

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

DINALÉIA PACHECO SOARES

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO ESTADO DE BEM-ESTAR
SOCIAL: uma avaliação teórica da efetividade do programa

São Luís
2018

DINALÉIA PACHECO SOARES

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO ESTADO DE BEM-ESTAR

SOCIAL: uma avaliação teórica da efetividade do programa

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Augustus Labre Lemos
de Freitas

São Luís
2018

Soares, Dinaléia Pacheco.

O sistema único de saúde no contexto do estado de bem-estar social: uma avaliação teórica da efetividade do programa / Dinaléia Soares Pacheco. - 2018.

69p.

Orientador (a): Dr. Cesar Augustus Labre Lemos de Freitas.

Monografia (Graduação) - Curso de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Estado de Bem-Estar Social. 2. Seguridade Social. 3. SUS. I. Freitas, Cesar Augustus Labre Lemos de. II. Título.

DINALÉIA PACHECO SOARES

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO ESTADO DE BEM-ESTAR
SOCIAL: uma avaliação teórica da efetividade do programa**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências
Econômicas da Universidade Federal do
Maranhão, para obtenção do Grau de Bacharel em
Ciências Econômicas.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cesar Augustos Lemos Labre de Freitas (Orientador)

Universidade Federal do Maranhão

1º Examinador (a)

Universidade Federal do Maranhão

2º Examinador (a)

Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram para que eu findasse esse ciclo da minha vida. Primeiramente a Deus que foi aonde encontrei forças para superar os obstáculos.

Aos meus familiares, que foram incansáveis nas cobranças e mais ainda no apoio; à mãe amiga de Ana Cláudia, por meio das suas orações e estímulo; ao direcionamento da minha amiga Mayane; a Geylson, pelo apoio e solidariedade.

À Dona Isabel que foi uma pessoa muito importante na minha jornada acadêmica, sobretudo na etapa de conclusão.

Ao Prof. César Labre pela disponibilidade e boa vontade em me orientar.

Reitero ainda os meus agradecimentos àqueles que de maneira simples, porém notória, contribuíram para essa conquista.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, que é o autor da minha história, acredito fielmente que a conclusão do meu curso foi mais uma página escrita por ele. Dedico também à minha família, especialmente à minha mãe, pelo total apoio nessa trajetória acadêmica.

Digo: o real não está na saída e nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia. (Guimarães Rosa)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo fazer algumas reflexões avaliativas sobre a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil no contexto do Estado de Bem-Estar Social, procurando observar, entre outros aspectos, se o mesmo tem sido percebido como um instrumento de política de saúde eficaz na promoção da universalização de seus serviços à população. Para tanto, utiliza-se de revisão bibliográfica baseada em trabalhos que buscaram avaliar o SUS em aspectos diversos, os quais vão desde a percepção da efetividade do sistema até os principais entraves. Antes, porém, faz-se uma revisão histórico-conceitual da evolução do Estado de Bem-Estar Social e do sistema de seguridade social no Brasil. observa-se, nos resultados do trabalho, que a falta de recursos, a demanda superior a capacidade de atendimento, as filas de espera constituem entraves ao melhor funcionamento do sistema.

Palavras-chave: Estado de Bem-Estar Social. Seguridade Social. SUS.

ABSTRACT

The purpose of this study is to make some evaluative reflections about the Brazilian Unified Health System (SUS) in the context of the Welfare State, seeking to observe, among other aspects, whether it has been perceived as an instrument of effective health policy in promoting the universalization of its services to the population. For this, a bibliographic review is used based on studies that sought to evaluate the SUS in several aspects, ranging from the perception of the effectiveness of the system to the main obstacles. Before, however, a historical-conceptual review of the evolution of the Welfare State and the social security system in Brazil is carried out. It is observed in the results of the work that the lack of resources, the demand superior the capacity of attendance, the queues of waiting are obstacles to the better operation of the system.

Keyword: Welfare State. Social Security. SUS.

LISTA DE TABELAS

Gráfico 1- Distribuição geográfica, por porte dos municípios e zona residencial dos entrevistados	56
Gráfico 2- Problemas da área de saúde que o governo deveria resolver	57
Gráfico 3- Principais problemas que os brasileiros enfrentam no SUS	57
Gráfico 4- Usuários exclusivos, não exclusivos e não usuários do SUS	58
Gráfico 5- Imagem do SUS	59
Gráfico 6- Percepção de que o SUS funciona “bem/muito bem”, por escolaridade e renda familiar.....	59

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: <i>WELFARE STATE</i>	14
2.1	Contexto Histórico, Princípios e Definições	14
2.2	Tipologias de <i>Welfare State</i>	18
2.2.1	O Modelo Anglo-Saxão ou Liberal	19
2.2.2	Modelo Conservador (Continental ou Corporativista)	20
2.2.3	Modelo Socialdemocrata (Escandinavo ou Universalista)	22
2.3	Crise do <i>Welfare State</i>	25
3	SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	30
3.1	Surgimento e Conceituação	30
3.2	Organização da Seguridade Social no Âmbito da CF 1988	34
3.2.1	Saúde	34
3.2.2	Assistência Social	36
3.2.3	Previdência Social	38
3.3	Financiamento da Seguridade Social segundo a CF 1988	41
4	O SUS NO CONTEXTO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL	46
4.1	Competências Governamentais no SUS	46
4.2	Avaliação do SUS	52
4.3	Os avanços e desafios para o SUS	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção de políticas sociais perpassa primeiramente pelas políticas públicas, as quais designam ações ou atividades do governo que influenciam a vida do cidadão na sociedade em que ele está inserido. Nessas condições, as políticas públicas são essenciais para o desenvolvimento econômico, social, político e ambiental, e importantes para compreender os desafios, as contradições e as dicotomias que se estabelecem nas relações entre Estado e sociedade (FERREIRA *et al*, 2012).

As políticas públicas podem assumir diferentes formas, que vão do assistencialismo às ações de estímulo à criação de empregos. Nesta gama de formas que ela pode se apresentar, inclui-se ainda as políticas de proteção social. Estas, de forma geral, têm sua trajetória remetendo ao final da Segunda Guerra Mundial como período de amplo desenvolvimento, de tal forma que o modelo atual assumido pelo Estado é resultado das lutas entre as forças produtivas e as forças sociais.

No Brasil, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas de proteção social eram mínimas ou inexistentes e, em geral, vinculadas a uma contrapartida do indivíduo – quase sempre daqueles inseridos no mercado de trabalho formal. Isto é, a responsabilidade pelo atendimento das necessidades de seguridade era de cada indivíduo e as políticas desenvolvidas pelo Estado eram restritas a poucas atividades voltadas para a assistência a doenças e focalizadas em pequenos grupos da sociedade. Isto era ainda mais latente no campo da saúde, o que começo a mudar com a CF 1988 e consagração da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.

Após a promulgação da CF, com intuito de dar maior detalhamento institucional, leis adicionais foram criadas para delimitar a atuação do Estado na promoção de políticas de saúde, resultando na criação do SUS. Este surge, no contexto de afirmação do Estado de Bem-Estar Social, com objetivo de tornar efetivo o disposto na Constituição, no que se refere à garantia do direito à saúde a todo indivíduo. Nessas condições, o que se busca aqui é tecer alguns comentários avaliativos sobre a atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro no contexto do Estado de Bem-Estar Social, procurando observar, entre outros aspectos, se o mesmo tem sido percebido

como um instrumento de política de saúde eficaz na promoção da universalização de seus serviços à população.

Para realizar a investigação da atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro no contexto do Estado de Bem-Estar Social, a presente pesquisa fará uso de revisão bibliográfica, a partir da qual tomará trabalhos diversos que buscaram avaliar o SUS em aspectos variados.

A fim de atingir o objetivo da pesquisa, o presente trabalho está dividido em cinco seções, a contar desta introdução. Na seção dois são feitos apontamentos teóricos-conceituais relativos ao surgimento e desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social. Na seção três o mesmo é feito em relação à seguridade social no Brasil. Na seção quatro faz-se a apresentação dos trabalhos que buscaram avaliar a atuação do SUS com intuito de possibilitar uma avaliação do mesmo. Por fim, na seção cinco, são feitas as considerações finais a esta monografia.

2 ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: *WELFARE STATE*

2.1 Contexto Histórico, Princípios e Definições

Ao longo do século XIX, o liberalismo se construiu como uma condição da razão suprema da sociedade, tendo como objetivo fundamental a criação das condições para o pleno exercício da liberdade individual. No campo econômico, o que estava presente era a busca constante da expansão da produção para novos mercados, cujo domínio seria do mais forte e do mais capaz, daquele que melhor conseguisse interagir com os demais ofertantes em um jogo concorrencial de mercado. Isto fundamentava-se na chamada “mão invisível” de Adam Smith, pela qual se tinha que a liberdade do mercado se destinava a alcançar o bem-estar de todos, pois cada indivíduo, ao perseguir seu próprio interesse, assegura o interesse coletivo e o aumento da riqueza nacional (HOBOLD, 2002).

A despeito da primazia dos ideais liberais resultantes, principalmente, dos postulados de Adam Smith e David Ricardo, a partir das últimas décadas do século XIX começam a emergir críticas ao liberalismo econômico e seu funcionamento, se tornando mais evidente quando do fim da Primeira Guerra Mundial quando se inicia o esgotamento dos postulados do liberalismo econômico. Isto porque:

As políticas econômicas de corte liberal, até então predominantes, já não se tornavam adequadas para permitir o pleno desenvolvimento do processo econômico, as políticas de “laissez-faire” que asseguravam os mecanismos de livre mercado, não davam conta dos objetivos macroeconômicos de crescimento estável, abrindo espaço para um vasto campo teórico sobre o papel do Estado nas economias capitalistas. (LEAL, 1990, p. 3).

O esgotamento liberal se dá pela demonstração da incapacidade do liberalismo em proporcionar condições de desenvolvimento econômico juntamente com o lado social. Sendo ausente a preocupação social, a estrutura estatal do liberalismo tornava-se vulnerável às pressões populares, haja vista que a população não privilegiada por essa autorregulação de mercado exige posicionamento do Estado no provento de direitos. Isto – necessidade de intervencionismo estatal no âmbito social – se mostrou cada vez mais latente em função da emersão de valores democráticos e sociais presentes e favorecidos pelo surgimento da sociedade de massas urbanizadas e industriais (GOES, 2010).

O avanço dos ideais de cidadania e a participação popular criaram maiores possibilidades sociais para mudança na concepção inicial do Estado liberal, que se

limitava à proteção da propriedade privada e da obrigatoriedade dos contratos, bem como a segurança pública e, genericamente, a abolição de todas as formas de existência externas ao mercado. Em outras palavras, a esfera participativa do Estado reduz-se, no liberalismo econômico, a garantir o pleno funcionamento do mercado, ou, noutros termos, a perfeita operacionalidade de seus mecanismos de autorregulação. Isso significa basicamente garantir a observância dos contratos, o direito de propriedade e a execução dos serviços essenciais para o funcionamento das próprias atividades econômicas, sem interferência nas questões econômicas e sociais (HOBOLD, 2002).

O estopim para a superação dos postulados liberais se dá com a recessão econômica do período entre guerras, tendo como marco a quebra da bolsa de Nova York em 1929 que resultou na Grande Depressão dos Anos 1930. Esta tornou visível a incompatibilidade entre a teoria liberal e a realidade econômica, no sentido de que a oferta se mostrava incapaz de criar sua própria demanda e que o desemprego poderia se dar por outros motivos além da própria escolha do indivíduo¹. É em meio a este cenário (depressão econômica, aumento população urbana, incompatibilidade teórico-empírica) que as ideias de Keynes ganham força e uma nova concepção de Estado emerge: o Estado intervencionista, a partir do qual se origina o *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar.

