IAP.

Assim, os IAP configuram a substituição dos fundos e caixas privadas (seguros coletivos privados) por um seguro social público. Este novo modelo promoveu um certo grau de uniformização dos benefícios e serviços, uma vez que contemplava a categoria e não mais os funcionários de uma empresa. Ademais, constituiu um avanço por reunir mais contribuintes e cobrir uma parcela

maior de riscos, reduzindo as incertezas de pagamento dos benefícios (MEDEIROS, 2001).

Apesar da expansão dos IAP no país, grande parcela da população permanecia à margem deste mecanismo de proteção social. O sistema previdenciário não contemplava nem os trabalhadores rurais, nem os trabalhadores urbanos do setor informal (SANTOS, 1979). Em geral, sua cobertura sempre foi segmentada e muito pequena, pois a proteção estava em função da inserção na estrutura ocupacional, e vinculada ao trabalho formal em um contexto de elevadas taxas de desemprego e de trabalho informal. Desta forma, o sistema contributivo deixou de fora uma grande parcela da população e permaneceu o desafio de incorporar os não contribuintes (UTHOFF, 2006).

A segunda parte da Era Vargas, o Estado Novo entre os anos 1937 e 1945, correspondeu segundo Medeiros (2001), à “passagem definitiva de uma sociedade de base agrária para uma sociedade urbano-industrial”.

Conforme Malloy (1979) *apud* Kerstenetzky (2012), o governo Vargas representou um avanço, se comparada à Primeira República. No entanto, a cobertura dos serviços de saúde permanecia bastante limitada: em 1950, não alcançava 7% da população do país, ou seja, quase 20% da população economicamente ativa. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS), contando com uma verba pública extremamente limitada, o que denotou o pouco prestígio da pasta.

O gasto social brasileiro alcançou 3% do PIB em 1960, embora não se tenha assistido a grandes transformações na proteção social do país. Duas medidas mais pesaram para isso: i) em primeiro lugar, o aumento<sup>67</sup> do salário-

---

<sup>67</sup> O salário-mínimo (SM) foi outra instituição importante criada na Era Vargas, sendo estabelecido pelo Decreto-lei datado de 1938 e efetivado como política pública somente a partir

mínimo de modo a aproximar seu valor aos preceitos constitucionais; ii) posteriormente, pesou a incorporação de mais grupos de trabalhadores na previdência social sem a exigência de contribuições prévias (KERSTENETZKY, 2012).

Em 1960, o campo da previdência apresentou um avanço em direção à universalidade do sistema com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social<sup>68</sup> (LOPS). Sua importância se deu pela incorporação dos trabalhadores informais, mantendo excluídos os trabalhadores rurais. Pretendia uniformizar a seguridade social com a oferta de 18 benefícios e serviços, porém, as desigualdades pré-existentes permaneceram, visto que a segmentação da previdência foi mantida (FLEURY, 2004).

Em 31 de março de 1964, foi deflagrado um golpe militar contra o governo legalmente constituído do presidente João Goulart. Alheio à extrema violência e repressão político-cultural do Regime Militar, uma primeira mudança na seguridade social foi a instituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, exceto para os servidores públicos civis e militares. Com isso, os IAP foram encerrados, sendo os benefícios uniformizados, sob um sistema centralizado (CPDOC/FGV, 2016).

O Regime Militar rompeu com o projeto redistributivista<sup>69</sup> do governo anterior, porém prosseguiu com a inclusão de novos grupos populacionais e

---

de 1940. Conforme Kerstenetzky (2012) destacou, o salário-mínimo deveria atender as necessidades do trabalhador e/ou trabalhadora quanto à alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte e passou a atender as necessidades da família somente com a promulgação da Constituição dos Estados Unidos do Brasil em 18 de setembro de 1946. O salário-mínimo foi reajustado em 100%, no ano de 1953, pelo ministro do trabalho João Goulart, durante o governo de Getúlio Vargas.

<sup>68</sup> A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, pode ser encontrada em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L3807.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm)> acessado em 06/10/2016.

<sup>69</sup> Duas medidas deste projeto redistributivista foram: i) a instituição do salário família para os trabalhadores urbanos cobertos pela CLT; ii) reforma agrária iniciada com o decreto para desapropriação de propriedades rurais.

segmentos de trabalhadores na previdência, como aqueles oriundos do meio rural, em 1971<sup>70</sup>, e as empregas domésticas, em 1972<sup>71</sup>.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a finalidade de administrar os recursos das instituições deste campo. Segundo Kerstenetzky (2012), apesar da ampliação da cobertura de beneficiários, ocorreu a redução do escopo de benefícios e serviços oferecidos, ou seja, houve uma melhora quantitativa da população coberta, mas recuo qualitativo do sistema.

Desde o início do governo militar, a saúde passou a ser expandida via participação do mercado privado. Um pilar público residual era oferecido para uma parcela da população compreendida entre os estratos médios e altos de renda, financiadores de um sistema público contributivo. Além disso, alguns tinham acesso a um pilar privado considerado como de melhor qualidade (KERSTENETZKY, 2012).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS<sup>72</sup>), em 1977, teve a finalidade de prestar atendimento médico e dentário aos contribuintes da previdência social e seus dependentes. Desta forma, permanecia como um mecanismo segmentado e de abrangência restrita. Segundo Fagnani (2005, p. 32), um aspecto privatizante do INAMPS era a “compra de serviços do setor privado credenciado (hospitais, laboratórios e

---

<sup>70</sup> Os trabalhadores rurais foram incorporados pela Lei Complementar nº 11/1971, ao criar o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-rural) alinhado ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Este concedeu ao trabalhador e seus dependentes 5 benefícios: serviço saúde, serviço social, auxílio-funeral, aposentadoria por velhice e aposentadoria por invalidez.

<sup>71</sup> As empregadas domésticas foram incorporadas ao INPS com a LEI Nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972 Fonte: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5859.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5859.htm) >.

<sup>72</sup> O INAMPS era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Surgiu de um desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), conhecido atualmente como Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Foi criado pela Lei nº 6.439.

médicos). Via de regra, o INAMPS pagava por “unidades de serviço” (atos médicos e cirúrgicos)”. O volume de faturas emitidas pelas entidades privadas limitava a conferência das contas pagas (FAGNANI, 2005).

Ao mesmo tempo, o apoio ao setor privado se deu por financiamento público, com a aquisição de serviços e seguros pelo governo federal. Este modelo era classificado como “universalismo básico”, pois se fundamentava na “massificação, sem universalização efetiva, com ampliação desigual da proteção social e oportunidades” destinadas a alguns grupos profissionais (KERSTENETZKY, 2012, p.201).

Em seguida a expansão do mercado privado de saúde se deu pelos convênios dos seguros estabelecidos com as empresas, privilegiando o trabalhador formal. A expansão do sistema de saúde contributivo teve lugar valorizando a racionalidade econômica, ou seja, o seu incremento ocorreu em concomitância à criação de novos vínculos de trabalho na indústria e outros empregos formais. As empresas que ofereciam o seguro de saúde privado aos seus funcionários e, em troca, recebiam dedução fiscal como contrapartida (MEDEIROS, 2001).

Em resumo, considerando o período da criação das bases até uma maior estruturação do sistema de proteção social brasileiro, é possível destacar a centralização financeira e administrativa no ente federal, a fragmentação institucional, o autofinanciamento e a provisão pública e privada do bem-estar, além de ter um caráter clientelista. Este foi fundamental para afetar a dinâmica das políticas sociais no país de tal maneira que, segundo Draibe (1989), foi responsável por:

“feudalizar, sob o domínio de grupos, personalidades e cúpulas partidárias, áreas do organismo previdenciário e, principalmente, pela distribuição de benefícios em períodos eleitorais. A ampliação das

políticas assistencialistas favoreceu esse caráter do modelo, mas o clientelismo afetou também a educação e as políticas de habitação e saúde” (p.11).

Como resultado, a montagem de um modelo segmentado, estratificado e incompleto por excluir expressivos contingentes populacionais (FLEURY, 2004; IPEA, 2007). Foi moldado um sistema sem “pretensões de funcionar como mecanismos redistributivo do produto da economia” (MEDEIROS, 2001, p.16). Ou seja, não oferecia condições de bem-estar a toda a população nem promovia redução das desigualdades.

As seções seguintes, deste capítulo abordam as perspectivas da seguridade social, segundo o conteúdo presente na Constituição Federal de 1988 e os desafios verificados, desde a sua promulgação. O propósito é problematizar os limites e as questões impeditivas à sua efetivação.

### **3.1 Transformações da proteção social brasileira após a promulgação da Constituição Cidadã de 1988**

A mudança mais importante da proteção social brasileira ocorreu com o fim do Regime Militar e a promulgação da última Constituição da República Federativa do Brasil<sup>73</sup> em 1988. Este instrumento legal ficou conhecido como “Constituição Cidadã” pela ênfase em proteger o indivíduo das ações excessivas do Estado e, ao mesmo tempo, por fundamentar novos direitos e cidadania para toda a população brasileira.

---

<sup>73</sup> A mais recente Constituição da República Federativa do Brasil é destinada a instituir um Estado Democrático de modo a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça. Acessado em 02/10/2016  
Fonte: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo de nº 194, atribui ao Poder Público a competência de organizar a seguridade social. Segundo a Carta Magna, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”. Fonseca e Lavinias (2014) apontam o alinhamento do desenho institucional da seguridade social brasileira ditada pela Constituição Cidadã às diretrizes da OIT datada de 1950. A arquitetura da proteção social brasileira atendia o proposto pelas Normas Mínimas da Seguridade Social (OIT, 1952), principal referência e paradigma deste campo até o início do século XXI.

Desta forma, foram criadas condições para a ampliação e a extensão dos direitos sociais, bem como a universalização do acesso à seguridade social – incluídas nela a previdência social, a saúde e a assistência social – e a expansão da sua cobertura (WINCKLER, MOURA NETO, 1992).

Para Fleury (2004), com a nova constituição foi instituída formalmente uma proteção social mais inclusiva, visto que “o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania” (p.105).

O Brasil conseguiu ampliar direitos e construir legalmente um avanço em seu sistema de proteção social. Rompeu com a lógica da necessidade do vínculo-empregatício formal para garantir o benefício, como formalizado no modelo *bismarkiano*, estabeleceu condições para suplantarem o assistencialismo em mecanismos para a assistência social, bem como consolidou bases para a universalização da saúde e da educação, na contramão do neoliberalismo.

Ademais, estabeleceu condições materiais e objetivas para a efetivação dos novos direitos vinculados à cidadania (IPEA, 2007).

### **3.2 O paradoxo do sistema de seguridade social**

Apenas em 1988 o Brasil alinhou-se ao paradigma do *Welfare State* adotado pelos países centrais do capitalismo, a partir de 1945. Um modelo diferente do seguro social, combinando mecanismos contributivos e não contributivos, como na socialdemocracia europeia (FAGNANI, 2005).

Alguns fatores são responsabilizados por este caminho virtuoso, oposto à conjuntura global, como a mobilização nacional em benefício da redemocratização, a conjuntura de término do ciclo repressivo e a criação de controles aos excessos dos agentes do Estado, sob forte inspiração socialdemocrata. Este processo culminou na Assembleia Constituinte e na publicação da nova Carta Magna do país. Fagnani (2011) pondera que:

“Durante a recente vaga neoliberal, ao contrário de alguns países da América latina, o Brasil não transitou do modelo corporativo para o Estado Mínimo. Nos anos finais da década de 1970 e até 1988, caminhou na contramão do mundo. Seguiu a rota inversa do neoliberalismo” (FAGNANI, 2011, p.25).

Assim que o Brasil se aproximou ao paradigma do *Welfare State*, ele já não era mais tido como hegemônico na conjuntura global. Enquanto os demais países do Mundo, incluindo os latino-americanos, seguiam forte inspiração neoliberal na condução das políticas econômicas e sociais, desde o início dos anos 1970, o Brasil trilhou um rumo inverso, com uma regulação de caráter universalizante.

E isto criou um paradoxo. Assim que foi aprovada a universalização da proteção social – ou seja, a ampliação das possibilidades de acesso aos serviços

e benefícios – ela passou a ser restringida por uma “contrarreforma” conservadora. Fagnani (2007) assinala que entre 1988 e 1998, com a hegemonia do pensamento fundamentado no Consenso de Washington, o contexto político e econômico era hostil para a consolidação das conquistas formalizadas na nova Constituição.

É possível identificar tensões entre os objetivos redistributivista e universalizantes versus a ideologia liberalizante, agindo em favor da redução do Estado e da promoção da ação privada. De início, entre 1990 e 1992, as políticas sociais foram revistas e reformuladas com o objetivo de adiar e obstruir os ganhos de 1988. Algumas manobras aplicadas foram:

“O simples descumprimento das regras estabelecidas pela Constituição; o veto integral a projetos de lei aprovados pelo Congresso; a desconsideração dos prazos constitucionais estabelecidos para o encaminhamento dos projetos de legislação complementar de responsabilidade do Executivo; a interpretação espúria dos dispositivos legais; e a descaracterização das propostas, pelo veto parcial a dispositivos essenciais” (FAGNANI, 1999; p156-157).

A não consolidação do sistema de seguridade social universal e desmercantilizado é resultado das tensões liberalizantes no país. A estratégia macroeconômica dos anos 1990/2000 representa um obstáculo à conclusão do pacto social de 1988, pois a agenda pública estava pautada pela privatização de bens e serviços, bem como pela redução da ação governamental.

Como demonstrado por Esping-Andersen (1990), a mercantilização da proteção social representa a impossibilidade de equalizar o acesso aos bens e serviços essenciais à reprodução social do cidadão, uma vez que este passa a depender dos mecanismos do mercado, cuja oferta de serviços é fortemente segmentada pela renda do indivíduo.

As recentes transformações na esfera da seguridade social têm redefinido o papel do Estado, imputando ao indivíduo mais responsabilidades pelo seu bem-estar. Não há, portanto, o amplo privilégio da coletivização dos serviços desmercantilizados que tendem a reduzir as desigualdades, mas sim a atuação do Estado para, ao menos, garantir os mínimos sociais às parcelas mais pobres da população.

### **3.3 Fatores responsáveis pelo desmonte da seguridade social brasileira**

No processo de consolidação do texto da Constituição Federal de 1988, como mencionado por Vianna (2002, p.3), a opção pela seguridade social objetivava a “ampliação do conceito de proteção social, do seguro para a seguridade, sugerindo a subordinação da concepção previdenciária estrita, que permaneceu, a uma concepção mais abrangente”. O cerne era adotar as normas da OIT para o Estado atender a população de forma ampla e irrestrita.

A seguridade social brasileira, em particular os mecanismos de previdência social, saúde e assistência social nunca alcançou o determinado pela CF de 1988. A sua promulgação “a despeito do sabor de conquista que teve para muitos, não garantiu a efetivação concreta de um sistema de Seguridade Social” (VIANNA, 2004, p.3). Para a autora, parte deste problema se deve pelas intromissões negativas quanto ao financiamento do sistema, assim como pela excessiva segmentação administrativa por área. Estes fatores são responsáveis pelo desmonte paulatino da seguridade social.

#### **3.3.1 A segmentação do sistema de seguridade social brasileiro**

A crítica da autora acima à segmentação do sistema está baseada na falta de gestão central da seguridade no país, sendo conduzida através da aplicação da legislação específica para cada área. Conforme Vianna (2004), isto faz com que a seguridade social deixe de existir como uma entidade única e integrada e funcione por suas especificidades setoriais. Para sustentar esta hipótese, a autora enumera algumas ações e leis responsáveis por progressivamente efetivar esta segmentação, como:

“A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), de 1990, as Leis 8212 (Lei do Custeio da Previdência) e 8213 (Lei dos Planos de Benefícios da Previdência), de julho de 91, e a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742), de 1993, estabeleceram, cada uma, suas diretrizes específicas” (VIANNA, 2004, p.3/4).

Outros fatores contribuíram decisivamente para encerrar a integração da seguridade social no Brasil, tornando o sistema mais particularizado, como a criação do INSS, em 1990, cuja responsabilidade era a administração dos benefícios previdenciários. Em consonância, em 1993 foi extinto o INAMPS, transferindo a responsabilidade pela assistência médica para o Ministério da Saúde. E de modo similar, em 1999, a assistência social ficou a cargo da Secretaria de Estado de Assistência Social, naquela época ainda vinculada ao Ministério da Previdência Social. Isto mudou em 2003 com a criação do Ministério da Assistência e Promoção Social – o primeiro responsável por esta área – e, posteriormente, foi transferida para o Ministério do Desenvolvimento Social e combate à pobreza. Com a mudança de governo, em 2016, foi transferido para o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (VIANNA, 2002; VIANNA, 2004).

As áreas passam a atuar apenas para cumprir seus propósitos específicos, sem favorecer a cooperação e a sintonia entre elas. Além disso, a

segmentação do sistema tende a instigar a disputa por recursos entre as áreas, além da realização de ações sem a efetiva integração.

### **3.3.2 O subfinanciamento do sistema de seguridade social brasileiro**

O subfinanciamento da seguridade social possui diversas causas. Em primeiro lugar, é importante ressaltar que concretização do conteúdo constitucional necessariamente demanda um elevado volume de recursos financeiros.

Preocupados com a viabilidade deste sistema, o constituinte delimitou a fonte financiadora da proteção social, dedicando, especificamente, o artigo nº 195. Ele criou o Orçamento da Seguridade Social (OSS) e um órgão gestor único para todas as áreas da seguridade. Nos termos da lei, o financiamento é realizado por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios – e de contribuições específicas advindas da folha de salário ou de outros rendimentos recebidos por pessoa física a título de prestação de serviço, assim como da receita e do faturamento do empregador, do lucro empresarial, das taxas dos concursos, importações, multas e outras.

Apesar desse detalhamento, a conjuntura internacional dos países latino-americanos era de alinhamento às ideias do Consenso de Washington. Desta forma, algumas medidas foram tomadas no Brasil que prejudicaram a concretização do financiamento e, conseqüentemente, da viabilidade do sistema de seguridade social. Neste sentido, algumas leis complementares e emendas

constitucionais foram importantes para restringir o desenho institucional do financiamento da seguridade social no país, favorecendo a oferta dos mínimos sociais, em detrimento do modelo universal.

A Lei Complementar nº 70 de 1991 limitou os recursos da seguridade social para uso do específico do INSS<sup>74</sup>. Um segundo exemplo desta restrição ocorreu em 24/07/91 com a Lei 8.212, a qual determinou a receita da Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas (CSLL)<sup>75</sup> tendo o mesmo destino do COFINS, servindo apenas para custeio e pagamento de benefícios previdenciários (VIANNA, 2004).

Estas duas medidas forçaram a especificidade das receitas da seguridade a uma área impondo uma inflexibilidade ao OSS. Restringiu a liberdade de uso dos recursos entre as suas áreas e, ao cabo, pode comprometer a oferta de um serviço, preservando outro. Assim, o financiamento da seguridade social no Brasil deveria ser único para todas as áreas passou a ser fracionado, com a segmentação das fontes financiadoras.

Mais dois fatores têm sido preponderantes para a não consolidação do sistema de seguridade social no Brasil. O primeiro deles é o uso do mecanismo de Desvinculação de Receitas da União (DRU)<sup>76</sup>, um artifício legal e aprovado pelo Congresso Nacional, que permite ao governo federal até o ano de 2023 utilizar livremente 30%<sup>77</sup> de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos

---

<sup>74</sup> A Lei Complementar 70 de 30/01/1991 determinou que a arrecadação e administração da receita do COFINS é de atribuição da Secretaria da Receita Federal, competindo ao Tesouro o repasse para os órgãos da Seguridade conforme programação financeira. Fonte: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp70.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp70.htm)>.

<sup>75</sup> Fonte: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8212cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm)>.

<sup>76</sup> Desde a sua criação, em 1994 com a alcinha de Fundo Social de Emergência, a DRU retira 20% da receita da seguridade social para o pagamento dos juros da dívida pública, todos os anos. Em 2016, em meio à crise econômica e fiscal, a DRU passou a desvincular 30% da receita da seguridade social, prejudicando ainda mais a realização dos serviços públicos.

<sup>77</sup> Até 2015 era permitido a desvinculação de 20% da receita e, em 2016, foi ampliado para 30%.

ou despesas. Este mecanismo, desde o governo Fernando Henrique Cardoso, tem permitido retirar volumosas somas de recursos destinados constitucionalmente à proteção social para uso em outras ações governamentais, mas principalmente para constituir o superávit primário (GENTIL, 2016; ANFIP, 2016).

A Tabela 6 apresenta dados da DRU para diversos anos. Segundo a ANFIP (2016), em 2005 a DRU subtraiu quase R\$ 32,5 bilhões da conta da Seguridade Social e, em 2015, esse montante passou para mais de R\$ 63 bilhões, perfazendo um elevado rombo no OSS. Para a ANFIP (2016, p.36), “o interesse real na desvinculação nunca foi resolver problemas de gestão financeira de recursos, mas potencializar os discursos em prol das reformas para supressão de direitos financiados pela Seguridade Social”.

Tabela 6 – Receitas de contribuições sociais desvinculadas pela DRU em 2005, 2008, 2010 e de 2012 a 2015:

Ano	2005	2008	2010	2012	2013	2014	2015
<b>Receitas de contribuições sociais desvinculadas pela DRU</b>	32.496	39.296	45.860	58.075	63.415	63.132	63.817

Fonte: ANFIP (2016). Valores correntes, em R\$ milhões.

Se de um lado a DRU dribla a Constituição, de outro enfraquece e restringe o financiamento da seguridade social. A falta de recursos pode ser verificada, por exemplo, em falhas de cobertura, na limitação dos valores dos benefícios, na precarização dos serviços e no privilégio do uso da focalização em detrimento do sistema universal. Em virtude da restrição no financiamento, o sistema tem cada vez mais apropriado o uso dos mínimos sociais.

O segundo fator preponderante para prejudicar o custeio da seguridade social são as desonerações ocorridas nas folhas de pagamentos. Ao reduzir a

incidência de tributos na principal fonte de receita do OSS, o governo tem auxiliado decisivamente para a não consolidação da seguridade social no Brasil, pela perspectiva da falta de recursos necessários para o seu financiamento. Em 2005, uma série de isenções tributárias e mudanças orçamentárias retiraram, adicionalmente, quase R\$ 10 bilhões da OSS, conforme a tabela 7 (GENTIL, 2016; ANFIP, 2016).

Com o objetivo de estimular o crescimento econômico e atender às demandas da elite econômico-industrial, desonerações volumosas e renúncias fiscais impactaram a receita própria da seguridade social (LAVINAS, 2015b). Tendo iniciado timidamente em 2008, na metade final do segundo mandato do governo Lula, e realizada intensamente durante o governo Dilma Rousseff, a renúncia da arrecadação entre 2012 e 2015 retirou cerca de 42 bilhões do montante do OSS (Tabela 7).

Tabela 7 – Receitas da seguridade social desconsideradas pelos cálculos do governo (Desonerações) em 2005, 2008, 2010 e de 2012 a 2015:

<b>Ano</b>	<b>2005</b>	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Desoneração da folha de pagamentos</b>	9.833	9.812	10.328	21.846	27.512	44.405	41.748

Fonte: ANFIP (2016). Valores correntes, em R\$ milhões.

