

Renda Mínima e Bolsa Família: caminhos para uma sociedade mais justa,

Agradeço aos organizadores da merecida celebração dos 80 anos da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. É uma honra participar da comemoração do aniversário dessa instituição tão reconhecida e celebrada e que o professor Sérgio Micelli em *história das ciências sociais no Brasil* dedicou especial atenção. Também é com muita alegria que participo dessa mesa com nosso querido senador Eduardo Suplicy, reconhecidamente um pioneiro e incansável batalhador por uma política de transferência de recursos monetários.

O tema que me foi proposto, *renda mínima e Bolsa-Família, caminhos para uma sociedade mais justa* me permite uma breve digressão histórica.

Antes dessa digressão, devo lhes dizer que o Renda Mínima e o Bolsa Família, embora importantes, são coadjuvantes na construção de uma sociedade mais justa. Uma sociedade mais justa pode realizar-se com o cumprimento da nossa Constituição, sobretudo no que se refere ao capítulo referente à Seguridade Social e aos Direitos Sociais. Falarei disso mais adiante, pois antes quero reconhecer a importância do senador Suplicy.

Lembro-me do projeto de lei nº 80, de iniciativa do senador Eduardo Suplicy, aprovado pelo Senado em dezembro de 1991 que instituía o PROGRAMA DE GARANTIA DE RENDA MÍNIMA NO BRASIL e que seguiu para a Câmara Lá se vão 22 anos. A partir de 1995, com as experiências de Campinas, Ribeirão Preto, Distrito Federal, Jundiaí, Santos, Salvador muitos deputados e senadores apresentaram Projetos de Lei e o mesmo aconteceu nas Assembléias Legislativas e Câmaras de vereadores. Em 1997 saiu a legislação que autorizava ao Poder Executivo a repassar recursos aos municípios que implantassem programas de renda mínima associados a ações sócio educativas. Em 1998 começou a ser implantado e esteve envolto na polêmica sobre a paternidade do programa.

No segundo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, nós tivemos o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil como um projeto piloto em 1996 e os Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Agente Jovem em 2001. Em

2002, os programas Auxílio Gás e Bolsa Renda. E em 2003, o Governo LULA lançou o Cartão Alimentação. Parte desses programas deram origem ao Bolsa Família.

Chamo atenção para estas datas para destacar PRIMEIRO que quando o Senador Suplicy propõe o PGRM ainda não existia o benefício de prestação continuada Chamo atenção porque na estratégia de implementação do Projeto do Senador o programa começaria por aqueles que em 1995 seria o público alvo do Benefício de Prestação Continuada. Em 1991 o direito à renda sem prévia contribuição estava restrito à Renda Mensal Vitalícia destinada aos maiores de 70 anos e às aposentadorias rurais. Isso era tudo.

Em segundo lugar para destacar que o Governo Federal sai a reboque dos Estados e Municípios. Em terceiro para chamar a atenção que na América Latina e no Caribe ainda não havia programas de renda mínima. O primeiro é o do México em 1997

Voltando ao Senador Suplicy, em 1999 ele apresenta ao Senado o PL 82 que autoriza o Poder Executivo a criar o Fundo Brasil de Cidadania destinado ao Financiamento do Programa de Garantia de Renda Mínima. MAS no final de 2001 o senador realiza uma inflexão em sua proposta ao apresentar o Projeto de Lei que institui a Renda Básica de Cidadania. O Projeto aprovado deu origem a Lei Nº 10.835, de 8 de janeiro de 2004.

Entrando agora no tema proposto, em minha opinião uma sociedade mais justa no Brasil só pode ser construída com o cumprimento daquilo que estabelece a nossa Constituição de 1988 em especial aos objetivos estabelecidos pela Constituição (**SLIDE 1**)

Os conceitos abrangentes de cidadania social e de direitos na área social como estabelece o artigo 6º (**SLIDE 2**) por exemplo e o 7º que trata dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visam melhor proteção.: Seguro desemprego., garantia de benefício nunca inferior ao salário mínimo. .