O Estado de Bem-Estar surgiu como uma compensação, por intermédio de políticas de cunho keynesiano, da insuficiência do mercado em adequar os níveis de oferta e demanda agregada, e com o propósito de controlar politicamente as organizações de trabalhadores e capitalistas e estimular a mercantilização da força de trabalho, ao administrar alguns dos riscos inerentes a esse tipo de relação de trabalho e ao transferir ao Estado parte das responsabilidades pelos custos de reprodução da força de trabalho (MEDEIROS, 2001, p.5).

Segundo Fleury (1994), o *Welfare State* surge como resultado de uma construção histórica e da evolução de uma estrutura que envolve o capitalismo de mercado, a democracia e a ideia de bem-estar. Constitui, nessas condições, uma intenção de responder às necessidades dos indivíduos e garantir um mínimo de bem-

¹ De acordo com os postulados liberais da economia clássica a economia não seria capaz de observar crises de superprodução, pois todo rendimento criado ao longo de um período seria dispendido em consumo e assim, grosso modo, toda oferta criaria sua própria demanda. Além disso, o nível de emprego seria determinado pelas forças de oferta e demanda no mercado de trabalho e, assim, dado que a curva de oferta é ascendente em função do salário real pago, não haveria desemprego a não ser do tipo voluntário – quando o indivíduo não aceitasse trabalhar ao salário real vigente.

estar para a população, uma vez que as instituições de uma economia de mercado, per si, não o garantiram.

Para Gomes (2006) e Kerstenetzky (2011) apontam que as bases do Estado de Bem-Estar foram desenvolvidas nos chamados "serviços sociais" (compensações por acidente de trabalho, seguro saúde para os trabalhadores e aposentadorias para os trabalhadores idosos), na Alemanha, no século XIX, tendo sido fortemente influenciada por fatores de natureza política em resposta às greves e pressões dos trabalhadores, embora não possam ser desconsiderados os fatores de natureza econômica decorrentes da política de industrialização adotada naquele país.

Fatores de natureza econômica, em ambientes de recessão, pressionam forças de natureza política e social. Assim, pode-se dizer que o *Welfare State* surge da junção e, ao mesmo tempo, de um choque de forças, as quais podem ser divididas em duas abordagens: a primeira, de natureza econômica, considera que o Estado de Bem-Estar Social seria resultado das profundas transformações desencadeadas a partir do século XIX, tais como: industrialização, modernização da sociedade ou advento do modo de produção capitalista; já a segunda, de natureza política ou institucional, assume que o Estado de Bem-Estar está relacionado à luta de classes, às distintas estruturas de poder político, ou ainda, às distintas estruturas estatais e institucionais (ARRETCHE, 1995).

Para Benevides (2011), o *Welfare State* surge devido à demanda por serviços de segurança socioeconômica, podendo ser entendido como uma transformação do próprio Estado a partir de suas funções, estrutura e legitimidade. Tal transformação se traduziu em uma fórmula privilegiada de afirmação da liberdade, da democracia, do trabalho e do emprego, da justiça social e do bem-estar na desigual sociedade capitalista, fato verificável nos orçamentos estatais que passaram a destinar recursos a prestação de serviços sociais nas áreas de saúde, habitação, educação, renda e previdência para todos os cidadãos (DELGADO e PORTO, 2007).

Com esta "autotransformação" do Estado, passa-se de uma concepção de Estado em que vigoravam ações voltadas para um individualismo exacerbado, em que se proclamava a liberdade individual como propulsora da felicidade, para uma concepção em que suas ações incorporariam políticas voltadas para os problemas sociais, fazendo com que se procurasse amenizar as consequências produzidas pelo capitalismo (Hobold, 2012). Nessas condições, o *Welfare State* se apresenta:

Como a provisão de serviços sociais responsáveis pela contenção dos múltiplos riscos de vida, seja individual ou coletiva, sendo um direito assegurado pelo Estado a camadas expressivas da população dos países capitalistas desenvolvidos. Assim, esses serviços sociais seriam as respostas às questões individuais, o que garantiria a manutenção social em um contexto capitalista (DUCCA, 2016, p.18).

Isso demonstra que a necessidade de provisão de proteção social pelo Estado decorre da existência de riscos numa economia de mercado, além de indicar o *Welfare State* como uma tentativa de criação de novos modelos de solidariedade em sociedades altamente diferenciadas a fim de responder aos problemas que surgiram com a divisão social do trabalho, como a pobreza e a desigualdade, bem como as dificuldades de regulação e institucionalização estatal (resultante das incertezas de mercado), passando o Estado a ter função do ordenamento à garantia de direitos sociais (DEVINEY, 1987).

Por ser o Estado o agente responsável pela garantia de direitos sociais, o *Welfare State* constitui, segundo BENEVIDES (2011, p.12):

Um Estado no qual se usa deliberadamente o poder organizado em um esforço para modificar o jogo das forças do mercado em no mínimo três direções: primeiro, garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima, independentemente do valor de mercado de seu trabalho ou de sua propriedade; segundo, reduzindo a exposição à insegurança, colocando os indivíduos e famílias em condições de enfrentar certas contingências sociais que, de outro modo, levariam a crises do indivíduo ou de sua família; e terceiro, assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe, sejam oferecidos os mais altos padrões de um conjunto reconhecido de serviços sociais.

De forma mais concisa, Wilensky (1974) estabelece que a essência do *Welfare State* consiste no poder do Estado em assegurar a proteção aos padrões mínimos de renda, nutrição, saúde, habitação e educação, assegurados para todos os cidadãos como direito político e não como caridade. Além disso, para Delgado e Porto (2007), Estado de Bem-Estar Social está relacionada às ideias de democracia, trabalho e justiça social. Segundo os autores a construção dos regimes de Bem-Estar deram-se graças à consolidação da democracia nos países de capitalismo avançado. O que só foi possível graças à consolidação do direito ao trabalho como um direito social e ao fortalecimento dos sindicatos e partidos políticos de formação popular que passaram a exigir justiça social nas relações de trabalho e na divisão social da renda. Assim, de forma geral, a ideologia do *Welfare State* emana para proteger o social, interferindo na economia, no papel do Estado, na política e até mesmo na vida individual, à medida que regula e interfere para garantir os anseios sociais tão desejadas. Destarte, o

Welfare State constitui um Estado interventor na economia, na vida do indivíduo, garantindo-lhe o social, diante dos diversos cenários e incertezas interpostas pelo mercado, além de buscar condições para que a socialdemocracia se estabeleça.

2.2 Tipologias de *Welfare State*

Historicamente são as diferentes determinações ideológicas, políticas e econômicas que permitem diferenciar o tipo, a qualidade e nível de proteção social oferecido pelos Estados Nacionais às suas populações. Segundo Fiori (1995), apesar da mesma nomenclatura, existem diferenças substanciais entre os modelos de *Welfare State* adotados nos diferentes países – e é de se esperar que houvesse tais diferenças. Isto porque, o Estado de Bem-Estar Social pressupõe o reconhecimento do papel do Estado na busca do bem-estar dos indivíduos, baseando-se nos direitos sociais dos mesmos e, nessas condições, sua implementação nos diversos países obedece às especificidades históricas dos mesmos, resultando em características diversas.

A despeito das especificidades, alguns elementos se mostram comuns às experiências de implantação do *Welfare State*. É com base nestes elementos comuns, apesar da intensidade deles ser variável de país para país, que alguns trabalhos construíram tipologias de modo a reunir as várias experiências em alguns padrões básicos, diferenciados por sua forma de financiamento, pela extensão e variedade de seus serviços, pelo peso do setor público, pela sua forma de organização institucional, etc. (BENEVIDES, 2011).

Dentre os trabalhos que buscaram tipificar os modelos de *Welfare State*, destaca-se o de Esping-Andersen (1990). A tipificação proposta por Esping-Andersen (1990) distancia-se das pesquisas anteriores, centradas, em grande parte, nos montantes dispendidos em despesas, pois o autor procurou lidar com uma perspectiva comparativa, partindo dos conceitos de “desmercantilização” de Polanyi (2000), de “cidadania social” de Marshall (1967) e a classificação dos países em modelos ideais típicos de políticas sociais de Titmuss (1974). Segundo Esping-Andersen (1990), existem três regimes típicos do Estado de Bem-Estar, diferenciados de acordo com as características de seus sistemas de proteção social, a saber: o Modelo Liberal (Anglo-Saxão); o Modelo Conservador (Continental); e o Modelo Socialdemocrata (Nórdico).

2.2.1 O Modelo Anglo-Saxão ou Liberal

Em geral, o perfil dos sistemas de proteção social dos países anglo-saxões reflete a concepção liberal da ideologia do livre mercado pregada pelos economistas políticos clássicos sobre o funcionamento da sociedade e o papel do Estado e de suas políticas. No Modelo Liberal o mercado é o alocador eficiente da economia, resultando na ideia de que os benefícios sociais beiram a ineficiência, uma vez o cidadão que recebe os benefícios está voluntariamente se recusando a trabalhar (FREITAS, 2013).

No Modelo Liberal os indivíduos, ao agir de acordo com os seus interesses, são levados a assegurar o melhor resultado para si e para os outros. O mercado orienta a alocação dos recursos disponíveis para onde eles são mais necessários e assegura que cada um dos proprietários desses recursos receba aquilo que é coerente com a sua contribuição ao produto. Dessa forma, ele seria capaz de assegurar a maior produção e a melhor distribuição da riqueza possíveis (WOLF, 2015).

Como os indivíduos, na busca do melhor para si, asseguram o melhor para a sociedade, nesse modelo, a reforma social é limitada às normas tradicionais e liberais e os benefícios são estritos, associados ao estigma, e modestos. Além disso, o Estado encoraja o financiamento de alguns serviços sociais, como a previdência, pelo próprio mercado (DUCCA, 2016).

O *Welfare State* liberal é aquele no qual predominam mecanismos de mercado e assistência aos comprovadamente pobres, com reduzidas transferências universais e com planos de previdência social modestos. O Estado encoraja o mercado subsidiando esquemas privados de previdência. Nesse sistema há uma minimização dos efeitos da desmercantilização e a construção de uma estrutura de estratificação que é a combinação de uma igualdade relativa dos pobres beneficiados pelas ações mínimas do Estado, com uma gama de serviços diferenciados prestados pelo mercado (BENEVIDES, 2011, p.20).

Para que o mercado se sinta atraído, a distribuição de benefícios apenas aos cidadãos de baixa renda comprovada, implementando, por exemplo, planos de previdência bastante modestos, para que sobre espaço aos planos privados. Assim sendo, para que haja a classificação comprovada de indivíduo de baixa renda, faz-se uma estratificação das camadas sociais, pela qual aqueles que estão aptos a receber benefícios são vistos como incapazes e ineficientes para o mercado pois apenas geram custos financeiros ao Estado.

Parte-se da ideia de que a prosperidade está ao alcance de todos, desde que cada um esteja disposto a buscá-la por meio do esforço pessoal. Ao Estado e suas

políticas cabe apenas assegurar a assistência àqueles que não podem atender as suas necessidades mais elementares por seus próprios meios, visto que o atendimento das necessidades fundamentais é uma responsabilidade individual e não social. Este é o modelo característico presente nos Estados Unidos, Canadá, Irlanda e Reino Unido, por exemplo.

O modelo típico da Grã-Bretanha e da maior parte do mundo anglo-saxão é o de preservar no Estado um universalismo essencialmente modesto e deixar que o mercado reine sobre as crescentes camadas sociais que demandam benefícios previdenciários maiores. [...] E o efeito político é a erosão do apoio da classe média para o que é cada vez menos um sistema de transferência universalista provida pelo setor público. (ESPING-ANDERSEY, 1991, p.107).

Por buscar manter os princípios de mercado, no Modelo Liberal a reforma social é limitada às normas tradicionais e liberais e os benefícios são estritos, associados ao estigma, e modestos. Em linha com seu apoio às soluções de mercado, esse regime favorece um mercado de trabalho desregulamentado sob a alegação que esse estimularia o crescimento do emprego, ainda que venha acompanhado de elevação da insegurança e desigualdade social. O Estado somente intervém quando o mercado impõe demasiadas penas a determinados segmentos sociais e onde os canais considerados naturais de satisfação das necessidades, ou seja, o esforço individual, a família e o mercado, mostram-se insuficientes (BENEVIDES, 2011).