Desta forma, o fim da renúncia fiscal diretamente na receita própria da seguridade social, assim como a DRU devem ser encerrados com o propósito de valorizar a Previdência Social brasileira. Essas medidas prejudicam o financiamento das políticas sociais, elemento necessário para manter os direitos garantidos à toda a população e consolidar o modelo universalista.

Em virtude desses fatores determinantes para a restrição do custeio da seguridade social, Gentil (2016, p.12) acredita que o governo acaba “forçando o entendimento de que faltam recursos para manter o sistema de proteção social”. Ao mesmo tempo, criam uma conjectura de déficit na previdência, em particular, e na seguridade como um todo. A construção deste imaginário tem mobilizado as ondas reformadoras e privatizantes, visto que aparenta ser um fardo econômico para a população. Em outra perspectiva, se:

“a sociedade tivesse consciência do superávit da Seguridade Social, estaria em uma luta permanente por mais recursos para a Saúde ou ampliação dos direitos sociais. Em relação à previdência, ao invés de cortes em benefícios, ganhariam força os embates pela universalização da cobertura ou por maiores reajustes para os aposentados e pensionistas” (ANFIP, 2016, p.34).

Gentil (2016) ainda sustenta que a seguridade social tem apresentado sistematicamente superávits. Aqueles que defendem a existência do déficit previdenciário consideram erroneamente apenas uma fonte financiadora – contribuições sociais – em comparação aos gastos com benefícios previdenciários.

A Tabela 8 reúne as rubricas de receitas e despesas da OSS como proporção do PIB. Um primeiro detalhe é que ao considerar todas as fontes de receita e despesa o resultado é positivo em todos os anos. Mesmo com a recente redução na taxa de crescimento real nas receitas do OSS nos anos de 2014 e 2015, fruto da queda de arrecadação causada pela atual crise econômica, a seguridade social permanece superavitária.

A questão é que boa parte do superávit do OSS está sendo conduzido forçadamente para realizar o superávit primário. A decisão pela DRU efetuar a retirada desses recursos do OSS é justamente por ela ser superavitária. Porém, deixa-se de consolidar a Constituição Cidadã na proteção social, nos serviços

de saúde e previdência para realizar o pagamento de juros da dívida pública (ANFIP, 2016).

Tabela 8 - Receitas e despesas do orçamento da seguridade social, em relação ao PIB 2005, 2010 e de 2012 a 2015 (%):

<b>Receitas Realizadas</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
1. Receitas de contribuições sociais	12,76	11,36	11,94	11,93	11,72	11,38
2. Receitas de entidades da Seguridade	0,54	0,38	0,42	0,28	0,34	0,35
3. Contrapartida do Orç. Fiscal para EPU	0,05	0,05	0,04	0,03	0,03	0,04
<b>Receita da Seguridade Social</b>	<b>13,35</b>	<b>11,79</b>	<b>12,4</b>	<b>12,25</b>	<b>12,09</b>	<b>11,76</b>
<b>Despesas Realizadas</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
1. Benefícios Previdenciários	6,72	6,59	6,59	6,72	6,93	7,39
2. Benefícios assistenciais	0,43	0,57	0,63	0,64	0,66	0,71
3. Bolsa-Família e outras Transferências	0,31	0,35	0,43	0,45	0,46	0,46
4. EPU - Benefícios de Legislação Especial	0,05	0,05	0,04	0,03	0,03	0,04
5. Saúde: despesas do MS	1,59	1,6	1,67	1,61	1,66	1,73
6. Assistência social: despesas do MDS	0,08	0,1	0,12	0,12	0,12	0,09
7. Previdência Social: despesas do MPS	0,16	0,17	0,15	0,14	0,14	0,14
8. Outras ações da seguridade social	0,11	0,20	0,21	0,22	0,19	0,20
9. Benefícios FAT	0,52	0,75	0,83	0,88	0,91	0,82
10. Outras ações do FAT	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
<b>Despesas da Seguridade Social</b>	<b>9,99</b>	<b>10,4</b>	<b>10,67</b>	<b>10,81</b>	<b>11,11</b>	<b>11,57</b>
<b>Resultado da Seguridade Social</b>	<b>3,36</b>	<b>1,39</b>	<b>1,72</b>	<b>1,44</b>	<b>0,98</b>	<b>0,19</b>

Fonte: ANFIP (2016).

Portanto, estes fatores e medidas tem sido responsáveis por desmontar, ou ao menos por não consolidar a proteção mais ampla como preconizado pela Constituição Cidadã. E elas ocorrem desde a sua promulgação (FAGNANI, 2007). Apesar de o modelo de proteção social no Brasil não atender todos os parâmetros determinados constitucionalmente, ele ainda persiste e provém bem-estar a uma grande parcela da população. Entretanto, enquanto a saúde e a assistência têm sido dedicadas mais à população mais pobre, a previdência tem

sido dedicada em maior parte ao contingente populacional de maior poder aquisitivo.

### **3.4 Mudanças recentes no sistema de saúde brasileiro**

Desde 1988, a saúde no país é constituída como um direito universal com prestação pública e gratuita em todos os níveis de complexidade, alcançando, portanto, cerca de 200 milhões de pessoas. O artigo 196 da Constituição enumera ainda ser uma obrigação do Estado, além de considerar um dever a sua ação para reduzir o risco de doenças e outros agravos, assim como garantir acesso universal e igualitário à essas ações e serviços.

O gasto público em saúde no início dos anos 1980 tinha origem dos recursos da previdência social e do orçamento fiscal da União. Enquanto os recursos previdenciários eram destinados ao atendimento médico-hospitalar da população vinculada ao mercado de trabalho formal e seus dependentes, os recursos fiscais eram destinados às ações características de saúde pública, como vigilância sanitária, a vacinação e o controle de doenças transmissíveis, além de algumas atividades de assistência médica para a população não vinculada ao sistema previdenciário (PIOLA *et alii*, 2013).

É importante sublinhar que o financiamento da saúde sempre foi insuficiente, o que impede a consolidação do sistema único de saúde. De início, as Disposições Transitórias da Constituição indicavam que 30% do OSS deveria ser destinado à saúde, entretanto, essa norma foi descumprida nos anos de 1990 e 1991 (VIANNA, 2002).

O ano de 1993, mais uma vez, foi verificado dificuldade para a saúde. Os recursos com origem nas contribuições previdenciárias não poderiam mais ser aplicadas nesta área. Isto causou prejuízo ao campo da saúde pela limitação orçamentária para uso em suas ações. O agravamento da situação gerou um cenário de incerteza e instabilidade do financiamento, utilizando recursos emprestados junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)<sup>78</sup>, um tributo provisório para auxiliar no custeio da saúde. Entretanto, a CPMF ficou ativa até o ano de 2007 e nunca solucionou o problema de financiamento da área (PIOLA *et alii*, 2013).

Além disso, até o início do século XXI, os estados e municípios nunca contribuíram com o financiamento do sistema como deveriam. A Emenda Constitucional 29<sup>79</sup> do ano 2000 certificou a participação dos três entes federativos no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Segundo Piola *et alii* (2013, p.29/30), a imposição desta participação causou:

“um incremento real de recursos para saúde da ordem de R\$ 61,6 bilhões. A participação dessas instâncias de governo no financiamento do SUS passou de R\$ 27,7 bilhões em 2000 para R\$ 89,4 bilhões em 2011. Como resultado desse aporte de recursos, juntamente com o aumento de R\$ 31 bilhões de recursos da União no mesmo período, o gasto público com saúde saiu de R\$ 69 bilhões em 2000 para R\$ 161,7 bilhões em 2011, em termos reais”.

A norma possibilitou ampliar os recursos públicos para a área da saúde. No ano 2000, o gasto público das três esferas de governo alcançou 2,9% do PIB e aumentou para 3,5% em 2005. Em 2010 e 2014, o indicador foi equivalente a 3,7% (PIOLA *et alii*, 2013; GENTIL, 2016). Mesmo com o aumento do volume de

---

<sup>78</sup> A CPMF foi criada pela Lei 9.311 em 24 de outubro de 1996. Sua origem remete ao Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira, existente entre 1993 e 1994, porém sem relação com a área da saúde.

<sup>79</sup> Fonte: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>.

recursos, desde o início do século XXI, ele tem sido insuficiente para estabelecer um sistema universal, conforme a Constituição.

A maior parte do gasto em saúde no Brasil tem origem privada. No ano 2000 o gasto total com saúde era igual a 7% do PIB e passou para 8,3% em 2005, permanecendo igual em 2010 e 2014. A título de comparação com uma seleção de outros países que decidiram por um sistema de saúde com acesso universal, o Brasil é aquele com o menor indicador (Tabela 9).

Tabela 9 – Gasto total em saúde, em relação ao PIB (%):

<b>País \ Ano</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>
<b>Brasil</b>	6,5	7,0	8,3	8,3	8,3
<b>Austrália</b>	7,3	8,1	8,5	9,0	9,4
<b>Canadá</b>	8,9	8,7	9,6	11,2	10,4
<b>Cuba</b>	5,2	6,1	9,4	10,2	11,1
<b>Reino Unido</b>	6,7	6,9	8,2	9,5	9,1
<b>Suécia</b>	8,0	8,2	9,1	9,5	11,9

Fonte: World Bank data. O gasto total em saúde é obtido pelo somatório das despesas de saúde públicas e privadas<sup>80</sup>.

Outro dado importante para ilustrar esta questão é a proporção do gasto público na composição do gasto total em saúde no país (Tabela 10). E mais uma vez, entre os países selecionados, o resultado é negativo, pois o Brasil é o país com a menor proporção do gasto de origem pública, sendo sempre igual ou inferior a 46%. O aspecto preocupante deste cenário da mercantilização da proteção social se dá pela tendência em segmentar o serviço oferecido, conforme a renda do cidadão e, por consequência, reforçar a desigualdade.

<sup>80</sup> O indicador abrange a prestação de serviços de saúde (preventivos e curativos), actividades de planeamento familiar, actividades de nutrição e ajuda de emergência designada para a saúde, mas não inclui a provisão de água e saneamento.

Tabela 10 – Gasto público em saúde em relação ao gasto total (%):

País \ Ano	1995	2000	2005	2010	2014
<b>Brasil</b>	43	40	42	46	46
<b>Austrália</b>	66	67	67	68	67
<b>Canadá</b>	71	70	70	70	71
<b>Cuba</b>	90	91	93	95	96
<b>Reino Unido</b>	84	80	81	84	83
<b>Suécia</b>	87	85	81	82	84

Fonte: World Bank data. O gasto total em saúde é obtido pelo somatório das despesas de saúde públicas e privadas<sup>81</sup>.

Desta forma, é possível identificar o descaso dos governantes com a consolidação do SUS no país. O não cumprimento da Constituição quanto ao financiamento do sistema tem prejudicado a oferta dos serviços em sua amplitude, além de restringir a devida cobertura de usuários. A conquista do direito ao serviço de saúde não sai do papel, portanto, há a necessidade urgente de aumentar o volume destinado ao financiamento desta área da seguridade para garantir a universalização do sistema.

#### 3.4.1.1 Privatização do sistema de saúde

Um paradoxo existente no sistema de saúde ocorre por ele ser definido como sendo único, gratuito e universal, porém a participação de entidades privadas neste campo é prevista. E ela pode ser considerada elevada.

Além disso, é possível verificar um crescimento paulatino da participação privada neste campo, pois desde o início da década passada, a proporção da população contratante de seguros de saúde passou de 24,6%, em 2003, para 25,9% em 2008 (BAHIA, 2012). Cinco anos depois, de acordo com a Pesquisa Nacional da Saúde do IBGE, a proporção da população brasileira coberta por

<sup>81</sup> O indicador abrange a prestação de serviços de saúde (preventivos e curativos), actividades de planeamento familiar, actividades de nutrição e ajuda de emergência designada para a saúde, mas não inclui a provisão de água e saneamento.

algum plano de saúde, médico ou odontológico era equivalente a 27,9% (IBGE, 2013).

Segundo o IBGE (2013), a posse de plano de saúde é maior entre a população com ensino superior completo (69%). Esse indicador reduz, conforme diminui o grau de escolaridade do indivíduo (Tabela 11). Esse dado é preocupante, visto que o grau de escolaridade e a renda individual mensal são fortemente correlacionados no Brasil<sup>82</sup>, o que nos leva a crer que a saúde privada é mais utilizada pela população de maior poder aquisitivo e, por outro lado, o SUS é destinado majoritariamente aos pobres.

Tabela 11 - Percentual de pessoas que têm algum plano de saúde (médico ou odontológico) 2013 (%):

	Possui plano de saúde
<b>Total do país</b>	28%
Sem instrução e fundamental incompleto	16%
Fundamental completo e médio incompleto	23%
Médio completo e superior incompleto	37%
Superior completo	69%

Fonte: Pesquisa Nacional da Saúde (IBGE, 2013).

Esse fenômeno da privatização da saúde no Brasil tem sido praticado há muitos anos. Conforme Gentil (2016, p.8), essa ação voluntária dos governantes tem sido levada à frente a partir da realização de “renúncia fiscal em favor de empresas até a compra de planos privados para funcionários públicos e gastos diretos dos governos federal, estadual e municipal na forma de transferências a instituições sem fins lucrativos”.

---

<sup>82</sup> Diversos trabalhos, como Salvato *et alii* (2010) e IPEA (2013), apontam esta relação entre escolarização e renda mensal.

A renúncia fiscal no campo da saúde tem aumentado a cada ano, limitando cada vez mais o financiamento da área da seguridade social. É um volume de recurso retirado especificamente da saúde pública e destinado às instituições privadas. As desonerações em 2007 somavam R\$ 7,7 bilhões e passou para R\$ 12,3 em 2010. Em 2013 quase alcançou R\$ 21 bilhões e passou de R\$ 25 bilhões em 2015 (RECEITA FEDERAL *apud* GENTIL, 2016).

Ainda segundo a autora, no bojo da renúncia fiscal estão as despesas médias deduzidas pela declaração do IRPF, assim como os subsídios destinados às empresas privadas, como o gasto com assistência médica realizada pelas empresas para seus empregados, assim como as desonerações de PIS e COFINS destinado aos fabricantes de medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos e, por fim, as isenções destinadas às instituições de saúde classificadas como filantrópicas e sem fins lucrativos (GENTIL, 2016).

Outro fator responsável pelo estímulo à privatização – e também da financeirização – do sistema de saúde é o destaque dedicado à assistência médico-hospitalar privada, sobretudo, ao longo do governo Lula (2003-2010). Para a autora, a evidência ocorre pela intensa financeirização das empresas e instituições responsáveis pela saúde suplementar do sistema de saúde. Alguns elementos têm sido importantes para a expansão deste mercado, como a abertura de capital em ativos na bolsa de valores e a articulação com bancos de investimento. Como consequência, há concentração do mercado privado brasileiro em cidades e regiões com maior renda, além da elevação dos preços após as aquisições. Por fim, o resultado tem sido mais positivo aos investidores do que para o usuário, o serviço ou a pesquisa (BAHIA, 2009; BAHIA, 2012).

Assim, nos últimos anos, o Brasil tem sido palco de uma transformação nas relações público-privado no campo da saúde. O governo cria dificuldades ao financiamento do SUS e, por conseguinte, apresenta limitação para a oferta do serviço. O subfinanciamento tem causado limitações como as longas filas de espera para obter uma consulta, as dificuldades de agendamento de exames, internações e procedimentos especializados.

Este fenômeno estimula o usuário do sistema, que tenha condições financeiras suficientes, a migrar para as instituições privadas de saúde. A expectativa é receber um atendimento melhor, uma vez que ele não estaria sendo realizado pelo Estado (GENTIL, 2016).

A expansão da cobertura reforça a necessidade de ampliação do financiamento das ações e dos serviços de saúde. Com o objetivo de cumprir a Constituição Federal e promover maior equidade, o ideal é ampliar o investimento público para consolidar o direito universal à saúde como uma condição de cidadania (CEBES, 2014).

Se comparado com o *National Health Service* (NHS), serviço de saúde britânico que inspirou o SUS, faltou e ainda falta no Brasil uma coalizão político-partidária forte para consolidar o sistema público. Enquanto na Inglaterra, o *Labour Party* foi fundamental por ter atuado na criação do NHS, no Brasil isso se deu muito mais pelo movimento da Reforma Sanitária<sup>83</sup> do que por um pacto social. A perspectiva de Jairnilson Paim<sup>84</sup> é que o desmonte do SUS pode

---

<sup>83</sup> O movimento da Reforma Sanitária surgiu na década de 1970, em meio à ditadura militar. O termo é utilizado para se referir ao conjunto de ideias e propostas dedicadas às mudanças e transformações para a área da saúde no Brasil, elaborada por médicos e outros profissionais da saúde. Elaboradas com o propósito de consolidar novas políticas públicas, foram debatidas e firmadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As proposições da Reforma Sanitária foram fundamentais para a instituição da universalização do direito à saúde na CF de 1988, bem como pela criação do SUS (PAIM, 2008).

<sup>84</sup> Conforme entrevista concedida em 2 de junho de 2016 ao portal da BBC Brasil. Fonte: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36379869>> acessado em 02/10/2016.

sepultar uma política pública necessária para transformar uma limitação estrutural das condições de bem-estar no país.

A privatização no campo da saúde tem seguido seu curso e o SUS tem sido caracterizado cada vez mais como um mecanismo destinado aos pobres e aquém do que foi estabelecido na Constituição. Na situação atual, pode-se dizer que encerra o sistema universal e delimita o sistema público de saúde como um mecanismo para oferecer serviços principalmente à população que não possui condições de adquirir um plano privado.

### **3.5 Mudanças recentes na Previdência Social brasileira**

A previdência social está prevista no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 como um dos Direitos e Garantias Fundamentais. É tida como um “seguro” para o trabalhador, pois garante a reposição de renda ao contribuinte, bem como para sua família, por ocasião de inatividade, doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice, por exemplo. Assim, representa um mecanismo fundamental para a oferta de bem-estar à população em diferentes fases do ciclo de vida do cidadão.

No sistema previdenciário brasileiro, atualmente, existem três regimes para a concessão dos benefícios: o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e o Regime de Pensões Complementares (RPC). Neste modelo, há destaque para a criação da aposentadoria rural, do tipo não contributiva como parte do RGPS.

O artigo 201 da Constituição Federal institui o Regime Geral da Previdência Social, de filiação obrigatória aos trabalhadores da iniciativa privada, assalariados ou autônomos e demais categorias que queiram contribuir de forma

voluntária. Ele é organizado pelo Ministério da Previdência Social e executado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

No RGPS é concedida aposentadoria integral ao homem com pelo menos 35 anos de contribuição e à mulher, 30 anos. No caso da aposentadoria proporcional, é necessária a combinação dos requisitos de tempo de contribuição e de idade mínima. Os homens podem requerer aposentadoria proporcional aos 53 anos de idade e 30 anos de contribuição. As mulheres têm direito à aposentadoria proporcional aos 48 anos de idade e 25 de contribuição (MPS, 2016)<sup>85</sup>.

Um aspecto importante da previdência brasileira é a aposentadoria rural, que permite aos trabalhadores rurais<sup>86</sup> solicitar aposentadoria por idade antes dos trabalhadores urbanos: homens com idade a partir de 60 anos e mulheres a partir de 55 anos. Para isso, no entanto, é preciso comprovar o efetivo exercício da atividade rural, mesmo que de forma descontinuada. A CF de 1988 equiparou o valor mínimo da aposentadoria rural com a urbana, favorecendo a redução da desigualdade de renda. Antes, o mínimo pago ao trabalhador rural era equivalente a 50% do salário mínimo e após 1988 passou para 1 SM, assim como o trabalhador urbano. Desta forma,

“o desenho do sistema previdenciário supera velhas clivagens (regime altamente segmentado) e escapa à armadilha do seguro social (cujo acesso seria exclusivo dos contribuintes). Assim, em lugar de aderir à ideia dos mínimos monetários, sujeitos à comprovação de déficit de renda, ou na ótica de um piso básico (Relatório Bachelet, 2012), o Brasil sobressai por romper com a lógica bismarckiana *stricto sensu* e os safety nets de combate à pobreza” (LAVINAS, 2015b, p.4).

---

<sup>85</sup> Além de um adicional de 40% sobre o tempo que faltava em 16 de dezembro de 1998 para completar 30 anos de contribuição, se homem, e 25 anos, se mulher.

<sup>86</sup> É considerado como “trabalhadores rural” os pescadores artesanais e a eles assemelhados, que exercem a sua atividade diária de forma individual ou com o auxílio da família em área rural (MPS, 2016).

O Regime Próprio de Previdência Social, disposto no artigo 40 da CF de 1988, destina-se compulsoriamente aos servidores públicos ocupantes de cargos efetivos (que exigem concurso público)<sup>87</sup> dos estados e municípios.

Neste caso, dois modelos podem ser seguidos: repartição simples ou capitalização. Enquanto o primeiro tem semelhanças com o INSS, o segundo cria um fundo para reunir as contribuições, conforme os mecanismos privados. Este ativo é aplicado em produtos do mercado financeiro de maneira que, ao final, o servidor receba um valor baseado nos depósitos realizados, além do resultado dos investimentos/aplicações e o gasto da gestão do operador (Ministério do Trabalho, 2016). Uma similaridade entre os regimes RGPS e RPPS se deve por ambos operarem sob contribuição obrigatória e vinculante.

Neste regime existem três possibilidades de aposentadoria: de forma compulsória, quando o servidor completa 70 anos de idade; voluntária “por idade e tempo de contribuição”; e a voluntária “por idade”. As duas<sup>88</sup> últimas opções exigem o efetivo exercício de 10 anos no serviço público, sendo ao menos 5 anos no cargo do pedido da aposentadoria. Além disso, quanto ao critério de idade, a exigência é de 60 anos, se homens, e 55, se mulheres, respectivamente. Quanto ao critério de contribuição, a exigência é de 35 anos, se homem, e de 30 anos, se mulher. No caso dos professores, os critérios de idade e contribuição são reduzidos em 5 anos.

O terceiro regime do sistema previdenciário – Regime de Pensões Complementares – foi instituído pelo artigo 202 da CF de 1988 e regulou a

---

<sup>87</sup> Neste regime não são considerados os empregados das empresas públicas, os agentes políticos, servidores temporários e detentores de cargos de confiança, todos filiados obrigatórios ao RGPS.

<sup>88</sup> Uma diferença fundamental entre as aposentadorias voluntárias “por idade e tempo de contribuição” e “por idade” está no benefício<sup>88</sup> pago, pois no último caso ele é sofre restrição e passa a ser proporcional ao tempo de contribuição.

previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma. Existem dois tipos de operação, um pelas entidades abertas, com acesso individual, e outro operado pelas Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC), popularmente conhecida como fundos de pensão.

É uma aposentadoria contratada para garantir um rendimento adicional ao benefício público. Neste caso, a tendência é incorporar somente os trabalhadores de maior renda mensal, ou seja, aqueles com condições de arcar financeiramente com o custo de aquisição deste seguro complementar.

