

Sistema de Seguridade Social no Brasil: constituído à luz dos princípios organizadores dos estados de bem-estar social?

*Ester William Ferreira (CEPES/UFU)**

*Jucyene das Graças Cardoso (UFU)***

Resumo

O processo de consolidação da Constituição Federal Brasileira de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, inaugurou uma nova fase em termos de condução da política social no Brasil. Com a nova Carta Constitucional tem-se a construção de um Sistema de Proteção Social organizado a partir dos princípios da seguridade social e de responsabilidade do Estado diante todos os indivíduos que se encontrem em alguma situação de risco social. Apesar do caráter tardio de implantação do Sistema de Seguridade Social no Brasil, em relação aos países que consolidaram, no pós-guerra, o Estado de Bem-Estar, e dos desafios de financiamento das despesas da Seguridade, o presente trabalho objetiva evidenciar que os princípios norteadores da política social brasileira, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, trazem características presentes nos regimes de *Welfare States* tipificados na literatura sobre o assunto.

Palavras-chaves:

sistema de seguridade social, estado de bem-estar social, política social

Abstract:

The consolidation process of the Brazilian Federal Constitution of 1988, known as Citizen Constitution, started a new phase in terms of making social policy in Brazil. By the new Constitutional Letter has been built a new System of Social Protection based on the principles of social security and State responsibility on all individuals who are in a situation of social risk. In spite of the late nature of establishment of the Social Security System in Brazil, in relation to the other countries that consolidated, in the postwar, the Welfare state, and the financing challenges of the costs of Security, this article aims to evidence that the guiding principles of the brazilian social policy, after the promulgation of the Brazilian Federal Constitution of 1988, show characteristics that were present in the systems of Welfare states typified in the literature about the subject.

Key words: social security system, welfare state, social policy

Sessões Ordinárias

Área temática: 4 ; Sub-área: 4.2

* Doutoranda em Desenvolvimento Econômico no Instituto de Economia da Universidade Federal de Uberlândia. Economista do Centro de Pesquisas Econômico-Sociais (CEPES), na mesma instituição.

** Doutoranda em Desenvolvimento Econômico no Instituto de Economia da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução

O processo de consolidação da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88), conhecida como a Constituição Cidadã, inaugurou uma nova fase em termos de condução da política social no Brasil. Com a nova carta constitucional tem-se a construção de um sistema de proteção social organizado a partir dos princípios da seguridade social, assentados no conceito de cidadania, de garantia de prestação de benefícios e serviços pelo Estado a todos os indivíduos que se encontrem em alguma situação de risco social, guardando fortes semelhanças com a experiência de países em que se constituiu o chamado Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*.

O presente trabalho não objetiva demonstrar se a construção do Sistema de Seguridade Social no Brasil delineou a configuração de um regime de *Welfare State*, mas evidenciar que os princípios norteadores da política social brasileira, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, trazem características presentes nos regimes de *Welfare States* tipificados na literatura sobre o assunto.

Para tanto, além desta breve introdução são apresentadas quatro seções. Na primeira, aborda-se o conceito de *Welfare State*, evidenciando sua complexidade e o debate inconcluso em torno das experiências realizadas por países que se encontram fora do núcleo original que deu origem ao que ficou conhecido como *Welfare State* clássico. Na segunda seção, trata-se da constituição do Sistema de Seguridade Social no Brasil, procurando explicitar as semelhanças que estão na raiz desse sistema com as características dos regimes de *Welfare States* tipificados por Esping-Andersen (1991). Na terceira seção, serão abordados dois dos subsistemas da Seguridade Social – o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Saúde, apresentando os caminhos e descaminhos na consolidação desses subsistemas tendo em vista as reformas realizadas ao longo dos anos noventa e dois mil. Por fim, na quarta seção, que trata das considerações finais, são apontados alguns desafios que persistem em relação aos objetivos de um sistema de proteção social pautado no princípio de garantia dos direitos sociais.

1. Revisitando o debate em torno do conceito de *Welfare State*

Existe na literatura referente ao que vem a ser o Estado de Bem-Estar Social toda uma complexidade na definição de suas características, portanto, no estabelecimento de uma tipologia acerca dessa experiência histórica. Essa complexidade se torna maior quando, segundo Fiori (1995), tenta-se enquadrar esse termo no âmbito do conceito da “proteção social”. O *Welfare State* representaria uma ruptura significativa em relação ao que se tinha

antes em termos de política social, como o que representou as *Poor e Speenhamland Laws* na Inglaterra¹, a experiência dos seguros sociais na Alemanha, com Bismarcki, os Institutos de Pensão brasileiros ou mesmo o *New Deal* norte-americano?

Ainda que a resposta a essa pergunta não seja consensual, escritos mais recentes como os de Esping-Andersen (1991); Mishra (1990)², entre outros, defendem a existência de uma ruptura expressiva no âmbito das políticas sociais relativamente às experiências anteriores à Segunda Guerra Mundial, particularmente ao que significou o Plano Beveridge em termos de proteção social na Inglaterra, em 1942, experiência que ficou conhecida como a pioneira do *Welfare State* contemporâneo.

A partir de um contexto marcado pelos objetivos de reconstrução dos países mais afetados pela Segunda Guerra; pelas alianças feitas entre vencidos e vencedores com o intuito de evitar que ocorresse novo conflito mundial, expressas na criação de instituições multilaterais como a ONU, o GATT, entre outros, e pela busca da estabilidade nas relações comerciais e financeiras entre os países, evidenciada pelo Acordo de *Bretton Woods*, associadas às demandas populares decorrentes da luta pela garantia de direitos civis, políticos e sociais³, o Estado assume novos papéis e novas funções. Com o compromisso de buscar maiores taxas de crescimento econômico e melhorias nas condições de vida dos indivíduos⁴, a ação estatal passa a ser orientada pelas políticas de cunho keynesiano, caracterizadas, principalmente, pela intervenção do Estado na economia com fins de garantir níveis maiores de emprego e redução das desigualdades sociais.

A concepção do que vem a ser o *Welfare State* parece apontar, de forma geral, entre os estudiosos do assunto, que as mudanças que se fazem sentir nas políticas sociais no pós-Segunda Guerra estão intimamente associadas àquelas novas funções assumidas pelo Estado. Conforme Esping-Andersen (1991, p.101),

o welfare state não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias. Também precisamos considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social.

Os estudos sobre o conceito de *Welfare State* apresentaram definições diversas a partir dos aspectos abordados por eles na definição desse conceito, tais como: o nível dos gastos

¹ Conforme destacado por Polanyi (2002).