Em suma, no Modelo Liberal, a participação do Estado é a menor possível. A relação entre o Estado e o indivíduo, que é dada como uma relação de competência individual é, segundo Esping-Andersen (1990), um ponto diferenciador entre as políticas de Bem-Estar Social. As classes são visivelmente divididas entre os trabalhadores mais pobres, os funcionários públicos e a classe das maiorias, podendo-se observar a perpetuação de estigmas sociais.

2.2.2 Modelo Conservador (Continental ou Corporativista)

O Modelo Conservador recebe esse nome porque nos países onde foi identificado (Alemanha, Itália, Áustria e França) as reformas sociais ocorridas mantiveram a estrutura social pré-existente, de tal forma que as classes sociais mais ricas mantiveram o seu poderio político e os benefícios providos se restringiram às contribuições prévias, perpetuando a vulnerabilidade da classe trabalhadora ante as oscilações do sistema de economia de mercado. Nessas condições, o que se tem é

que nesse regime, os indivíduos têm seus direitos sociais atendidos pelo Estado principalmente a partir de sua ocupação econômica (FREITAS, 2013).

Em comparação ao Modelo Liberal, há uma ampliação dessas garantias sociais. Além disso, há também um avanço na percepção da necessidade de intervenção, fruto do entendimento de que o mercado não se mostrou eficaz como mantenedor de determinadas garantias sociais. Como forma de reconhecimento desta incapacidade mercadológica de assegurar o bem-estar social e, conseqüentemente, do risco que isto significava à manutenção da ordem vigente, tornava-se imperioso que o Estado deveria assumir um papel mais contundente nos processos de produção e distribuição da riqueza. Dessa forma, num contexto de unificação, industrialização e urbanização pós revolução industrial, nos países que adotaram o modelo o Estado passou a intermediar as relações entre os novos trabalhadores e capitalistas. O resultado foi um novo modelo de sistema de proteção social em que o Estado não mais se limita ao atendimento das necessidades fundamentais daqueles que não têm como sobreviver por seus próprios meios, mas afeta, de uma forma ou de outra, todos os segmentos da sociedade (WOLF, 2015).

A despeito do avanço em relação ao Modelo Liberal, por se tratar de um regime no qual os direitos sociais são atendidos com base na ocupação econômica do indivíduo, há uma preservação no diferencial do *status* ocupacional, sejam entre os setores de atividades ou as posições nas ocupações ou, ainda, nas diferenciações presentes entre o setor privado e o público. Isto, por sua vez, os impactos da redistribuição, já que o modelo reflete em grande medida a estratificação presente no mercado de trabalho (KERSTENETZKY, 2010).

O componente de manutenção de *status* ocupacional e sua conseqüente estratificação social constitui um aspecto limitante às possibilidades de extensão dos direitos sociais. Em outras palavras, atendem às aclamações por direitos sociais, mas traz consigo um limite à extensão que os programas de bem-estar social fornecem e, como consequência pré-estabelecida, não pretende ensejar uma alteração na hierarquia de classes, mas, sim, sua reprodução. De acordo com Esping-Andersen (1990 *apud* BENEVIDES, 2011, 22):

Embora o regime Conservador apresente um sistema previdenciário bastante amplo, sua capacidade de intervenção na desmercantilização pode ser, em parte, comprometida, pois não é a presença de um direito social, mas suas regras e pré-condições que determinam a extensão em que os programas de bem-estar social oferecem alternativas à dependência em relação ao mercado. O modelo é baseado, principalmente, em transferências. Porém,

seus benefícios, como aposentadoria, por exemplo, são, em regra, proporcionais à contribuição efetuada, não guardando relação imediata com as necessidades do beneficiário. Este modelo acaba por excluir da proteção exatamente os grupos mais necessitados que são os que estão à margem do mercado formal de trabalho. Por conseguinte, parece não se observar uma pretensão de alteração na hierarquia de classes, mas, sim, sua reprodução.

Nesse contexto, a lógica que prevalece no âmbito deste modelo de Estado de Bem-Estar Social é a do “seguro social”. A seguridade social que o Estado oferece possibilita uma extensa gama de recursos e benefícios, o que eleva o valor deles no mercado privado, mas mantendo um tradicionalismo social, político e econômico. Assim sendo, o “caráter” dos direitos é “social” neste modelo, e não privado, e está relacionado ao fato de que a proteção dos indivíduos ao longo da vida é oferecida fora do mercado. No entanto, sua lógica de funcionamento se dá tal como no caso dos “direitos sociais privados” (ou, por exemplo, seguro privado), pois, neste modelo, o seguro social baseia-se no princípio de que apenas possuem acesso à proteção contra aquilo que restringe a capacidade dos indivíduos de atender as suas necessidades fundamentais aqueles que podem pagar por ela. Ou seja, há uma seleção mercadológica para o acesso à proteção social (WOLF, 2015; ESPING-ANDERSEN, 1990).

Tal como no caso do seguro privado, a lógica do seguro social se reflete no âmbito da previdência, vale dizer, nos mecanismos de proteção frente à interrupção temporária ou permanente da capacidade dos indivíduos de obter um rendimento por meio do trabalho. Nesse caso, o valor das contribuições e o valor dos benefícios são proporcionais aos rendimentos dos indivíduos. Além disso, as contribuições e os benefícios são ajustados de modo a assegurar uma taxa de recomposição dos rendimentos perdidos bastante elevada. O objetivo, com isso, é assegurar a preservação do padrão de vida alcançado mesmo em circunstâncias adversas (WOLF, 2015, p.129).

Cabe reiterar que neste modelo de Estado de Bem-Estar Social, não existe um único sistema que incorpore indistintamente todos os indivíduos contribuintes. As contribuições e os benefícios variam de acordo com a ocupação de cada um – cada ocupação possui o seu próprio sistema e há pouca ou nenhuma integração entre eles.

2.2.3 Modelo Socialdemocrata (Escandinavo ou Universalista)

Comparativamente aos dois modelos apresentados anteriormente, este é o modelo que aplica de forma mais intensa os princípios do universalismo, buscando estender os benefícios providos pelo Estado a todos da sociedade, sejam estes trabalhadores ou não, necessitados ou não (Freitas, 2013). Esta universalização se dá porque há a total (ou quase total) desmercadorização das garantias sociais e uma

minimização da estratificação social. Em outras palavras, há o acesso quase que irrestrito aos serviços sociais providos pelo governo a todos os cidadãos de forma gratuita (DUCCA, 2016).

O Modelo Socialdemocrata está assentado no princípio da solidariedade, onde se busca garantir direitos idênticos a todos os indivíduos. Todas as camadas da população são incorporadas ao sistema de proteção social, com benefícios de acordo com os ganhos habituais, e não residuais ou condicionados à contribuição prévia. Isto porque, para este sistema de proteção social os indivíduos, agindo de acordo com seus interesses, não são levados a assegurar, necessariamente, o melhor resultado para a sociedade. Por essa razão, o Estado deve assumir um papel central no que se refere à provisão do bem-estar social através de serviços públicos de ponta e de uma provisão privada de bem-estar apenas marginal (BENEVIDES, 2011).

Por não se fundamentar nos princípios liberais de mercado, este modelo defende a ideia de que todos merecem ser tratados de forma igual e que, apenas dessa forma, se conseguirá a emancipação do indivíduo em relação ao Estado e família. Não se busca não maximizar a dependência do indivíduo, mas capacitar a independência individual através de um nivelamento “por cima” dos benefícios, os quais se alteram à medida que a renda *per capita* se altera, permitindo ao Estado promover a igualdade social pelos melhores padrões de qualidade e não apenas beneficiando aos necessitados.

Em vez de tolerar um dualismo entre Estado e mercado, entre classe trabalhadora e classe média, os socialdemocratas buscaram um *Welfare State* que promovesse a igualdade com melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas, como se procurou realizar em toda a parte (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 109).

No Modelo Socialdemocrata de Estado de Bem-Estar Social, a ação do Estado não se limita a lidar com as consequências do modo de funcionamento “mercadológico” da vida social. Por se tratar de um modelo que foi desenvolvido, em grande medida, durante a hegemonia dos partidos socialdemocratas que buscavam a transição do capitalismo para o socialismo, este modelo busca alterar esse modo de funcionamento a fim de orientar as suas forças para fins econômico e socialmente relevantes. Em outras palavras, a ação do Estado não se limita a assegurar a maior proteção do maior conjunto de indivíduos contra o maior conjunto de riscos possíveis. Ela busca também evitar aqueles riscos que podem ser evitados. Por essa razão, ação do Estado não é apenas paliativa, mas também “preventiva” (Wolf, 2015), Ihe

conferindo, como características mais importantes, as garantias de renda universais; políticas ativas de emprego; e prestação de serviços desenvolvidos, o que ocasiona uma extensa rede de segurança contra os riscos sociais (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Para garantir a cobertura desta proteção social, a busca do pleno emprego² é elemento crucial neste modelo. Isto porque, assegurar benefícios e proteção social estendidos de forma universaliza implica em altos custos ao Estado, os quais só podem ser cobertos com o maior número possível de pessoas trabalhando e com o mínimo possível vivendo a partir de transferências, permitindo, assim, a inclusão de um contingente populacional significativo à base de incidência tributária do Governo a fim de garantir o financiamento aos gastos relacionados a seu regime de bem-estar (BENEVIDES, 2011).

Neste modelo há um compromisso na promoção do pleno emprego. o pleno emprego impulsiona o recolhimento dos tributos para esse sistema universalista, que acaba sendo muito custoso. Os benefícios universalistas cobrem integralmente a subsistência de idosos, inválidos e crianças, aliviando a responsabilidade da família de comprometer parte de sua renda com estes integrantes economicamente inativos. É um sistema de benefícios em que: "Todos se beneficiam; todos são dependentes; e supostamente todos se sentirão obrigados a pagar" (FREITAS, 2013, p.26).

Assim, há uma mistura de desmercadorização e de universalismo, no qual os cidadãos usufruem de todos os benefícios públicos igualmente. Grosso modo, neste modelo prevalece a lógica da "seguridade", ou seja, de que o acesso a um amplo conjunto de benefícios básicos, em dinheiro ou em espécie, que assegure aos indivíduos condições de vida consideradas adequadas de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade, é um direito dissociado de pagamento, porque decorre de sua condição de membros plenos dessa sociedade. Nessas condições, em geral, os benefícios básicos são fixos e financiados por meio de tributos. Isto assegura ao Estado uma maior capacidade de utilizar o regime como instrumento de transformação estrutural e, conseqüentemente, de desenvolvimento econômico e social. Isso porque ele pode direcionar os recursos obtidos por meio dos tributos e não utilizados para o financiamento de investimentos em determinados setores ou regiões. Assim sendo, entendendo este como o modelo mais amplo, pode-se dizer que o regime de proteção

² Situação na qual todos os fatores de produção estão produtivamente empregados e a capacidade ociosa é mínima. Ou ainda, quando os fatores que desejam trabalhar à remuneração real oferecida estão produtivamente empregados; a capacidade ociosa é mínima e o desemprego é voluntário ou friccional – tempo entre um emprego e outro.

social alcança sua plenitude através do Modelo Socialdemocrata, no sentido de que todos devem ter a sua dignidade protegida como um direito não passível de negociação no mercado (WOLF, 2015).

De forma resumida, a tipificação proposta por Esping-Andersen (1990) pode ser sintetizada como disposto no quadro 1, considerando os níveis de extensão em relação aos critérios adotados pelo autor.