O Título VII estabelece a instituição da Seguridade Social e assim amplia a responsabilidade do Estado com importantes impactos no reconhecimento de direitos, ampliação de atendimento, equalização de acessos, enfrentamento de carências, riscos sociais e pobreza.

Pela primeira vez se utiliza um conceito claro e bem definido seguridade Social que envolve saúde, previdência social e mecanismos compensatórios de luta contra a pobreza (**SLIDE 3**) com a assistência social. (**Slide 4**)

Desta forma, o novo desenho institucional excluiu o direito a proteção socioeconômica do contexto do trabalho que o limitava ao conceito de seguro. Trouxe aqui algumas informações sobre a previdência social para o período 2005 a 2012 e vocês podem ver que foram cerca de 25 milhões de benefício mensais em 2012. É mencionar que cerca de 2/3 das aposentadorias e pensões equivalem a um salário (**SLIDE 5**).

No que concerne a Assistência Social são 4 milhões que recebem um salário mínimo mensal. São pessoas idosas (65 anos ou mais) e pessoas com deficiência de famílias com renda familiar per capita de 1/4 de SM. O BPC é um direito constitucional e como é direito não tem contrapartida como é o caso do Programa Bolsa Família (**SLIDE 6**)

O Bolsa-família, na atualidade com mais de 13 milhões de famílias e um valor médio do benefício ao redor de 153 reais, os benefícios estão concentrados nas regiões Nordeste e Norte do Brasil onde residem as famílias mais pobres. O gasto do programa registra uma tendência ascendente, de 0,32% em 2005 para 0,5% do PIB em 2012. (**SLIDE 7**)

Na área da saúde, a primeira metade da década de 1990, dois acontecimentos contribuíram para agravar a situação do financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Em primeiro lugar, a principal contribuição social em termos de magnitude de arrecadação, a contribuição sobre a folha de salários, passou a ser de uso exclusivo da previdência, reduzindo a parcela do orçamento da seguridade social disponível para as demais áreas.

Em segundo lugar, a instituição do Fundo Social de Emergência (atual DRU – Desvinculação das Receitas da União) permitiu que o governo federal pudesse direcionar até 20% do montante da arrecadação de impostos e contribuições para garantir a estabilização econômica do país e o saneamento financeiro da fazenda pública federal, o que representou nova redução dos recursos disponíveis para a saúde e a assistência social..

No caso da saúde, a solução encontrada para a situação de subfinanciamento da saúde foi a criação, em 1996, da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), uma contribuição social cujos recursos seriam destinados exclusivamente para financiar as ações e serviços de saúde. Entretanto, em nenhum momento a totalidade dos recursos arrecadados pela CPMF foi direcionada para a saúde. Primeiro porque os instrumentos de desvinculação das receitas da União possibilitavam que uma parcela dos recursos da CPMF fosse utilizada pelo governo federal para outras finalidades; e depois porque essa fonte de financiamento passou a ser compartilhada com outras áreas da seguridade social (previdência e assistência social). Mesmo não sendo uma fonte exclusiva de receitas para o setor, em pouco tempo a CPMF se tornou a principal fonte de financiamento da saúde na esfera federal¹.

A extinção da CPMF pelo Congresso Nacional, em 2007, não foi acompanhada de redução de recursos para a área da saúde em 2008, como temiam muitos analistas. Em parte porque algumas medidas foram tomadas pelo governo federal para contrabalançar as perdas financeiras decorrentes do fim da arrecadação da CPMF, como o aumento das alíquotas do imposto sobre operações financeiras (IOF) e a contribuição social sobre o lucro líquido (CSLL). Mas também porque o país registrou um desempenho econômico favorável em 2007, com reflexos positivos sobre a arrecadação tributária.