### **3.5.1 As principais limitações na previdência social**

O sistema previdenciário cobre a parcela da população vinculada ao mercado formal de trabalho com servidores públicos, empregadores, empregados assalariados, domésticos, além dos autônomos, contribuintes individuais voluntários e os trabalhadores rurais. A quantidade de pessoas com mais de 65 anos de idade que não recebem pensão no Brasil é relativamente baixa. Cerca de 15% da população nesta faixa etária está sem cobertura, desde 2000 (CEPAL, 2011). A parcela não atendida pelos mecanismos previdenciários pode estar coberta pelos programas da assistência social.

Apesar disso, desde a promulgação da atual Constituição, uma série de modificações legais foi realizada desconstruindo a seguridade social. Em geral, elas têm prejudicado e restringido os valores dos benefícios, assim como dificultado o acesso ao sistema. O propósito alegado, para isso, é a prioridade em solucionar supostos equilíbrios financeiros e atuariais, porém, como Gentil (2016) sublinhou, estes desequilíbrios não existem quando todas as fontes de receitas e despesas do OSS são consideradas.

Uma modificação importante foi a Emenda Constitucional nº 20 de 1998 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)<sup>89</sup>. A principal mudança consistiu na extinção da aposentadoria proporcional e a substituição da aposentadoria por tempo de serviço pela aposentadoria por tempo de contribuição, portanto, o exercício laboral sem realização da contribuição previdenciária deixou de ser contabilizado para a aposentadoria.

Esta Emenda Constitucional (EC) ainda modificou a forma do cálculo do benefício, abandonando a média da remuneração dos últimos 36 meses para adotar a média dos 80% maiores salários-de-contribuição, o que ampliou o uso de salários menores para o cálculo do benefício e, por conseguinte, tende a piorar seu valor.

A EC 20/1998 ainda acabou com a aposentadoria proporcional por tempo de serviço, quando homens cumpriam 30 anos e as mulheres 25 de trabalho. Com isso, aumentou em 5 anos o tempo mínimo de contribuição e, por conseguinte, obrigou o prolongamento da vida ativa dos trabalhadores.

Outra medida da EC 20/1998 que ampliou a vida ativa dos trabalhadores ingressantes no serviço público foi a elevação do limite mínimo de idade para a aposentadoria por tempo de serviço. Passou para 60 anos, se homem e 55, se mulher. Ademais, a norma impôs o fim da aposentadoria especial para professores universitários e aeronautas.

Em 1999, a Lei nº 9.876 criou o chamado fator previdenciário, um artifício “reductor do valor dos benefícios previdenciários que guarda relação com a idade de aposentadoria e com a expectativa de sobrevida no momento de

---

<sup>89</sup> A mudança foi proposta em 1995 e foi aprovada em 1998, demorando quase uma legislatura, como Emenda Constitucional nº 20, de 16 de dezembro de 1998. Fonte: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm)>.

aposentadoria” (ANFIP, 2014, p.5). Quanto maior o tempo de contribuição, menor é a incidência do fator previdenciário. No caso da sobrevida, o fator previdenciário incide sempre mais entre os contribuintes com maior expectativa de sobrevida<sup>90</sup>, ou seja, incide mais quando a aposentadoria é tida como precoce. Este artifício foi criado com a finalidade de desestimular pedidos de aposentadorias precoces, diminuindo o valor dos benefícios dos contribuintes que não atendem as exigências mínimas de aposentadoria.

Uma nova mudança constitucional foi realizada no primeiro ano do governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010). O objetivo era modificar as características da aposentadoria dos servidores públicos, com base na alegação de que este grupo estaria causando desequilíbrios financeiros ao sistema.

Assim, a Emenda Constitucional 41<sup>91</sup> de 2003 impôs o fim do direito dos servidores públicos à aposentadoria integral, bem como da paridade – reajuste na mesma data e em mesma proporção – entre remunerações dos servidores ativos e inativos, exceto quando atendiam a algumas exigências<sup>92</sup> que asseguravam o direito adquirido. Outra mudança normativa foi a incidência da contribuição previdenciária nas aposentadorias e pensões com valores mensais superiores ao teto do salário-de-contribuição e do salário-de-benefício estabelecido para o regime RGPS<sup>93</sup>. O propósito era ampliar a arrecadação do Estado.

---

<sup>90</sup> Um valor obtido pela diferença entre a idade do contribuinte e a expectativa de vida da população brasileira.

<sup>91</sup> A EC 41 foi aprovada no Senado em 13 de dezembro de 2003 e tramitou na Câmara Federal como EC 40. Fonte: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm)>.

<sup>92</sup> Conforme PEC aprovada em 2003, para manter o direito adquirido da integralidade dos vencimentos era necessário atender 5 requisitos: os homens precisariam ter 60 anos de idade, 35 anos de contribuição, 20 anos de serviço público, 10 anos de carreira e 5 anos no último cargo. As mulheres, de diferente, precisariam ter 55 anos de idade e 30 de contribuição.

<sup>93</sup> Em janeiro de 2016, o valor do teto do salário-de-contribuição e do salário-de-benefício passou a ser igual a R\$ 5.189,82.

O percentual de desconto era equivalente àqueles que exerciam cargos efetivos (SOUZA, 2006). Este desconto pode ser considerado no mínimo um contrassenso, pois a contribuição do trabalhador ativo se justifica pelo custeio do sistema e do financiamento das aposentadorias dos inativos. Para Araújo (2009, p.6), “a medida não leva em conta fatores elementares como a circunstância em que o trabalhador necessita de mais recursos na terceira idade”.

Ainda no governo Lula foi aprovada a EC 47, em 5 de julho de 2005<sup>94</sup>. Esta EC complementa a reforma iniciada em 2003 e, segundo Araújo (2009, p.6), “flexibiliza algumas das regras de transição que haviam sido estabelecidas na EC nº 41/03, no tocante aos aspectos da integralidade e da paridade”. A reforma – as duas emendas constitucionais – realizada durante o governo Lula, permitiu uma aproximação maior entre os regimes previdenciários dos trabalhadores públicos e privados. Porém, esta convergência ocorreu pela restrição imposta ao regime dos trabalhadores públicos e não pela melhora do regime RGPS.

No governo Dilma Rousseff (2011-2016), já em meio a uma crise econômica e política, a mudança principal no sistema previdenciário foi a aprovação da nova fórmula para o cálculo de aposentadorias, conhecida como regra 85/95 progressiva<sup>95</sup>.

Originalmente, a nova regra determinava que para se aposentar e solicitar o benefício, era necessário somar o tempo de contribuição à previdência com a idade da pessoa, equivalendo a 85 no caso das mulheres, e a 95 para os homens. O governo mudou esta regra de duas formas. Primeiro, exigiu tempo mínimo de contribuição equivalente a 30 anos para as mulheres e 35 anos para

---

<sup>94</sup> Fonte: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc47.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc47.htm)>.

<sup>95</sup> Lei nº 13.183 de 4 de novembro de 2015.

os homens<sup>96</sup>. No caso de o tempo de contribuição ser inferior ao mínimo estabelecido, e o indivíduo conseguisse atender à regra 85/95 pela idade mais avançada, seria aplicado o fator previdenciário e o valor do benefício seria reduzido. Ou seja, uma penalidade. Segundo, a regra 85/95 seria modificada até 2027 de maneira que a cada 2 anos, contados a partir de 2019, seria acrescentado mais 1 na exigência da aposentadoria. Ou melhor, em 2027, a regra passará a ser 90/100 e não mais 85/95.

Esta nova regra impõe mais dificuldades à solicitação da aposentadoria, comprime o valor do benefício e, como as anteriores, favorece o mercado privado como uma solução às dificuldades impostas no sistema público. Ou seja, estimula a ida do contribuinte, com condições financeiras suficientes, para a previdência privada. Trata-se de um processo de redução do escopo da previdência social, seguindo para o modelo de o Estado ofertar apenas um mínimo. O entendimento é que o sistema público não estaria desempenhando o serviço de forma satisfatória, portanto, é necessário complementar a aposentadoria, quando possível, pelo sistema privado.

Entretanto, é necessário agir em favor da manutenção do pacto fundado em 1988. Para isso, deve-se reestabelecer a receita fiscal da previdência social para fortalecer a seguridade social pública e universal em benefício da qualidade de vida da população, encerrando a DRU e as desonerações fiscais nas fontes de receita do orçamento da seguridade social. Modelos e ideias com elevado teor economicista tendem a prejudicar a solidariedade social e tencionar o bem-estar social em prol da dominância econômico-financeira, aumentando a desigualdade e impondo barreiras para uma sociedade mais inclusiva.

---

<sup>96</sup> No caso dos professores, o tempo mínimo de contribuição é diferente, pois as mulheres deveriam contribuir por, ao menos, 25 anos e homens, ao menos, 30 anos.

### 3.6 Mudanças recentes na Assistência Social brasileira

No que concerne a política de assistência social, as mudanças indicadas na Carta de 1988 foram fundamentais para consolidar direitos e estimular o desenvolvimento de políticas públicas de Estado voltadas para a população em situação de vulnerabilidade. Neste sentido, a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em dezembro de 1993, teve papel fundamental no estabelecimento das diretrizes deste segmento. Apesar disso, Monnerat e Souza (2011) balizam que a LOAS “permaneceu por mais de uma década como uma *carta de intenções* e menos como um instrumento capaz de gerar alterações eficazes na organização da prestação de serviços assistenciais” (p.45).

Neste período, a exceção é a criação do Benefício de Prestação Continuada (BPC<sup>97</sup>), em 1996. Por ser um benefício assistencial, não exige contribuição previdenciária *à priori*. A sua finalidade é garantir a transferência de um salário mínimo mensal ao idoso com idade acima de 65 anos ou ao cidadão com deficiência (física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo) que tenha “impossibilidade de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas”. Por ser um direito ao cidadão, basta o indivíduo foco do programa ter renda familiar mensal *per capita* inferior a 1/4 do salário-mínimo vigente. Este benefício não prevê pagamento adicional, como 13<sup>o</sup> ou pensão por morte. Por fim, o BPC complementa a previdência social ao transferir continuamente uma renda mensal à população desprotegida.

---

<sup>97</sup> O BPC está previsto no artigo 2º da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993) e foi regulamentado pelo Decreto nº 1.744, de 08 de dezembro de 1995 e pela Lei nº 9.720, de 20 de novembro de 1998. A política está em vigor desde 1º de janeiro de 1996.

Desde sua criação, o BPC ganhou destaque na assistência social brasileira. Em 2004, eram mais de 2 milhões de beneficiários, em proporção próxima a 1,3% da população brasileira e, doze anos depois, o programa mais do que dobrou a quantidade de beneficiários, ao transferir renda para mais de 4.3 milhões de cidadãos, em proporção equivalente a 2,1% da população do país. As regiões Nordeste e Sudeste possuem as maiores quantidades de benefícios concedidos, porém, o conjunto de estados nordestinos possui um contingente populacional inferior ao Sudeste, o que evidencia a importância relativa do programa não contributivo para a região (Tabela 12).

Tabela 12 – Quantidade de benefícios do BPC por Região do país, 2004-2016:

<b>Localidade</b>	<b>2004</b>	<b>2016</b>
Brasil	2.061.013	4.351.829
Norte	229.159	440.181
Nordeste	685.004	1.575.700
Sudeste	656.665	1.509.545
Sul	256.092	463.742
Centro-Oeste	234.093	362.661

Fonte: DataSocial / MDS / Governo Federal, 2016<sup>98</sup>.

Esta política pública incorpora uma parcela da população em situação de maior vulnerabilidade e, normalmente, fora do sistema previdenciário. Além do BPC, as políticas de transferência de renda condicionada (PTRC) atuam com importância, desde a metade da década de 1990.

No Brasil, a política pública de transferência de renda condicionada e focalizada teve início em âmbito municipal<sup>99</sup>, em 1994, mas ganhou evidência no

<sup>98</sup> Os dados foram obtidos no portal do MDS, em particular, no sistema Data Social: acessado em 10/10/2016 < [http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/METRO/metro\\_ds.php?p\\_id=230](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/METRO/metro_ds.php?p_id=230)>.

<sup>99</sup> A primeira PTRC no país foi o Programa Garantia de Renda Familiar Mínima (PGRFM) em Campinas, interior do estado de São Paulo em 1994, ao mesmo tempo em que surgiu o *Progres*

Distrito Federal, durante o governo de Cristovam Buarque (1995-1999) com a alcunha de Bolsa Escola. O caso do Distrito Federal se notabilizou por conta da maior eficácia do programa na redução da incidência e do hiato de pobreza, por remunerar as famílias pobres com um benefício de um salário mínimo. Ademais, foi enfatizado o aumento da eficiência do gasto social e seu impacto redistributivo como um aspecto diferente das outras experiências municipais de renda mínima (LAVINAS, 1998). A partir da identificação da população pobre e de suas demandas, o Bolsa Escola trouxe a possibilidade de inclusão social e do desenvolvimento da cidadania para estas pessoas.

Pressionado por tais exemplos de sucesso, o governo federal na gestão FHC criou um conjunto de políticas de transferência de renda<sup>100</sup> até estabelecer o Programa Bolsa Escola nacional. A cobertura nunca ultrapassou, ao final de tal gestão, a 1,5 milhão de famílias.

No governo Lula foi criado o Cartão Alimentação, parte do Programa Fome Zero<sup>101</sup>, que acabou levando ao surgimento do Programa Bolsa Família (PBF)<sup>102</sup>. Este último recebeu destaque na atual configuração da proteção social brasileira tanto pelo contingente beneficiário, quanto pelas críticas envolvidas.

---

no México. Em 1995, foram criados o Programa Garantia de Renda Familiar Mínima em Ribeirão Preto, também no interior do estado de São Paulo, e o Bolsa Familiar para a Educação no governo do Distrito Federal.

<sup>100</sup> Durante o governo FHC, foram criados quatro mecanismos focalizados, cada um vinculado a um ministério: i) o Bolsa Escola (2001) era vinculado ao Ministério da Educação; ii) o Bolsa Alimentação (2003) era vinculado ao Ministério da Saúde; iii) o Auxílio Gás (2001) era vinculado ao Ministério de Minas e Energia; iv) além do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) (1996).

<sup>101</sup> Criado pela Medida Provisória nº 108, posteriormente convertida na Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, regulamentado pelo Decreto nº. 4675, de 16 de abril de 2003.

<sup>102</sup> Foi criado pela medida provisória nº 132 de outubro de 2003, regulamentada pela Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004 e pelo Decreto no 5.209 de 17 de setembro de 2004.

Atendendo, por ano, a 13,8 milhões de famílias em todo o território nacional, o PBF transfere renda para cerca de 1/5 das famílias brasileiras<sup>103</sup>. Embora existam críticas quanto à transferência da renda mensal à população, há um consenso sobre os efeitos da ação do governo para reduzir as desigualdades entre ricos e pobres e quanto à permanência e importância do PBF no combate à pobreza no país. Um recente *survey* nacional identificou apoio de 79,1% da população adulta ao combate da desigualdade entre ricos e pobres e, ao mesmo tempo, 73,2% indicaram querer a permanência de programas como o PBF (LAVINAS et al, 2014).

Apesar disso, o PBF não configura um direito, portanto nem todos aqueles que atendem os pré-requisitos recebem o benefício, como ocorre com o BPC. Portanto, é necessário equacionar este fator de exclusão de beneficiários da política social, ficando à sorte dos governantes e das decisões de maior ou menor aplicação da austeridade fiscal do Estado.

Ela também está em conformidade com a nova recomendação da OIT (2012) de garantir um piso mínimo de sobrevivência à parcela da população sem proteção social previdenciária e em situação de vulnerabilidade, sobretudo, os idosos, deficientes, famílias com crianças, gestantes e nutrízes.

A transferência contínua de uma renda, mesmo que em valor muito baixo, pretende solucionar uma falha de mercado sem solucionar um problema socioeconômico estrutural. Ou seja, busca incorporar elevado contingente populacional no mercado de consumo sem a devida pretensão de oferecer uma rede ampla de serviços sociais. Este tipo de política atua como colateral, uma

---

<sup>103</sup> Segundo o DataSocial do MDSA, em outubro de 2016 o PBF transferiu renda para 13.805.497 famílias e no Brasil, conforme a PNAD 2014, existiam cerca de 70.222.000 famílias na população brasileira.

vez que, a transferência de renda tem funcionado como instrumento de inserção da população mais pobre no mercado de consumo. Não há uma preocupação de suplantar as condições estruturais da desigualdade ou da pobreza, através da concretização da cidadania dos indivíduos, mas sim de estimular o consumo de bens duráveis e não duráveis. Ou seja, a política social, perfazendo o caminho de privilegiar cada vez mais o modelo de mínimos sociais, passou mais a ter o propósito de estimular a demanda do que de transformar as condições de vida (LAVINAS, 2016).

### **3.7 Breves conclusões quanto à proteção social no Brasil**

O Brasil, na contramão do pensamento hegemônico internacional, instituiu em 1988 um sistema de seguridade social inspirado no paradigma do *Welfare State*. Desde então, uma série de modificações legais foram desmantelando o pacto firmado com a Constituição Federal (FAGNANI, 2011).

Essas modificações impuseram dificuldades de acesso aos benefícios da previdência social, bem como comprimiram o valor transferido. A criação do fator previdenciário, o uso de idade mínima para aposentadoria e a regra 85/95 progressiva são exemplos de fatores do desmonte da previdência social. A falta de um Conselho Nacional para a Seguridade Social fiscalizador da sua consolidação e das modificações impostas auxiliaria a evitar esse desmonte.

Além disso, modificações constitucionais limitaram os recursos destinados à saúde, impedindo de concretizar na prática o sistema universal e gratuito, como expresso na letra da lei. Grande parte dos serviços de saúde tem sido prejudicada pelo subfinanciamento, resultando em longas filas, dificuldades de agendamento de consultas, exames e quantidade reduzida de leitos. Essas

limitações têm empurrado usuários para o serviço privado, deixando parte dos serviços oferecidos pelo SUS destinada à população de menor renda (VIANNA, 2004; LAVINAS e FONSECA, 2015; GENTIL, 2016).

Por outro lado, é possível observar um destaque atribuído à assistência social com o PBF e o BPC, focalizados na população em maior grau de vulnerabilidade social e pobreza, gestantes, nutrizes, crianças, além dos idosos e deficientes. Nesta área tem ocorrido crescimento da cobertura de beneficiários e de recursos destinados (LAVINAS, 2013).

Considerando essas trajetórias das áreas da proteção social e o gasto com a seguridade social, oscilando entre 10% de 12% do PIB nos últimos 10 anos, é possível afirmar que o Estado se mantém como provedor de bem-estar. A provisão tem sido parcial e incompleta, uma vez que a institucionalidade da proteção social nunca alcançou as determinações constitucionais.

Caso ocorra uma reversão no quadro de desmonte da seguridade social, com a redução das restrições de acesso à aposentadoria/pensão, seria possível elevar a cobertura da população atendida. Passaria dos atuais 85% de idosos cobertos pela previdência social para o mais perto da universalidade. Na área da saúde é possível apontar para a mesma direção. Caso o devido financiamento do sistema seja estabelecido, como indicado pela legislação, a proporção de pessoas contratantes de planos de saúde seria reduzida dos atuais 30%. A decisão pela aquisição do seguro privado passa, principalmente, por problemas causados pelo subfinanciamento do sistema público.

Os governantes, desde a promulgação da CF de 1988, estabeleceram um modelo de proteção social que tem expulsado a população mais rica do serviço público de saúde, mas os mantêm na previdência social, embora o valor

do benefício venha sendo comprimido. A assistência social tem incorporado um contingente elevado de beneficiários o que evidencia o privilégio recebido por esta área.

A ênfase pelos mínimos sociais no desenvolvimento da proteção social brasileira também pode ser verificada em vários países da América Latina. Da mesma forma, as nações da região têm atribuído importância aos programas de transferência de renda condicionada, assim como no estabelecimento de um pilar público, mesmo que limitado, para a aposentadoria social.

O atual modelo de proteção social brasileiro vem apresentando uma convergência com o paradigma proposto e estimulado por diversos organismos internacionais, como Banco Mundial, FMI e OIT. As características identificadas na seguridade social do Brasil estão de acordo com o paradigma Pisos de Proteção Social da OIT (FONSECA; LAVINAS, 2014).

A busca excessiva pela austeridade fiscal impede a consolidação do sistema universal na saúde ou a concretização de uma previdência social com benefícios que permitam boas condições de vida aos beneficiários. Porém, para reverter a heterogeneidade estrutural é indispensável a consolidação dos direitos sociais do cidadão. Para isso, é necessário reforçar o pacto social fundado em 1988 e estabelecer a receita fiscal para a seguridade social. É urgente o fim da DRU e das desonerações fiscais que tanto prejudicam o OSS e impedem a concretização da Constituição. Somente assim o país conseguirá eliminar a extrema pobreza e a profunda desigualdade.

## **Capítulo 4. Proteção social no Chile: em rota de convergência com o Brasil no século XXI**

O presente capítulo tem o objetivo de detalhar as características da seguridade social chilena, desde o início do século XX. O propósito é demonstrar como ocorreu sua consolidação, passando pelo ajuste estrutural e encerrando com as mudanças recentes da contrarreforma.

O Chile é tido como um país pioneiro na proteção social, considerando a região latino-americana (MESA-LAGO, 1986; FLEURY, 1994). Na década de 1980, ganhou destaque mundial com a radical reestruturação do sistema de seguridade social, ao transferir para o setor privado a incumbência da provisão da seguridade social (MESA-LAGO, 2004). Desde a redemocratização, o país tem ampliado a provisão pública, embora, ela seja direcionada à população em maior grau de vulnerabilidade (MESA-LAGO, 2009).

### **4.1. A proteção social no Chile desde o início do século XX**

#### **4.1.1. A previdência social antes do ajuste estrutural**

Os primeiros mecanismos de proteção social no Chile remetem à década de 1920. É, segundo Mesa-Lago (1986), um dos países pioneiros no campo da proteção social na região latino-americana. Isso surge em uma conjuntura de piora das condições de vida da população chilena, em simultâneo à fundação da

OIT em Genebra (1919)<sup>104</sup> e do Partido Comunista Chileno (PCCh)<sup>105</sup> em Santiago (1922), portanto, em meio a fortes demandas para a ampliação de mais segurança socioeconômica (MESA-LAGO, 1994; FLEURY, 2004).

No início dos anos 1920, Arturo Alessandri Palma<sup>106</sup> foi eleito presidente ao realizar sua candidatura sustentada por propostas de políticas públicas voltadas para a consolidação de um programa previdenciário, além do estabelecimento de um código trabalhista (FLEURY, 1994).

Para atender às demandas sociais e promessas da campanha presidencial foi criado o Ministério do Trabalho, Higiene, Assistência e Previdência Social com a atribuição de estabelecer e gerir a estrutura da proteção social nascente. O órgão público ficou responsável pelas primeiras 3 caixas de aposentadorias e pensões do país, de inspiração *bismarckiana*. As Caixas para servidores públicos e operários tinham em comum apenas o estabelecimento de um seguro obrigatório, pois:

“As caixas destinadas aos operários recebiam recursos estatais, em um esquema de financiamento e gestão tripartite, enquanto as destinadas aos empregados públicos e particulares tinham o caráter de um seguro compulsório de contas individualizadas. A diferenciação tinha como justificativa o papel do Estado na proteção dos setores mais desamparados e necessitados” (FLEURY, 1994, p.178).