Quadro 1- Características dos modelos de *Welfare State*

Modelo/Critérios	Pobreza	Seguridade	Clientela	Desmercantilização
Liberal	Assistência modesta. Exigência de atestado. As regras de acesso aos benefícios são geralmente associadas ao estigma	Transferências universais modestas. Reforma social Severamente limitada. O Estado subsidia esquemas privados de previdência.	Principalmente os baixa renda, em geral a classe trabalhadora ou dependentes do Estado.	Baixa desmercantilização. O Estado encoraja o mercado através do estigma para os que se habilitam aos benefícios sociais. Os subsídios concedidos a seguridade privada e os baixos rendimentos da previdência oficial encorajam as pessoas na direção do mercado.
Conservador	Moldados pela Igreja a assistência aos mais carentes é basicamente residual. O objetivo central de qualquer ajuda é a preservação da família. O Estado só ajuda quando a família for declaradamente incapaz de dar assistência a qualquer de seus membros.	Transferências universais. Direitos ligados a classe e ao status.	Todos os que trabalham e seus dependentes.	Comprometido com a preservação da família tradicional. Impacto redistributivo é desprezível.
Socialdemocrata	Praticamente inexistente devido aos efeitos da ampla reforma social centrada na igualdade com melhores padrões da classe média.	Universalista. Todas as camadas são incorporadas ao sistema universalista. Benefícios graduados de acordo com os ganhos habituais.	Todos os cidadãos.	O mercado é excluído em troca da vontade solidária de todas as classes em favor do <u>welfare state</u> . Fusão entre o serviço social e o trabalho. Garantia de pleno emprego.

Fonte: CORRÊA; COSTA (2012, p. 9).

2.3 Crise do *Welfare State*

Passada a Primeira Guerra Mundial e a Grande Depressão dos anos 1930, como salientado, a ideologia liberal caiu em descrédito fazendo com que os postulados keynesianos de cunho intervencionistas emergissem e ganhassem força nos receituários de política econômica. Fundamentados nesta perspectiva de insuficiência do mercado para provir as condições necessárias de satisfação das necessidades, os argumentos em favor de um Estado de Bem-Estar Social se disseminaram por diversos países – resultando no Modelo Socialdemocrata apresentado. Esta realidade nos anos seguintes à Grande Depressão, se fortalecendo ainda mais no período subsequente à Segunda Guerra Mundial.

Além da necessidade latente de proteção frente a um cenário de guerra, os ideários do *Welfare State* ganhavam corpo e maturidade respaldada por um ciclo

extenso de crescimento econômico significativo marcado pela presença constante do Estado. Nesse ambiente, mais do que um mero fenômeno de expansão da burocracia e dos serviços públicos, o *Welfare State* consistiu um esforço de reconstrução nacional, tanto do ponto de vista econômico quanto político. Do ponto de vista econômico, como aludido, representou a obsolescência dos dogmas liberais, em especial o da mão invisível do mercado como único mecanismo regulador. Já do ponto de vista político (e ao mesmo tempo, ético), representou a ampliação da lógica democrática levando a presença do Estado a se traduzir no compromisso com os direitos sociais, a justiça distributiva e a cidadania (ESPING-ANDERSEN, 1995).

O *Welfare State*, umas das marcas da "era dourada" de prosperidade do pós-guerra, significou mais do que um simples incremento das políticas sociais no mundo industrial desenvolvido. Em termos gerais, representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política. Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da exigência de extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa das ideias de justiça social, solidariedade e universalismo (ESPING-ANDERSEN, 1995, p. 73).

Este ambiente harmônico que contemplava taxas expressivas de crescimento econômico, presença de um Estado intervencionista e expansão dos direitos sociais se manteve sólido e, em grande parte, inabalado até o início dos anos 1970, quando a partir de então a presença do Estado passa a ser questionada e aquela economia que crescia, aumentava a produtividade e conseguia repartir os frutos do crescimento de forma mais equitativa começou a ruir.

A partir da primeira metade da década de setenta, o Estado de Bem-Estar Social começa a apresentar sinais de esgotamento. A perda do dinamismo econômico dos principais países industrializados, indicada pela queda das taxas de crescimento, pela estagnação dos salários, pelo aumento da concentração de renda, entre outros fatores, colocou em discussão a necessidade de se rever os papéis do Estado, a continuidade das suas políticas econômicas e sociais, e, numa perspectiva mais ampla, as relações desse Estado protetor com o mercado e a sociedade civil (BENTO, 2002, p.38).

No início da década de 1970 a economia mundial sofreu dois fortes abalos que deram ensejo, do ponto de vista econômico, ao declínio do Estado de Bem-Estar. O primeiro deles, em 1971, foi resultado do ajustamento dos valores das moedas domésticas no mercado cambial em função do fim do Sistema Bretton Woods – fim da paridade ouro/dólar. Enquanto o segundo corresponde justamente à exaustão daquilo que sustentava expressivas taxas de crescimento nas economias: políticas expansionistas e o ciclo expansivo energético dos combustíveis fósseis, que resultou

na Crise do Petróleo de 1973 – determinante para redução da participação do estado na economia.

As ações dos países em resposta à crise do petróleo, como tentativa de manter o crescimento econômico, foi adicionar doses extras de políticas fiscais e monetárias expansionistas. No entanto, isto, em um cenário de retração da liquidez e da confiança dos agentes, resultou em taxas de inflação expressivas com níveis de crescimento negativo (estagflação), impelindo aos estados nacionais que alterassem sua forma de atuação: o ambiente requeria políticas contracionistas e redução da participação do Estado (HAMMOUD, 2008).

É em meio a este cenário quase apocalíptico que os postulados neoliberais ganham força. Vale dizer que tais postulados buscam retomar, com algumas reformulações, os ideais liberais clássicos, em oposição ao receituário keynesiano que vinha sendo amplamente utilizado desde os anos 1930. Com um cenário de produto em queda, desemprego crescente, inflação crescente e corrosão das contas públicas instaurado, os postulados keynesianos caíam em descrédito. Era necessário realizar políticas austeras. Isso se mostrou ainda mais nítido quando do segundo choque do petróleo (1978/1979) e seu conseqüente agravamento da saúde fiscal dos estados nacionais. A redução da participação do Estado, como argumentavam os neoliberais, passou a ser defendida: tanto para como forma de gerar melhores condições de funcionamento aos mercados, como mecanismo de recuperação da solvência fiscal (CORRÊA; COSTA, 2012).

“Os novos conservadores viram no *Welfare State* uma peça central no seu diagnóstico da crise dos Estados democráticos que vinha formulando desde a segunda metade dos anos 60” (FIORI, 1995, p. 15). Para eles (neoliberais, novos conservadores, como ele se refere), segundo Fiori (1995), os problemas de governabilidade pelos quais passavam os países e que vinham se aprofundando ao longo da década de 70 e 80 eram resultado excesso de demandas democráticas materializadas na forma de um Estado de Bem-Estar pesado, extenso e oneroso, que, em última instância, teria sido a causa da crise econômica deflagrada entre 1973 e 1975.

Contrariamente ao mundo econômico preconizado pelos Keynesianos, a crise dos anos de 1970, revigorou as ideias neoliberais de livre mercado e de não intervenção estatal na economia, pois o Estado de Bem-Estar representa um peso em

demasia para as economias capitalistas modernas. Isto porque, para manter uma estrutura estatal fornecedora de benefícios e proteção social era necessário incorrer em custo, e o Estado o fazia com financiamento por meio de tributação que, por sua vez, constituía um limitante à expansão dos lucros e do desempenho do setor privado. De acordo com Vicente (2009), isto foi materializado e reforçado pelo ambiente de crise pelo qual a economia mundial passava e resultou em pressões políticas em favor do desmantelamento do sistema de Estado de Bem-Estar social, considerado ineficaz para reverter esse quadro pouco promissor.

As crises do petróleo de 1973 e 1979 interfeririam de maneira decisiva no desencadeamento do fim do Estado de bem-estar social. No ambiente da guerra fria, essas crises, além de quadruplicar o valor do petróleo e do gás natural da URSS, representaram uma das jogadas do bloco soviético para estrangular o abastecimento de combustíveis da potência norte-americana. Essas crises do petróleo, somadas à insatisfação das empresas privadas com o modelo de Estado vigente, isto em razão das altas cargas de impostos cobradas pelo Estado de bem-estar social, levaram à consolidação das críticas das correntes defensoras de outras concepções de Estado e de sociedade. A expansão do Estado de bem-estar social começou a ser ameaçada em um momento crítico, em que a carga tributária atingiu níveis alarmantes para a lucratividade e o desempenho do setor privado, o que também cooperou para intensificar a crise no final da década de 1970 e início dos anos 1980. A consequência imediata dessa crise econômica e estatal resultou na intensificação das pressões políticas em favor do desmantelamento do sistema de Estado de bem-estar social, considerado ineficaz para reverter esse quadro pouco promissor. As portas estavam abertas para novas propostas destinadas a enfrentar as altas taxas de inflação e os preocupantes índices de paralisação econômica. Dentre as muitas sugestões discutidas naquele momento, uma ganhou força, a denominada ideologia neoliberal (VICENTE, 2009, p.125).

Sendo o Governo um limitante à capacidade de expansão da economia em função do seu excesso de participação, um dos expoentes do neoliberalismo, Friedman (1984), argumenta que o Estado deveria limitar-se a preservar a liberdade dos cidadãos contra a ameaça externa e contra os próprios cidadãos, fazendo assegurar a lei e a ordem; assegurar a propriedade privada e a obrigatoriedade dos contratos, enfim institucionalizar as regras do jogo sem as quais o mercado não tem condições de se constituir. Além disso, compete ainda ao poder político assegurar a competição, eis que somente no contexto de um capitalismo competitivo é que o mercado poderá funcionar a contento. O Estado existe para assegurar e maximizar a liberdade. Desse modo as políticas de redistribuição de um Estado intervencionista suprimem a liberdade individual e não podem, portanto, ser legitimadas em face do princípio que justifica sua existência (FRIEDMAN, 1994; BENTO, 2002).

De forma resumida,

O diagnóstico neoliberal da crise do Estado de Bem-Estar Social avança basicamente em torno de duas questões fundamentais. Sob um primeiro aspecto, encontra-se traduzida numa crise fiscal e financeira, haja vista que a expansão descontrolada dos gastos com políticas sociais em resposta a demandas crescentes e não selecionadas da sociedade. Por outro lado, a continuidade do financiamento dos programas sociais exige constantes aumentos de receitas, que não podem ser obtidos senão a custo de elevação da carga tributária o que produz dois efeitos perniciosos: (1) reduz a poupança do setor privado e, conseqüentemente, sua capacidade de investimento; e (2) o volume das contribuições e descontos obrigatórios assumidos pelos empregadores provocam elevação dos custos salariais e aumento do custo de produção com reflexo sobre o preço final da mercadoria, diminuindo a competitividade internacional da empresa, além de ser fonte inflacionária por impulsionar uma espiral crescente de preços/salários (BENTO, 2002, p.43-44).

Grosso modo, o que se tem é que, os neoliberais atribuem, via de regra, ao financiamento de programas sociais e de redistribuição mediante receita pública a crise financeira do Estado, com seu conseqüente aumento progressivo e crônico do déficit público, a estagflação e o desemprego. Isto porque, por exemplo, as políticas de salário-mínimo, de seguro-desemprego, e, é claro, o mesmo sistema de previdência de cobertura universal, pelo processo de desmercadorização que desencadeia, torna custosa a força de trabalho que, ao contrário do que pensam os assistencialistas, não favorece os trabalhadores mas os prejudica, em virtude do desemprego de longa duração que sempre o acompanha. Dessa forma, estes argumentos, aliados à realidade então observada de desemprego e restrições orçamentárias crescentes, impeliu ao Estado de Bem-Estar sua crise e esgotamento, pois a redução do *Welfare State* se tornou a arma dos estados nacionais para reverter o cenário de crise econômica e de contenção das pressões políticas liberalizantes.

3 SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

3.1 Surgimento e Conceituação

A literatura sobre a política social estabelece a década de 1930 como marco inicial da ação social do Estado no Brasil, impulsionado pelas aceleradas transformações econômicas, sociais e políticas ali desencadeadas. No entanto, vale dizer, a despeito destas transformações, as ações estatais de proteção social não caminharam a passos largos.