Um ponto de inflexão no financiamento do Sistema Único de Saúde foram as regras introduzidas pela Emenda Constitucional nº 29 (EC29). Essa emenda,

¹Em 2002, por exemplo, os gastos federais com saúde tiveram como fonte de recursos a CPMF (41%), a contribuição social sobre o lucro líquido (26%), a contribuição para o financiamento da seguridade social (15%) e outras fontes orçamentárias (18%). Cf. Médici (2010).

aprovada em 2000 e depois regulamentada pela Lei 141/2012, estabeleceu o patamar mínimo de recursos a serem aplicados pelas três esferas de governo para financiar as ações e serviços públicos de saúde, da seguinte forma:

- No caso da União: valor aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB);
- No caso dos Estados e do Distrito Federal: 12% do produto da arrecadação de impostos e transferências constitucionais; e
- No caso dos Municípios: 15% do produto da arrecadação de impostos e transferências constitucionais.

As novas regras de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, que passaram a vigorar com a EC29, promoveram o aumento de recursos para o SUS nas três esferas de governo. Dados compilados pelo Instituto de Pesquisas Econômica Aplicadas (IPEA) mostram que o gasto total da União, dos estados e dos municípios subiu continuamente no período 2000-2011: de R\$ 41,3 bilhões, em 2000, para R\$ 161,8 bilhões em 2011 (**SLIDE 8**). Ao mesmo tempo, é possível verificar que houve redução na participação do governo federal no financiamento da saúde, que era de quase 60%, em 2000, e passou para 44,7% em 2011. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios subiu de 21,7% para 29,6%. Observa-se, portanto, que a aprovação da EC29 teve impactos diferenciados em cada ente da federação e foi bem-sucedida na busca do objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde (PIOLA et al., 2013)

Grandes falhas na Seguridade Social

Ausência de um Conselho Nacional da Seguridade Social (CNSS) responsável pelo monitoramento do cumprimento do Orçamento da Seguridade Social, conforme estipulado na Lei

- Este vazio administrativo fragmentou a gestão financeira e institucional do orçamento da Seguridade Social.

- Parte dos recursos é utilizada para outros fins;
- A segunda falha do sistema, é que afeta a saúde pública comprometendo a oferta de prestações universais e incondicionais consagradas pela Constituição.

De qualquer modo, o gasto total da Seguridade Social em 2012 foi de 11,64% do PIB, porcentagem maior que os 10,89% de 2011 e aos 10,65% de 2010 (ANFIP, 2013).

O que quis marcar com esse percurso é que no Brasil, no início da década de 1990, os valores do Estado de Bem-estar estão inscritos na Constituição de 1988 e que são caminhos para uma sociedade mais justa. Temos grandes desafios pela frente

Em menos de uma década, o Brasil registrou progressos relevantes no enfrentamento da pobreza, alavancados pela retomada do crescimento econômico, recuperação do poder de compra do salário mínimo nacional (reajustes com aumentos reais), geração de empregos formais e mudança na política de acesso ao crédito (novas modalidades, ampliação dos prazos de reembolso e queda dos juros). Mas tais avanços também responderam à ampliação das políticas sociais, incluindo os programas de garantia de renda como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF).

As taxas de desemprego têm mantido sua trajetória de queda – 12,3% da população economicamente ativa em 2003 e 5,5% em 2012 - apesar da crise financeira iniciada em 2008, e, a despeito do crescimento do PIB abaixo do estimado em 2012, ocorreu expansão do emprego em setores de serviços intensivos em mão obra. Não obstante o reconhecida baixo patamar das remunerações, continuam se expandindo os aumentos reais da renda advinda do trabalho.

Contudo, mesmo com os indicadores sociais positivos e a expressiva queda da pobreza durante toda a década de 2000, milhões de brasileiros ainda permanecem

em situação de grave vulnerabilidade social. De acordo com o Censo 2010, cerca de 16 milhões de brasileiros ainda se encontravam em situação de extrema pobreza (com renda mensal abaixo de R\$ 70,00 per capita).

Visando fazer face às situações de maior vulnerabilidade, promover e fortalecer o acesso das populações mais pobres às políticas e direitos sociais e apoiar a melhoria de suas condições de vida, o Programa Brasil sem Miséria foi elaborado em 2011 e vem sendo implementado desde então.