² Citado em Fiori (1995).

³ Os direitos sociais, conforme Potyara Pereira (2008), são conquistas do século XX, enquanto os direitos civis e políticos são, respectivamente, resultados das lutas populares dos séculos XVII e XVIII. Os direitos sociais teriam sido efetivados após a Segunda Guerra Mundial e estariam fortemente associados ao *Welfare State*, à idéia de direitos de cidadania desenvolvida por Marshall no final dos anos 1940.

⁴ Os anos 1920 e 1930, sob a égide do ideário liberal, foram marcados por crises na produção e no mercado de trabalho, crises estas não solucionadas pelos mecanismos de auto-ajuste do mercado.

públicos com despesas sociais; o conceito de estrutura do Estado, a partir das atividades exercidas por ele e os programas sociais avaliados como um todo.

Dentre as classificações realizadas a mais destacada e que abriu novos horizontes para a pesquisa comparativa dos *Welfare States*, tem sido, conforme Esping-Andersen (1991), a de Richard Titmus, formulada nos anos 1960, que deferencia os países entre os *Welfare States* residuais e institucionais. O modelo residual seria aquele representado por Estados cujos gastos públicos seriam focados em determinados grupos sociais no sentido de compensar as insuficiências na atuação da família ou do mercado na provisão social. O modelo institucional, por sua vez, seria marcado por Estados cujos gastos públicos sociais seriam realizados numa perspectiva universalista, ou seja, com o compromisso com o bem-estar social de toda a população. Nesse sentido, a abordagem de Titmus, para Esping-Andersen (1991, p.100),

força os pesquisadores a saírem da caixa preta dos gastos para o conteúdo dos *welfare states*: programas direcionados versus programas universalistas, as condições de elegibilidade, o tipo de benefícios e serviços e, talvez o mais importante, em que medida o nível de emprego e a vida profissional fazem parte da ampliação dos direitos do cidadão.

Nessa direção, Esping-Andersen (1991) propõe uma nova classificação, ainda que não distante daquela proposta por Titmus, adotando uma terminologia de “regimes de *Welfare States*” em que estão presentes combinações diferentes entre Estado, mercado e família, bem como as qualidades dos direitos sociais.

O primeiro regime, denominado “*Welfare State* liberal”, seria caracterizado por uma política social assistencial, com reduzidas transferências universais a segmentos de baixa renda, em geral estigmatizados pela sociedade. Nesse regime, o Estado estimula o mercado a oferecer alternativas ao indivíduo para a cobertura, principalmente, dos riscos incapacitantes ao trabalho (doenças, invalidez, desemprego involuntário, maternidade, reclusão, velhice e morte) como, por exemplo, os planos privados de saúde e de previdência. Os benefícios sociais oferecidos pelo Estado seriam, portanto, residuais. São exemplos desse regime os Estados Unidos e o Canadá.

No segundo regime, “*Welfare State* conservador e fortemente corporativista”, que agrupa nações como Alemanha, a França e a Itália, o mercado é tido como ineficiente na provisão social. A ação do Estado é marcada por forte corporativismo e os direitos sociais estão ligados à classe e ao *status*, sendo que a condição de acesso a esses direitos está intimamente relacionada à condição de trabalhador dos indivíduos, ou seja, à capacidade contributiva dos mesmos, daí o caráter meritocrático dos países associados a esse regime.

Devido à manutenção das diferenças de *status* e, portanto, da estratificação social, o impacto das políticas sociais é pouco expressivo em termos de redistribuição.

O terceiro regime, chamado “social-democrata”, identificado pela experiência de um reduzido número de países escandinavos com destaque para a Suécia, é marcado por uma atuação do Estado orientada por princípios universalistas em que os direitos sociais são estendidos a todas as classes. Os indivíduos não são vistos como trabalhadores, mas como cidadãos, o que conforma o princípio da seguridade social. A garantia de direitos sociais universais, nesse regime, só será possível com a garantia do pleno emprego. Segundo Esping-Andersen (1991, p.110),

os enormes custos de manutenção de um sistema de bem-estar solidário, universalista e desmercadorizante indicam que é preciso minimizar os problemas sociais e maximizar os rendimentos. A melhor forma de conseguir isso é, obviamente, com o maior número possível de pessoas trabalhando e com o mínimo possível vivendo de transferências sociais.

Em que pese a importância da tipologia apresentada por Esping-Andersen (1991) na busca do entendimento dos diferentes tipos de *Welfare States* e, considerando a limitação apresentada pelo autor de que essa tipologia não apreende a diversidade de experiências desenvolvidas pelos países estudados, não é possível incorporar realidades vivenciadas por países de industrialização recente, como os países da América Latina.

Em estudo posterior, Esping-Andersen (1995), na avaliação acerca do *Welfare State* na nova ordem mundial, apresenta um estudo em que são destacadas outras regiões, não incluídas no grupo central original que consolidou a tipologia supracitada, para as quais se pergunta se, dadas algumas tendências identificáveis, os países de industrialização recente, dentre eles os países latino-americanos, se tornarão *Welfare States* ao estilo ocidental.

Em estudos sobre a América Latina, Sônia Draibe (2006, p.3) destaca que:

a literatura acadêmica é bastante controversa a respeito do tema da proteção social nos países latino-americanos. Existe ou teria existido na América Latina algo que pudéssemos definir como Estado de Bem-Estar Social ou como sistemas de proteção social? No caso afirmativo, de que tipo ou regime de bem-estar se trataria? E ainda, como tratar as marcadas diferenças entre os países?

Diante da existência e da complexidade destas questões e do debate ainda em aberto, no caso brasileiro houve, sim, a consolidação de um sistema de proteção social pautado nos princípios da seguridade social. Para alguns estudiosos do assunto, como Fagnani (2008), algumas políticas sociais, no âmbito do Sistema de Seguridade Social, acabaram por desenhar o “embrião de um Estado de Bem-Estar Social, universal e equânime” (p.33), o que sinaliza, na experiência brasileira, para a inconclusão do debate acerca da existência ou não de um *Welfare State* nos países da América Latina.

Nesse sentido, a análise do Sistema de Seguridade Social no Brasil, longe de apontar para a consolidação ou não do Estado de Bem-Estar Social, busca explicitar as semelhanças que esse sistema possui, na sua constituição, com as características dos sistemas de proteção social organizados sob o conceito de *Welfare State*.