---

<sup>104</sup> A fundação da OIT é importante pelo conteúdo das suas convenções. As primeiras convenções abordavam “as principais reivindicações do movimento sindical e operário do final do século XIX e começo do século XX: a limitação da jornada de trabalho a 8 diárias e 48 semanais. As outras convenções adotadas nessa ocasião referem-se à proteção à maternidade, à luta contra o desemprego, à definição da idade mínima de 14 anos para o trabalho na indústria e à proibição do trabalho noturno de mulheres e menores de 18 anos”. Fonte: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/hist%C3%B3ria>>.

<sup>105</sup> O Partido Comunista Chileno foi fundado em 2 de janeiro de 1922, sob influência da Revolução Russa. O partido tem suas origens no *Partido Obrero Socialistas* (POS), fundado em 1912 por trabalhadores da cadeia produtiva do salitre. Fonte: <http://www.pcchile.cl/about-3/>

<sup>106</sup> Arturo Alessandri Palma governou o Chile entre 1920 e 1924, encerrando o período conhecido como “República Parlamentar”.

Segundo Robles (2013), a primeira Caixa deste tipo foi criada em 1924<sup>107</sup> – *Caja del Seguro Obrero Obligatorio* – sendo o primeiro mecanismo deste tipo nas Américas. No Brasil, a título de comparação, a primeira IAP foi criada somente em 1933. Este era um mecanismo similar à Caixa chilena, por também ter inspiração *bismarckiana* e envolvimento direto da ação estatal. Em 1923, já havia sido criada a primeiras CAP, porém, apresentava natureza distinta da IAP, pois era mecanismo privado.

A criação destas Caixas no Chile atendia os grupos laborais com maior poder de pressão, como militares, servidores públicos e trabalhadores assalariados dos seguimentos de maior importância econômica (FLEURY, 1994). Assim, na década de 1950, existiam cerca de 3 fundos dedicados aos profissionais independentes, outros 2 para os profissionais das forças armadas e polícia, além de uma série de sistemas que cobriam a maioria dos trabalhadores assalariados de distintos setores econômicos do país. Como nos demais países pioneiros da seguridade social na América Latina, em pouco tempo esta quantidade aumentou. De maneira que nos anos 1960 já existiam 35 caixas de aposentadorias e pensões e cerca de 150 regimes previdenciários (ARENAS DE MESA, 2010). O avanço deste sistema no Chile transcorreu de forma fragmentada e estratificada, com multiplicidade de instituições e regimes, além de elevada desigualdade entre os benefícios e contribuições.

---

<sup>107</sup> A Lei nº 4.054 de 8 de setembro de 1924 instituiu o regime de seguro obrigatório para os trabalhadores. Ao mesmo tempo, Lei nº 4.053 (Contrato de Trabalho), que regulamentava os contratos de trabalho limitando a duração e a jornada de trabalho, especialmente das mulheres e menores, criando também um Departamento Geral do Trabalho (DGT), com prerrogativas discricionárias ampliadas; 44 Lei nº 4.057 (lei dos sindicatos), que estabeleceu a sindicalização obrigatória (proposta pelo projeto conservador); Lei nº 4.056, que previa a conciliação obrigatória (também indicação do projeto conservador) e a arbitragem voluntária (ROBLES, 2013).

Esse aumento da cobertura ocorreu tanto nos setores urbanos, quanto nos rurais, categoria desconsiderada anteriormente. Esta mudança pode ser atribuída à reforma da seguridade social de 1952, discutida no Parlamento desde 1941. Ela causou uma modificação na ênfase da condução da política previdenciária chilena, pois antes o Estado favorecia os segmentos médios da sociedade e passou a atuar para atender também às demandas do “proletariado”, equilibrando o sistema de proteção social entre as distintas categorias (FLEURY, 1994).

Segundo Fleury (1994), as mudanças na seguridade social de 1952 buscaram criar novos benefícios e aprimorar os existentes, tanto para empregados, quanto para operários. A reforma é caracterizada por ter reorganizado a Caixa de Seguro Operário, dando origem ao Serviço de Seguro Social (SSS)<sup>108</sup> e ao Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>109</sup>. O SSS ficou a cargo de atender os direitos no campo da seguridade social e o SNS, na área da saúde. O principal resultado desta reorganização foi a centralização da gestão dos benefícios e serviços com a intenção principal de superar as dificuldades de financiamento e administrativas causadas pela fragmentação.

Durante a segunda metade do século XX foram implantadas diversas políticas voltadas à maternidade e ao cuidado infantil. Para Robles (2013), elas foram responsáveis pela drástica redução da mortalidade e desnutrição infantil no país. A autora cita dois programas importantes: o *Programa Nacional de Alimentación Complementaria* (PNAC), criado em 1954, cuja função era distribuir

---

<sup>108</sup> O SSS foi criado pela Lei nº 10.383 e funcionou entre 1952 e 1982. Ficou responsável pelos direitos no campo da seguridade social e cobria os trabalhadores formais e autônomos quanto a doenças, acidentes, velhice e morte (FLEURY, 1994).

<sup>109</sup> O SNS foi criado pela Lei nº 10.383 e reuniu algumas instituições dedicadas à saúde pública. Funcionou entre 1952 e 1979, sendo o principal órgão público na oferta de serviços e benefícios no campo da saúde.

leite às mulheres com filhos atendidos em centros de saúde; e o *Programa de Alimentación Escolar*, de 1958, com o propósito de oferecer 3 refeições diárias às crianças em situação de extrema pobreza e que frequentavam a escola<sup>110</sup>.

Para Hujo (1999), o período compreendido entre 1958 e 1973 representa a segunda etapa do desenvolvimento da seguridade social do país. A autora identifica uma marca diferenciadora na atuação dos presidentes eleitos neste período. Eles agiram para promover um caráter menos fragmentado, o que favoreceu a uniformização do sistema de seguridade social.

Neste sentido, os governos de Jorge Alessandri Rodriguez (1958-1964), Eduardo Frei Montalva (1964-1970) e Salvador Allende (1970-1973) atuaram em favor da aprovação de reformas padronizadoras dos regimes de aposentadoria e pensão. Tentaram reduzir as distorções e assimetrias entre os benefícios, assim como solucionar os problemas de financiamento (ARENAS DE MESA, 2010).

Para Arenas de Mesa (2010, p.19), esta segunda etapa do desenvolvimento da seguridade social chilena “*respondió a las orientaciones de universalización de la seguridad social formuladas en el Plan Beveridge*”. Conforme Fleury (1994), a expansão do sistema de seguridade – ainda segmentado e estratificado – se deu pelo aumento do gasto público social, com base no aumento das contribuições salariais.

#### **4.1.2. O sistema de saúde antes do ajuste estrutural**

O desenvolvimento do campo da saúde no Chile seguiu o percurso da previdência social. O primeiro marco legal também é datado do início do século

---

<sup>110</sup> Robles (2013) indica que este programa era gerido pela *Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas* (JUNAEB).

XX, em 1918. A aprovação do primeiro Código Sanitário tem importância por iniciar a organização dos serviços públicos de saúde. Em 1942, os serviços médicos oferecidos pelas Caixas dos empregados dos setores público e privado foram reunidos no Serviço Nacional de Empregados (SERMENA)<sup>111</sup>, um regime privado de livre escolha dedicado a prestar apenas cuidados de prevenção (LABRA, 1995).

Em 1952, foi instituído um novo marco legal com perfil liberal moderno. Ele criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao unificar diversas estruturas públicas prestadoras de serviços de saúde, além de ter atribuído a sua manutenção como dever do Estado. O SNS obteve sucesso na unificação dos serviços médico-assistenciais e da saúde pública do país, além de ter integrado os cuidados preventivos e curativos em um único órgão. Porém, o sistema ficou saturado pela elevada quantidade de usuários em relação à estrutura existente.

De início, os empregados com vínculo formal de trabalho permaneceram excluídos do SNS, restritos ao SERMENA<sup>112</sup>. Por meio de um regime especial específico – convênio entre os dois sistemas baseado em propósitos liberais, como o pagamento de uma taxa adicional – foi possível incorporar os empregados ao novo sistema público de saúde (LABRA, 1995; LABRA, 2001).

Isto significou mais uma etapa em favor da expansão do sistema de saúde. O “esforço de unificação que representou o SNS passou a dar cobertura universal somente nas ações preventivas, ao passo que os cuidados curativos

---

<sup>111</sup> O SERMENA prestava serviço de assistência médica e odontológica aos funcionários públicos e privados mediante pagamento. Era um serviço de livre-escolha e seu funcionamento ocorreu de 1942 a 1979 (LABRA, 1995).

<sup>112</sup> Conforme Labra (1995, p.121), “o reduzido setor privado prestava assistência médica diretamente às pessoas de alta renda ou por meio dos convênios do sistema de livre escolha com o SERMENA”.

se mantiveram restritos aos indigentes e aos operários do mercado formal e seu grupo familiar” (LABRA, 1995, p.111).

Salvador Allende (1970-1973) tentou instituir um sistema único de saúde, de caráter universal e gratuito, inspirado no NHS britânico. A sua consolidação não ocorreu, principalmente, pela composição de forças no Congresso chileno, além do poder exercido pelas *mutualidades de empleadores*, ou seja, as administradoras do seguro privado voluntário dos trabalhadores. Em relação ao primeiro empecilho, a coalização de partidos de centro-esquerda, denominado Frente Popular, estava perdendo apoio eleitoral para os grupos conservadores, desde os anos 1950. Assim não conseguiu estabelecer o consenso necessário para alcançar os objetivos propostos. Quanto à segunda barreira, as 3 principais instituições privadas – *mutualidades* – concentravam mais de 70% dos contribuintes, portanto, *players* importantes na disputa pelo poder financeiro (LABRA, 1995).

A política social chilena, no início dos anos 1970, era caracterizada pela presença estatal parcial, assim como no Brasil. A previdência social cobria mais de 70% da população economicamente ativa (YAZIGI, 2003). Na esfera da saúde, apesar da não consolidação do sistema público universal, foram mantidos os mecanismos do SNS e do SERMENA, ambos responsáveis pela “cobertura de 70% da população em ações curativas e 100% em preventivas” (TETELBOIN e SALINAS, 1984 *apud* FLEURY, 1994). Segundo Labra (1995), neste momento, o setor privado de assistência médica era reduzido e estava voltado à população de alta renda.

#### **4.2. Mudanças na proteção social durante o regime militar no Chile**

Qualquer outra tentativa democrática de mudança na proteção social foi interrompida pelo violento golpe militar de 11 de setembro de 1973 no Chile, jogando por terra a democracia por um período de 16 anos. Neste ano, a junta militar ao tomar posse destituiu o Congresso Nacional, limitou os direitos civis e extinguiu todos os partidos políticos.

O regime ditatorial chileno foi liderado por Augusto José Ramón Pinochet Ugarte. Inicialmente, ocupava o cargo de Chefe Supremo da Nação como representante da Junta Militar de Governo e foi autoproclamado presidente em 1981.

Sem considerar a violência, a repressão política e a ditadura imposta ao país, o regime militar representou uma inflexão na relação entre o Estado, o mercado e a sociedade civil no que tange a orientação da provisão do bem-estar.

O governo atuou com base nas ideias propagadas pelo Banco Mundial. O organismo internacional rejeitava toda política social de cobertura universalista, principalmente os sistemas de seguridade social, por supostamente desequilibrar a eficiência econômica do país (LO VUOLO, 1997).

O Banco Mundial questionava o sistema de repartição com base em quatro argumentos: o uso político e a concessão de privilégios à grupos específicos; os riscos inerentes à transição demográfica pelo envelhecimento da população que causaria maior demanda por benefícios; pelo tratamento adotado no sistema universal, quanto a proteção de enfermidades, velhice e invalidez, por não transferir esta responsabilidade e o seu custo ao segurado; pela pouca transparência na gestão dos recursos cruzados intergeracional, nem sempre solidários, podendo afetar a sustentabilidade do sistema (UTHOFF, 2006).

Segundo Lo Vuolo (1997), a instituição embasava seus argumentos em 3 aspectos, sendo:

*“En primer lugar, se apunta et perjuicio para con la inversión reproductiva y en la creación de experiencia tecnológica (innovación). Aquí, las críticas resaltan: a. et impacto que et financiamiento de dichas políticas significan para los costos empresariales y la capacidad de ahorro/ inversión de las firmas; b. et efecto negativo que genera un gasto público (y no sólo un déficit fiscal) expansivo. En segundo lugar, se enfatizan las distorsiones en la eficiencia asignativa de los recursos escasos, esto es, en la habilidad para movilizarlos hacia aquellas actividades que ofrecen mayores retornos. Tercero, se habla de los impactos negativos en et propio rendimiento humano, particularmente en la motivación y et esfuerzo de los trabajadores” (LO VUOLO, 1997).*

A partir desta perspectiva de mudança, na subseção a seguir são abordadas as mudanças ocorridas especificamente na previdência social. As demais áreas da seguridade social serão debatidas em seções posteriores.

#### **4.2.1. A previdência social durante o regime militar no Chile**

Augusto Pinochet, ao final dos anos 1970, iniciou a profunda transformação tomando por base duas variáveis importantes: a primeira, típica de um regime militar em que *“las atribuciones de un sistema político de excepción y liberado de la obligación de dialogar con los grupos de interés que caracteriza a las democracias”*, acabou por facilitar as mudanças (ARENAS DE MESA, 2010, p. 20); a segunda estava sustentada na ideia da existência de elevado desequilíbrio financeiro do sistema de previdência social, portanto, um fator econômico-financeiro (LO VUOLO, 1997).

Este processo reformista, que vai de 1973 a 1990, é dividido em duas fases, por Arenas de Mesa (2010) e Hujo (1999). Na primeira, estão concentradas as medidas para *“eliminar privilégios, uniformizar e unificar as condições de elegibilidade”* (HUJO, 1999, p.13). Com isso, ocorreu a eliminação de algumas desigualdades significativas, a homologação de novas modalidades

previdenciárias, além da elevação da idade para aposentadoria, passando para 60 anos, se mulher e 65 anos, se homem. Esses ajustes de caráter mais paramétrico foram fundamentais para preparar e avançar para “*la privatización de los instrumentos de protección social con la creación del sistema de capitalización individual*”, conforme Arenas de Mesa (2010, p.20).

A publicação do decreto Lei nº 3.500, em novembro de 1980, marcou o início da segunda fase da reforma estrutural (HUJO, 1999). Com base no receituário neoliberal, o decreto Lei promoveu uma intensa desregulamentação financeira e a ampliação da participação dos agentes do mercado na provisão de bem-estar. Com isso, a reforma radical da seguridade social, em 1981, pode ser considerada uma vitrine ou mesmo um laboratório para experiências neoliberais em países em desenvolvimento (LAVINAS, 2013).

A reforma realizada fechou e substituiu por completo o sistema previdenciário público por um novo, baseado em regime de capitalização individual e administrado por instituições privadas (existiam 21, inicialmente). Para financiar o novo sistema previdenciário, a contribuição mensal compulsória ficou definida em 10% do salário. Um primeiro problema deste novo sistema estava na imprevisibilidade do valor do benefício a ser recebido, característica essa dos sistemas de capitalização. Se de um lado apresenta maiores incertezas quanto ao recebimento da aposentadoria no futuro, por outro, o sistema possuiria a vantagem por uniformizar as condições de acesso (ARENAS DE MESA, 2010).

Para Hujo (1999), a segunda fase do ajuste impôs uma divisão rigorosa entre os benefícios previdenciários contributivos e os benefícios da assistência social, custeados por impostos. Não haveria mais mecanismos de solidariedade.

Além disso, o sistema reformado estava em conformidade ao modelo de três pilares proposto pelo Banco Mundial (1994).

Neste, o primeiro pilar era financiado por impostos e chamado de *Pensiones Mínimas Garantizadas por el Estado* (PMGE). Consistia em uma garantia de aposentadoria mínima<sup>113</sup> para o segurado com ao menos 20 anos de contribuição, caso o saldo acumulado no período não fosse suficiente para obter o valor de pagamento da aposentadoria basilar: equivalente a 80% do salário mínimo do trabalho. Assim, o Estado seria responsável por custear o complemento da aposentadoria básica, em nível muito baixo.

O segundo pilar era compulsório e representava a base do novo sistema. Seguia o modelo da capitalização individual, sendo geridas por empresa privada com fins lucrativos – as *Administradoras de Fondos de Pensiones* (AFP). Exigia vinculação obrigatória aos ingressantes no mercado de trabalho, cobrava o depósito de 10% do salário bruto do trabalhador a ser depositado em uma AFP eleita pelo segurado<sup>114</sup>. Era cobrada a taxa de administração e um seguro para acidentes de trabalho, invalidez e desemprego, alcançando 2,43% do salário bruto (HUJO, 1999; MESA-LAGO, 2004).

O terceiro pilar era dedicado a receber contribuições voluntárias, e foi beneficiado por um sistema tributário especial, ao impor cobrança de imposto de

---

<sup>113</sup> Conhecida como programa *Garantía Estatal de Pensión Mínima*, a pensão era equivalente a 80% do salário mínimo. Ainda nesta dimensão, estava previsto um programa assistencial cujo propósito era transferir renda para a população sem condições de atender suas necessidades mínimas. Com o nome de *Programa de Pensiones Asistenciales* (PASIS), garantia 50% do salário mínimo ao beneficiário que atendesse os pré-requisitos necessários: i) ter mais de 18 anos de idade em condições de invalidez ou deficiência mental; ii) ter mais de 65 anos de idade sem condições de obter uma pensão ou aposentadoria no sistema previdenciário (ARENAS DE MESA, 2010).

<sup>114</sup> Neste sistema, o segurado tinha a possibilidade de mudar de AFP, porém as três maiores AFPs acabaram concentrando cerca de 70% dos segurados e impondo sua tarifa. Se considerarmos as 5 maiores AFP, a concentração de mercado aumenta para 85%. E isso é um problema, pois as três maiores não eram as melhores AFP: não cobravam as menores comissões, nem pagavam rendimentos mais altos (UTHOFF, 1997).

renda somente ao lucro da AFP. Entretanto, o acesso a este pilar só seria possível aos indivíduos com rendimentos mais altos, portanto, com condições suficientes para arcar com os depósitos complementares.

### **4.3. Consequências iniciais do ajuste estrutural**

#### **4.3.1. Consequências na previdência social**

O novo sistema foi obrigatório a todos os trabalhadores ingressantes ao mercado de trabalho. Para estimular a migração voluntária dos contribuintes do sistema antigo para o sistema novo, foram adotados dois tipos de incentivos. O primeiro foi o fim da alíquota de contribuição patronal. Era recomendado a incorporação do valor que o empregador deixou de contribuir no salário do trabalhador. O segundo incentivo foi a garantia dada pelo Estado ao reconhecimento das contribuições já realizadas para a aposentadoria no antigo sistema, em forma de “título de reconhecimento”. Este título seria reajustado anualmente com uma taxa de juros real equivalente a 4%. Em geral, esses títulos representaram de 50% a 70% do valor total dos fundos de pensão privados (ARENAS DE MESA, 2010).

Esta decisão trouxe segurança jurídica ao novo sistema ao garantir a viabilidade financeira para a provisão privada de bem-estar social. Porém, foi danosa ao balanço financeiro do Estado, visto que registrou uma redução em sua arrecadação, assim que as contribuições previdenciárias ao tesouro chileno cessaram. Ao mesmo tempo, as contribuições foram direcionadas aos cofres das AFP. Este fato, denominado, custo de transição (MESA-LAGO, 2004).

Esta transferência de capital de entidades públicas para instituições privadas causou, como consequência, o aumento do déficit previdenciário

público. Conforme Uthoff (2006, p.116) “*de hecho, en el caso chileno, ya es universalmente conocido el que al gobierno le ha costado más de 5,5 % del PIB anual por un lapso de ya 25 años restándole varios más para hacerse cargo del costo de la transición, incluyendo las garantías y los déficit históricos*”.

A Figura que se segue apresenta a tendência do déficit previdenciário no Chile, entre 1981 e 2001. A partir dele é possível verificar quanto custou ao Estado manter a segurança jurídica do novo sistema, desconsiderando uma questão-chave: a sustentabilidade financeira. Entre 1981 e 1984, o déficit total aumenta de cerca de 4% do PIB até 7,5%, considerando o título de reconhecimento, benefícios previdenciários que permaneceram no sistema antigo, bem como as garantias e direitos adquiridos. Este aumento inicial pode ter sido causado pela crise econômica que o país passou<sup>115</sup>, com a queda do PIB. Conforme a figura 7, a partir de 1988, passou a oscilar em um patamar entre 5% e 6% do PIB (UTHFF, 2006).

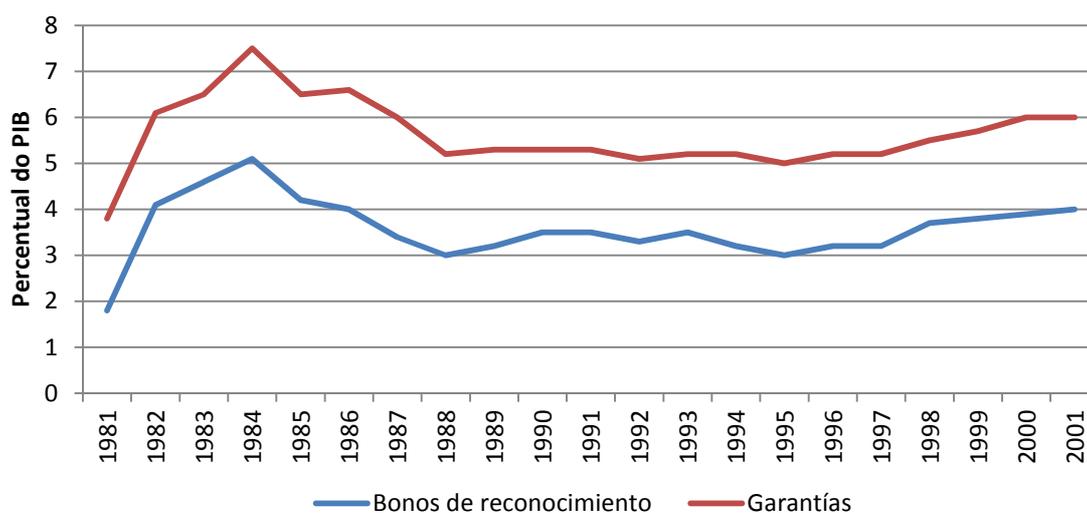
No custo de transição também é contabilizado a despesa do pagamento dos benefícios aos assegurados que permaneceram no antigo sistema: cerca de 300 mil beneficiários<sup>116</sup> (ARENAS DE MESA, 2010). Desta forma, o Estado comprometia um volume elevado de recursos públicos para a gestão destas instituições.

---

<sup>115</sup> Em 1975, o PIB caiu 13%, a inflação chegou a 130% e o desemprego atingiu 16,4%. Em 1982, o PIB caiu 14%, a inflação chegou a 23% e o desemprego atingiu 35%.