Quanto ao BF, passando, entre sua criação e o ano de 2010, de 3,6 para quase 13 milhões de famílias, ele trilhou não apenas um caminho de universalização da cobertura, mas de efetiva consolidação institucional, ancorado em um processo de integração e coordenação federativa envolvendo todos os municípios brasileiros e mobilizando as políticas sociais de educação, saúde e assistência social. No caso das duas primeiras, a articulação superou uma perspectiva de controle burocrático de condicionalidades e buscou implementar uma gestão intersetorial para a inclusão, nestas políticas, de populações excluídas ou em risco de denegação de direito de acesso. Os avanços e resultados desta estratégia têm sido consideráveis, em que pesem as dificuldades ainda observadas tanto de reconhecimento do território como base da ação pública, como de articulação intersetorial, dada a tradicional departamentalização com que o Estado opera suas políticas, em todos os níveis.

Quanto à assistência social, a relação do PBF foi ainda mais orgânica. Aquela política forneceu o ambiente institucional propício ao Cadastro Único em nível local, além de possibilitar, por meio de suas equipes e equipamentos públicos – os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) – o diálogo próximo e permanente com a população beneficiária.

Consolidando seu desenho institucional e alargando progressivamente o diálogo e integração com as demais políticas, o PBF se afirmou como parte integrante da proteção social brasileira. Ao longo dos anos, não apenas teve impactos relevantes na redução da pobreza monetária e da desigualdade de renda como operou melhorias nas condições de alimentação e nutrição, de saúde e de

educação das famílias e crianças beneficiadas. Sucessivas pesquisas e avaliações vêm mostrando o esperado progresso nos padrões alimentares destas famílias (Baptistella, 2013), mas também efeitos positivos graduais na trajetória escolar das crianças (Simões, 2012), na queda da mortalidade infantil e melhoria nas condições de saúde (Rasella et ali, 2013).

Contudo, a despeito dos avanços políticos e institucionais, da redução contínua da pobreza e da melhoria dos indicadores de renda da população, a extrema pobreza ainda atingia mais de 8% da população no início da nova década. O Censo de 2010 veio revelar que restavam mais de 16,2 milhões de brasileiros com renda per capita inferior a R\$ 70. O Plano Nacional para Superação da Extrema Pobreza, batizado de Brasil Sem Miséria (BSM), procurou aportar um novo impulso no combate à pobreza, tanto aprimorando e inovando a abordagem como propondo ações, instrumentos e metas específicas.

A estratégia do BSM foi elaborada numa perspectiva ampla de responsabilidade pública, visando garantir o acesso aos direitos sociais por parte de toda a população, responsabilidade ainda maior diante dos segmentos alijados da oferta pública.

A agenda para a população em extrema pobreza é largamente dependente da expansão das políticas universais.. Esta é a população da qual o Estado está mais afastado; a mais alijada dos direitos sociais, das ofertas publicas e das oportunidades abertas no mercado de trabalho. Por outro lado, é precisamente nessa população que carências e demandas se avolumam ao mesmo tempo em que se diferenciam situações sociais e territórios.

O ponto de partida do BSM é o reconhecimento de que a pobreza não se restringe à insuficiência de renda. Ela abarca situações insegurança alimentar e nutricional e acesso precário à água; insuficiência no acesso e permanência em políticas sociais como saúde e educação; baixo atendimento de serviços de energia elétrica, moradia e saneamento básico; formas precárias de inserção no mundo do trabalho, entre outros.

Além de multidimensional, as situações de pobreza referem-se a diferentes contextos e situações sociais. Referem-se tanto a territórios economicamente deprimidos como a regiões dinâmicas, onde postos de trabalho ou atividades econômicas de baixa produtividade são eliminados. Reproduzem-se na agricultura familiar constrangida pela falta de insumos, financiamento, apoio técnico, mercado ou mesmo terras; mas também em territórios urbanos segregados, com baixa oferta de serviços públicos. Atingem jovens em territórios com altas taxas de violência e baixas oportunidades de acesso ao ensino e à qualificação profissional. As situações de extrema pobreza podem ainda se referir a contextos históricos – populações tradicionais – ou familiares específicos, sejam associadas a momentos no ciclo de vida – casais jovens com crianças – ou condições de vulnerabilidade física ou social – doenças, isolamento, drogadição, entre tantas outras.