Os anos seguintes à 1930, até 1943, caracterizaram-se pela criação da legislação trabalhista nacional e dos institutos responsáveis pelo seguro social de certas categorias de trabalhadores, representados, em grande parte, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's). Todavia, estes funcionavam muito mais como um seguro social do que como um aparato de seguridade social, pois eram constituídos como forma de poupança para fazer face às intempéries que acometessem os trabalhadores. Assim, era um tipo de proteção social privada, custeada pelos próprios trabalhadores, ainda que regulamentada pelo Estado (AMARAL, 2014).

O período que se segue, entre 1945 e 1964, é marcado por um movimento de inovação político-institucional-legal nas áreas de saúde, assistência social, educação e habitação, concomitante à expansão do sistema de proteção social, com a incorporação de novos grupos sociais. Mas, mais uma vez, estas reconfigurações político-institucionais não foram suficientes para ensejar o desenvolvimento do sistema de seguridade social no país.

A despeito da inexistência de uma constitucionalização dos aparatos de seguridade social, o sistema de políticas sociais brasileiro passaria por transformações radicais no pós-1964, ao longo do período político ditatorial. Durante esta fase houve, principalmente, fortalecimento dos instrumentos financeiros destinados a esta questão, o que permitiria, posteriormente, a instituição de políticas de massa (SOARES, 2001).

Ainda segundo Soares (2001), o padrão das políticas sociais estabelecido ao longo do regime militar, com significativo avanço nos campos habitacionais e previdenciário, por exemplo, se seguiria até a formação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), em 1987. Até então, alguns princípios caracterizavam a área social no país, dentre os quais: extrema centralização política e financeira no nível

federal; fragmentação institucional; exclusão da participação da sociedade nos processos decisórios; e autofinanciamento do investimento social.

E contra esses princípios que o processo constituinte irá tentando criar um ambiente mais democrático, participativo e descentralizado para a execução e controle das políticas sociais e ampliando a responsabilidade pelo financiamento, sobretudo da Seguridade Social, para toda a sociedade, por meio das contribuições sociais e do orçamento fiscal da União, estados e municípios (SADER, 2006, p.32).

Estes princípios e padrão, no entanto, já no final dos anos 1970, após os choques do petróleo, em 1973 e 1979, aliados à crise fiscal e seus consequentes efeitos recessivos, mostrava sinais de esgotamento, levando a uma série de tentativas de reestruturação, das quais uma resultou na ANC, através da qual houve a elaboração da Constituição Federal (CF), aprovada em 1988.

É somente com a aprovação da CF 1988 que o sistema de seguridade brasileiro é de fato, em termos constitucionais, criado e apresentado à sociedade. Mas no que, de fato, consiste o termo seguridade social? De acordo com Delgado, Jaccoud e Nogueira (2010), o termo seguridade social é um conceito estruturante das políticas sociais cuja principal característica é de expressar o esforço de garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado. Assim sendo, este é um sistema de cobertura de contingências sociais, destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade, prevendo ações e benefícios, inclusive àqueles que perderam a capacidade laborativa e aos que não têm condições de contribuir com o sistema (AMARAL, 2014).

De acordo com Pereira Filho (2006), a seguridade social é o instrumental jurídico concebido pela humanidade para assegurar uma subsistência digna a seus integrantes que não tenham condições de fazê-lo por seus próprios meios. Nessas condições, surge pela constatação de que as fórmulas de proteção concebidas ao longo da história, isoladamente, não davam conta dessa missão. Em sentido complementar, segundo Ramos, Hernandez e Porras (2002, p.32), sua aparição deriva da necessária intervenção dos poderes políticos para fazer frente às situações de necessidade, individuais e coletivas, por ausência de entrada ou insuficiência de recursos.

Nessa mesma esteira, para LEITE (1978, p.22)

A proteção social decorre basicamente da insuficiência da iniciativa individual ou mesmo de grupos para a cobertura contra certos riscos. Foi sobretudo essa insuficiência que levou a Sociedade a adotar medidas compulsórias

eficazes em lugar dos empreendimentos coletivos voluntários e insatisfatórios, porque quase nunca conseguem reunir, com regularidade indispensável, o número mínimo de participantes necessários à adequada distribuição ou pulverização dos riscos, para efetiva cobertura contra as suas consequências

A despeito das razões para seu surgimento, se por insuficiência de recursos, de iniciativa ou necessidade de intervenção, Segundo LEITE (2002, p.17),

Em última análise a seguridade social deve ser entendida e conceituada como o conjunto das medidas com as quais o Estado, agente da sociedade, procura atender à necessidade que o ser humano tem de se na adversidade, de tranquilidade quanto ao dia de amanhã.

Já para Leite (1978), a seguridade social é o meio pelo qual se busca a proteção social da sociedade e do indivíduo como membro da sociedade, sendo que a seguridade não se confunde com proteção social, pois seguridade social é o conjunto das medidas que permitem à sociedade atender a certas necessidades essenciais dos indivíduos que a compõem, isto é, de cada um de nós.

Sendo um conjunto de medidas destinadas a atender necessidades dos indivíduos em situação de adversidade, Balera (2006) argumenta que o objetivo do sistema de seguridade social é a justiça social, institucionalizando o sentido possível da proteção social, na medida em que lhe fixa os limites e contornos e que tendem ao objetivo último da justiça social todas as políticas sociais que, com o instrumental da seguridade social, o Estado e a sociedade implementarão em obediência aos comandos do estatuto fundamental.

Em termos de mecanismos legais, a CF 1988 institui o sistema de seguridade social e o define como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 2007).

As características do sistema, então criado pela CF 1988, eram comuns aos modelos instituídos ao longo deste século, nas principais sociais-democracias europeias, quais sejam: abrangência dos benefícios previdenciários, assistência médica e seguro-desemprego, estruturas de gestão centralizadas e financiamento assentado na combinação de recursos fiscais e contribuições de empregados e empregadores. Além disso, uma das principais características da constitucionalização da seguridade social pela CF 1988, ou Constituição Cidadã, é que o texto constitucional incorporou a valorização da participação social e, principalmente, a

ampliação do conceito de cidadania no país, em sintonia com o debate político da época que associava esse conceito à própria noção de igualdade, valor essencial à consolidação do processo democrático (FARIAS, 1997).

Com a nova Constituição, o Brasil estendeu seu leque de proteção social a toda população, independentemente de prévia contribuição ao sistema. Pelo dispositivo legal, em seu artigo 193, é estabelecido que a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais. O resultado da inserção desses elementos (amparo “sem” contribuição e bem-estar e justiça social) no texto constitucional demonstra o esforço em garantir o direito à dignidade humana.

A dignidade da pessoa humana é buscada pela constituição como objetivo do Estado democrático de direito e elemento indispensável para a construção de uma sociedade justa, pois tal dignidade prima pela manutenção de um mínimo social que está associado ao desenvolvimento digno do homem e suas condições essenciais de existência (Farias, 2010). Nessas condições, considera-se o trabalho um dos fatores mais importantes da dignidade humana, à medida que, em sua mais ampla acepção, o trabalho é fonte de realização, de sustento, de orgulho do ser humano. E o caminho para a expressão de toda potencialidade do homem e é esta visão que funda a qualificação do trabalho como direito fundamental do homem e da mulher (OLIVEIRA, 2013).

Ainda segundo OLIVEIRA (2013, p.31),

Toda relevância do trabalho, vista em uma perspectiva individualista, se avoluma em importância ao se transportar a análise para o plano coletivo, para o plano social, no mínimo ao se recordar a contribuição da atividade laboral para o consumo, induzido pela renda do trabalhador, e para a arrecadação tributária. Decorre dessa magnitude a escolha do constituinte em apoiar a ordem social no primado do trabalho.

Vale dizer que, condicionar a dignidade ao trabalho lhe impele certa fragilidade. Isto porque, o trabalho sofre os efeitos da fragilidade da vida humana, das vicissitudes que acometem os indivíduos e influenciam sua capacidade de prestar serviços. Assim sendo, não pode estar desprotegido. É com objetivo de garantir amplamente esta proteção que:

O texto constitucional definiu como objetivos básicos a serem observados para a organização da seguridade social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio e diversidade da base de financiamento;

democratização e descentralização da gestão administrativa, com participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados (FARIAS, 1997, p.38).

Dada essa necessidade de ampla proteção, cabe reiterar que a Constituição estabeleceu a seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos dos indivíduos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Em resumo, o sistema de seguridade social é composto pela saúde, previdência e assistência. Assim sendo, cabe observar como se dá a adequação destes aspectos no âmbito da CF 1988.

3.2 Organização da Seguridade Social no Âmbito da CF 1988

3.2.1 Saúde

Inegavelmente, em relação à saúde, o advento da Constituição representou uma ruptura com as políticas públicas tradicionais. Até então, as políticas de saúde no Brasil caracterizaram-se por muito tempo pelo seu estreito vínculo com a Previdência, sobretudo no que diz respeito à forma de financiamento, chegando mesmo a configurar uma relação de dependência com ela (COHN, 1998).

O vínculo dependente entre previdência e políticas de saúde era sustentado pela lógica do mercado de trabalho formal, ficando fora deste os indivíduos estavam sujeitos, majoritariamente, às ações de controle de endemias. De acordo com SADER (2006, p.38),

Pelo fato de a atenção médica ter sempre estado intrinsecamente associada à previdência, o direito à saúde constituiu-se com a distinção relativa à inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho. Os inseridos no mercado formal tinham acesso à assistência médica individual de diferentes níveis de complexidade, enquanto aos trabalhadores do setor informal, aos desempregados e aos pobres eram destinadas as medidas de saúde pública, caracterizadas pela responsabilidade das ações de caráter coletivo de natureza preventiva no controle de endemias e programáticas na atenção a grupos selecionados da população materno-infantil, tuberculosos, hansenianos e outros.

Esta característica inseria uma dicotomia no sistema de saúde do país: de um lado as ações de cunho curativo, contemplativas aos assalariados urbanos; e do outro as de cunho preventivo, garantidas pelo Estado como forma de controle epidemiológico. Isto condicionou ao Estado, no âmbito da saúde, o papel de "organizador dos consumidores", "direcionador do financiamento" e "conciliador dos

interesses organizados em torno do setor", sobretudo dos articulados aos produtores privados, muito mais do que o de formulador de políticas públicas integradas (ELIAS, 1998).

Não obstante essa realidade seletiva, fundamentada na vinculação empregatícia, isto se manteve latente e forte até fins dos anos 1970, quando a partir de então, segundo Cohn *et al* (2002), começam a ser fecundados estudos e análises sobre a questão da saúde no Brasil. Estes estudos levantaram proposições segundo as quais se defendia a estatização dos serviços de saúde, a constituição de um sistema único, a descentralização, a universalização e a equidade no direito à saúde. Estes princípios traduziram-se em medidas que no sentido da formulação da seguridade social no país e que, na década seguinte, resultaram em mudanças na política de saúde e direitos universais que foram incorporadas no texto constitucional de 1988.

Com a Constituição, a saúde passou a representar um "direito de todos e dever do Estado", garantindo-se, independentemente de contribuição, "o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

De acordo com FARIAS (1997, p.39),

Em termos organizacionais, o art. 198 do novo texto constitucional determina que as iniciativas públicas de saúde se deem por intermédio de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, constituindo, com a participação da comunidade, um sistema único em cada nível de governo, voltado para o "atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais".

Estes avanços tanto nas novas formas de atuação quanto na legislação criada, constatavam a gravidade do quadro arcaico em que se encontrava as políticas de saúde no Brasil. Além disso, constatava ainda a dificuldade de reorganização institucional dos serviços para atender à saúde de forma mais abrangente, agora instituída como um direito (ELIAS, 1998).

Dois anos após a aprovação da nova Constituição, em 1990 é promulgada a Lei nº 8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde - LOS, com a qual é definida, em linhas gerais, a forma de participação e financiamento das três esferas de governo e dos prestadores privados de serviços no Sistema Único de Saúde - SUS, apontado, por consenso dos profissionais do setor, como um instrumento moderno e adequado à operacionalização das ações governamentais (FARIAS, 1997).