<sup>116</sup> O antigo sistema funcionou através do *Instituto de Normalización Previsional* (INP), encarregado por pagar as aposentadorias e pensões daqueles que permaneceram no sistema antigo, bem como da transferência dos recursos dos migrantes às AFP (ARENAS DE MESA, 2010).

Figura 7 – Déficit previdenciário no Chile:



Fonte: Uthoff (2006)

Esse foi um dos elementos enfraquecedores da argumentação utilizada para sustentar a defesa de reformas estruturais, uma vez que não conseguiu equacionar o problema da sustentabilidade financeira do sistema. Ao final, a mudança do regime de repartição simples pelo de capitalização individualizada não conseguiu eliminar o déficit previdenciário público, representando um desequilíbrio financeiro por conta da garantia dos títulos de reconhecimento.

Outro argumento utilizado para justificar a reforma estrutural era a necessidade de ampliar a proporção de afiliados contribuintes, de modo a melhorar o financiamento da previdência. Mas, isto não ocorreu: no antigo sistema, em 1960, 69% da população economicamente ativa (PEA) eram contribuintes ativos e passaram para 73% em 1970. Alcançou o ápice da série histórica em 1973 com 79%, ano do golpe militar. A partir daí, a proporção continuou reduzindo até que em 1980, ano da reforma, cobria 64% da PEA (YAZIGI, 2003). Com o ajuste, em 1982 somente 29% da PEA contribuía para o sistema previdenciário. Essa proporção aumentou para 47% em 1990 e quase 52% em 1994, doze anos após o início da reforma (MESA-LAGO, 2013). Ou

seja, o novo sistema instituído com a reforma estrutural levou a uma queda ainda maior do número de contribuintes, na contramão, portanto, do prometido.

Tabela 13 – Contribuintes ativos em relação à População Economicamente Ativa (%)

Ano	Contribuintes Ativos/PEA	Ano	Contribuintes Ativos/PEA
1960	69	1982	29
1961	60	1990	46,8
1965	69	1992	51,8
1970	73	1994	51,8
1971	74	1996	55,7
1972	75	1998	53,4
1973	79	2000	52,9
1974	78	2003	55,8
1975	74	2006	58
1976	74	2007	61,2
1977	73	2008	62,8
1978	68	2009	60,3
1979	68	2010	60,3
1980	64	2011	61,8

Fonte: Yazig (2003) para os dados entre 1960 e 1980 e Mesa-Lago (2013) para os dados entre 1982 e 2011.

Um resultado preocupante causado pela abrupta transformação estrutural foi a concentração do mercado das AFP. A concentração de mercado tem como consequência a redução da concorrência entre as instituições, tornando o mercado menos interessante, por ser mais custoso e punitivo para o contribuinte. No início, existiam 21 Administradoras e, paulatinamente, esse total foi sendo reduzido, através de fusões e incorporações. Nos anos 1990 a quantidade era superior a uma dezena e, em 2003, somava 7 (MESA-LAGO, 2003). Atualmente existem 6 AFP (AIOS, 2016).

Em resumo, o ajuste estrutural na previdência social tem resultados mais danosos do que benéficos para o cidadão chileno. Como aspecto positivo, a

liberdade de escolha da administradora da aposentadoria, além da garantia estatal da sua contribuição realizada ser transferida para a AFP. Como aspecto negativo, o déficit público causado pelo custo de transição; a queda na cobertura de idosos aposentados; a elevação da idade de aposentadoria; a manutenção de privilégios para alguns segmentos, como o militar; a concentração de mercado em poucas AFP; a queda na proporção da PEA que contribui com o sistema; e, por fim, a elevação do custo administrativo colocam em questionamento o ajuste estrutural para a previdência social (MESA-LAGO, 2004; 2013).

#### 4.3.2. Consequências no sistema de saúde

No campo da saúde, conforme Labra (1995), a primeira mudança política impactante foi a promulgação da Constituição Política da República do Chile de 1980<sup>117</sup>. Em 1925, a Constituição apontava “Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. *Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridade*” (Chile, 1925, Cap. III, Art. 10°, Inc. 14°). Em 1980, com a nova Constituição, a mudança ficou consolidada com a seguinte passagem:

*“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”* (Constitución Política de la República de Chile, 1980. Cap. III, Art. 19, Inc. 9.°).

---

<sup>117</sup> A *Constitución Política de la República de Chile* de 1980 pode ser acessada em: <http://bcn.cl/1uva9> ou [https://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion\\_politica.pdf](https://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion_politica.pdf).

O Estado estabeleceu compromissos limitados, assumindo a responsabilidade pela coordenação e controle do sistema, deixando a oferta dos serviços às instituições públicas e privadas. Na prática, isto resultou na privatização do sistema de saúde (LABRA, 1995).

A reforma da saúde substituiu o SNS pelo *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS)<sup>118</sup>, com função executora em âmbito regional; criou o *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), cuja atribuição principal era arrecadar e financiar o SNSS; eliminou a distinção entre empregado e operário<sup>119</sup>; criou as *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRE), intermediadora financeira dos planos de saúde privados.

Antes da reforma, o serviço público – responsável por cerca de 90% dos leitos, 86% das altas hospitalares realizadas no país, além de cuidar ¼ dos atendimentos ambulatoriais – constituía, de fato, uma barreira à expansão do setor privado. Porém o sistema apresentava “sérios problemas gerenciais derivados do deficiente controle de usuários e dos baixos salários do funcionalismo, agravados pela inflação de custos (...) da atenção médica a partir da década de 60 no país e no mundo” (LABRA, 19995, p.112).

Com a desestruturação do serviço público, a assistência médica privada cresceu com o auxílio direto das decisões do Estado. Para isso, foi determinado aos assalariados contribuintes de fundos de pensão a obrigação de contribuir com 2% da renda tributável do chefe de família para a compra de planos em uma ISAPRE. Como o valor não estava sendo suficiente para o custeio do sistema, a

---

<sup>118</sup> O SNSS tinha o encargo da prestação de serviços mais especializados e avançados, deixando o atendimento primário sob responsabilidade das municipalidades.

<sup>119</sup> Desde a década de 1920, operários e empregados tinham vinculações distintas. Enquanto os operários ficaram resguardados pelo Seguro Social Obrigatório, os empregados dos setores privado e público ficaram cobertos respectivamente pela Caixa de Previdência dos Empregados Particulares (1926). A Constituição 1980 reuniu os dois em uma mesma condição.

contribuição foi elevada para 4% e, logo depois, para 6% até que alcançou 7% em 1986 (LABRA, 1995; LABRA, 2001). Por fim, entre 18% e 19% do salário do trabalhador formal e autônomo é transferido para instituições privadas garantirem serviços sociais, como previdência, seguro desemprego e saúde (MESA-LAGO, 2004).

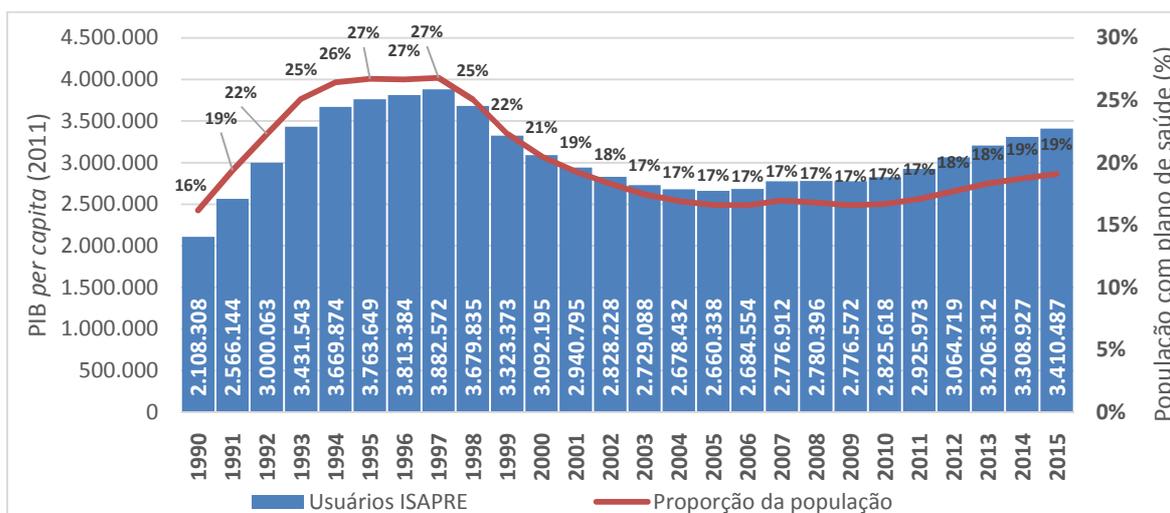
O sistema privado ISAPRE ficou direcionado à população mais rica do país, pois os seus custos de aquisição eram maiores do que o cobrado pelo serviço público (LABRA, 2001). Se a migração entre sistema público e privado era tido, de início, como uma livre opção do cidadão chileno, a renda tornou-se uma barreira à proteção na esfera da saúde: em 1990, somente 16% da população eram atendidas por um plano privado da ISAPRE<sup>120</sup>. Os demais utilizavam os serviços do SNSS, disponível mediante pagamento.

De 1990 até 1997 a proporção de usuários do ISAPRE aumentou de 16% para 27%. Porém, entre 1997 e 2002, regrediu ao patamar do início dos anos 1990. Desde 2010 a quantidade bruta de usuários cresce, sem alterar tanto a proporção em relação à população do país. (Figura 8). Assim, a proteção social foi transformada em um mercado voltado mais para a promoção do lucro e da poupança interna, do que para a segurança socioeconômica. Porém, deveria priorizar o objetivo máximo de garantir bem-estar à população. Ao final, a redução da cobertura previdenciária e a privatização das estruturas da saúde não garantiram a proteção social necessária (LABRA, 1995).

---

<sup>120</sup> Segundo a Superintendencia de Salud do Chile, entre 1990 e 1992, a proporção de usuários do sistema ISAPRE que eran cotizantes oscilava entre 41% e 42%. Ou seja, a maior parte dos usuários era composta por dependentes do trabalhador responsável por financiar o sistema.

Figura 8 – Beneficiários vigentes no sistema ISAPRE, 1990-2015:



Fonte: Superintendencia de Salud, Informe Financiero Mensual de Isapres y Archivo Maestro de Beneficiarios (2016).

María Labra enumera algumas das consequências causadas pela reforma estrutural, como o “a depredação da infraestrutura hospitalar estatal; a redução do quadro de pessoal; e o achatamento dos salários” (LABRA, 1995, p.119).

O regime militar chileno refundou a seguridade social. A unificação dos benefícios é um aspecto positivo, por corrigir algumas distorções. No entanto, converteu os cidadãos em consumidores ao conferir o mercado como eixo principal para a proteção social.

Segundo Barr (2000), a reforma estrutural impôs riscos sociais ao assegurado, uma vez que ele se tornou o único responsável pela sua aposentadoria ou o financiamento dos serviços de saúde. Em segundo lugar, aumentaram as falhas na cobertura da seguridade social, causadas principalmente pela informalidade do mercado de trabalho e pelas interrupções nos aportes nas AFP.

Além disso, o autor classificou como mitos alguns dos benefícios atribuídos à privatização da previdência social. Em primeiro lugar, desacreditou

a falaciosa relação direta entre capitalização e crescimento econômico, pois este depende de múltiplos fatores. Portanto, não dependeria somente da reunião de somas de capital ou da criação de uma poupança nacional. Ademais, criticou a redução da despesa pública por ela ter ocorrido apenas no início da reforma. No longo prazo, a pressão orçamentária aumentou por financiar as aposentadorias, causadas principalmente pelo custo de transição (BARR, 2000).

É possível argumentar que a mudança na proteção social do Chile, nos anos 1980, adequou o país às ideias do pensamento neoliberal. A reforma desenvolvida por Pinochet restringiu a ação do Estado – limitando-a à regulação – para pavimentar a ação dos agentes do mercado privado, com garantias estatais, como o custo de transição da previdência social.

#### **4.4. A proteção social após a redemocratização no Chile**

O período ditatorial chileno, iniciado em 11 de setembro de 1973, teve seu fim em 1990, em um processo iniciado no ano de 1988. Neste ano, o governo chileno de Augusto Pinochet realizou um plebiscito para consultar a população e decidir se ele deveria permanecer no poder por mais 8 anos. Após uma campanha acirrada, o “NO” venceu e no ano seguinte foi realizado um pleito para escolha dos novos representantes na presidência e no parlamento.

Em dezembro de 1989, os eleitores chilenos elegeram Patricio Aylwin Azócar (1990-1994), membro da *Concertación por la Democracia*<sup>121</sup>, uma coalização partidária de centro-esquerda. Esta mesma coalização ainda elegeu Eduardo Frei Ruiz Tagle (1994-2000), Ricardo Lagos Escobar (2000-2006) e

---

<sup>121</sup> A *Concertación por la Democracia* foi formada no fim dos anos 1980 para organizar uma ofensiva política contra a ditadura militar e é composta por 4 partidos: Partido Demócrata-Cristão (PDC), o Partido Socialista (PS), o Partido pela Democracia (PPD) e o Partido Radical Social-Democrata (PRSD).

Michelle Bachelet Jeria (2006-2010 e 2014-atual) para dois mandatos. Em 2010 a coalização de centro-direita elegeu Sebastián Piñera (2010-2013), contudo o projeto de poder deste grupo político não obteve êxito e os eleitores reconduziram Michelle Bachelet à presidência na sexta eleição após o retorno da democracia no país.

Bachelet, atual mandatária do Chile, foi também quem presidiu o grupo de trabalho para elaboração do documento a respeito dos Pisos de Proteção Social<sup>122</sup> da OIT e OMS, justamente neste intervalo entre seus dois mandatos.

Uma série de reformas na proteção social tem sido realizada no Chile, desde o retorno da democracia, de maneira a modificar uma realidade agravada pela herança neoliberal da fase ditatorial, do tudo pelo mercado. A orientação é pela ampliação da provisão pública de bem-estar, combinando mecanismos sociais contributivos e não-contributivos, além de políticas públicas focalizadas na população de menor renda. Portanto, não existe a pretensão de organizar um sistema desmercantilizado e universal, como no paradigma do *Welfare State* socialdemocrata. Mas, como o mercado não atende à demanda dos menos afortunados, foi preciso rever como ampliar a oferta de serviços à população desprotegida.

Segundo Robles (2013), figuram na lista dos objetivos a “*mejora de las redes sociales de servicios, el aumento de la inversión social y una mejor focalización*” (p. 8). Além disso, há o aumento de beneficiários e de novos grupos sociais atendidos pelas políticas sociais, como os jovens, as mulheres e, principalmente, as pessoas em condições de indigência.

---

<sup>122</sup> A publicação *Social Protection Floor for a Fair and Inclusive Globalization* foi publicada oficialmente em 11 de outubro de 2011, mas a equipe responsável pela publicação trabalhou em conjunto desde agosto de 2010 (ILO, 2011).

Em conformidade, Martín (2014) aponta alguns esforços dessa retomada da provisão pública. O Chile, nos últimos anos, tem concentrado esforços para estender a:

*“cobertura de la protección social, generando para ello diversas reformas en el ámbito de la salud, las pensiones y la asistencia social, tanto en el ámbito contributivo como no contributivo, con la meta de enfrentar los problemas de la pobreza y desigualdad a lo largo del ciclo vital, potenciando medidas que garanticen el derecho a la protección social de la población”* (MARTÍN, 2014, p.79).

Nos anos 2000, prevaleceram mudanças em prol do incremento das políticas da assistência social para redução da pobreza e erradicação da pobreza extrema. Ademais, é possível destacar a contrarreforma nas áreas da saúde e previdência social. O objetivo principal dessas mudanças foi de aumentar a especialização das políticas sociais para atender às necessidades de alguns grupos.

Como sublinhado por Robles (2013), há também ampliação temática dos programas que compõem o sistema de proteção social, como a promoção da igualdade de gênero e do acesso à justiça.

A passagem para a segunda década do século XXI é marcada pela criação do *Ministerio de Desarrollo Social* (MDS) em substituição ao *Ministerio de Planificación* (MIDEPLAN) (ROBLES, 2013).

Nos últimos 25 anos, os governos de centro-esquerda foram os principais responsáveis por mudar a legislação e estender progressivamente a provisão pública de bem-estar nas três áreas da seguridade social. Esta reorientação da proteção social está adequada às recomendações da OIT no âmbito dos Pisos de Proteção Social.

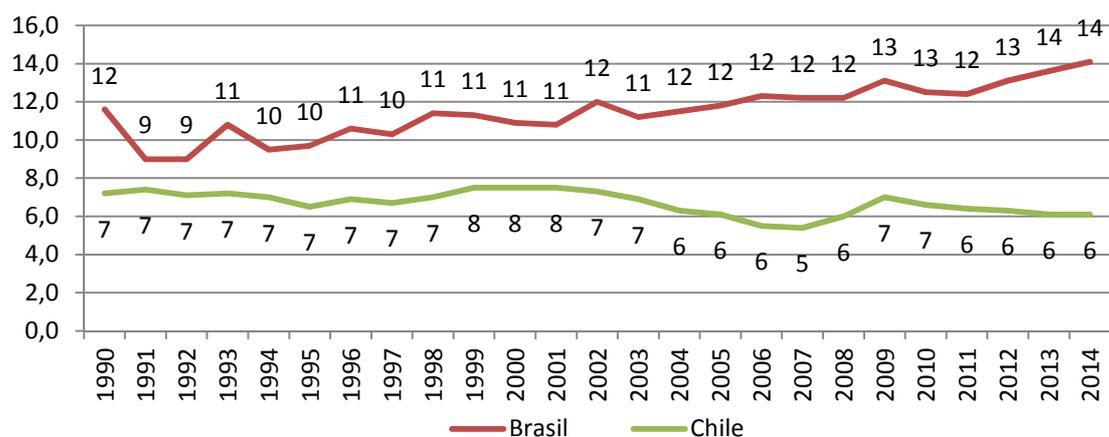
Não por acaso, a presidente do Chile foi líder na consolidação teórica deste paradigma da proteção social. Assim, a condução governamental antes da consolidação das ideias do PPS já estava em curso no Chile.

Uma primeira evidência desta ênfase com a área social estatal pode ser verificada na mudança do gasto público com a seguridade social como percentual do PIB. Segundo a CEPAL (2016), ele cresceu de 7,2% em 1990 para 7,5% em 2001, quando passou a ser reduzido até 2007 para 5,4% – o menor valor da série histórica – e estabilizou em aproximadamente 6% em 2014<sup>123</sup>. O Brasil, respectivamente, nestes anos registrou desempenho superior, com gasto social de 11,6%, 10,8%, 11,2% e 14,1% do PIB (CEPAL, 2016). Um dado que merece destaque é o ano de 2009, atípico por conta da crise econômica internacional, em que o PIB diminuiu sem alterar na mesma intensidade o gasto público social. Desta forma, este cresceu “artificialmente”. Em seguida, na série histórica dos dois países, o gasto reduz e retoma a tendência de crescimento suave (Figura 9).

---

<sup>123</sup> dados obtidos no portal da internet da CEPAL:  
<[http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/ficha/query1.php?indicador\\_id=30](http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/ficha/query1.php?indicador_id=30)>.

Figura 9: Gasto público social em relação ao PIB, 1990 a 2014 (%):



FONTE: CEPAL, 2016. Os dados do Brasil foram fornecidos pelo Ministério da Fazenda e Tesouro Nacional. Considera os 3 níveis de governo. Os dados do Chile foram disponibilizados pelo Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos (DIPRES).

#### 4.4.1. A saúde após a redemocratização no Chile

O capítulo III (dos direitos e deveres) da Constituição do Chile de 1980<sup>124</sup> dedica parte do artigo 19 ao campo da saúde. A legislação garante a proteção à saúde, com acesso livre e igualitário “a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”. O Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) do Chile é composto, assim como no Brasil, por instituições públicas – sob responsabilidade do Ministério da Saúde e gerido pelo FONASA – além de clínicas e hospitais privados, intermediados pela ISAPRE.

Porém, uma diferença importante entre os dois países é que no Chile o serviço de saúde, em ambas as estruturas, é cobrado de forma compulsória e mensal no salário do trabalhador, ou voluntária quando autônomo. Ao optar por uma instituição privada, o trabalhador deixa de contribuir para o sistema público.

<sup>124</sup> O Artigo 19.º de La Constitución asegura a todas las personas en versículo 9º: i) El derecho a la protección de la salud; ii) El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo; iii) Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud; iv) Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias; v) Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

Os trabalhadores cotizam com 7% dos seus salários ao sistema privado, organizado pelo ISAPRE, ou ao sistema público e administrado pelo FONASA. No caso dos afiliados ao ISAPRE é possível ampliar o valor de contribuição, caso os usuários tenham interesse em aumentar a variedade de serviços (MARTÍN, 2014).

No início do século XXI, o governo chileno tem realizado mudanças na arquitetura social, em particular, no campo da saúde. Neste sentido, em 2003, o governo elevou impostos específicos de produtos como tabaco, bebidas, aduana e, principalmente, o IVA, imposto sobre produtos e serviços, em um ponto percentual para auxiliar no financiamento do sistema de saúde (ROBLES, 2013).

Em 2005, na gestão Ricardo Lagos, o país implementou uma reforma de peso em direção à universalização do serviço criando o *Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE)*.<sup>125</sup> Este passou a garantir o acesso à saúde – seja por meio de instituições públicas, seja por instituições privadas – à toda a população, sem discriminação segundo a capacidade de pagamento.

Os sistemas FONASA e ISAPRE foram mantidos, assim como seus sistemas de financiamento. Ambos passaram a atender um escopo mínimo de serviços médicos, delimitados pelo AUGE. De início, o AUGE previa cobertura a 56 patologias, tendo sido ampliada para 80, em 2013. O serviço coberto pelo AUGE contempla cuidados nas diversas fases da vida – infância, pessoas em idade ativa e adultos idosos – e é realizado apenas por uma rede credenciada

---

<sup>125</sup> O AUGE foi criado pela Lei nº 19.996, sendo composto por 4 dimensões: i) prestação de saúde garantida tanto pela FONASA, quanto pelo ISAPRE; ii) qualidade do serviço regulada por agentes de saúde credenciados e seguindo os protocolos de atenção; iii) estabelecimento de prazo de limite máximo para postergar um atendimento; iv) proteção financeira ao usuário em que o valor máximo cobrado não ultrapasse 20% do total do serviço.

pelo Ministério da Saúde, que pode fazer parto do atendimento do FONASA e do ISAPRE (MINSAL, 2013; ROBLES, 2013).

O custo dos serviços garantidos pelo AUGE é de responsabilidade da FONASA e da ISAPRE, desde que a patologia esteja prevista na lista de patologias. Ademais, no âmbito do AUGE todos têm direito a um exame de medicina preventiva uma vez ao ano de forma gratuita, além da previsão de distribuição gratuita de fármacos.