As distintas populações e situações têm expressão variada no território. No Brasil dos 16,2 milhões em extrema pobreza 59% estão concentradas na região nordeste **(slide 7)**

	Total	%	Urbano	%	Rural	%
Brasil	16.267.197	100	8.673.485	53	7.593.352	47
Norte	2.658.452	17	1.158.501	44	1.499.951	56
Nordeste	9.609.803	59	4.560.486	48	5.049.317	52
Sudeste	2.725.532	17	2.144.624	79	580.908	21
Sul	715.961	4	437.346	61	278.615	39
Centro Oeste	557.449	3	372.888	67	184.561	33

Fonte: Censo Demográfico. IBGE, 2010

A pobreza se manifesta pela ausência da renda, mas, sobretudo em privação de bem estar.

Características da população total e população em Extrema Pobreza

População Total= 190,8 milhões	População em Extrema Pobreza= 16,2 milhões
28% dos brasileiros vivem no NE - 53 milhões	59% vivem no NE (9,6 milhões)
15,6% vivem nas áreas rurais	Uma em cada quatro vivem nas áreas rurais
24% tem até 14 anos de idade	40% com até 14 anos
12% dos domicílios em áreas rurais não estão conectados à rede geral de água e não tem poço ou nascente na propriedade	40% dos domicílios em áreas rurais não estão conectados à rede geral de água e não tem poço ou nascente na propriedade
51% dos brasileiros são negros	72% são negros (pretos e pardos)
9,6% dos brasileiros/as são analfabetos (15 anos ou mais)	26% são analfabetos (15 anos ou mais)

Outros dados apontavam a imperiosa necessidade de universalizar o acesso aos serviços públicos pelas famílias em situação de extrema pobreza. Dos domicílios urbanos em situação de extrema pobreza, 11,9% não contam com banheiro de uso exclusivo, sendo que nas áreas rurais esse percentual era de 54,8%. No que concerne ao abastecimento de água por rede geral, 14,9% dos domicílios urbanos e 75,4% dos rurais, não contavam com este abastecimento. E quanto aos domicílios sem esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica, esses percentuais eram de 40,6% e 87,3% para os urbanos e rurais, respectivamente. Universalizar serviços tão essenciais de forma a efetivamente alcançar os grupos familiares requer uma estratégia adensada na ampla zona de escassez de bem estar. Isso significa planejar ações de modo a suprir os déficits (já identificados) e monitorar sua evolução.

Ademais, as várias situações encontradas sob a extrema pobreza também se manifestam em demandas diversas, a depender do território, de aspectos culturais ou de grupos específicos. Um programa que pretende atender a esta franja da população deve ser flexível de modo a responder tanto às demandas de pessoas que vivem no campo como daquelas que habitam periferias dos grandes centros urbanos. O mesmo acontece com as populações da região Norte em relação às do Semiárido nordestino ou comunidades quilombolas e catadores de material reciclável. Visando dialogar com estas distintas realidades, o Brasil sem Miséria

precisou ser desdobrado em estratégias diferenciadas, que se adequassem às distintas necessidades de seus diversos públicos-alvo.

1- Os eixos de atuação do Plano Brasil sem Miséria (SLIDE 9)

No eixo transferência de renda monetária, destaca-se o Programa Bolsa Família, com suas condicionalidades vinculadas à educação, saúde e favorecendo a garantia do direito à alimentação, e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)², que igualmente assegura uma renda mínima aos idosos e portadores de deficiência vivendo na extrema pobreza. No BPC, o corte para a pobreza monetária é 1/4 de salário mínimo, e no Bolsa Família os valores são de R\$ 70 e R\$ 140,00, para extrema pobreza e pobreza, respectivamente. Os programas têm valores de benefícios distintos, sendo o do Bolsa Família de R\$ 152,67 mensais (valor de agosto de 2013), em média, alcançando aproximadamente 14 milhões de famílias (13,8 milhões), e o BPC, que chega a cerca de 4 milhões de pessoas (idosos - 65 anos ou mais - e deficientes), igual ao salário mínimo.