O movimento de universalização da saúde foi, sem sombra de dúvidas, uma afronta aos grupos privados empresariais prestadores de serviços ou ligados à indústria farmacêutica cuja meta prioritária é a rentabilidade econômica, mas, mesmo assim, ganharam força e se tornaram legalmente amparados (tanto pela Constituição quanto por leis específicas) entre outros princípios, a concepção da saúde como um direito social e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, a integração das ações compondo um sistema único de atendimento e a descentralização da política de saúde e sanitária (PEREIRA, 2002).

Assim, de forma geral, se tem que com a aprovação da CF 1988 a organização dos serviços de saúde no país passa por significativa transformação, das quais destaca-se a desvinculação das necessidades de contribuição à previdência para acesso aos serviços públicos de saúde. Tem-se com isso o Estado atuando no amparo universal e gratuito de forma preventiva e curativa, e não mais apenas de forma preventiva. Vale dizer que, a despeito de tal universalização da seguridade social no âmbito da saúde, o mercado privado continuou e continua forte, muito em função do sucateamento na prestação destes serviços pela esfera governamental.

3.2.2 Assistência Social

Assim como ocorre com a saúde, a CF 1988 altera as configurações até então dominantes no que se refere à forma de organização da assistência social. Organizada inicialmente durante o Estado Novo de Vargas, em 1935, a intervenção do Estado na área social atendia, principalmente, aos trabalhadores informais, aos quais cabiam as ações de assistência social e atendimento médico público. A organização deste serviço se dava, inicialmente, através de *diálogos* com entidades sociais sobre os mais pobres (SPOSATI, 2005).

De acordo com Soares (2001), apesar da tentativa de organização durante o Governo Vargas, tradicionalmente a assistência social no Brasil era marcada por programas pulverizados, envolvendo ações de natureza distinta, e de modo geral de caráter emergencial e temporário, na maioria das vezes em situações de surtos endêmicos, muito mais do que por uma política que vise um combate integrado às situações de exclusão, pautando-se pela reconstituição da cidadania dos excluídos.

As ações assistenciais eram tão distintas que entre as políticas sociais que compõem a seguridade social após a CF de 1988, a assistência social é a que menos

se caracteriza como uma política pública, no sentido de não haver unicidade e coordenação de ações em sua execução. Um dos exemplos dessas ações esporádicas e temporárias, é a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) que por muito desempenhou um papel puramente “setorista”, até que se transformasse em uma organização de ampla atuação.

Durante a Segunda Guerra Mundial foi criada a LBA, inicialmente para a ajuda aos pracinhas da Força Expedicionária Brasileira, depois às suas famílias e, por fim, ao se tornar uma sociedade civil de finalidades não econômicas, estendeu-se às crianças e mães necessitadas, cobrindo as famílias não atingidas pela Previdência Social. (SPOSATI, 2005, p. 19-20).

Após se tornar uma organização com atuação mais ampla e não economicamente direcionada, a LBA passou a ser a grande responsável pela assistência social no Brasil. No entanto, vale dizer, a despeito de não ter fins econômicos, a organização se caracterizou pela manutenção de suas raízes, ou seja, pelo “clientelismo” e boa dose de paternalismo seletivo em sua função assistencialista (SADER, 2006).

Esta realidade se manteve até a década de 1970, quando, durante o Governo Geisel, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do qual esta última deveria ganhar um novo espaço no cenário de políticas assistencialista. Todavia, a atuação do ministério através da Secretaria Nacional de Assistência Social não conseguiu se desenvolver e realizar grandes mudanças, mantendo a prática de assistencialismo pulverizado e emergencial até então dominante.

Somente durante a década de 1980, com o processo de democratização, os movimentos sociais começaram a lutar pela ampliação das políticas assistencialistas – em prol da universalização destas. Para que isto ocorresse, assim como na saúde, os movimentos e áreas relacionadas à assistência social fizeram uso de estudos e pesquisas sobre o tema para assegurar que com a CF 1988 novas bases seriam formadas para a tomada de decisões. Este esforço levou à inclusão da assistência social na CF 1988 como direito do cidadão e dever do Estado, institucionalização esta que leva ao avanço na formalização e traz a possibilidade de que a assistência não seja uma mera ajuda aos necessitados, mas um instrumento de inclusão social ao promover a cidadania de seus beneficiários (SADER, 2006, p.44).

De acordo com FARIAS (1997, p.40)

Com as disposições constitucionais constantes dos artigos 203 e 204, a assistência social se vê, pela primeira vez, colocada como um direito,

independentemente de contribuição e direcionado aos segmentos carentes, com ênfase na proteção à família e à maternidade, na integração ao mercado de trabalho e no atendimento aos grupos sociais mais vulneráveis, quais sejam: as crianças e adolescentes, os portadores de deficiência e os idosos. Garantiu-se, ainda, um benefício mensal de um salário mínimo ao idoso e ao portador de deficiência que não disponham de meios próprios e não integrem famílias que possam prover sua manutenção.

Tinha-se, a partir de então, uma nova forma de organização marcada pela participação da população na formulação e no controle das políticas e a descentralização político-administrativa. Descentralização esta expressa na própria Constituição, segundo a qual cabe a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social (BRASIL, 1988).

A despeito do avanço com a inclusão do tema na CF 1988, a Constituição deveria ser regulamentada por outras legislações, o que, no caso da Assistência, só ocorrerá em 1993, prejudicando sua implementação enquanto política pública integrante da seguridade social. É somente em 1993 que é sancionada uma lei que de fato constitui um marco para o setor assistencial, a Lei nº 8.742, denominada Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, através da qual

Reafirmaram-se princípios voltados à descentralização dos serviços de assistência, com a delimitação mais precisa dos papéis reservados à União, aos estados e municípios. Foram, ainda, instituídos os benefícios de um salário mínimo mensal, previstos no artigo 203 da Constituição, aos portadores de deficiências e idosos sem condições de subsistência (FARIAS, 1997, p.41).

De forma conjunta, a CF 1988 e LOAS constituíram uma renovação à forma de atuação estatal no âmbito da assistência social. Com base no exposto nestes dispositivos legais, foi possível universalizar a assistência sem estar condicionada a uma contrapartida “setorista”. A efetivação da concessão de direitos, como pagamento de benefícios, demonstrou a necessidade da participação do Estado no amparo ao indivíduo de forma indiscriminada.

3.2.3 Previdência Social

Os anos de 1920 marcam o início da previdência no Brasil. Início este resultado da própria organização dos trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia. Em seus primeiros passos, a previdência garantia aos trabalhadores destes setores um seguro a ele e seus familiares em casos de desemprego, doença ou morte. Para

realizar a organização destes seguros foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Dessa forma, o seguro social tinha regulação e coparticipação estatal. Vale dizer que por sua criação quando ainda primavam os princípios liberais, o modelo de seguro adotado dependia de um pré-pagamento por parte do segurado e de pagamentos de acordo com os ganhos de cada um, com a contribuição futura também de acordo com esse patamar, sem ferir as "leis do livre mercado". Assim sendo, a previdência, enquanto um seguro, não se caracterizava como um instrumento de redistribuição de renda, já que o que impera é a "solidariedade horizontal" entre categorias através de um fundo controlado pelo Estado (FALEIROS, 2002).

Na década seguinte, 1930, durante o governo varguista, em meio às tentativas de integração do mercado interno e desenvolvimento da industrialização, as CAP's foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP's, os quais se organizavam por categorias de profissionais e garantiam a manutenção do caráter atuarial. Tinham direito aos benefícios aqueles com "situação ocupacional oficialmente legitimada", desde que vinculada à obrigação contratual contributiva, sendo isto uma condição interposta pelos institutos em caráter nacional e sob forte participação direta do Governo em sua administração (COHN, 1998).

Mesmo com a outorga da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT e criação da LBA, continuou predominando o assistencialismo discriminado na distribuição dos benefícios sociais. A previdência atendia aos indivíduos isoladamente, primando, sobretudo, os trabalhadores urbanos com emprego formal, o que era reforçado, como se viu, pela assistência médica também direcionada a estes. Destarte, a previdência social cumpria seu papel original, socorrendo as massas de trabalhadores urbanos, mas ao mesmo tempo pacificando-as ao evitar que elas viessem a intervir livre e organizadamente nos conflitos políticos" (VIEIRA, 1985).

As conquistas no campo previdenciário continuaram irrisórias nos anos seguintes, o que seria dificultado ainda mais com a chegada do Governo Militar ao poder. Durante esta fase, os militares posicionavam-se contra as forças sindicais, que defendiam o interesse das categorias dos trabalhadores na busca por políticas universalizantes. Em meio a este cenário, dado o processo centralizador do Governo, os IAP's foram unificados dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (SADER, 2006).

No decorrer dos anos 1970 esta realidade começa se alterar, ainda que de forma incipiente. Com as propostas universalizantes, assim como ocorre em relação à seguridade social e a saúde, há um processo de intervenção pública em meio ao período de transição político social. Neste movimento transitório são apresentados formas de cobertura assistencialista, como por exemplo a ampliação, em 1971, da previdência aos trabalhadores rurais, sem necessidade de contribuição direta (benefício de meio salário mínimo); em 1972, inclusão das empregadas domésticas; e, em 1978, aos ambulantes. Antes, porém, em 1974, foi criada a Renda Mensal Vitalícia (RMV), destinada aos idosos pobres com mais de 70 anos, com benefícios de um salário mínimo, mas só para aqueles que tivessem contribuído pelo menos um ano com a previdência (COHN, 1998).

Ao final da década de 1970 um marco significativo para a previdência no país: a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, através do qual são separadas a concessão e a manutenção dos benefícios, a cargo do INPS, e a assistência médica, que passa a ser responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps. Apesar da instituição do órgão, isto não significou uma virada por completo no sistema previdenciário brasileiro. Este, ao longo da década seguinte (1980), apresentava diversos problemas, como afirma SOARES (2001, p.264):

Seus [do sistema previdenciário brasileiro] problemas na década de 1980, antes da promulgação da Constituição, eram muitos, com a inexistência de um plano único para todos os segurados, com diferenças marcantes entre os regimes urbano e rural e entre as várias categorias de contribuintes dentro de cada regime; valores dos benefícios relativos aos riscos sociais básicos incompatíveis com a cobertura necessária; regressividade na concessão de benefícios para pessoas de baixa renda e na relação do montante do benefício e o salário de contribuição; e redução dos valores médios das aposentadorias em quase na década.

Com a aprovação da CF 1988 alguns desses problemas viriam a ser superados em meio às inovações trazidas pelo texto constitucional, como a eliminação de quaisquer distinções entre trabalhadores urbanos e rurais e a garantia de que nenhum benefício mensal pago a segurado terá valor inferior ao salário mínimo. Além disso, estacam-se, ainda, a obrigatoriedade de reajuste dos benefícios para preservar-lhes o valor real e a garantia constitucional de aposentadoria aos 65 anos de idade ou após 35 anos de trabalho para o segurado homem, reduzidos os limites em cinco anos para a mulher, facultando-se, após 30 anos de trabalho para o homem e 25 anos para a

mulher a aposentadoria plena para os professores e proporcional aos demais trabalhadores (FARIAS, 1997).

Três anos após a outorga da CF 1988, em 1991, é aprovada a Lei nº 8.213, que dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social. Dentre os benefícios listados neste Plano, destacam-se:

- para os segurados e dependentes: serviço social e reabilitação profissional;
- apenas para os segurados: aposentadorias por invalidez, idade, tempo de serviço e especial; auxílio-doença; salário-família; salário-maternidade e auxílio-acidente;
- apenas para os dependentes: pensão por morte e auxílio-reclusão.