2. Seguridade Social: um marco na construção dos direitos sociais no Brasil

Os anos 1980, no cenário internacional, foram marcados pelo baixo crescimento econômico, aceleração inflacionária e desequilíbrios financeiros que acabaram por comprometer o pacto existente entre política econômica e política social, imprimindo reduções no nível de gastos dos países com os serviços sociais. Na Inglaterra, por exemplo, no governo Thatcher, no período de 1979 a 1985, os gastos públicos com seguridade social, saúde, serviços de trabalho social, educação e abrigos sofreram cortes, cuja magnitude, ainda que menor que a pretendida pelo governo, representou o encolhimento da estrutura do *Welfare State* nesse país considerado pioneiro do Estado de Bem-Estar Social. Alguns serviços sociais nos campos da educação, saúde e abrigos públicos sofreram mudanças no sentido de ampliação do papel e tamanho do setor privado na prestação desses serviços, corroborando para o quadro em que se pretendia a redução do gasto público, a implementação de medidas que favorecessem a iniciativa individual e o aumento da participação do setor privado na provisão de serviços sociais.

O caso inglês é, certamente, sinalizador das alterações porque passam os *Welfare States* no alcance de suas políticas sociais, deixando claro que o círculo virtuoso do pós-guerra havia se exaurido, o que representou o comprometimento do crescimento e da garantia do pleno emprego, condições fundamentais para a sustentação do atendimento das demandas sociais e de toda uma política de seguridade (Leal, 1990).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, na contramão das mudanças apontadas, o Estado assume responsabilidades com comprometimento fiscal na garantia de direitos sociais ao instituir um sistema de proteção social pautado nos princípios de seguridade social, característicos dos Estados de Bem-Estar.

Em adequação às formulações da Organização Internacional do Trabalho, Convenção nº 102/1952, e à pressão dos movimentos sociais em decorrência do descontentamento com a política social excludente do período militar, conforme artigo 194 da Constituição de 1988, a política de seguridade social deveria ser orientada de acordo com os seguintes princípios: universalidade da cobertura e atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios rurais

e urbanos; seletividade e distributividade na prestação de serviços; irredutibilidade no valor dos benefícios; diversidade da base de financiamento estruturada em Orçamento da Seguridade Social (autônomo); equidade na forma de participação no custeio, e caráter democrático dos subsistemas da seguridade social.

A conformação do Sistema Brasileiro de Seguridade Social teve como resultado sua estrutura em quatro subsistemas: Previdência Social, estabelecida pelas Leis Orgânicas da Previdência (Leis nº 8.212 e 8.213 de junho de 1991- de Custeio e Benefícios da Previdência Social); Assistência Social, definida pela Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742 de dezembro de 1993); Saúde, organizada pela Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080, de setembro de 1990, e 8.142 de dezembro de 1990) e Seguro-desemprego⁵, estruturado pela Lei nº 7.998, de janeiro de 1990.

A organização do Sistema de Seguridade Social é centrada numa percepção de proteção social aos riscos sociais aos quais os indivíduos estão sujeitos, definindo um quadro de direito social a ser garantido com obrigações fiscais. A CF/88 associa, no Sistema de Seguridade, tanto princípios bismarkianos (idéia de seguro social atrelado à capacidade contributiva dos indivíduos), característicos dos regimes de “*Welfare States* conservadores e fortemente corporativistas”, quanto princípios beveredgianos (idéia de cidadania social), universalistas, próprios dos regimes “social-democratas”. Nestes últimos, conforme Potyara Pereira (2008, p.191), “há um inegável propósito de assegurar, por meio da política social, apoio universal aos cidadãos, bem como a participação de todos no sistema de seguridade social.”

Os subsistemas da Previdência Social e do Seguro-desemprego são de caráter contributivo, enquanto a Assistência Social⁶ é um subsistema que oferece benefícios de caráter não-contributivo direcionados à população pobre e com algum tipo de deficiência. Já o Sistema de Saúde Pública é de caráter gratuito e universal. Conforme Delgado *et al.* (2009, p.18),

as garantias dadas pela Constituição à Seguridade Social, integrando as políticas citadas, identificando novas formas de gestão – com a determinação da participação social e da descentralização -, criando um orçamento próprio assim como um sistema específico de financiamento com fontes diversificadas e exclusivas, assinalam a relevância da mudança instituída. Foi com o reconhecimento da proteção social assegurada como direito que se permitiu a progressiva efetivação de garantias universais de acesso a serviços e benefícios e, em decorrência, a instituição de um esforço de integração de políticas contributivas, assentada em uma base ampla de financiamento.

⁵ Conforme Azeredo e Ramos (1995), na América Latina, apenas o Brasil e o Uruguai oferecem, em seus sistemas de proteção social, programas de seguro-desemprego.

⁶ Na Assistência Social está vinculado, por exemplo, o programa Bolsa-Família do Governo Lula.

As garantias constitucionais dadas à Seguridade Social não se cumpriram integralmente, dando a ela, apesar dos expressivos avanços em termos de proteção social, certo caráter de inconclusão, fruto de tentativas de desconstrução no que diz respeito à organização da proteção social a partir dos princípios da seguridade social. Desde a promulgação da CF/88, as conquistas alcançadas vêm sofrendo ataques por parte da elite conservadora. Isso pode ser elucidado pelos pronunciamentos de diversos políticos e autoridades da época sobre a nova carta constitucional.

Observe-se que o próprio ex-Ministro (Nóbrega, 2005) ratifica a mesma visão crítica sobre a Carta de 1988: “Os constituintes erigiram uma obra arcaica e sem originalidade. Buscaram distribuir uma riqueza que não existia. (...) Avançaram no restabelecimento dos direitos individuais e das instituições democráticas, mas introduziram privilégios corporativistas, moveram-se por preconceitos anti-capitalistas e adotaram visões de mundo equivocadas. A constituição de 1988 nasceu velha e se tornou um obstáculo ao desenvolvimento.” FAGNANI (2008, p. 36).

O destaque dado à fala do ex-Ministro Maílson da Nóbrega é aqui utilizado para nos dar certa dimensão das críticas e sucessivas tentativas de impedir a plena consolidação da Seguridade Social, uma das políticas mais atacadas pela área econômica, sob um cenário desfavorável às políticas sociais nos âmbitos nacional e internacional. Tal situação poderia, dentre outras explicações, ser entendida como resultado da inexistência, no Brasil, de uma ampla coalizão política que marcou a consolidação dos sistemas de seguridade social nos países de *Welfare State* (Fiori, 1995), conferindo às políticas sociais naqueles países certo nível de consenso entre os diversos grupos políticos.