No eixo de acesso aos Serviços Públicos, o BSM pretendeu localizar a ausência do Estado nos territórios: os chamados “vazios institucionais/assistenciais” que contribuem para a reprodução da pobreza. E a partir do diagnóstico realizado com base no Censo Demográfico de 2010, prover, de modo eficiente, serviços públicos adequados às realidades locais. Entre estes serviços inclui-se oferta de energia elétrica, acesso à água (para beber e para a produção) e aos serviços de saneamento.

No âmbito dos serviços também se encontram outros programas que ampliam o direito ao bem estar. Face ao direito à saúde, por exemplo, identificou-se a prioridade do acesso ao *Programa Saúde da Família* e as suas unidades de referência, as Unidades Básicas de Saúde. Também foram mapeados o acesso a programas como o *Rede Cegonha* (atendimento as grávidas até os dois primeiros anos de vida da criança), o *Brasil Sorridente* (saúde bucal) e o *Olhar Brasil* (voltado a visão dos escolares). Desenhou-se ainda a priorização do

enfrentamento às *Doenças da Pobreza* - combate às chamadas enfermidades negligenciadas da pobreza, tais como a malária, doença de Chagas, leptospirose, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, esquistossomose.

No eixo de inclusão produtiva, as iniciativas do BSM tiveram como ponto de partida uma série de reflexões oriundas dos esforços de avaliação do PBF no que tange ao perfil laboral da população mais pobre. Entre outros aspectos, estudos identificaram grande instabilidade na inserção produtiva desse público e a importância da manutenção das transferências governamentais e, principalmente, a necessidade de uma multiestratégia capaz de atender carências distintas em função da escala territorial, idade, gênero, escolaridade e trajetória profissional dos indivíduos (Castro et alii, 2010).

Na área rural, a opção do BSM foi por estender à população extremamente pobre um grupo de programas e projetos disponíveis à agricultura familiar minimamente estruturada, segmento que já vinha obtendo avanços significativos desde a década de 1990³. A partir de 2003, além de incrementos nos orçamentos dos programas existentes, esse público foi contemplado com uma série de inovações institucionais, abrangendo a tipificação do público alvo das políticas de apoio, provisão de insumos, proteção da produção e da renda (seguro climático e de preços), acesso a compras públicas, além de uma política e um programa nacional de assistência técnica e extensão rural (PNATER e PRONATER). Outras iniciativas em curso, voltadas à universalização do acesso à água (Água para Todos) e energia elétrica no campo (Luz para Todos), passaram a ser geridos sob a perspectiva intersetorial do BSM.

Na área urbana, o Plano prevê ações de melhoria da inserção no mundo do trabalho como o apoio ao empreendedorismo e aos empreendimentos solidários. Contudo, a maior inovação ocorreu no âmbito das ações de qualificação profissional. A criação do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) e sua vertente voltada aos beneficiários do PBF dotou de novas perspectivas um campo tradicionalmente marcado pela descontinuidade e

baixa efetividade. Não apenas o montante de recursos envolvidos ganhou volume, como se aumentou a densidade das ofertas, seja em qualidade ou alcance.

2- Um balanço provisório

O BSM assentou-se no reconhecimento da necessidade de uma ação diversificada do Estado para a população mais pobre, tendo em vista não apenas ofertas distintas direcionadas para diferentes populações como também suas múltiplas carências. Uma primeira dificuldade se referia à localização do público ainda não alcançado pelo PBF. Para inclusão dessas famílias no Cadastro Único, o BSM apoiou-se em uma estratégia denominada Busca Ativa.. Desde o lançamento do Plano até abril de 2013, 887 mil novas famílias já tinham sido incluídas e estavam recebendo as transferências do Bolsa-Família (Falcão, 2013).