Essa reforma marcou o fim do período de ampla desregulamentação dos serviços de saúde. Na década de 1990, uma série de problemas e tensões entre usuários e seguros de saúde ocorria devido ao não atendimento das necessidades dos contratantes. Além disso, o AUGE fixou um tempo máximo de espera para o atendimento. Portanto, a nova regulamentação das garantias imposta pelo AUGE representou uma melhora qualitativa do serviço oferecido, padronizando o escopo dos planos de saúde. Outro aspecto positivo, segundo Claudia Robles Farías:

*“Se estima que el plan AUGE ha beneficiado a 3,2 millones de personas, lo que corresponde al 20% de la población chilena, aproximadamente. Con base en los datos de 2009 de la encuesta CASEN, el porcentaje de personas que no tienen ningún seguro médico ha disminuido a 3,5%” (MINISTERIO DE LA SALUD, 2010 apud ROBLES, 2013, p.30).*

Mais uma mudança ocorrida no campo da saúde foi a garantia de atenção gratuita às gestantes e crianças até os 6 anos de idade<sup>126</sup>. Um dado simbólico a destacar, neste caso, é o foco nestes dois perfis. Eles são

---

<sup>126</sup> Um conjunto de programas sociais foram criados para cumprir estas garantias, como “Programa Control de Niño Sano, Control Madre Hijo, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, vacunaciones, programas de alimentación, información sobre salud y cuidados propios, entre otros” (MARTÍN, 2014, P. 87).

mencionados como grupo focal nos documentos formuladores do paradigma do *Social Protection Floor*, enumerados no Relatório Bachelet (OIT, 2011).

Em 2011, no governo de Sebastián Piñera, a Lei 19.334 reduziu ou extinguiu o valor cobrado pelos serviços de saúde aos afiliados ao FONASA<sup>127</sup>. A população presente no quintil mais pobre deixou de contribuir todo mês de forma compulsória com 7% do salário. Em 2013, foi a vez do segundo quintil mais pobre ter a contribuição reduzida para 5% do salário, portanto, uma redução de 2 pontos percentuais. Em seguida, nova mudança: o contribuinte pertencente ao terceiro e quarto quintil de menor renda teve reduzida sua contribuição para 5%<sup>128</sup>. Isto é positivo, uma vez que tende a reduzir a desigualdade de renda, cobrando mais da parcela da população em melhores condições financeiras e menos daquela em situação de vulnerabilidade.

Esta mudança pode ser considerada um avanço na formação do novo sistema de saúde, pois a renda é um fator preponderante para o acesso a melhores<sup>129</sup> serviços. Laraín (2009) apresenta dados que demonstram maior penetração da ISAPRE nos quintis de maior renda. Em 2009<sup>130</sup>, no primeiro quintil da distribuição, somente, 1,5% da população utilizava o ISAPRE. No segundo, a proporção aumentava para 3,5%; no terceiro eram 6,6% e no quarto,

---

<sup>127</sup> É importante reforçar que aos seguros do ISAPRE permaneceu a possibilidade de cobrar um percentual superior a 7% do salário pelo serviço. Este é o percentual mínimo.

<sup>128</sup> Martín (2014, p.87) aponta que *“durante el primer semestre 2012 se han beneficiado cerca de 565 mil pensionados con un costo fiscal de 11,3 millones de dólares. Para 2012 se estima un gasto de 135 millones de dólares y en 2013 de 170 millones de dólares anuales producto de la nueva incorporación de beneficiarios”*. Em 2012, o custo do AUGE foi de 0,05% do PIB e passou para 0,06%, em 2013.

<sup>129</sup> O ISAPRE é mais bem avaliado pelos seus usuários do que o FONASA, se considerarmos os seus usuários. Enquanto o ISAPRE possui 81% de menções positivas, o FONASA é bem avaliado por 58% (MINSAL, 2013).

<sup>130</sup> Embora o dado seja de 2009, portanto, anterior à mudança na cotização do sistema de saúde, é útil para ilustrar a dinâmica do uso deste sistema.

apenas 16,7%. No quintil de maior renda, 44,2% utilizam hospitais e clínicas privadas (LARAÍN, 2011).

O desconto de 7% do salário é o percentual mínimo obrigatório no campo da saúde. Mas não é a única variável, devendo considerar também dimensões como a quantidade de membros na família, se deseja cobertura nacional, as necessidades de saúde, a região do país em que vive<sup>131</sup>.

Assim, desde 2005, o país estabeleceu um sistema de atendimento que se propõe universal no campo da saúde. Todavia, sua cobertura é limitada a 80 moléstias. Elas devem ser atendidas por uma rede de prestadores de serviço, hospitais e clínicas credenciadas pelo governo. Não há rede própria.

De modo geral, o sistema de saúde chileno é privado, mas garante, como exceção, o uso de um meio gratuito caso o indivíduo não tenha condições de custeá-lo. No Brasil, ao contrário, o serviço de saúde é gratuito, porém, por conta do subfinanciamento e das condições na oferta do serviço, empurra os indivíduos para o mercado privado, desde que tenham condições financeiras.

Ao final, os dois casos têm consolidado um sistema segmentado e dual para a saúde. De um lado ficam as estruturas gratuitas destinadas à parcela mais pobre. E por outro, estão as estruturas pagas e acessadas apenas pelos usuários com condições de pagamento. Mesmo assim, enquanto o sistema público e gratuito no Chile atende cerca de 20% da população (ROBLES, 2013), o SUS no Brasil atende, regularmente, proporção muito maior, de cerca de 70% da população (IBGE, 2013).

Ademais, duas diferenças entre os países precisam ser sublinhadas. Em primeiro lugar, o caso chileno, apresenta uma menor cobertura de serviços no

---

<sup>131</sup> Fonte: <http://www.isapre.cl/index.php/preguntasfrecuentes>

sistema gratuito (compreende 80 enfermidades). Em segundo lugar, há uma diferença pela existência de estruturas públicas que são gratuitas e pagas no Chile. No SUS brasileiro, necessariamente, toda estrutura pública é gratuita, com financiamento indireto, feito com impostos que incidem sobre o consumo, e que afetam a totalidade da população indistintamente.

#### 4.4.2. Mudanças recentes na Previdência Social chilena

A Constituição chilena de 1980<sup>132</sup>, no campo da assistência social, estabelece ao Estado o dever de *“el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias”* (CONSTITUIÇÃO DO CHILE, 1980). Dada a importância desta questão, uma mudança neste item da Constituição exige *“quórum calificado”*<sup>133</sup>.

O Chile foi o primeiro país sul-americano a criar um sistema previdenciário com base no modelo *bismarckiano*, em 1924. Após 57 anos de ajustes incrementais, a reforma realizada em 1981 substituiu por completo o sistema público do tipo PAYG por um modelo de capitalização individual administrado pelas AFP. A mudança na prática implicou em o Estado assumir uma dívida por volta de 5,5% do PIB todo ano (UTHOFF, 2006), relativa aos custos de transição, e transferir recursos públicos para instituições privadas.

---

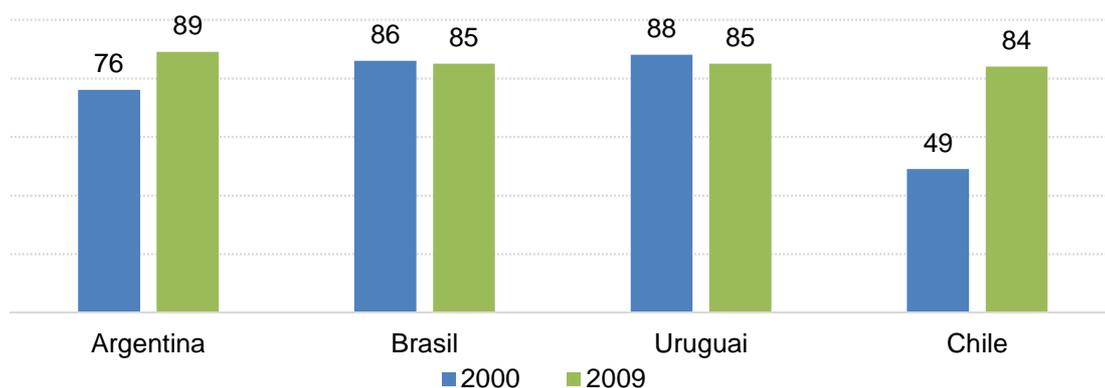
<sup>132</sup> O Artigo 18.º de *La Constitución asegura a todas las personas en versículo 18º - El derecho a la seguridad social. i) Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado; ii) La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias; iii) El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social;*”.

<sup>133</sup> Para aprovar, modificar ou retirar artigos da Constituição do Chile, é necessário um quórum de 2/3 dos deputados e senadores em exercício.

O sistema estabelecido pelo ajuste estrutural conduzido pelos *Chicago Boys* não constituiu uma poupança interna favorável ao desenvolvimento econômico, resultou em parcela considerável da população idosa elegível sem o recebimento do benefício de aposentadoria e apresentou queda na proporção de contribuintes ao sistema, uma vez que, em 2006, 1/3 dos trabalhadores formais não contribuía ao sistema privado e a estimativa era de que metade dos contribuintes não receberia o benefício quando fosse solicitado (ROBLES, 2013). Desde 2006, uma série de críticas foi direcionada ao sistema instituído em 1981 e a população passou a reivindicar uma reforma.

Para tentar solucionar os problemas, em 2008, a presidente Michelle Bachelet modificou o sistema previdenciário. Conhecida como contrarreforma, o novo sistema conciliou o mecanismo privado contributivo das AFP com alguns mecanismos não contributivos, de maneira a expandir o atendimento previdenciário. No ano 2000, a cobertura da população com 65 anos de idade ou mais no Chile alcançava 49%. Em 2009, essa cobertura passou para 84%, acompanhando uma proporcionalidade similar aos demais países do MERCOSUL (Figura 10).

Figura 10 – População com 65 anos de idade ou mais que recebe aposentadoria ou pensão, 2000 e 2009 (%):



FONTE: CEPAL, 2011.

Após a contrarreforma, o novo sistema está fundamentado em 3 pilares: o primeiro sistema é contributivo e obrigatório com base em capitalização individual; o segundo pilar é voluntário e complementar; o terceiro pilar é solidário e não contributivo, focalizado em idosos e pessoas deficientes sem capacidade de obter uma renda oriunda do trabalho, perfazendo um modelo aproximado ao proposto pelos Pisos de Proteção Social da OIT.

Aparentemente, a nova arquitetura previdenciária com 3 pilares possui similaridades ao modelo instituído por Pinochet. No entanto, atualmente aumentou a regulação do Estado quanto aos dois primeiros pilares, além de ter instituído o mecanismo solidário com maior cobertura e garantia de uma renda à população em situação de vulnerabilidade. No mecanismo social elaborado por Pinochet, somente aqueles que contribuíram para a previdência por, ao menos, 20 anos, teriam direito a receber um benefício previdenciário mensalmente.

Segundo Larrañaga, Huepe e Rodriguez (2014), a contrarreforma tem a finalidade de incluir medidas orientadas a *“promover equidad de género; mayor información y competencia en la administración de los fondos de pensiones previsionales; y un fortalecimiento de los instrumentos financieros disponibles”* (p.3). Ela permitiu garantir maior possibilidade de acesso à proteção social do

país, reduzir as falhas de mercado, bem como melhorar as condições de vida das pessoas em idade de aposentadoria.

Para Arenas de Mesas (2010), a contrarreforma aprimorou o marco regulatório em favor do cidadão. Ela possibilitou maior transparência e acesso à informação de modo a facilitar a tomada de decisão, seja para a aquisição de uma AFP, seja para a solicitação de uma pensão social. Apesar dessa situação mais favorável ao cidadão, ela manteve um sistema privado na saúde e na previdência, sendo gratuito somente nos casos de necessidade.

A partir de 2015, os trabalhadores informais e conta própria que declaravam renda em alguma atividade profissional passaram a ser obrigado a contribuir ou ao primeiro pilar, ou ao segundo pilar, do tipo voluntário. A escolha é do indivíduo.

O segundo pilar foi aprimorado com a permissão de constituir um fundo coletivo. Esse fundo, obrigatoriamente, deveria ser gerido por uma AFP e receber a complementação de contribuições por parte da empresa contratante dos trabalhadores. Ademais, outra novidade no âmbito do segundo pilar foi a possibilidade de inclusão de pessoas fora do mercado de trabalho, desde que, se casado(a) com um assegurado(a), o cônjuge fizesse a contribuição voluntária direta a partir da remuneração mensal do seu trabalho (ROBLES, 2013).

O terceiro pilar pode ser visto como uma inovação no campo da previdência social chilena. Para compor este pilar, foi criado o Sistema de Pensiones Solidarias (SPS) para substituir dois antigos programas não contributivo: o PASIS e o GEPM.

#### 4.4.2.1. A previdência solidária no Chile, o SPS

O pilar solidário concede uma aposentadoria basilar por velhice ou invalidez às pessoas que não contribuíram ao sistema previdenciário ou que contribuíram, mas cujo saldo acumulado não é suficiente para garantir o pagamento do salário mínimo na aposentadoria. Rofman *et. alli* (2008, p.28-30) enumera os principais motivadores da reforma conduzida no governo Bachelet (2006-2010):

*“La reforma previsional, especialmente la reforma del componente no contributivo, claramente era una de las deudas pendientes de la coalición gobernante. Esta demanda por una reforma que apuntara a mejorar la cobertura estaba justificada en parte por los primeros estudios sobre el tema (...) que sugerían que gran parte de la población no iba a estar en condiciones de financiar una pensión mínima y no calificaría tampoco para la obtención de la pensión mínima garantizada. (...) Un segundo factor relevante (...) es el espacio fiscal creado por la reducción gradual en los costos de transición generados por la reforma original de 1980. (...) Finalmente, existía cierta preocupación en torno al creciente grado de concentración del mercado de las AFP (...) Estos eran síntomas de que la competencia en precio no estaba funcionando adecuadamente en este mercado en particular”.*

O pilar solidário garante uma pensão básica mensal por velhice ou invalidez às pessoas que não puderam contribuir em uma AFP ou garante um complemento solidário para aqueles que acumularam saldo na AFP, desde que seja inferior à “pensão máxima”, critério de renda para definir a condição de pobreza na terceira idade. O beneficiário deve residir ao menos 20 anos no país – contados desde os 20 anos de idade – e fazer parte dos 60% da população de menor nível socioeconômico. O principal objetivo do SPS é a:

*“prevención de la pobreza en la tercera edad o en caso de invalidez. El financiamiento de las prestaciones otorgadas por este Pilar proviene de ingresos generales de la Nación, lo cual convierte el beneficio en uno de carácter solidario. A este Pilar pueden acceder aquellas personas que tuvieron una participación nula en algún régimen previsional o muy baja en el sistema de pensiones contributivo”* (Superintendencia de Pensiones, 2016<sup>134</sup>).

<sup>134</sup> Informações disponibilizada no portal da internet pela Superintendencia de Pensiones. Fonte: <http://www.safp.cl/portal/orientacion/580/w3-propertyvalue-6105.html>.

O SPS representou mais do que uma reunião de programas. Em primeiro lugar, o novo sistema elevou o valor do benefício de dois programas anteriores. Atualmente transfere por mês 93.543 pesos chilenos, equivalente a 140 dólares americanos<sup>135</sup>. O valor do benefício ainda é baixo e inferior ao salário mínimo (SM)<sup>136</sup> do país: é igual a 36% do SM para adultos que trabalham; 56% do SM destinados aos idosos e menores de 18 anos que trabalham; e 49% do SM *para fines no remuneracionales*.

Em segundo lugar, também ampliou a cobertura da população de idosos e deficientes em situação de pobreza. No ano de sua criação, em 2008, a cobertura da população-alvo era inferior a 500.00 beneficiários e passou para mais de 1.351.508 de pessoas em junho de 2016 (SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES, 2016).

Tabela 14 – Modalidades e valores transferidos pelo Sistema de Pensiones Solidárias:

Tipo de benefício		Total de Beneficiários				Valor do benefício	
		Ago/08	Ago/09	Jul/15	Jun/16	Em peso chileno	Em dólares americanos
Pensão	PBS VEJEZ	292.137	379.265	399.884	399.721	93.543 /mensal	US\$ 140
	PBS INVALIDEZ	194.304	204.743	179.707	181.197	93.543 /mensal	US\$ 140
	<b>TOTAL PBS</b>	486.441	584.008	579.591	580.918	-	-
Aporte	APS VEJEZ	0	14.655	668.244	705.597	É a diferença entre a PBS Velhice e a Pensão recebida	-
	APS INVALIDEZ	0	4.438	65.480	64.993	É a diferença entre a PBS Invalidez e a Pensão recebida	-
	<b>TOTAL APS</b>	0	19.093	733.724	770.590	-	-

<sup>135</sup> Cotação de 01/12/2016.

<sup>136</sup> No Chile, existem 3 tipos de salário mínimo (*ingreso mínimo ou sueldo mínimo*). Um é destinado para os trabalhadores com idade entre 18 e 65 anos de idade, com valor mensal de \$257.500, desde 01/06/2016. O segundo tipo de salário mínimo é dedicado aos trabalhadores com idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos de idade, com valor mensal de \$ 192.230. E, por fim, o último tipo existente é chamado de *ingreso mínimo para fines no remuneracionales* com valor mensal de \$166.103 (Dirección de Trabajo).

FONTE: Superintendencia de Pensiones < <http://www.safp.cl/portal/orientacion/580/w3-propertyvalue-6105.html>>.

A cobertura do SPS representou o atendimento de 93,4% da população elegível para o benefício. A taxa da cobertura é maior entre as mulheres que entre os homens, sendo este um aspecto favorável à igualdade de gênero (LARRAÑAGA; HUEPE; RODRIGUEZ, 2014). Neste campo, a contrarreforma apresentou um resultado bastante positivo, no entanto, o ideal é alcançar 100% dos elegíveis e privilegiar a melhora das condições de vida de todos os indivíduos.

A importância atribuída a esta política pelo governo pode ser evidenciada pela ótica do gasto anual do SPS, em relação ao PIB. Passou de 0,55% do PIB, em 2009, para 0,67%, em 2011, e alcançou 0,7%, em 2013. Um segundo dado útil para corroborar esta ênfase é a proporção que o gasto público com o SPS representa do gasto total com as pensões contributivas. Em 2009, o gasto com o SPS representava 17% do valor total dedicado às pensões contributivas. Esse montante passou para cerca de 24%, em 2013. Ou seja, o equivalente a quase  $\frac{1}{4}$  do valor gasto em pensões contributivas era utilizado no sistema não contributivo e fundamental para reinserir os mais vulneráveis no sistema de proteção do país (LARRAÑAGA; HUEPE; RODRIGUEZ, 2014).

Tabela 15 – Gasto com o *Sistema de Pensiones Solidarias*, 2009 a 2013:

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
% do PIB	0,55	0,64	0,67	0,7	0,7
% em relação às pensões contributivas	17,4	21,4	23	24,2	23,6
Gasto público com previdência e assistência social (% do PIB)	7,0	6,6	6,4	6,3	6,1

Fonte: Larrañaga; Huepe; Rodriguez (2014).

#### 4.4.3. Mudanças recentes na Assistência Social chilena

O campo da assistência social foi inaugurado no Chile, quando do ajuste estrutural de 1981. A reforma imposta por Pinochet criou o primeiro programa de transferência de renda focalizado na América Latina: o *Subsidio Único Familiar* (SUF).

Esta inovação de inspiração neoliberal existe até hoje no país e é uma modalidade de política social extremamente popular entre as nações da região, conforme dados apresentados na tabela 5<sup>137</sup>: existe em 21 países da região; focalização em famílias pobres e extremamente pobres; em geral, a cobertura populacional é inferior a 10% da população do país; o custo para o país é baixo e quase sempre inferior a 0,5% do PIB.

Na atualidade, o SUF<sup>138</sup> é dirigido às pessoas em situação de pobreza que não são atendidas pelo *Programa Asignación Familiar*, por não serem trabalhadores afiliados ao sistema previdenciário. Os beneficiários do SUF têm direito a atendimento médico e odontológico gratuito no âmbito do FONASA<sup>139</sup>.

O programa transfere renda para a mulher, preferencialmente, e seleciona o beneficiário com base em 4 critérios de focalização: a) famílias com crianças menores de 18 anos de idade; b) pessoas deficientes de qualquer idade; c) gestante; d) pessoas com deficiência mental. O valor transferido por mês é de 10.577 pesos chilenos, equivalente a cerca de US\$ 16 dólares<sup>140</sup>.

No caso da presença de pessoas com deficiência mental, o valor transferido é dobrado. Apesar disso, o benefício é muito baixo e insuficiente para

---

<sup>137</sup> A tabela está localizada no capítulo 2, página 130.

<sup>138</sup> O Subsidio Familiar é incompatível com os benefícios do Sistema Único de Prestaciones Familiares (Asignaciones Familiares) de D.F.L. N° 150, de 1982.

<sup>139</sup> Para mais informações a respeito do Subsidio Único Familiar, visitar o portal do governo Chile Atende: Fonte: <<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/33112>>.

<sup>140</sup> Cotação de 01/12/2016.

atender a qualidade de vida necessária, em qualquer um dos critérios de seleção. Entre 2013 e 2015, o SUF atendeu quase 41% do público-alvo “causante”, ou seja, do total de pessoas que estão de acordo com o perfil que atende as exigências de seleção (Tabela 16).

Tabela 16 – Total de *causantes* e total de beneficiários do *Subsidio Único Familiar*, 2013 e 2016:

	Março de 2013	Outubro de 2015
Público alvo total (Causante)	2.004.917	2.006.627
Total de Beneficiários	818.280	816.592
Beneficiários / total de causantes	40,8%	40,8%

Fonte: Portal Chile Atende.

O *Programa Asignación Familiar* seleciona trabalhadores formais, informais pensionistas e aposentados com renda mensal inferior a 616.196 pesos chilenos. Os trabalhadores informais têm que contribuir todo mês para sua aposentadoria em uma AFP. O valor transferido por mês pelo programa é baixo, quando convertido para dólares americanos. Aqueles alocados na menor faixa de renda do programa recebem menos de 16 dólares por mês (Tabela 17).

Tabela 17 – Perfil de seleção para o *Programa Asignación Familiar*, 2016:

Faixa de renda mensal (em pesos)	Valor transferido (em pesos)	Valor transferido (em dólar americano) <sup>141</sup>
Até 270 mil 196 pesos	\$ 10.577 <i>por carga</i> <sup>142</sup>	US\$ 15,84
Entre 270 mil 197 pesos e 394 mil 651 pesos	\$ 6.491 <i>por carga</i>	US\$ 9,72
Entre 394 mil 652 e 615 mil 521 pesos	\$ 2.052 <i>por carga</i>	US\$ 3,07
Superior a 615 mil 521 pesos	Não transfere	-

Fonte: Instituto de Previsión Social (2016).

<sup>141</sup> Cotação de 01/12/2016.

<sup>142</sup> “Para determinar el valor de la carga familiar que le corresponde a un trabajador debe obtenerse el promedio de la remuneración y/o subsidio, o de la pensión, devengada durante el semestre comprendido entre enero y junio anterior en que se devengue la asignación, siempre que haya tenido ingresos, a lo menos, por 30 días” (Dirección del Trabajo). Fonte: <http://www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-article-95270.html>.