Diante desse quadro e, à luz das palavras de Galbraith (1987) de que “a relação da Seguridade Social com a sociedade tem sido, desde a sua criação, de amor e ódio, mas o amor tem sido triunfante”, pode-se afirmar que, também no Brasil, o caminho da constituição do Sistema de Seguridade Social é marcado por avanços, rupturas, descaminhos, amor e ódio. E as manifestações desse “ódio” puderam ser percebidas rapidamente após a promulgação da Carta Magna. Conforme Fagnani (2008), já em 1989 as receitas da Seguridade Social passam a ser recolhidas e administradas pelo Ministério da Fazenda, sendo utilizadas para cumprir com responsabilidades fiscais da União como pagamentos de pensionistas e inativos da União. Portanto, um Orçamento independente da área fiscal não se efetivou, conforme definição constitucional. Além disso, foram aprovadas sucessivas Emendas Constitucionais que afetavam o Orçamento da Seguridade Social: Fundo Social de Emergência (1994), que, em 1999, tornou-se Fundo de Estabilização Fiscal e, em 2000, Desvinculação de Receitas da

União (DRU), que determinava a desvinculação de 20% dos tributos das finanças públicas, incluindo a seguridade social.

Ademais, a defesa da redução dos gastos públicos em serviços sociais, presente nas economias centrais em consonância com o ideário neoliberal, também se manifestou no Brasil por meio de medidas nesta direção. Dentre estas destaca-se a proposta de reforma tributária que propõe teto definido para o Orçamento da Seguridade Social (39,7% da arrecadação dos impostos federais) em substituição às contribuições Cofins (Contribuição para o financiamento da Seguridade Social) e CSLL (Contribuição sobre Lucros Líquidos)⁷, o que representa uma ameaça ao financiamento do Sistema de Seguridade Social, comprometendo o princípio do atendimento à demanda por direitos sociais. A base para a definição desse teto foi calculado a partir do montante de recursos realizados no ano de 2005. Uma das críticas à definição de um limite máximo para o financiamento da seguridade está no fato de que hoje já existe uma insuficiência de recursos para o atendimento às demandas sociais (Delgado *et. al.*, 2009).

A implementação da seguridade social no Brasil como princípio orientador das políticas sociais representou avanços significativos na ampliação dos direitos de cidadania. Todavia, os desafios no avanço da universalização desses ainda são expressivos, conforme poderá ser percebido nas seções que analisam os subsistemas de Previdência Social e Saúde, que compõem o Sistema de Seguridade Social brasileiro.

3. Os caminhos e descaminhos na construção dos subsistemas da Previdência Social e da Saúde

3.1. Previdência Social

O Sistema de Previdência tem por objetivo assegurar as condições, via reposição de renda, para que seus segurados enfrentem os problemas da sobrevivência material quando estiverem incapacitados para o trabalho, temporária ou definitivamente. A incapacidade para o trabalho estaria associada aos seguintes riscos, os chamados riscos sociais: enfermidades, doenças relacionadas à atividade laboral, invalidez, desemprego involuntário, maternidade, reclusão, velhice e morte, que devem ser cobertos pelos benefícios a eles associados. O acesso a esses benefícios estará condicionado pelos princípios normativos que orientarão a

⁷ Na proposta de emenda constitucional PEC n. 233, Cofins e CSLL serão extinguidas e incorporadas a um novo Imposto sobre Valor Agregado Federal (IVA-F) e ao Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ).

consolidação de cada Sistema Previdenciário Nacional; no caso brasileiro, pelo princípio da seguridade social.

O caminho de consolidação da estrutura do Sistema Previdenciário brasileiro representou avanços expressivos na garantia de direitos sociais, como atestam estudos nesta área⁸. Todavia, ao longo dos anos 1990 e 2000, um conjunto de medidas foi implementado no sentido de impedir a plena consolidação da estrutura de proteção social e dos direitos estabelecidos pela nova carta constitucional.

No Brasil, antes da CF/88, o Sistema de Previdência estava organizado exclusivamente a partir de princípios bismarckianos, ou seja, o acesso aos benefícios estava associado à capacidade contributiva do indivíduo/trabalhador, daí a idéia de seguro social.

De maneira resumida, originariamente tem-se, na sociedade brasileira, no final do século XIX, a criação das aposentadorias para funcionários públicos sustentada por recursos do Estado. Nos anos 1920, com a Lei Eloy Chaves de 1923, tem-se a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão de funcionários das empresas ferroviárias. Já no início dos anos 1930 foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vinculado inicialmente aos marítimos, com base de sustentação tripartite, e depois difundido para várias categorias profissionais. Somente em 1966 é que os vários Institutos foram unificados e originado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

No período que se segue após a CF/88 introduz-se, no Sistema Previdenciário brasileiro, o princípio beveredgiano, caracterizado por princípios universalistas, em que a garantia de cobertura dos riscos sociais, ou seja, o acesso aos benefícios não está associado à capacidade contributiva dos indivíduos. Transita-se, portanto, da concepção de seguro social para a de cidadania. A Previdência passa a ser organizada a partir de princípios da seguridade social, numa concepção de direitos sociais de cidadania, assumindo, no Brasil, um caráter híbrido com benefícios garantidos via contribuição prévia e benefícios sem contribuição prévia, como é o caso dos benefícios assegurados aos trabalhadores rurais em regime de economia familiar.

O Sistema de Previdência brasileiro está organizado em três estruturas distintas: o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), os Regimes Próprios de Previdência Social (RPPSs) e a Previdência Complementar Privada. O RGPS é composto basicamente pelos trabalhadores da iniciativa privada, com contratos de trabalho estabelecidos pela CLT

⁸ Aqui se destacam os estudos realizados pelo IPEA em Política Sociais: acompanhamento e análise, números 13 e 16.

(Consolidação das Leis Trabalhistas), e os trabalhadores rurais oriundos dos regimes de economia familiar. Já os RPPSs são constituídos pelos funcionários públicos. Os dois regimes são caracterizados por contribuição compulsória (exceção dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar). A Previdência Privada é constituída por um segmento da população com maior capacidade contributiva; é de caráter voluntário e tem por objetivo oferecer benefícios opcionais aos trabalhadores da iniciativa privada, uma vez que o teto dos benefícios do RGPS situa-se em torno de nove salários mínimos.

O Regime Geral de Previdência Social representa o pilar mais importante da Previdência no Brasil e, portanto, é alvo da maior parte das reformas e centro das discussões sobre os rumos e desafios da questão previdenciária.