Garantia de Renda

No âmbito do BSM, um conjunto de medidas foram adotadas pelo PBF impactando expressivamente a população com renda abaixo de R\$ 70,00. A limitação de três crianças e adolescentes contemplados por família foi expandida para cinco. Os resultados do Censo de 2010 mostraram que, por exemplo, na região Norte do Brasil 44,8% das pessoas em extrema pobreza tinham até 14 anos de idade. Com esta medida, ampliou-se a cobertura nos estados onde as famílias são mais numerosas. Foi também assegurado a todo adulto beneficiário do Programa Bolsa Família, se admitido em trabalho remunerado que permitisse à família ultrapassar a linha de pobreza com conseqüente renúncia ao benefício, a garantia de reinclusão automática no caso da perda da ocupação.

Contudo, a mudança mais significativa do PBF no âmbito do BSM foi a adoção de um novo benefício, de valor variável e tendo por objetivo complementar o hiato de renda com relação a linha do BSM. De fato, acontecia que mesmo famílias beneficiárias do PBF mantivessem uma renda menos que R\$ 70 após o recebimento dos benefícios de valor fixo. Estas eram justamente as famílias mais vulneráveis, seja em termos de número de crianças ou de renda. O Benefício de superação da extrema pobreza visa complementar a renda familiar para que ela

ultrapasse o patamar de R\$ 70 por pessoa. Desta maneira, o país assumiu o compromisso de renda mínima garantindo que nenhum brasileiro terá menos que o limite instituído pela linha de extrema pobreza.

Em resumo, o Bolsa-Família transfere: (a) benefício básico no valor de R\$ 70,00 às famílias em situação de extrema pobreza; (b) benefício variável (limitados a 5) no valor de R\$ 32,00 para as famílias pobres e extremamente pobres com filhos/as de 0 a 15 anos; (c) benefício variável à gestante no valor de R\$ 32,00 (concedido em nove parcelas consecutivas); (d) benefício variável à nutriz no valor de R\$ 32,00 (concedido às famílias com crianças entre 0 e 6 meses de vida em seis parcelas consecutivas); (e) benefício variável vinculado ao adolescente (16 e 17 anos) no valor de R\$ 38,00 e limitado a dois por família; (f) benefício para a superação da extrema pobreza - calculado caso a caso - destinado às famílias que, mesmo com as transferências acima descritas, não superavam a linha de extrema pobreza. Como resultado, mais de 22 milhões de pessoas puderam sair da linha de extrema pobreza por renda

a) Acesso a serviços

Na saúde, os serviços de atenção do Sistema Único de Saúde são devidos aos beneficiários do programa Bolsa Família assim como todos os demais cidadãos. Contudo, as condições de acesso a rede e serviços de saúde são mais precárias entre as populações e territórios mais pobres, o que ensejou medidas no sentido de fortalecer a oferta de equipamentos e equipes nestes territórios. Neste sentido, ocorre a expansão do Programa Saúde na Escola para creches e pré-escolas, a construção de novas UBS; e a implementação do Programa Mais Médicos.

Na educação, a expansão do Programa Mais Educação, que oferta atividades pedagógicas no contra-turno das escolas públicas, prioriza a adesão de escolas com maioria dos alunos beneficiários do Bolsa Família. Em 2011, as escolas com mais de metade de estudantes do Bolsa Família eram 30% das cerca de 15 mil escolas do Mais Educação; em 2013, este percentual subiu para mais de 60% das 45 mil escolas que aderiram ao Programa.

Ainda mais emblemático do objetivo de busca de acesso equitativo entre as crianças de famílias mais pobres com relação à média nacional, na educação o BSM tem operado com uma ação de ampliação de vagas em creches e pré-escolas para as crianças beneficiárias do PBF. Visando a induzir a abertura de novas vagas e o direcionamento das matrículas para aquelas crianças, o MDS tem complementado as ações universais do Ministério da Educação aportando um repasse adicional no valor de 50% do per capita do (FUNDEB) às matrículas em creches de crianças vinculadas ao programa Bolsa-Família.

Um avanço expressivo tem sido alcançado na ação de *Acesso à Água* voltada a região do Semiárido nordestino, com meta de universalização de acesso a cisternas com a instalação de 750 mil unidades. Entre 2011 e setembro de 2013, foram construídas 317 mil cisternas para consumo.