Alguns desses benefícios não se destinam à cobertura de riscos sociais básicos, como é o caso do salário-família e da aposentadoria por tempo de serviço. Diferentemente do que ocorre com o auxílio-doença e auxílio-acidente. Assim, o que se tem é que, no caso dos primeiros, nos ideais universalistas, pode ter havido concessões de cunho populista ao sistema de proteção social, podendo resultar em pressões aos cofres públicos. No entanto, de modo geral, pode-se dizer que a CF 1988 representou o ganho de direito universalista e indiscriminado do cidadão à cobertura de riscos sociais básicos. Isto, que outrora segmentava tanto em função da condição do trabalho, se formal ou informal, quanto em função, da posição geográfica do trabalhador, urbano ou rural, agora atende aos cidadãos de forma indiscriminada e ampla. Há de se ressaltar, todavia, que para que esta cobertura universalista para os três âmbitos da seguridade social (saúde, assistência e previdência), é necessário que o Estado incorra em gastos, os quais precisam ser financiados – como se verá na seção seguinte.

3.3 Financiamento da Seguridade Social segundo a CF 1988

Com a CF 1988 em vigor, o sistema de proteção social, até então ligado ao conceito de previdência social (contributivo e restritivo), passa a ser tratado sob a ótica de um sistema de solidariedade social: vinculação de toda a população (a seguridade social será financiada por toda a sociedade), em um verdadeiro pacto entre gerações, com a garantia de recursos (diversidade da base de financiamento) vinculados, afastando o risco político na condução de atividades sociais (REOLON, 2011).

Essa nova configuração resultou, sobremaneira, da necessidade de atender os anseios da sociedade recém-democratizada, visto que havia um imperativo de que se desvinculasse as ações de proteção social da condição trabalhista e geográfica à qual o indivíduo estivesse submetido. Pela Assembleia Constituinte:

A seguridade social é um risco de cobertura coletiva e não de caráter contratual e individual. Porque, na verdade, o financiamento do sistema da seguridade social se faz, direta ou indiretamente, pela totalidade da coletividade brasileira; não é uma relação contratual, não gera direitos individuais, ela tem uma concepção mais abrangente e mais ampla, que é exatamente o conceito de seguridade social.

Nessas condições, todos os cidadãos estariam sob a tutela do Estado. Da mesma forma, todos os cidadãos seriam responsáveis pelo ônus da seguridade, haja vista não estar mais restrito aos empregados com vínculo formal. Assim sendo, tornava-se necessário desvincular as bases de financiamento até então existentes e que se concentravam na folha de salários, pois propor um sistema de proteção universal, independentemente de prévia contribuição, requeria igualmente o estabelecimento de fontes de financiamento de caráter geral. Isto porque,

Contribuições sobre a folha de salários, cuja instabilidade em momentos de crise colocava em risco a efetividade da rede de proteção, eram insuficientes. Por isso a necessidade de se estabelecer campos de incidência que não estivessem, necessariamente, vinculados ao empregado, porque, reitera-se, o sistema não era mais apenas contributivo. Ampliou-se a lógica do seguro bismarckiano para uma proteção universal. Percebe-se que aqui a preocupação não era limitar o poder estatal, mas obter recursos financeiros de forma estável. O foco não era o contribuinte, mas sim o beneficiário do sistema social (REOLON, 2011, p.78).

Ainda segundo REOLON (2011), a solução encontrada foi a expansão das bases econômicas das contribuições sociais, pois

Os recursos deveriam ser obtidos, portanto, de bases econômicas de incidência tributária que, em linhas gerais, não tivessem relação com a atividade de trabalho e independessem de qualquer contraprestação estatal (senão seriam taxas). A figura tributária, por excelência, teria que ser a do imposto, como em geral ocorre no direito comparado, mas aqui havia o problema da preocupação com a vinculação das receitas para a seguridade social (REOLON, 2011, p.79).

Nessas condições, a CF 1988 estabelece que a seguridade social é financiada por toda a sociedade, por meio das contribuições sociais e dos recursos fiscais da União, dos estados e dos municípios por meio de repasses de parcela dos impostos do orçamento fiscal sempre que necessário (Sader, 2006). Nos termos da Constituição Cidadã, o custeio da seguridade social encontra suas linhas mestras no artigo 195:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988).

Pelo artigo destacado se tem que a seguridade social, quando financiada diretamente pela sociedade o fará por meio de contribuições sociais dos empregadores, dos trabalhadores e dos importadores de bens ou serviços. Já quando o feito de forma indireta será por meio dos demais tributos cobrados e a ela repassados através das receitas orçamentárias (PEREIRA FILHO, 2006).

De forma mais específica, as contribuições sociais voltadas à seguridade, instituídas com fins exclusivos, são: a Contribuição de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), a Contribuição sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas (CSLL), a Contribuição sobre a Receita Líquida de Concursos de Prognósticos e a Contribuição do PIS/PASEP (Sader, 2006). Vale ressaltar que, no âmbito infraconstitucional, o financiamento da seguridade social é regido pelo Plano de Custeio da Seguridade Social, instituído em 1991 pela Lei nº 8.212.

De acordo com o Plano de Custeio, dada a fonte de arrecadação da receita necessária ao desempenho da política de proteção social, o financiamento da seguridade social no Brasil pode ser classificado como contributivo, o qual tem por fonte principal a forma direta de custeio, através de tributos vinculados para esse fim, classificados como contribuições específicas (Wolf, 2017). De forma objetiva,

No sistema contributivo, por seu turno, podemos estar diante de duas espécies: uma, em que as contribuições individuais servirão somente para o pagamento de benefícios aos próprios segurados, sendo colocadas numa reserva ou conta individualizada (sistema adotado pelos planos de previdência complementar, privada), a que chamamos de sistema de capitalização; noutra as contribuições são todas reunidas num fundo único, que serve para o pagamento das prestações no mesmo período, a quem delas necessite – é o sistema de repartição, hoje vigente em termos de Seguridade no Brasil (CASTRO e LAZZARI, 2015, p. 233).

Não obstante o estabelecimento das contribuições para o financiamento, em que pese haver a previsão constitucional da necessidade de financiamento, de forma indireta, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, não há lei

determinando todas as formas destas contribuições – apesar das especificadas CETSS, Cofins, CSLL, PIS/PASEP. Isto quer dizer que a União não dispõe efetivamente de uma contribuição repassada à seguridade, mas que atribui dotações em seu orçamento – definidas em Lei Orçamentária Anual (LOA), sem percentual mínimo –, de forma que, havendo insuficiências financeiras da Seguridade Social, a União e os demais entes federativos, serão responsáveis pela cobertura deste déficit, caracterizando-se a forma indireta de financiamento (WOLF, 2017).

Como não há definição de um percentual fixo para cada uma das políticas (saúde, previdência e assistência), ocorrem intensas lutas políticas ano a ano quando da definição das leis orçamentárias e do detalhamento do destino dos recursos nas LOA's. No entanto, vale ressaltar que essa diversificação do financiamento representa um avanço em relação ao padrão anterior nas políticas sociais públicas, principalmente para os grupos sociais de renda média para baixo (SADER, 2006).

Esta diversidade da base de financiamento da seguridade social é um princípio previsto no inciso VI do artigo 194 da Constituição. Ele, aliado ao artigo 154, permite maior flexibilidade à forma de financiamento da seguridade. De acordo com Castro e Lazzari (2015), o artigo 154 permite a criação de outras fontes de custeio

Seja para financiar novos benefícios e serviços, seja para manter os já existentes, sendo certo que é vedado ao legislador criar ou estender benefício ou serviço, ou aumentar seu valor, sem que, ao menos simultaneamente, institua fonte de custeio capaz de anteder às despesas daí decorrentes (CASTRO e LAZZARI, 2015, p. 233).

Já o artigo 194 dispõe, em outras palavras, da necessidade de que o financiamento deva ser feito por meio de diversas fontes e não de fonte única. Assim, de forma geral, se tem que o sistema de seguridade social brasileiro constitui um sistema contributivo, quanto ao custeio, e de repartição, quanto à forma de utilização dos recursos. Por se tratar de um sistema de proteção universal, cabe à população o financiamento do aparato, sob a forma de contribuições. Todas as contribuições são reunidas e utilizadas de acordo com os princípios e diretrizes constantes no Plano de Custeio da Seguridade Social. No entanto, vale salientar que, a despeito da diversificação na forma de financiamento, por se tratarem de contribuições, o custeio da seguridade possui caráter altamente pro-cíclico, no sentido de que estão vinculados aos ciclos econômicos e, nessas condições, pode apresentar alto grau de instabilidade, já que quando a economia está em recessão o aumento do desemprego,

por exemplo, reduz os recursos arrecadados e ao mesmo tempo aumentam a demanda por políticas sociais.

4 O SUS NO CONTEXTO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

4.1 Competências Governamentais no SUS

A CF/1988, como salientado, criou o SUS, regulamentado posteriormente pelas Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Com a criação do SUS, foram estabelecidos, constitucionalmente no âmbito da saúde, os princípios de universalidade (acesso a toda a população) e equidade (igualdade de direitos a todos), conforme disposto no **art. 196** da Constituição: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição, em seu **art. 198**, estabelece também a reorganização do setor saúde ao dizer:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade.

A despeito das disposições universalizantes estabelecidas na CF, vale dizer que a particularidade do arranjo federativo brasileiro, segundo o qual os estados e os municípios constituem-se em entes federados, sem relação hierárquica, torna difícil a construção de um sistema nacional de saúde dotado de unicidade, universalidade e integralidade. Isto porque, do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, existe heterogeneidade latente entre estados, e mais ainda entre municípios. Isto faz com que a abrangência político-administrativa das ações implantadas, bem como seu efetivo alcance, tenha resultados dispares.

A redução destas disparidades é buscada por meio da premissa basilar do SUS: a descentralização. Assumida como premissa básica pela Constituição, a descentralização constitui uma forma de buscar atender de modo universalizante toda população, bem como de dar maior eficiência à administração do complexo conjunto

de atores e estruturas envolvidas na política de saúde., haja vista que pela CF/1988 o SUS deve ter sua administração descentralizada, com comando único em cada esfera de Governo; administração democrática e participação da sociedade civil (BRASIL, 2007).

No tocante a esta gestão descentralizada, os **arts. 8 e 9** da Lei nº 8080/1990 estabelecem ainda que as ações e serviços devem ser organizados de forma regionalizada, mas com direção principal única por esfera de governo, sendo estas desenvolvidas pelos seguintes órgãos:

- I- No âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II- No âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III- No âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

O Ministério da Saúde é o principal responsável pela estratégia nacional, por meio do planejamento, do controle e da avaliação das políticas públicas implantadas, descentralizando o sistema (Brasil, 2011). Aos estados cabe seguirem as diretrizes estabelecidas pela União, além de desenvolverem esforços na formulação de suas próprias políticas e contribuírem no financiamento, no planejamento, no controle e na avaliação do SUS em suas regiões. Já aos municípios cabe a missão de seguir as diretrizes nacionais e estaduais, planejar, organizar, controlar, avaliar e financiar o sistema na esfera municipal (BRASIL 2011; NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

Além dos três entes federativos, da necessidade de participação da sociedade civil, dos técnicos e profissionais do sistema para a efetiva funcionalização do mesmo, convém destacar ainda como agentes participativos na gestão do SUS o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados (Cosems); as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (OLIVEIRA, 2014).

De forma esquemática, as principais atribuições dos gestores do SUS são apresentadas no quadro 2, enquanto que a estrutura organizacional do SUS, segundo os órgãos representativos que a integram, bem como suas respectivas hierarquias, é apresentada na figura 1.