No governo FHC, com o objetivo de alterar o Sistema Previdenciário, é estabelecida a Emenda Constitucional nº 20 de 1998, que, dentre outras medidas, substituiu o tempo de serviço pelo tempo de contribuição; extinguiu a aposentadoria proporcional tanto para o RGPS quanto para os RPPs; restringiu a concessão da aposentadoria especial (eliminando para o caso dos professores universitários) e suprimiu a regra de cálculo das aposentadorias presente no texto constitucional. Em 1999, foi introduzido um novo fator de cálculo das aposentadorias, o chamado Fator Previdenciário.

O movimento de mudanças realizado no governo FHC representa, para Fagnani (2008), a reforma conservadora da Previdência no Brasil. Segundo o autor,

a Emenda Constitucional n. 20, de 1998, demonstrou o espírito das conquistas de 1988 e instituiu para esse país de miseráveis regras mais severas que as praticadas nos países desenvolvidos da OCDE. Para justificar esse legado de destruição, além dos argumentos falaciosos de sempre sobre a “catástrofe” fiscal, inovaram ao difundir a visão do aposentado como portador de “privilégios” inaceitáveis, um verdadeiro “marajá”, que ameaçava a estabilidade recém conquistada e os “sólidos” fundamentos econômicos. O próprio presidente da República denominou-os de “vagabundos”. (p.40-41)

No governo Lula, a EC nº 41 de 2003 trouxe mudanças no sistema de aposentadorias e pensões dos servidores públicos, com intuito de tornar, conforme discurso do governo, o sistema previdenciário mais equânime em comparação ao regime previdenciário dos trabalhadores da iniciativa privada. Destaca-se, aqui, a definição, para os servidores públicos, do mesmo teto estabelecido para o benefício previdenciário dos trabalhadores da iniciativa privada e, também, contribuição previdenciária obrigatória dos inativos e abertura para a Previdência Complementar de caráter público aos servidores públicos.

A Emenda nº 41/2003 estabeleceu ainda, para os trabalhadores da iniciativa privada, a criação de um Regime Especial de Inclusão Previdenciária para os trabalhadores do setor

informal urbano, aumentando a cobertura previdenciária de um segmento de baixa renda da população. Pode-se dizer que esse movimento já havia sido iniciado em 1996 com a aprovação da Lei do Simples, que definia alíquotas diferenciadas e procedimentos simplificados para as micro e pequenas empresas, favorecendo a formalização das mesmas. Nessa direção, tem-se, em 2008, com a Lei Complementar nº 128, a criação do projeto do Micro-empendedor Individual (MEI) que possibilita a formalização de indivíduos que exerçam atividade cuja renda mensal não ultrapasse 36 mil reais anuais. Todavia, conforme estudo do IPEA (2009, p.81) acerca da Previdência pós CF/88,

(...) pode-se dizer que a entrada dos trabalhadores rurais no sistema, a partir das mudanças instituídas pela CF/88, foi a maior geradora de efeitos sobre a cobertura previdenciária. As demais políticas, por mais que sejam inclusivas, não têm seus resultados tão facilmente observáveis, pois dependem mais da ação dos empregadores e indivíduos que do governo. São medidas que incentivam a inclusão, mas não geram inclusão de forma automática.

Diante dessa apresentação sucinta das principais reformas no Sistema Previdenciário no Brasil pós CF/88 cabe destacar que as reformas efetuadas no RGPS não apresentaram rupturas radicais com os princípios da Seguridade Social conquistados em 1988. Todavia, alterou o ritmo de crescimento dos tipos de benefícios solicitados, pois impôs mudanças nas regras de concessão e cálculo dos mesmos.

A consolidação do Sistema de Previdência no Brasil, especialmente no que diz respeito ao RGPS, após a Constituição Cidadã de 1988, enfrenta grandes desafios na busca do atendimento dos princípios da ordem social em que ele se enquadra, em especial, aqueles associados à universalização da cobertura e ao financiamento das despesas previdenciárias.

Os desafios para a ampliação da cobertura previdenciária são expressivos. Conforme dados do IPEA (2009), aproximadamente 58% da população economicamente ativa (PEA) encontram-se na condição de segurados. Têm cobertura dos riscos incapacitantes ao trabalho aqueles indivíduos que contribuem financeiramente com a previdência (empregados com carteira de trabalho assinada, conta própria, sem carteira, empregadores e não remunerados contribuintes e os funcionários públicos) e os segurados especiais⁹, ficando desprotegida parte importante de pessoas vinculadas ao ambiente urbano e ao mercado de trabalho informal da economia. Ainda que essa seja uma tarefa de proporções significativas não se pode deixar de destacar que ações têm sido empreendidas, ainda que limitadas, para atingir esse segmento, conforme já indicado anteriormente.

⁹ Constituem os segurados especiais os trabalhadores rurais, em regime de economia familiar, que foram incluídos como beneficiários na Previdência, pós Constituição de 1988, sem contribuição prévia.

Todavia, cabe destacar que a universalização da cobertura é um desafio não apenas do Sistema Previdenciário que, neste caso, implica em alterações em regras, alíquotas previdenciárias etc., mas também da própria dinâmica de crescimento da economia.

A ampliação do nível de cobertura previdenciária da população brasileira, seja pela inclusão dos trabalhadores rurais, conforme ditames constitucionais, seja dos trabalhadores urbanos a partir de algumas das medidas já citadas como o Simples, o Microempreendedor Individual e o aumento da formalização via crescimento do emprego, coloca em destaque a questão da necessidade de financiamento das despesas previdenciárias.

A compreensão do comportamento das despesas previdenciárias envolve duas variáveis que merecem destaque: a evolução do estoque de benefícios, relacionada com a evolução demográfica, e o comportamento do salário mínimo¹⁰, que tem apresentado ganhos reais desde o Plano real. Conforme estudo do IPEA (2007), para o período de 1995-2005,

até 1994 o sistema previdenciário brasileiro sustentava-se apenas com as contribuições de trabalhadores e empregadores. Já em 1995, os recursos arrecadados com as contribuições não foram suficientes para arcar com as despesas. (...) Os recursos arrecadados em 1995 equivaliam a 4,93% do PIB e as despesas a 4,99%. Já em 2005, a arrecadação foi de 5,57% do PIB e as despesas 7,5% (p.68).