DESAFIOS

Instituir mecanismos formais de reajuste do valor dos benefícios e de atualização da linha de pobreza que dá acesso ao Programa Bolsa Família;

- Incluir o Programa Bolsa Família como direito de seguridade social no campo da garantia de renda;
- Priorizar ações de fomento na oferta e qualidade dos serviços sociais nos territórios de alta vulnerabilidade social
- Fortalecimento das capacidades técnicas, organizacionais e operativas dos órgãos e entidades diretamente envolvidos na inclusão produtiva rural visando a ampliação das ofertas.
- Fortalecimento do PRONATEC para a sua ampliação em número maior de município, e aprofundamento do diálogo entre as ofertas dos cursos e as possibilidades - presentes e futuras - de desenvolvimento econômico e social do município.
- Fortalecimento do sistema de intermediação de mão-de-obra e evolução dos serviços que compõem o trinômio formalização/acesso ao crédito/capacitação técnica.

O direito à renda pode ser considerado o de maior avanço no Plano, uma vez que buscou consolidar a universalização do acesso a um programa consolidado (PBF) e instituir um patamar mínimo de renda que o Estado brasileiro deve garantir a todos. Entre as demais dimensões do BSM, os desafios são mais complexos. A histórica dificuldade de acesso aos serviços públicos, principalmente aqueles universalizados desde a Constituição de 1988, vem sendo largamente enfrentada, mas se mantém como um problema tão mais grave quanto mais vulneráveis, afastados ou segregados os público. O investimento dos três níveis de governo permanece insuficiente frente à necessidade de completar a cobertura e, sobretudo, melhorar a qualidade dos serviços e integrá-los, face aos vazios assistenciais pelos territórios. Décadas de prevalência do modelo de seguro social baseado no subsídio à oferta acumularam um déficit de equipamentos e profissionais justamente nas áreas onde se concentram os grandes bolsões de pobreza.

Ao mesmo tempo, assegurar a universalização depende da equalização de oportunidades para o acesso em patamares adequados e similares. Ou seja, se trata de alargar o processo de inclusão e promoção de direitos, cujos obstáculos são expressivos e perpassam leituras de sociedade, naturalização da pobreza e reprodução de hierarquias. Nesse contexto de recursos exíguos, o desafio que se coloca à ampliação da cobertura de serviços públicos para as populações em maior vulnerabilidade é evitar a “focalização da universalização”, cujo duplo efeito negativo seria a desistência de incorporação das classes médias às políticas universais, concomitante ao abandono de outras faixas de renda quase tão pobres quanto o público alvo do BSM.

Se a opção por três eixos integrados e indissociáveis – garantia de renda, acesso a serviços e inclusão produtiva - explicita relativo consenso quanto à necessidade de ir além da perspectiva monetária no combate à extrema pobreza, um olhar sobre as novas prioridades deixa claro que a atual etapa da agenda governamental dialoga com tensões presentes nas fases anteriores. Promover a inclusão produtiva de trabalhadores de baixa renda é um objetivo que encontra efusiva acolhida entre os tradicionais defensores das “portas de saída” por tornar os

beneficiários “independentes” de iniciativas compensatórias, pois permitiriam a redução ou redirecionamento dos gastos sociais.

Vale lembrar que políticas de melhor integração ao mercado e políticas de inclusão social não são equivalentes. Promover o enfrentamento às situações de vulnerabilidade ligadas as múltiplas carências implica, sobretudo, em ler a complexidade das situações sociais e suas demandas e qualificar o Estado em suas ofertas, revertendo a lógica da desigualdade de proteção social. Cabe, portanto, arguir de qual padrão de inclusão social estamos falando. Do nosso ponto de vista, trata-se de reafirmar o papel do Estado e honrar o compromisso constitucional de garantir direitos a toda a sociedade, assegurando o acesso a bens e serviços.

Num momento em que ganha crédito a tese esdrúxula de uma “nova classe média” em ascensão, é possível antever antagonismos nada desprezíveis no debate sobre o espaço e a função da política social no atual modelo de desenvolvimento. Qual resultado esperar desse choque de perspectivas, que sinalizam concepções diametralmente opostas quanto ao papel do Estado e o grau de mercadorização dos bens e serviços na sociedade?