Para Robles (2013), as políticas de transferência de renda focalizadas no âmbito da assistência social complementam o sistema de pensões solidárias. Ao ampliar a renda familiar *per capita* e oferecer maior bem-estar à população em situação de vulnerabilidade, têm potencializado os resultados no combate à pobreza. A autora ilustra esta complementariedade em dois aspectos. O primeiro é a criação do *Subsidio Previsional para los Trabajadores Jóvenes*, cujo benefício favorece a inclusão de jovens no mercado de trabalho, ao custear 50% da contribuição previdenciária patronal. Ele é focalizado nas pessoas com idade entre 18 e 35 anos e com renda mensal de até 1,5 salários mínimos. Além disso, por 24 meses, o Estado contribui com o mesmo valor que o jovem trabalhador na AFP.

O segundo é o *Bono por Hijo para las Mujeres*, cujo benefício é aplicado no fundo previdenciário da mulher por cada filho nascido vivo ou adotado. O benefício é recebido somente no ato da aposentadoria da mulher beneficiária, mas ele é depositado na AFP durante os primeiros 18 meses de vida ou adoção da criança. O depósito é equivalente a 10% do salário mínimo para os trabalhadores com idade entre 18 e 65 anos de idade. Além disso, é um benefício que tende a estimular a taxa de fertilidade no país, que em 2014 era igual a 1,76<sup>143</sup>, portanto, muito abaixo da taxa de reposição da população.

Outra política da assistência social é o Chile Solidário<sup>144</sup>, com início no ano de 2004. Esta política congrega alguns programas. O *Programa Puente*, iniciado em 2002, é parte desta iniciativa e objetiva oferecer acompanhamento

---

<sup>143</sup> Dado obtido no portal World Bank Data. Fonte: <<http://data.worldbank.org/indicator/>>.

<sup>144</sup> Para mais informações a respeito do Chile Solidário, visitar o portal do governo chileno: Fonte: <<http://www.chilesolidario.gob.cl/>>.

técnico e apoio às famílias para superar a condição de pobreza. O indivíduo permanece como beneficiário por 24 meses, sendo o valor mensal do benefício reduzido a cada semestre. No último semestre, tal valor é equivalente ao pago pelo SUF. Após os 2 anos de participação no *Puente*, a família beneficiária permanece por mais 3 anos recebendo o mesmo valor pago no SUF (\$ 93.543 /mensal), porém, sem o acompanhamento técnico.

Além deste, há também o *Subsidio de Agua Potable* (SAP), cujo objetivo é custear 100% do consumo mensal familiar de água, até o limite de 15 m<sup>3</sup>. O programa atende mais de 200 mil famílias (ROBLES, 2013).

Em complemento a esses programas mencionados, o primeiro governo de Michelle Bachelet (2006-2010) ampliou a rede de assistência social com a finalidade de amenizar os efeitos da crise internacional de 2008. Entre 2009 e 2010, o governo realizou uma transferência de renda extraordinária, denominada *Bono de Apoyo a la Familia*. Ela era destinada aos beneficiários do *Chile Solidário* e/ou do *Asignación Familiar*, tendo como finalidade principal o estímulo à economia através da ampliação do consumo e da demanda por bens e serviços (ROBLES, 2013).

Além destes, o país possui uma série de mecanismos sociais que formam uma rede de atenção à população em situação de maior grau de vulnerabilidade. Em geral, eles são focalizados em famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza que tenham em sua composição crianças, idosos, deficientes ou pessoas sem condição de obter uma renda mínima para viver com dignidade. O valor dos benefícios, os objetivos dos programas e o perfil da focalização mudam de um programa para outro, conforme o perfil da necessidade do grupo focalizado.

Em 2009 foi criado o *Chile Crece Contigo*<sup>145</sup>, uma política assistencial voltada a auxiliar a família desde a gestação até o fim do ciclo da primeira infância. O benefício é composto pela cessão de um kit composto com produtos para uso do recém-nascido, bem como por serviços em saúde e psicologia. Os principais exemplos desta área são o acompanhamento da gestante antes e após o parto e da criança até pouco mais de 4 anos de idade. Embora não transfira dinheiro para a família, auxilia na obtenção de recursos importantes para o desenvolvimento da criança: o atendimento à saúde; o encaminhamento para cobertura por outras políticas públicas e serviços sociais para tentar equalizar as condições de vida da população, desde o início da vida. O objetivo é minimizar a desigualdade de oportunidades.

Em 2011 foi criado o *Asignación Social*, política mais adequada ao padrão das PTRC existentes na América Latina, por focalizar famílias em situação de extrema pobreza, transferir uma renda periodicamente e exigir condicionalidades para justificar o recebimento do benefício. Segundo Robles (2013), beneficiou cerca de 130.000 mil famílias, perfazendo 65% do total de núcleos familiares em situação de extrema pobreza. Este programa foi incorporado ao *Programa Ingreso Ético Familiar* em 2012, que tem como objetivo auxiliar as famílias a superar a situação de extrema pobreza.

Para isso, transfere uma renda mensal e, além do recurso financeiro, objetiva a potencialização das capacidades dos beneficiários e a inserção laboral de algum membro da família com a finalidade de colaborar pela sua autonomia. De novidade, há um estímulo ao desenvolvimento individual nas áreas de saúde,

---

<sup>145</sup> Mais informações a respeito da política pública podem ser encontradas no portal do governo chileno em: <<http://www.crececontigo.gob.cl/>>.

educação e trabalho através da entrega de bônus em dinheiro com base na ideia do reconhecimento pelo esforço.

No campo da assistência social, o Chile constitui uma rede composta por uma elevada quantidade de programas. Cada um com sua especificidade. A fragmentação desses programas tende a causar dificuldades de informação ao seu público, sendo necessário conhecer uma gama de detalhes e exigências para solicitar algum benefício. Para Filgueira (2014), essa composição de muitas clientelas seria suficiente para compor um sistema universalista, classificado pelo autor como “arquitetura estatal universal”. O autor acredita que não há a possibilidade de obter cobertura universal com o paradigma do pós-guerra, portanto, esta seria uma possibilidade de alcançar o objetivo.

Para Filgueira (2014) três fatores são considerados para evidenciar o alinhamento da proteção social do país ao *framework* do PPS. Em primeiro lugar, o esforço governamental em criar uma série de PTRC, focalizando públicos distintos, com a finalidade de estabelecer um suposto sistema universalista. Embora não possa ser classificado como tal.

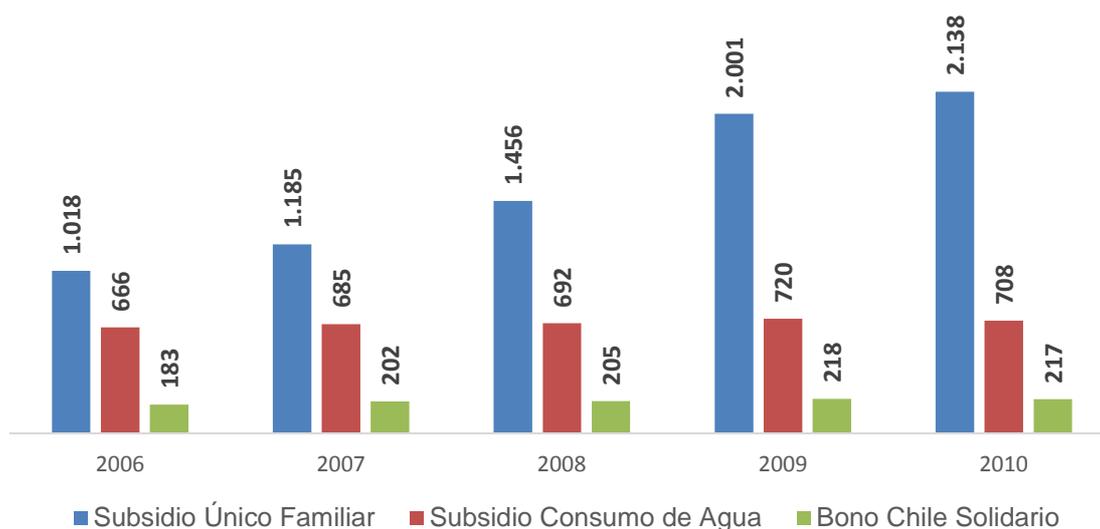
Por isso, é importante marcar que a proposta de universalizar a proteção social via focalização transfigura por completo o padrão ideal de proteção social. Tentam isentar o Estado desta responsabilidade com base nesta nova modalidade, ao estabelecer uma diversidade de clientelas, regras distintas para transferir o benefício, apoiados sempre em valores muito baixos.

Em segundo lugar, as diversas políticas focalizadas têm conseguido atender aos diferentes perfis populacionais recomendados pelo Relatório Bachelet (OIT, 2011), documento basilar do paradigma Piso de Proteção Social. Afinal, existe programa específico para atender gestantes, outro dedicado às

famílias com recém-nascidos, um para os jovens, além das aposentadorias assistenciais destinadas aos idosos e deficientes.

Por fim, o terceiro fator é representado pelo aumento constante da quantidade de beneficiários dos programas assistenciais, entre 2006 e 2010, conforme dados da figura 11. O Chile Solidário e o Subsidio Consumo de Agua têm mantido as quantidades de beneficiários, mas o SUF vem ampliando o total de pessoas cobertas (ROBLES, 2013).

Figura 11 – Quantidade de beneficiários das Políticas da Assistência Social, 2006-2010 (em milhares de pessoas):



Fonte: ROBLES, 2013.

A assistência social no Chile ganhou importância no novo modelo de seguridade social. O conjunto variado de programas e a focalização diversificada resultaram em uma matriz ampla e com cobertura elevada que tem beneficiado uma parcela considerável da população carente com recursos financeiros e serviços sociais. Segundo Filgueira (2014), é uma tentativa de solucionar os problemas sociais através da focalização e sem dispendir volumosos recursos

financeiros em sistemas que de fato são universais. É a massificação dos mínimos sociais destinados aos pobres.

A pobreza e a indigência no Chile persistem, apesar do foco das diversas políticas de assistência social e do *Sistema de Pensiones Solidárias* ser a família e o indivíduo em situação de pobreza e extrema pobreza. As taxas de pobreza e indigência no país caem, paulatinamente, desde o início dos anos 1990, como na tabela que se segue.

As causas desse fenômeno têm origens diversas, como o mercado de trabalho, as condições macroeconômicas, política tributária e as políticas públicas, aqui abordadas. Neste caso, o aspecto mais preocupante é justamente, pelo novo desenho das políticas sociais não eliminar a condição de indigência (1,8%) e pobreza (6,1%). Para isso, dois fatores são necessários: a ampliação da cobertura dos atuais programas assistenciais; assim como o aumento do valor transferido. Como visto anteriormente, o *Sistema de Pensiones Solidarias*, o *Subsidio Único Familiar* e o *Asignación Familiar* repassam valores mensais inferiores ao salário mínimo nacional, portanto, insuficientes para garantir uma vida digna.

Tabela 18 – Proporção da população em situação de pobreza, 1990 a 2013:

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2006	2009	2011	2013
<b>Taxa de Pobreza</b>	32,1	25,2	18,4	13,4	14,6	14,4	12,4	10,4	8,4	8,6	6,1
<b>Taxa de indigência</b>	9,3	5,7	4,2	2,4	3,3	3,9	2,8	2,4	2,5	2,5	1,8

Fonte: CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Notas: El porcentaje de personas pobres incluye a las personas bajo la línea de indigencia. ODM. Indicador adicional propuesto por CEPAL. Objetivo 1

#### **4.5. Breves conclusões quanto às transformações recentes na proteção social chilena**

O ajuste estrutural de 1981 no Chile marcou o início da hegemonia do receituário neoliberal na América Latina. Com ele foi inaugurado um novo sistema de seguridade social totalmente mercantilizado, imputando os riscos sociais apenas ao cidadão. Este passou a ser o único responsável pelo custeio da sua aposentadoria e do seu seguro de saúde (BARR, 2000). Com isso, o acesso à previdência social foi restringido.

Cerca de 20 anos depois deste rompimento abrupto, mais da metade da população com 65 anos ou mais de idade não recebia aposentadoria ou pensão (CEPAL, 2011).

Para tentar corrigir vários desses problemas, os governantes no poder desde a redemocratização constituíram uma rede de serviços, políticas e programas com a suposta finalidade de universalizar a proteção social (FILGUEIRA, 2014). Todavia, a tentativa de universalizar a proteção social em nada se parece com a socialdemocracia europeia, delineada por Esping-Andersen (1990) e considerado um modelo que logrou melhores condições de vida e equidade à sua população.

Nos últimos anos, o Chile tem consolidado a arquitetura da proteção social do receituário do paradigma do *Social Protection Floor*. Ocorre ampliação da provisão pública e gratuita destinada apenas à população pobre. Um sistema que impõe diferença no tratamento entre os cidadãos, direitos segmentados e um sistema dual: gozará de uma proteção social adequada somente a população com renda suficiente para seu pagamento; de outro modo, aqueles sem

condições de custear serviços sociais deverão usufruir apenas dos mínimos sociais disponibilizados pelo Estado, com benefícios restringidos e limitados.

No campo da assistência social, é possível observar um destaque dedicado às PTRC, como o *Ingreso Ético Familiar* e o *Chile Solidário*. Esses programas têm recebido cada vez mais recursos, ampliado a cobertura de beneficiários e diversificado os programas com objetivos diferentes. Para Martín, (2014), cabe sublinhar a articulação das transferências de renda com serviços sociais de atenção psicológicas, saúde e laboral.

No campo da saúde, o sistema permanece como majoritariamente privado. A mudança ocorrida com a criação do AUGE, uma estrutura que garante a oferta mínima de serviços gratuitos e regulares, foi a eliminação da renda como condição de acesso (ROBLES, 2013; MARTÍN, 2014).

Em relação à previdência social, o sistema passou a combinar as AFP, mecanismos contributivos, com uma política de aposentadoria mínima social, o pilar social não contributivo. Este desenho institucional pode atuar em benefício da redução da diferença de renda junto à população idosa, visto que garantirá uma aposentadoria mensal ao indivíduo que não conseguiria obter um benefício previdenciário via AFP. Porém, há a necessidade de ampliar o valor do benefício, uma vez que ele é limitado e inferior ao salário mínimo do mercado de trabalho.

Neste sentido, a ampliação da provisão pública nas áreas da seguridade social representa um primeiro avanço para o Chile. O ajuste estrutural restringiu a ação do Estado para a regulação das atividades sociais. Desde o início da década de 1990, os governantes têm retomado a provisão pública em escala reduzida e limitada. Não um modelo universal com oferta de serviço padronizado extensivo a todos os cidadãos.

A opção tem sido principalmente por um sistema público residual e complementar aos agentes do mercado privado. As políticas, até então, têm sido focalizadas na parcela em situação de vulnerabilidade, sobretudo na esfera da assistência social. O *Programa Ingreso Ético Familiar*, passando pelo *Chile Crece Contigo*, assim como o *SUF* focam na população em situação de pobreza ou extrema pobreza. Estes mecanismos têm auxiliado na incorporação das pessoas que estavam alijadas do sistema de proteção social, através da garantia de uma renda mínima. O Chile tem, assim, consolidado as recomendações da OIT e constituído, exemplarmente, o sistema proposto pelo PPS.

## Considerações finais

Há um deslocamento da concepção normativa a respeito do acesso às políticas públicas – e, sobretudo, as sociais – do âmbito do direito do cidadão para uma institucionalidade mais frágil, seja pela necessidade do indivíduo, seja pelo mérito do contribuinte. Assim, a proteção social nos países latino-americanos tem seguido a tendência da adoção dos mínimos sociais. Há, portanto, o abandono do propósito universalista típico do paradigma do *Welfare State* socialdemocrata. Erroneamente, este passou a ser considerado, conforme aponta Filgueira (2004), como sendo dispendioso e desnecessário.

Sem dúvidas, existem outras dimensões a examinar em detalhes para compreender este fenômeno, como a financeirização, a privatização e as disputas políticas, por exemplo, a atuação parlamentar e o papel das instituições nacionais na formação da proteção social. Porém, esses são assuntos para outra tese.

Neste caso, consideramos a mudança na institucionalidade da proteção social em favor dos mínimos sociais. A onda neoliberal fez prevalecer os agentes do mercado, em detrimento da ação do Estado. A atuação consensual dos organismos internacionais tem sido decisiva para as mudanças na composição dos sistemas de proteção social. Na América Latina e Caribe, este estímulo tem promovido uma maior pasteurização dos padrões de provisão de bem-estar.

Como solução para os problemas sociais – como a desigualdade e a pobreza – acolheram a adoção de políticas focalizadas, com base em mínimos sociais. Segundo esta perspectiva, a focalização passa a ser considerada mais eficiente em termos redistributivos, ao garantir bens e serviços apenas a quem

precisa. É um argumento pragmático, subsidiado pela desconfiança que pesa sobre a capacidade do Estado em utilizar seus recursos. Modelo amplamente sustentado pelos paradigmas do *Social Risk Management* e *Social Protection Floor*.

Em meio a esta conjuntura, o Brasil promulgou uma nova Constituição Federativa em 1988. Esta nova norma atribuiu ao país uma classificação de maior desmercantilização da proteção social. Todavia, seu conteúdo fortemente inspirado no paradigma do welfare state estava na contramão das ideias hegemônicas do neoliberalismo e, por conta disso, os mecanismos da proteção social nunca foram consolidados por completo. Prevaleram as ideias guiadas pelo neoliberalismo.

A redemocratização no Chile não fez emergir uma nova Constituição. A proteção social instituída em 1980 já estava adequada às ideias neoliberais, portanto, garantia a mercantilização da proteção social. No entanto, uma série de problemas sociais foi evidenciada, como a intensa queda de pessoas com 65 anos ou mais recebendo um benefício de aposentadoria ou a população pobre sem conseguir acessar os serviços de saúde. A partir disso, o governo se viu pressionado por mudanças em favor da ação do Estado. Neste sentido, foram realizadas apenas modificações incrementais, como a criação de um pilar público solidário de aposentadoria, o SPS, além da consolidação do Plano AUGE na área da saúde.

O sistema previdenciário brasileiro também sofreu com as ondas desestruturadoras. Neste sentido, foram criadas novas regras restringindo a concessão dos benefícios, como a elevação da idade de aposentadoria para 60 anos, se mulher e 65, se homem; o aumento do tempo mínimo de contribuição

para 35 anos se homem e 30, se mulher; o fim do direito dos servidores públicos à aposentadoria integral, bem como da paridade do reajuste entre servidores em atividade e aposentados. De positivo, há a criação da aposentadoria rural e da vinculação do piso do benefício ao salário mínimo do país.

A criação do SPS tem solucionado parte dos problemas no campo previdenciário chileno. A cobertura de idosos com a garantia de uma aposentadoria passou para 84%, próximo dos demais países pioneiros da proteção social na América do Sul. Porém, o valor do benefício transferido é muito baixo e equivalente a cerca de 50% do salário mínimo destinado aos idosos que trabalham no país (CEPAL, 2011).

O Plano AUGE no Chile foi um avanço para o campo da saúde, por regular o serviço no país e impor como obrigação ao FONASA e ao ISAPRE o atendimento a um conjunto mínimo de patologias. A seleção composta engloba algumas das enfermidades e moléstias responsáveis pela maior parte da mortalidade, como câncer. Além disso, o sistema é cobrado a todos, exceto àqueles em situação de pobreza comprovada.

De modo diferente, no Brasil, o sistema é gratuito e universal. O SUS deve atender a todos de forma integral, entretanto, a saúde jamais logrou a cobertura indicada na lei. As limitações impostas por conta das modificações constitucionais têm causado subfinanciamento do sistema e, como consequência, prejuízo à prestação do serviço. Por outro lado, a precarização do sistema público de saúde favorece a ação dos seguros privados, absorvendo quase 30% da população brasileira. Este tem origem, principalmente, dos estratos de maior renda. Assim, boa parte dos serviços oferecidos pelo SUS tem

sido destinada à população de menor renda (VIANNA, 2004; LAVINAS e FONSECA, 2015; GENTIL, 2016).

Este conjunto de mudanças denota uma maior convergência entre os dois países. O Brasil consolidou parcialmente a arquitetura da proteção social planejada na letra da lei. Enquanto o sistema de saúde tem sido cada vez mais direcionado à população pobre, a previdência social tem sido dedicada à população com melhor inserção laboral. Para complementar esta falha, o Estado tem elevado a cobertura dos programas assistenciais focalizados, como o BPC e o PBF.

O Chile construiu uma complexa rede de programas focalizados, todos transferindo renda mensal e/ou serviços para públicos distintos. O valor oferecido é baixo em todos os programas. Ademais, a inovação na área da saúde pode ser classificada como uma regulação, oferecendo residualmente o serviço gratuito apenas aos comprovadamente pobres. Da mesma forma, na área da previdência social foi estabelecido um pilar público direcionado ao cidadão que não conseguiu obter uma aposentadoria junto à AFP. É, portanto, um exemplo de massificação de mínimos sociais garantidos pelo Estado. Àqueles com recursos financeiros suficientes devem adquirir proteção de forma voluntária e, se possível e necessário, com maiores níveis de garantias e riscos mitigados. Um desenho de proteção social alinhado à nova norma da OIT é a consolidação do *Social Protection Floor*.

O desenho dual de proteção social para o qual os dois seguem não elimina os problemas causados pela *path dependence*. Não emancipa o cidadão da sua condição pretérita, nem oferece condições de concorrer em igualdade no mercado.

Além disso, a provisão privada de bem-estar tem sido ineficiente, impondo restrições ao acesso pela renda ou por assimetria de informação<sup>146</sup>. Há ainda problemas causados pelas incertezas existentes em sistemas privados de aposentadoria, como a imprevisibilidade do recebimento do benefício.

Atualmente, os dois países constituíram uma proteção social melhor do que há 30 anos. Apesar disso, a ação do Estado ainda é urgente para garantir um sistema de proteção social a ser direcionado a todos os indivíduos, independente da sua inserção na sociedade. Uma proteção ampla, inclusiva e equalizadora pela cidadania. Uma forma de garantir segurança e maior previsibilidade ao cidadão, eliminando as ineficiências do mercado. O cerne é consolidar uma proteção social que deva realmente reverter a heterogeneidade estrutural e consolidar os direitos sociais para transformar as condições de vida na sociedade.

---

<sup>146</sup> Como nas AFP chilenas, em que usuários adquiriram seguros em instituições que não ofereciam os melhores serviços, como maior rentabilidade e menor taxa de administração.