Em um cenário de medidas visando o aumento da inclusão previdenciária (algo em torno de 90% da PEA), acompanhado de um aumento da longevidade da população brasileira, em virtude de um processo de transição demográfica, deixando de lado as previsões pouco precisas e carregadas de elementos ideológicos daqueles que anunciam o caos fiscal nas contas da Previdência, o planejamento a longo prazo do financiamento das despesas previdenciárias é elemento fundamental para que a universalização do acesso aos mecanismos de proteção aos riscos sociais aconteça de fato.

3.2. Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 propiciou a institucionalização indutora e estimuladora de significativas transformações jurídicas e institucionais no sistema de saúde brasileiro. Ao consolidar a universalização do atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Sistema de Seguridade Social, a chamada Constituição Cidadã configurou-se como um verdadeiro divisor de águas no tratamento à saúde até então concedido pelo Estado.

¹⁰ Um conjunto expressivo de benefícios da Seguridade Social, seja na Previdência ou na Assistência Social, diz respeito a benefícios de salário mínimo.

A definição da saúde como “(...) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (...)”, conforme Artigo 196 da CF/88, representou um avanço expressivo no campo da política de proteção social do país, aproximando-a das políticas sociais implementadas nos países comprometidos com a universalização dos direitos sociais (Mesquita, 2008). Substituiu-se o conceito de seguro pelo conceito de seguridade social, afastando a capacidade contributiva como requisito de alcance aos serviços sociais. A partir de então, a saúde é reconhecida como um direito básico e universal de cidadania, em consonância com os princípios defendidos pelo Estado de Bem-Estar com vistas à redução das desigualdades sociais.

Antes da promulgação da Carta Magna, o sistema de saúde brasileiro caracterizava-se pelo atendimento excludente, segmentado (separação institucional entre a saúde pública e a assistência médico-hospitalar) e com preponderância da oferta dos serviços feita pelo setor privado. Além disso, as ações públicas de saúde tinham suas decisões centralizadas no governo federal.

Ao Ministério da Previdência e Assistência Social cabia a assistência médico-hospitalar por meio do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, com recursos provenientes da contribuição previdenciária dos empregados, empregadores e governo federal. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento numa perpeção que privilegiava o tratamento da doença e não a promoção da saúde.

Ao Ministério da Saúde, por sua vez, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cabiam as ações básicas de saúde pública: o controle de doenças transmissíveis e as vigilâncias sanitária e epidemiológica, ações estas que eram financiadas pelos recursos advindos dos impostos. O atendimento à população mais pobre se dava por meio de serviços assistenciais (gratuitos).

Dessa forma, no período anterior à Constituição de 1988, partindo de uma concepção de proteção social organizada pelo princípio do mérito, o acesso a assistência à saúde só estava garantido àqueles que tinham um vínculo formal de trabalho. Os demais, que não possuíam esse vínculo, tinham que contar com as sociedades beneficentes, a caridade alheia ou pagar para ter acesso aos serviços de saúde. Estima-se que, antes de 1988, o atendimento dos hospitais públicos estava restrito a 30 milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Com a criação do SUS e sua regulamentação, por meio da Lei Orgânica de Saúde (Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990), constitui-se legalmente um sistema público de saúde pautado nos princípios de: i) universalidade: que permite o acesso irrestrito de toda a população; ii) integralidade: com o objetivo de englobar todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação e iii) equidade: com vistas a contemplar cada comunidade e pessoa de forma proporcional às suas necessidades de saúde e de acesso aos serviços. Sob as diretrizes da descentralização, municipalização e participação, busca-se a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, além da assistência médico-hospitalar, numa percepção da saúde como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças, prevalecendo o *status* de cidadania como condição de acesso aos serviços de saúde e não mais o aspecto contributivo. Mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde e, atualmente, cerca de 75% da população brasileira é atendida, de forma quase exclusiva, pelo SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009:10).

Após 1988, o sistema de saúde brasileiro passou, então, a ser definido em pelo menos quatro grandes grupos a partir de seu financiamento, segundo Ribeiro *et al.* in IPEA, 2007: i) o Sistema Único de Saúde, de acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos (impostos e contribuições); ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de caráter eletivo, financiado com recursos das famílias e/ou de empregadores; iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores; e iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato. Essa estrutura evidencia o caráter híbrido e contraditório ainda presente no sistema de saúde brasileiro caracterizado, de um lado, pela defesa de princípios universalistas e, de outro, pela existência de segmentos que favorecem a mercadorização dos serviços de saúde.

Em que pese a criação do SUS tenha se configurado como uma política de Estado ao ser assegurada na carta constitucional, fruto de um longo processo de luta e de reivindicação dos movimentos sociais desde meados da década de 1970¹¹, a construção do direito à saúde sofreu e ainda sofre, tentativas de desconstrução, desde a luta por sua regulamentação e

¹¹ Nesse aspecto, é incontestável a importância do movimento sanitarista, que defendia a concepção de saúde como direito universal de cidadania, direito esse que deveria ser garantido pelo Estado por meio da criação de um sistema público unificado de saúde ao qual todos os cidadãos teriam acesso. Pode-se afirmar que a formulação dos artigos referentes à saúde na Constituição Federal de 1988 recebeu a influência decisiva desse movimento.

institucionalização até a manutenção das ações e serviços de saúde com vistas a atender a demanda dos cidadãos.

Desde sua institucionalização, em 1990, o SUS convive com a insuficiência e a irregularidade de recursos financeiros como os principais obstáculos para sua consolidação nos moldes assegurados na CF/88.

Não obstante os constituintes terem definido e aprovado o Orçamento da Seguridade Social que garantia que os recursos da seguridade não poderiam ser utilizados em outros fins que não aqueles da Previdência, Saúde e Assistência Social, e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação das fontes aos diferentes ramos, entre 1989 e 2003 isso foi sistematicamente descumprido (Marques & Mendes, 2005).

Inicialmente, em 1989, o Fundo de Investimento Social (Finsocial) financiou os encargos previdenciários da União, despesa que não integra a seguridade. Esse desvio de recursos ocorreu novamente em 1990, embora em menor montante. Ainda em 1990, o presidente Fernando Collor de Melo, num ataque conservador ao SUS, vetou 25 itens da Lei Orgânica de Saúde, sendo que a maior parte destes concentrava-se nos dispositivos de financiamento.

Em 1993, o Executivo descumpriu a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que determinava o repasse para a saúde de 15,5% da arrecadação das contribuições dos empregados e empregadores¹². Diante desse quadro de restrição de financiamento, o Ministério da Saúde solicita empréstimo ao FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador), mas assume, com isso, a obrigatoriedade de pagamento das parcelas acrescidas de juros, o que acabou por onerar o orçamento da saúde nos anos seguintes (IPEA, 2007).

A não possibilidade de recorrer mais aos empréstimos do FAT, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara, buscam uma solução, ainda que transitória, mediante a criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), que assume a forma de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com vigência de 1997 a 2007.

Em que pese a entrada de recursos para o financiamento da saúde propiciada pela CPMF, houve, de outro lado, a redução da participação de outras fontes da seguridade – Cofins e CSLL. Como resultado, a CPMF não trouxe o volume de recursos esperados, e mais, parte desses recursos foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do Fundo de Estabilização Fiscal (atual DRU).

¹² A partir de 1993, as contribuições sobre folha de salários passaram a ser de uso exclusivo da Previdência, medida que se tornou legalizada com a reforma previdenciária do governo Fernando Henrique Cardoso.

Diante da situação de instabilidade dos recursos financeiros para a área da saúde buscou-se uma solução mais definitiva: a vinculação dos recursos orçamentários para despesas com saúde, manifesta na Proposta de Emenda à Constituição nº 169 (PEC 169), que vingou somente em 2000 com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29).

De acordo com a emenda, os estados e os municípios deveriam alocar, no primeiro ano, pelo menos 7% de suas receitas com impostos para a área da saúde, percentual que deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, no mínimo, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Quanto à União, a EC 29 determinou que, para o primeiro ano, deveria ser alocado pelo menos 5% a mais do que foi empenhado no orçamento do ano anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior deve ser corrigido pela variação do PIB nominal.

A partir de 2000, portanto, o sistema de saúde passou a experimentar maior estabilidade no financiamento e acréscimo no volume de recursos para as políticas de saúde em decorrência do crescente aporte advindo das esferas subnacionais.

A fim de garantir sustentabilidade ao financiamento do SUS e, até mesmo, aumentar seu volume de recursos, busca-se a regulamentação da EC 29 mediante lei complementar. Nesse processo, é necessário definir duas questões: *i)* a definição de quais gastos podem ser considerados como “ações e serviços públicos de saúde”, e *ii)* a extensão, para a União, do instrumento de percentual de receita vinculável aplicado a estados e municípios (IPEA, 2007).

Apesar das dificuldades no processo de consolidação do direito à saúde a partir da integração de uma rede regionalizada e hierarquizada e da constituição de um sistema único, conforme garantidos na Constituição de 1988, não foram poucos os avanços alcançados pela população brasileira ao longo dos últimos vinte anos.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, oferecendo assistência que vai desde a atenção básica a atendimentos ambulatoriais de alta complexidade. Seus resultados, captados por diferentes fontes de informação, permitem a constatação do êxito de seus serviços: o Programa Saúde da Família (PSF) permitiu a expansão do acesso à atenção básica, que atualmente cobre quase 49% da população¹³; verificou-se maior acesso à atenção pré-natal – em 2006, 99% das mulheres foram acompanhadas em consultas pré-natais, contra 86% em 1996 -, bem como maior cobertura vacinal tanto no que se refere aos tipos de vacinas, quanto à abrangência geográfica. Além desses, outros avanços são evidenciados pelos expressivos números: 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais; 619 milhões de

¹³ De acordo com dados dos levantamentos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizados pelo IBGE, em 1996 e 2006, citados por Piola *et. al.* (2009).

consultas médicas; 11,5 milhões de internações; 306 milhões de exames ambulatoriais; 2,5 milhões de partos; 28 milhões de ações de vigilância sanitária; 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radio-quimioterapia e o controle da AIDS, com cobertura de 184 mil pessoas (Santos in Marques & Mendes, 2008).

Algumas das conseqüências mais importantes que certamente estão associadas às ações do Sistema Único de Saúde dizem respeito à queda da mortalidade geral (de 6,3 para 5,6 por mil habitantes, entre 1980 e 2002¹⁴), à queda da mortalidade infantil (de 39 por mil nascidos vivos, em 1996, para 22 por mil nascidos vivos em 2006¹⁵) e à mudança no perfil da mortalidade por causas (reduz-se a mortalidade associada a doenças redutíveis por políticas públicas de saneamento básico: doenças intestinais como diarreia, gastroenterite e outras).

É relevante entender que o SUS, ainda que integrante do Sistema de Seguridade Social tem especificidades no atendimento à demanda da população quanto aos direitos sociais. A demanda por benefícios monetários, seja ela de caráter contributivo (Previdência e Seguro Desemprego), seja de caráter não-contributivo (Benefício de Prestação Continuada, por exemplo), se diferencia da demanda por serviços de saúde, embora ambas sejam legítimas porque garantidas na Constituição de 1988 (Delgado et al., 2009).

Nos dois casos, as demandas são exercidas por iniciativa individual. Contudo, aquelas que requerem benefícios monetários são garantidas financeiramente por recursos que, ao menos em tese, não podem sofrer cortes e/ou inadimplência orçamentária. Por outro lado, aquelas que se referem à prestação de serviços de saúde dependem da procura populacional e são atendidas conforme a capacidade de atendimento do sistema de saúde, com recursos que “(...) estão relativamente menos protegidos no ordenamento orçamentário constitucional (...) (Delgado, et. al.2009:31)”.

Dessa forma, diante da crescente demanda da população por serviços de saúde, as ações coordenadas das esferas sub-nacionais são imprescindíveis para a ampliação do SUS. A garantia, o aumento e a estabilidade do aporte de recursos financeiros federal, estadual e municipal para as chamadas “ações e serviços de saúde”, bem como sua gestão eficaz nos âmbitos federal, estadual e municipal, é que possibilitarão a provisão da estrutura necessária para o atendimento de parcela crescente da população – instalações, número de leitos, de médicos, etc. -, devendo-se buscar a ampliação dessa estrutura continuamente, bem como sua

¹⁴ Conforme Santos in Marques & Mendes (2008).

¹⁵ Ainda deve-se envidar esforços para a redução da taxa de 22 por mil nascidos vivos, que se aproxima à da Inglaterra (21,8 por mil) no início dos anos 1960. Atualmente, taxas menores de 10 por mil nascidos vivos são comuns entre os países ricos, embora países da América Latina e do Caribe (como Cuba, Chile e Costa Rica) já apresentem taxas de mortalidade infantil semelhantes (Piola *et. al*, 2009).

melhoria técnica e profissional, a fim de que se tornem realidade os preceitos constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde.