## Referências bibliográficas:

- ABU SHARK, Miriam; GOUGH, Ian. Global welfare regimes: a cluster analysis. *Global Social Policy*, vol. 10, nº 1, 27-58, April, 2010.
- AIOS. Estadísticas Periódicas. Santiago, Outubro, 2016.
- ANFIP. Análise da Seguridade Social 2013. Brasília: ANFIP, 2014.
- ANFIP. Análise da Seguridade Social 2015. Brasília: ANFIP, 2016.
- ALONSO, Angela. AS TEORIAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS: UM BALANÇO DO DEBATE. São Paulo, Lua Nova, 76: 49-86, 2009.
- ARAÚJO, Elizeu Serra de. As reformas da previdência de fhc e lula e o sistema brasileiro de proteção social. *Revista de Políticas Públicas*, São Luis, v. 13, n. 1, p. 31-41, jan./jun. 2009.
- ARENAS DE MESA, Alberto. Historia de la Reforma Previsional Chilena: Una Experiencia Exitosa de Política Pública en Democracia. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo, 2010.
- ARTS, Will; GELISSEN, John. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, Maio, 12, p. 137-158, 2002.
- BAHIA, Lígia. Financeirização da assistência médico-hospitalar no governo Lula. In: MACHADO, Cristiani Vieira et al. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Rio de Janeiro, Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):753-762, 2009.
- BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial. A pobreza. Washington, D. C.: Banco Mundial, 1990.
- BANCO MUNDIAL. Envejecimientos in crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Washington: Banco Mundial, 1994.
- BARR, Nicholas. Economic theory and the Welfare State: a survey and interpretation. *Journal of economic literature*, vol. XXX, June, p. 741-803, 1992.
- BARR, Nicholas. *The Economics of the Welfare State*. California: Stanford University Press, 2ª edição, 1993.

BARR, Nicholas. Reforming pensions: Myths, truths, and policy choices. Washington/D.C.: Fondo Monetario Internacional Working Paper, N° WP/00/139, 2000.

BAUMAN, Zigmunt. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. II Relatório de Inclusão Financeira do BCB - 2010. Disponível em: <[https://www.bcb.gov.br/Nor/relincfin/relatorio\\_inclusao\\_financeira.pdf](https://www.bcb.gov.br/Nor/relincfin/relatorio_inclusao_financeira.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2016.

BEVERIDGE, William. Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. London: HMSO, 1942

BONOLI, Giuliano. Classifying welfare states: a two-dimensions approach. Journal of social policy, n. 23, v. 3, p.351-372, 1997.

BOYER, Robert. Welfare state and institutional complementarity: from north to south. Geneva, UNRISD, 2014.

BOYER, Robert. Crecimiento, Empleo y Equidad: el nuevo papel del Estado. In Barbacena A. y Prado A, (editores). Neoestructuralismo y corrientes heterodoxas en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. Santiago: CEPAL, pp. 299-324, 2015

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/>> Acesso em: 15 nov. 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Crise e recuperação da confiança. Revista de Economia Política, vol. 29, nº 1 (113), pp. 133-149, janeiro-março, 2009.

BRIGGS, Asa. The Welfare State in Historical Perspective. European Journal of Sociology, 2, pp 221-258, 1961.

CASTEL, Robert. A insegurança social: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTELAN, Daniel Ricardo. Esquerdas na América do Sul: padrões de inserção internacional e constrangimentos aos programas de proteção social. Brasília, Texto para discussão IPEA, n. 1861, 2013.

CASTLES, Francis. The Future of the Welfare State. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CASTLES, Francis; LEIBFRIED, Stephan; LEWIS, Jane; OBINGER, Herbert; PIERSON, Cheistopher (Editores). The Oxford Handbook of the welfare state. Oxford: University Press, 2010.

CASTLES, Francis; MITCHELL, Deborah. Worlds of welfare and families of nations. In: CASTLES, Francis. Families of nations: Patterns of public policy in western democracies. v. 93. P. 94,112, 1993.

CEBES. Manifesto CEBES: Por que defender o Sistema Único de Saúde? Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde. Rio de Janeiro: 2014.

CECCHINI, Simone; FILGUEIRAS, Fernando; ROBLES, Claudia. Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: una perspectiva comparada. Santiago, Serie Políticas Sociales CEPAL, n. 202, 2014.

CEPAL, 2011. Programas de transferencias condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. Santiago, Cadernos de la CEPAL, n. 59, junho, 2011.

CEPAL, 2016. Panorama Social da América Latina. Santiago, março, 2016.

COBO, Bárbara. Políticas Focalizadas de Transferência de Renda: Contextos e Desafios. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

COELHO, Vera Schattan A reforma da previdência social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2003.

COLEMAN, David. Population ageing: an unavoied future. In: PIERSON; Cristopher; CASTLES, Francis. The welfare state reader. Cambridge: Polity Press, 2006.

CPDOC, 2016. Dicionário Histórico-Bibliográfico Brasileiro (DHBB on-line). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016.

DEACON, Bob. Global Social Policy Reform In: Utting, P. (ed.) Reclaiming Development Agendas. Basingstoke: Palgrave, 2006.

DIXON, John. Sistemas de seguridade social na América Latina: uma avaliação ordinal. Opinião Pública, Campinas, v. 6, nº 2, p. 263-281, Outubro, 2000.

DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilnês. Welfare state, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Revista brasileira de Ciências Sociais, v.3 n.6, São Paulo, fevereiro, 1988.

DRAIBE, Sônia. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília, Políticas Sociais e Organização do Trabalho, IPEA, v.4, 1989.

DRAIBE, Sônia. América Latina: o sistema de proteção social na década da crise e das reformas. In: ALTIMIR, O. Reformas para aumentar a efetividade do Estado na América Latina. Santiago, Cepal, 1995.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *The three worlds of welfare capitalism*. New Jersey: Princeton University, 1990.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *O futuro do Welfare State na nova ordem mundial*. São Paulo, Lua Nova, n. 35, 1995.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy*. London: Sage Publications, 1996.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *Social foundations of postindustrial economies*. New York: Oxford University Press, 1999.

FAGNANI, Eduardo. *A política social no Brasil (1964/1982)* – Entre o projeto de estado de bem-estar social e o estado mínimo. Tese (Doutorado)– Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 2005.

FAGNANI, Eduardo. *Seguridade Social no Brasil (1988/2006): longo calvário e novos desafios*. In: FAGNANI, Eduardo (org). *Como incluir os excluídos?*. Campinas: CESIT, 2007.

FAGNANI, Eduardo. *Seguridade social: a experiência brasileira e o debate internacional*. Análises e propostas, Friedrich Ebert Stiftung, nº 42, dez. 2011.

FAGNANI, Eduardo. *Piso de proteção social: o debate internacional e a experiência brasileira*. Texto para discussão, IE/Unicamp, Campinas, nº 203, abr. 2012.

FAO. *The State of Food Insecurity in the World*, Roma, 2012.

FERRERA, Maurizio. *The Southern models of welfare in Social Europe*. *Journal of European Social Policy*, n. 6, v. 1, p.17-37, 1996.

FILGUEIRA, Fernando. *Hacia um modelo de protección social universal em América Latina*. Santiago, Serie Políticas Sociales CEPAL, 2014.

FLEURY, Sônia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, Sônia. *A Seguridade Social Inconclusa* in ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (Org.). *A era FHC e o Governo Lula: transição?*. Brasília: INESC, p. 105-119, 2004.

FONSECA, Ana; LAVINAS, Lena. *Coordinación institucional, protección social y mínimos sociales en Brasil*. Genebra: ESS Paper Series (ILO), p. 51-78, 2014.

GENTIL, Denise Lobato. *Recessão econômica, privatização e desmantelamento da proteção social: a opção conservadora do governo Dilma Rousseff (2011-2015)*. São Bernardo, XXI ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 2016.

GILBERT, Neil. *The transformation of the Welfare State*. New York, Oxford University Press, 2002.

HOBBSBAWM, Eric. *A era dos extremos: o Breve Século XX: 1914 - 1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

HOLZMANN, Robert. *Reforming Public Pensions*. Paris: OECD, 1988.

HOLZMANN, Robert. *The welfare effects of public expenditure programs reconsidered*. Washington/D.C.: IMF, IMF Staff Papers, n. 37 (2), p. 338-359 1990.

HOLZMANN, Robert. "Pension Reform, Financial Market Development, and Economic Growth: Preliminary Evidence from Chile." Washington, D.C.: IMF, IMF Staff Papers, n. 44 (3), p. 149-178, 1997a.

HOLZMANN, Robert. *Starting over in Pensions: The Challenges and Chances Facing Central and Eastern Europe*. Journal of Public Policy, n. 17 (3), p. 195–222, 1997b.

HOLZMANN, Robert, JORGENSEN, Steen. *Social Protection as Social Risk Management: Conceptual underpinnings for the social protection sector strategy paper*. Journal of International Development, v 11, p. 1005-1027, 1999.

HOLZMANN, Robert, JORGENSEN, Steen. *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection, and Beyond*. International Tax and Public Finance, Vol. 8, Nº. 4, p. 529-556, 2001.

HOLZMANN, Robert; SHERBURNE-BENZ, Lynne; TESLIUC, Emil. *Social Risk Management: The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalizing World*. Washington/D.C.: May, 2003.

HOLZMANN, Robert; STIGLITZ, Joseph. *New Ideas About Old Age Security*. Washington, D.C., The World Bank, 2001.

HUJO, Katja. *NOVOS PARADIGMAS NA PREVIDÊNCIA SOCIAL: LIÇÕES DO CHILE E DA ARGENTINA*. Brasília, IPEA, Planejamento e Políticas Públicas, nº 19, junho, 1999.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*. 2013.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*. 2014.

IPEA. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, IPEA, nº 14, 2007.

IPEA. *Previdência e Assistência social: Efeitos no Rendimento Familiar e sua Dimensão nos Estados*. Brasília, IPEA, Comunicado do IPEA, nº 59, julho, 2010.

JACKSON, Richard. The global retirement crisis. In: PIERSON; Christopher; CASTLES, Francis. The welfare state reader. Cambridge: Polity Press, 2006.

JENSON Jane. A New Politics for the Social Investment Perspective: Objectives, Instruments, and Areas of Intervention in Welfare Regimes. In: The Politics of the New Welfare State. Oxford University Press; 2012

JESSOP, Bob. Towards a Schumpeterian workfare state? Preliminary remarks on post fordista political economy. Studies in Political Economy, vol. 40, nº 1, pp. 7-40, 1993.

JESSOP, Bob. The Changing Governance of Welfare: Recent Trends in its Primary Functions, Scale, and Modes of Coordination. Social Policy and Administration, vol. 33, nº 4, pp. 348-359, 1999.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. Políticas sociais sob a perspectiva do Estado de bem-estar social: desafios e oportunidades para o "catching up" social brasileiro. Niterói, CEDE, texto para discussão CEDE nº34, março, 2011.

KERSTENEZKY, Celia Lessa. O estado de bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012a.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. Sobre a "crise" do estado de bem-estar: retração, transformação fáustica ou o quê?. Rio de Janeiro, Dados, v. 55, n. 2, p. 447-485, 2012b.

KRUGMAN, Paul. A crise de 2008 e a economia da depressão. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

KUCZYNSKI, Pedro-Pablo; WILLIAMSON, John. Depois do Consenso de Washington. Retomando o crescimento e a reforma na América Latina. São Paulo: Editora Saraiva, 2004.

LABRA, María Eliana. As políticas de saúde no chile: entre a razão e a força. In BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

LABRA, Maria Eliana. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. Ciênc. São Paulo, Saúde Coletiva, v.6, n.2, p.361-376, 2001.

LARRAÑAGA, Osvaldo; HUEPE, Mariana; RODRÍGUEZ, María Eugenia. Las Pensiones Solidarias: Análisis de una Reforma Exitosa. Santiago, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, diciembre, 2014.

LAVINAS, Lena. Programas de garantia de renda mínima: perspectivas brasileiras. Rio de Janeiro: IPEA, 1998.

LAVINAS, Lena. Latin America: Anti-Poverty Schemes Instead of Social Protection. Berlin, desigualdades.net International Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America., Working Paper Series 51, 2013a.

LAVINAS, Lena. 21ST CENTURY WELFARE. *New Left Review* 84, November-December 2013b.

LAVINAS, Lena. New trends in inequality: the financialization of social policies. Alexander Gallas, Hansjörg Herr, Frank Hoffer and Christoph Scherrer (eds.). *Combating Inequality: The Global North and South*, London: Routledge, 2015a.

LAVINAS, Lena. A financeirização da política social: o caso brasileiro. Rio de Janeiro, *Revista Política Fundação João Mangabeira*, nº 2, 2015b.

LAVINAS, Lena. Os desafios da financeirização para os sistemas de proteção social. Seminário em Niterói/UFF, 2016.

LAVINAS, Lena; COBO, Barbara. O direito à proteção social: perspectivas comparadas. São Paulo, Friedrich Ebert Stiftung, 2009.

LAVINAS, Lena; FONSECA, Ana. Piso de Protección Social: pros y contras. São Paulo: *Cadernos PROLAM/USP*, v. 14, n. 26, 2015.

LAVINAS, Lena; FERRAZ, Camila. Inclusão Financeira, crédito e desenvolvimento: que papel uma renda básica pode jogar nesse processo? São Paulo, 13º Congresso BIEN, julho, 2010.

LO VUOLO, Ruben. Reformas previsionales en América Latina: una visión crítica en base al caso Argentino. *Economía e Sociedade*, Campinas, (6): 153-81, jun. 1996.

LO VUOLO, Ruben. Limits of Redistributive Policies in Latin America: complementarities between economic and social protection systems. In: Fritz B and Lavinas L. *A Moment of Equality for Latin America? Challenges for Redistribution*. London: Ashgate, 2015.

MALLOY, James. Previdência social e classe operária no Brasil (uma nota de pesquisa). *Estudos CEBRAP*, n. 13, jan-mar, 1976.

MARTIN, María Pía. La práctica de los mecanismos de coordinación interinstitucional de los pisos de protección social: e l caso de Chile. In: SCHWARZER, Helmut; TESSIER, Lou; GAMMAGE, Sarah. (Orgs). *Coordinación institucional y pisos de protección social: Experiencias de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay)*. Ginebra, ESS Documento nº 40, 2014.

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

MEDEIROS, Marcelo. A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. Brasília, IPEA, texto para discussão IPEA nº 852, dezembro, 2001.

MESA-LAGO, Carmelo. Seguridad social y pobreza critica en América Latina in: ?Se puede superar la pobreza? Sérgio Molina (org.). Santiago, Revista de la CEPAL, 1980.

MESA-LAGO, Carmelo. Seguridad social y desarrollo en América Latina. Santiago, Revista de la CEPAL, 1986.

MESA-LAGO, Carmelo. Changing Social Security in Latin America. Toward Alleviating the Social Costs of Economic Reform. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, 1994.

MESA-LAGO, Carmelo. "A reforma estrutural dos benefícios de seguridade social na América Latina: modelos, características, resultados e lições", in V. S. P. Coelho (org.), A reforma da previdência social na América Latina. São Paulo: Editora FGV, 2003.

MESA-LAGO, Carmelo. A reforma estrutural dos benefícios de seguridade social na América Latina: modelos, características, resultados e lições. In MESA-LAGO, Carmelo. Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina. Santiago, Revista de la CEPAL, 2004.

MESA-LAGO, Carmelo. Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago, Chile: Proyecto Cepal/GTZ Desarrollo y equidad social en América Latina y el Caribe. 2004

MESA-LAGO, Carmelo. Re-reform of Latin American private pensions systems: Argentinian and Chilean models and lessons. The Geneva Papers, 34, pp.602–617, 2009.

MESA-LAGO, Carmelo. La re-reforma de pensiones en Chile. In: BECKER, Ulrich; MESA-LAGO, Carmelo (Org.) Re-reformas de sistemas de pensiones privatizadas en el mundo: estudio comparativo de Argentina, Bolivia, Chile y Hungría. Revista Trabajo, Nº 10, diciembre, p. 43 – 209, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011. SUS: a saúde do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Florianópolis, Revista Katálisis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun, 2011.

MUÑOZ, Vernor. El derecho a la educación: una mirada comparativa Argentina, Uruguay, Chile y Finlandia. Santiago, Unesco – OREALC Oficina de Santiago, 2011.

OCAMPO, José Antônio. A macroeconomia da bonança econômica latino-americana. Santiago, Revista CEPAL, 2010.

OCDE, 1985. Social expenditure 1960-1990: problems of growth and control. Paris: OECD. <Disponível em: <http://www.oecd.org/social/soc/40836112.pdf>>

OCDE, 2014. Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators. Paris: OECD. <Disponível em: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2014\\_soc\\_glance-2014-en#page7](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2014_soc_glance-2014-en#page7)>

OCDE, 2015. In It Together: Why Less Inequality Benefits All. Paris: OECD. <Disponível em: <http://www.oecd.org/social/in-it-together-why-less-inequality-benefits-all-9789264235120-en.htm>>

OFFE, Claus. Some contradictions of the modern welfare state. Critical Social Policy, vol. 2 no. 5 7-16, September 1982.

OIT, 1952. Normas Mínimas da Seguridade Social. Genebra <Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/node/468>>.

OIT. Iniciativa piso de proteção social. Genebra. 2010.

OIT. Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva. Genebra. 2011.

OIT. Recomendação nº 202, relativa aos Pisos Nacionais de Proteção Social. Genebra. 2012.

OIT. World Social Protection Report 2014/2015: Building economic recovery, inclusive development and social justice. Genebra. 2014.

OIT SECSOC. Social Security Department Data. Genebra. 2016.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova York. 1948.

ONU. Report of the Economic and Social Council. Nova York. 2011.

ONU-HABITAT. Estado de las ciudades en América Latina y el Caribe 2012: rumbo a una nueva transición urbana. Kenia, Agosto, 2012.

OSTRY, Jonathan; LOUNGANI, Prakash; FURCERI, Davide. Neoliberalism: Oversold?. Finance & Development, Vol. 53, No. 2, June, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PEREIRA, Potyara. *Necessidades Humanas Básicas: subsídios a crítica dos mínimos sociais*. São Paulo, Cortez, 2006.

PEREIRA, Potyara. *A política social entre o direito e o mérito*. Campinas, Plataforma Política Social, ano 2, agosto, 2014.

PIERSON, Christopher. *Beyond the Welfare State?* Cambridge, Polity Press, 1991.

PIERSON, Christopher. *The welfare state over the (very) long run*. UC Berkeley, November, 2010.

PIERSON; Christopher; CASTLES, Francis. *The welfare state reader*. Cambridge: Polity Press, 2006.

PIKETTY, Thomas. *O Capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2014.

POLANYI, Karl. *A grande transformação: as origens da nossa época*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ROBLES, Claudia. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile*. Santiago, Documento de proyecto, 2013.

ROCHA, Sônia. *Safet nets, politics and the poor*. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, Rio de Janeiro, v25, n1, p.241-248, abril, 1995.

ROCHA, Sônia. *Transferência de renda no Brasil: o fim da pobreza?*. Rio de Janeiro: Editora Campus Elsevier, 2013.

ROFMAN, Rafael; FAJNZYLBER, Eduardo.; HERRERA, Germán. *Reformando las reformas previsionales. Las recientes iniciativas y acciones adoptadas por Argentina y Chile*. Washington: Banco Mundial, 2008.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SICSÚ, J. *Planejamento Estratégico do Desenvolvimento e as políticas macroeconômicas*. In: SICSU & Vidotto (orgs). *Economia do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Elsevier/Campus, 2008.

SOEDERBERG, Susanne. *Universalizing Financial Inclusion and the Securitisation of Development*. *Third World Quarterly*, v. 34, n. 4, 2013, pp. 593-612, 2013a.

SOEDERBERG, Susanne. *The Politics of Debt and Development in the New Millenium: an introduction*. *Third World Quarterly*, v. 34, n. 4, 2013, p. 535-546, 2013b.

SOUZA, Paulo Fernando Mohn. A reforma previdenciária no governo Lula. Brasília, PRISMAS: Direitos, Políticas Públicas e Mundialização, v.3, nº 2, p. 455-483, jul/dez, 2006.

STARKE, Peter; OBINGER, Herbert; CASTLE, Francis. Convergence towards where: in what ways, if any, are welfare states becoming more similar?. Journal of European Public Policy, n.15, v.7, October, p.975–1000, 2008.

STIGLITZ, Joseph. A Globalização e seus Malefícios. São Paulo: Futura, 2002.

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES. Santiago, Boletín Estadístico Electrónico N° 221, junio, 2016.

SUPLICY, Eduardo Matarazzo. Renda de cidadania: a saída é pela porta. São Paulo: Cortez / Fundação Perseu Abramo, 2002.

TEIXEIRA, Aloísio. Do seguro à seguridade: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro. Rio de Janeiro, Texto para discussão 249 do IE/UFRJ, 1990.

THORP Rosemary. Progress, Poverty and Exclusion: An Economic History of Latin America in the 20th Century. Washington: IADB, 1998.

TITMUSS, Richard. Essays on "the welfare state". London: Unwin University, 1963.

TITMUSS, Richard. What is social policy? in LEIBFRIED, S.; MAU, S. (Org). Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction. Edward Elgar Pub, 2008.

TOWNSEND, Peter. Poverty, social exclusion and social polarization: the need to construct an international welfare state. In TOWNSEND, Peter and GORDON, David. (eds.) World Poverty: New Policies to Defeat an Old Enemy. Bristol, UK, Policy Press, pp. 3-24, 2002.

TOWNSEND, Peter. The Right to Social Security and National Development: Lessons from OECD experience for low-income countries. ISSUES IN SOCIAL PROTECTION, Discussion Paper 18, 2007.

UTHOFF, Andras. REFORMAS A LOS SISTEMAS DE PENSIONES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. In FILGUEIRAS, Carlos; MIDAGLIA, Carmen (Org). Desafíos de la seguridad social. Montevideo, CIESU, 1997.

UTHOFF, Andras. Brecha del Estado de Bienestar y reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe. Santiago, CEPAL, 2006.

VANDERBORGHT, Yannick e VAN PARIJS, Philippe. Renda Básica de Cidadania: Fundamentos éticos e Econômicos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

VELAZQUEZ, Daniel Arias. Modelos de classificação do Welfare State: as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen. São Paulo, Pensamento e Realidade, Ano X – nº 21, 2007.

VIANNA, Maria Lúcia Werneck. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. Brasília, ENAP, 2002.

VIANNA, Maria Lúcia Werneck. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não-contributivos; 2004. [mimeo]

WILENSKY, Harold. The Welfare State and Equality. Berkeley: University of California Press, 1975.

WILLIAMSON, John. Latin American Adjustment: How Much Has Happened? Washington: Institute for International Economics, 1990.

WINCKLER, Carlos; MOURA NETO, Bolívar. Welfare state à brasileira. Porto Alegre, Indicadores Econômicos FEE, v.19, n.4, p.108-150, 1992.

WORLD BANK. 1994. Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth. Washington, DC: Oxford University Press, 1994.

WORLD BANK. 2001. Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard. Washington, D.C.: The World Bank, 2001.

WORLD BANK. 2000-2001. World Development Report. Attacking Poverty. Washington, D.C.: The World Bank Group, 2001.

WORLD BANK. World Development Report. Building Institutions for Markets. Washington, D.C.: The World Bank Group, 2002.

WORLD BANK. Keeping the Promise of Social Security in Latin America. Palo Alto, California: Stanford University Press, 2005.

WORLD BANK. CONDITIONAL CASH TRANSFERS REDUCING PRESENT AND FUTURE POVERTY. Washington, D.C.: The World Bank Group, 2009.

WORLD BANK. GLOBAL FINDEX NOTES. Washington, D.C.: Findex Notes, n. 5, 2012.

WORLD BANK. GLOBAL FINDEX 2014. Washington, D.C.: The World Bank Group, 2014.

YAZIGI, ALEJANDRO FERREIRO; et ali. The Chilean Pension System Based On Individual Capitalization. Santiago, Chile: SAFFP, 2003.