4. Considerações finais

Apesar do caráter tardio de implantação do Sistema de Seguridade Social no Brasil, em relação aos países que consolidaram, no pós-guerra, o Estado de Bem-Estar, e dos desafios de financiamento das despesas da Seguridade, tanto no âmbito da Previdência quanto no da Saúde, pode-se afirmar que esse sistema de proteção social, com responsabilidades fiscais, traz em sua raiz constitutiva muitas semelhanças com os princípios organizadores dos *Welfare States* tradicionais, conforme tipificação de Esping-Andersen (1991) aqui destacada. Além disso, o Sistema de Seguridade Social brasileiro representou expressivos avanços na ampliação dos direitos sociais, colaborando, na perspectiva das políticas keynesianas, para uma melhor distribuição de renda.

Foi no âmbito da saúde, com a constituição do SUS, que o sistema de proteção social no Brasil mais se aproximou dos princípios universalistas dos países de “*Welfare State* social-democrata”. Todavia, é nesse subsistema da Seguridade Social que os avanços na efetivação do direito à saúde como direito de cidadania, assegurado na Constituição, se mostram mais desafiadores, uma vez que, dadas as dificuldades no atendimento à crescente demanda da sociedade, é cada vez maior a parcela da população, especialmente da classe média, que busca atender as necessidades relacionadas à área da saúde no mercado via planos privados de saúde, o que acaba por enfraquecer a luta por melhores condições de atendimento no SUS.

O entendimento de um dos objetivos da Seguridade Social, expresso na busca pela ampliação da universalização da cobertura e atendimento, no âmbito da Previdência, nos permite desmistificar, ou melhor, precisar o chamado déficit previdenciário. A diferença entre as despesas e as receitas do RGPS, que estabeleceria o chamado déficit da previdência, contém despesas típicas da Seguridade Social (caso dos segurados especiais, trabalhadores rurais em regime de economia familiar) cuja lógica de financiamento não está relacionada com a capacidade contributiva dos agentes.

Assim sendo, o financiamento das despesas da Previdência Social no Brasil aponta para, primeiro, a necessidade de ampliação do mercado de trabalho formal (aumento das taxas de crescimento econômico), elevando o nível das receitas advindas da contribuição dos segurados e, segundo, para o esforço fiscal que a sociedade deve fazer para além do Orçamento da Seguridade Social, alocando mais recursos fiscais a fim de que o princípio da

universalização do acesso dos mais pobres aos mecanismos de proteção social possa acontecer.

Por fim, como foi possível observar, ao longo do texto, as reformas que foram realizadas nos anos noventa e dois mil, no Sistema de Seguridade Social, não operaram no texto constitucional mudanças radicais (pelo menos até os dias atuais) em relação aos direitos conquistados com a CF/88. A permanência do regime de repartição simples, no caso da Previdência, em contraposição ao regime de capitalização, próprio da lógica das finanças internacionais, nos permite ousar dizer que, lembrando as palavras de Galbraith citadas acima, o amor foi triunfante no caso da proteção social no Brasil, mesmo que muitos dos avanços ainda estejam inconclusos.

5. Referências

AZEREDO, Beatriz e RAMOS, Carlos Alberto. *Políticas Públicas de Emprego: Experiências e Desafios*. Planejamento e Políticas Públicas, nº 12, jun/dez, 1995. Brasília: IPEA, 1995. Disponível em: http://www.bndes.gov.br/clientes/federativo/bf_bancos/e0000647.pdf. Acesso em: 03/04/2009.

DELGADO, Guilherme C. *et. al.* Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. In: *Boletim de Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise nº 17*, v. 1. Brasília, IPEA, 2009.

DELGADO, Guilherme C. Política Social e distribuição de renda no Brasil. In Baltar, Paulo *et al.* (orgs.). *Salário mínimo e desenvolvimento*. Campinas, Instituto de Economia. Unicamp, 2005.

DRAIBE, Sônia M. *América Latina na encruzilhada: estaria emergindo um novo Estado Desenvolvimentista de Bem-Estar? Observações sobre a proteção social e a integração regional*. Caderno nº 78. Campinas: UNICAMP, 2006. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/index.php?s=15>. Acesso em: dezembro de 2009.

ESPING-ANDERSEN, G., *As Três Economias Políticas do Welfare State*, in Revista Lua Nova, nº 24, setembro, 1991.

FAGNANI, Eduardo. “Os profetas do caos e o debate recente sobre a Seguridade Social no Brasil”. In Fagnani, Eduardo *et alii* (orgs.). *Previdência Social: como incluir os excluídos? Uma agenda baseada no desenvolvimento econômico com distribuição de renda*. São Paulo, CESIT, IE-Unicamp LTR, Coleção Debates Contemporâneos, nº 4, 2008.

FIORI, José Luís. *Estado do bem-estar social: padrões e crises*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia Industrial; ago. 1995. 28 p. (Textos para Discussão, 340). Disponível em: <http://www.iea.usp.br/iea/textos/fioribemestarsocial.pdf>. Acesso em: maio de 2009.

IPEA. Saúde. In: *Boletim de Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise, edição especial nº 13*. Brasília, IPEA, 2007.

_____. Seguridade social. In: *Boletim de Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise, edição especial nº 13*. Brasília, IPEA, 2007.

_____. Previdência Social. In: *Boletim de Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise, edição especial nº 13*. Brasília, IPEA, 2007.

LEAL, Suely M. R. *A outra face da crise do Estado de Bem-Estar Social: neoliberalismo e os novos movimentos da sociedade do trabalho*. Caderno nº 13. Campinas: UNICAMP, 1990. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/index.php?s=15>. Acesso em: dezembro de 2009.

MARQUES, R.M. & MENDES, A. O Sistema Único de Saúde e o Processo de Democratização da Sociedade Brasileira. In *20 Anos da Constituição Cidadã: Avaliação e Desafios da Seguridade Social*. Brasília: ANFIP, 2008.

MESQUITA, Ana Cleusa Serra. *Crise do estado nacional desenvolvimentista e ajuste neoliberal: a difícil trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (1988-2007)*. Campinas-SP, 2008. Dissertação de mestrado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *SUS 20 anos: a saúde do Brasil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. *Política social: temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

PIOLA, Sérgio Francisco *et. al.* Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?. In: *Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal - Volume 1, nº 17*. Brasília, IPEA, 2009.

POLANYI, Karl. (1944) *A grande transformação*. Rio de Janeiro: Ed. Campus (reedição), 2002.

RANGEL, Leonardo Alves *et. al.* Conquistas, desafios e perspectivas da Previdência Social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. In: *Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal - Volume 1, nº 17*. Brasília, IPEA, 2009.