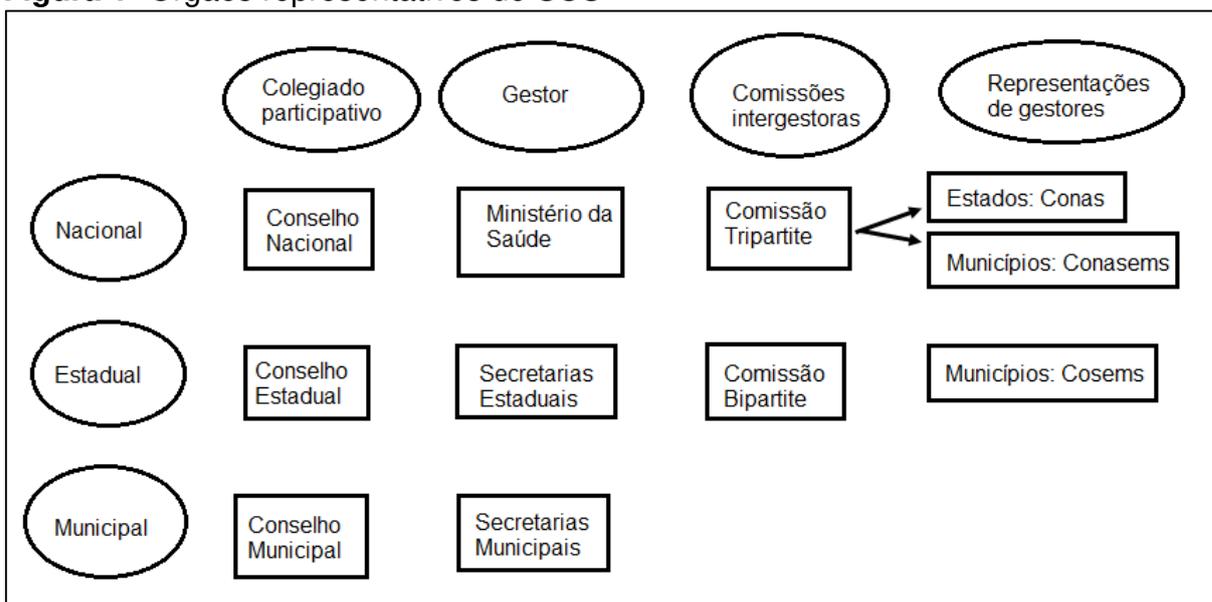
Quadro 2- Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização. • Estímulo à programação integrada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária.

	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: MACHADO, LIMA e BATISTA (2003, pp.58-59).

Figura 1- Órgãos representativos do SUS



Fonte: NORONHA, LIMA e MACHADO (2008, p.444).

A efetiva implantação do SUS requer que as três esferas de governo atuem de forma articulada e integrada. A ação integrada é necessária para que a gestão do sistema de saúde possa exercer suas funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema. Isto porque, a gestão do SUS constitui um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde (Souza, 2002). Nessa mesma perspectiva, Menicucci (2009) afirma que o SUS compreende um exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais, com a participação das três esferas de governo e da sociedade.

Dada a complexidade da organização e gestão do SUS, alguns principais instrumentos de planejamento do sistema são lançados pelo Estado a fim de racionalizar a ação dos gestores nos diversos níveis de atuação. Estes instrumentos estão dispostos no quadro 3.

Quadro 3- Instrumento de planejamento do SUS

Instrumento	Atribuições
Pano de Saúde	Análise situacional que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados em quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.
Programação Anual da Saúde	Operacionalização do Plano de Saúde.

Relatório Anual de Gestão	Documento que apresenta os resultados obtidos na programação anual de saúde.
Plano Diretor de Regionalização	Apresentação dos resultados do processo de regionalização, referentes às regiões e macrorregiões de saúde.
Plano Diretor de Investimento	Plano que atende as prioridades identificadas por meio da citação de fontes de recursos e apresentação de cronograma de execução.

Fonte: OLIVEIRA (2014, p.36).

Com base nesses instrumentos, segundo Brasil (2003) são definidas quatro macro-funções gestoras no âmbito da saúde, a saber:

- Formulação de políticas/planejamento;
- Financiamento;
- Coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados);
- Prestação direta de serviços de saúde

Cada uma dessas macro-funções compreende, por sua vez, uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Por exemplo, dentro da macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, dentre outras (SOUZA, 2002, p.37)

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo, constitui, nessas condições, identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções, como pôde ser observado na figura 1 acima. Vale dizer ainda que esta distribuição de atribuições constitui uma estratégia de reconhecimento dos entes federativos, em níveis desagregados, como o principais responsáveis pela saúde de sua população, partindo do pressuposto de que quanto mais próxima da realidade local a decisão for tomada, maior a chance de acerto, haja vista que, em certos casos, a decisão representa um caminho sem volta e pressupõe uma série de atitudes e responsabilidades compartilhadas (SILVA, 1996).

A despeito do reconhecimento da importância dos diversos entes federativos, a organização das ações e serviços também devem assumir características distintas por esfera de Governo. No âmbito nacional, as ações devem ser de políticas e diretrizes comuns. No nível estadual, deverão ser regionalizados, com estrutura

administrativa descentralizada, permitindo que o processo decisório da política se aproxime da execução dos serviços. Nos municípios, o atendimento deverá ser organizado em Distritos Sanitários³ lide forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 2003b).

De forma geral, considerando as atribuições e responsabilidades das esferas governamentais, grosso modo, compete aos municípios a prestação de serviços básicos de saúde e a execução de ações de vigilância epidemiológica e fiscalização sanitária. O gerenciamento dos serviços mais especializados, assim como o controle de insumos, deve ser de competência dos Governos estaduais, além da definição de estratégias gerais de ação epidemiológica, a serem assumidas e executadas pelos municípios em caso de ameaça de surtos. Ao Governo federal foi destinado, formalmente, o papel de coordenador e normatizador de todo o SUS (SILVA, 1996).

4.2 Avaliação do SUS

Avaliar uma política pública – aqui a de saúde – ou qualquer outro conjunto de ações é sempre uma tarefa árdua, à medida que a avaliação é um alinhador de um processo de construção de problemas, soluções e, eventualmente, da aplicação de decisões em relação à própria política vigente. Isto porque, como afirma Denis (2010), A avaliação não é uma resposta, não é uma prescrição e, como tal, é uma contribuição para a compreensão da realidade, um catalizador para a reflexão sobre uma perspectiva de transformação.

A avaliação é parte constitutiva do ciclo de políticas públicas e, por isso, não deve ser vista de forma isolada, pois seus resultados têm como objetivo dar maior respaldo para a tomada de decisões e orientar de forma eficiente a alocação de recursos de uma política. Existem vários tipos de avaliações que são diferenciados em decorrência do tempo de sua realização, dos objetivos estabelecidos, dos atores implementadores e dos que têm o poder decisório (COHEN; FRANCO, 1994). Destarte, para os objetivos deste trabalho, a avaliação aqui empreendida se dará com base em revisão bibliográfica de estudos realizados no âmbito da avaliação do desempenho e funcionalidade do SUS.

³ Correspondem a unidades espaciais equipadas para a promoção do atendimento integral, constituídos, pelo menos, de centros de saúde, ambulatórios de especialidades, hospital geral, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Por se tratar de um sistema que corresponde às ações majoritárias da política de saúde no país, diversas são as iniciativas desenvolvidas e em desenvolvimento para avaliação e monitoramento do desempenho e efetividade do SUS.

Devido à amplitude desse sistema, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) aponta que a preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do SUS, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas, como é o caso do IDSUS e da carta SUS (SANTANA, 2013, p.35).

Dentre estas iniciativas de avaliação e monitoramento, destacam-se, como assinalado por Santana (2013), a Carta SUS e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Além destes, e da literatura acadêmica, existem ainda o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A Carta SUS constitui uma ferramenta de avaliação do atendimento e dos serviços de saúde prestados à população. Seu objetivo é reforçar o controle e a participação da população na gestão do sistema por meio do estabelecimento de uma relação direta dos gestores do sistema de saúde com os cidadãos, com a qual se busca identificar a percepção dos usuários em relação à qualidade do atendimento (ANDRADE *et al*, 2012).

O IDSUS, por sua vez, é um indicador que busca avaliar o desempenho dos sistemas e saúde em função do acesso potencial ou obtido e da efetividade das ações de saúde. Seu objetivo é subsidiar as ações dos gestores públicos, com intuito de promover melhoria na qualidade dos serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2011).

O PNASS, originado do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), busca avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta central na apropriação do planejamento para o aperfeiçoamento do Sistema. De maneira geral, o PNASS visa avaliar todos os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com aporte financeiro proveniente de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde a fim de fornecer instrumentos para melhorar a qualidade e eficácia dos serviços em estrutura, processo, resultado, produção do cuidado e gerenciamento de risco (OLIVEIRA e REIS, 2016).

Já o PMAQ constitui um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que busca mensurar os possíveis efeitos da política de saúde. Assim, visa

subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Grosso modo, visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (Oliveira e Reis, 2016). É com base nestas iniciativas que a literatura acadêmica relativa ao tema realiza suas avaliações, as quais serão aqui apresentadas.

Em relação aos resultados do SUS, após a divulgação do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2000, onde o Brasil ficou colocado em 125º lugar dentre os países-membros, várias questões foram levantadas pelo governo brasileiro. A consequência última destas questões foi o desenvolvimento, entre 2003 e 2005, da Pesquisa Mundial da Saúde (PMS) no país, através da qual se colheu informações junto a 5000 domicílios.

Os resultados da pesquisa revelaram que 31% das pessoas que receberam algum tipo de atendimento nos cinco anos anteriores à pesquisa, tiveram assistência de saúde com internação. Desses, 71% foram atendidos pelo SUS. Dos demais participantes que tiveram pelo menos um atendimento ambulatorial no ano que antecedeu à entrevista, 60% utilizaram o SUS (GOUVEIA, 2009).

Em termos de perfil do usuário, a pesquisa mostrou que havia predominância da baixa escolaridade (66%) e de não-empregados (51%) entre os usuários do SUS; enquanto para os indivíduos que pagaram pelo atendimento predominaram pessoas com alta escolaridade (70%) e empregados (59%). Além disso, entre os usuários do sistema houve predominância de jovens (59%), mulheres (68%) (GOUVEIA, 2009).

Não somente a PMS constituiu estudo do SUS. No ano seguinte ao início da PMS, 2004, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), através de sua área de estudos e pesquisas, realizou um levantamento para verificar a percepção de prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS. Os resultados da pesquisa indicaram que os princípios da integralidade e da descentralização constituíam os pontos positivos de maior prestígio. Já a estrutura insuficiente ou inadequada e o processo de financiamento foram destaque enquanto pontos negativos (BRASIL, 2005).

Em estudo realizado por Almeida e Hahn (2010) em duas unidades de Estratégia Saúde da Família, os autores observaram que “os princípios equidade, justiça e autonomia são importantes ferramentas para a resolução dos conflitos éticos

e devem estar presentes na rotina de trabalho das unidades de saúde” (Almeida e Hahn, 2010, p. 47). Segundo os autores, a maioria dos profissionais de saúde tem conhecimento sobre os conceitos equidade, justiça e autonomia e buscam utilizá-los nos atendimentos aos usuários. Para eles, os profissionais declararam que fatores como a grande demanda por parte de usuários, as equipes pequenas, a infraestrutura do local, a falta de tempo, a burocracia, a necessidade de encaminhamentos a outros serviços, o atendimento centralizado na unidade, a grande procura por consulta médica e a hierarquia do sistema influenciam o atendimento (ALMEIDA e HAHN, 2010).

Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011), com base em uma série de produções acadêmicas (66 artigos), buscaram observar os critérios de avaliação do SUS utilizados por diversos autores. Segundo eles, a despeito de diversas propostas sugeridas e praticadas há muitos anos, alguns desafios se colocam para o campo da avaliação de políticas de saúde no Brasil, desafios tais como: multiplicidade metodológica e operacional e despadronização conceitual.

Assim como Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011), Cordeiro *et al* (2012), por sua vez, também a partir da análise de várias produções científicas, observaram que o SUS é considerado utopia, alienação social, com relação aos princípios e diretrizes como universalização, equidade, integralidade, descentralização, além do controle social, das normas operacionais, da relação público/privado, da promoção da saúde e do conceito de saúde. Além disso, os autores argumentam ainda que o SUS avançou pouco desde sua implementação e necessita superar essas utopias, tornando-as realizáveis por meio do cumprimento das legislações e das normas vigentes, e também pela implementação de políticas públicas e estratégias que sensibilizem a participação dos atores sociais que compõem o sistema.

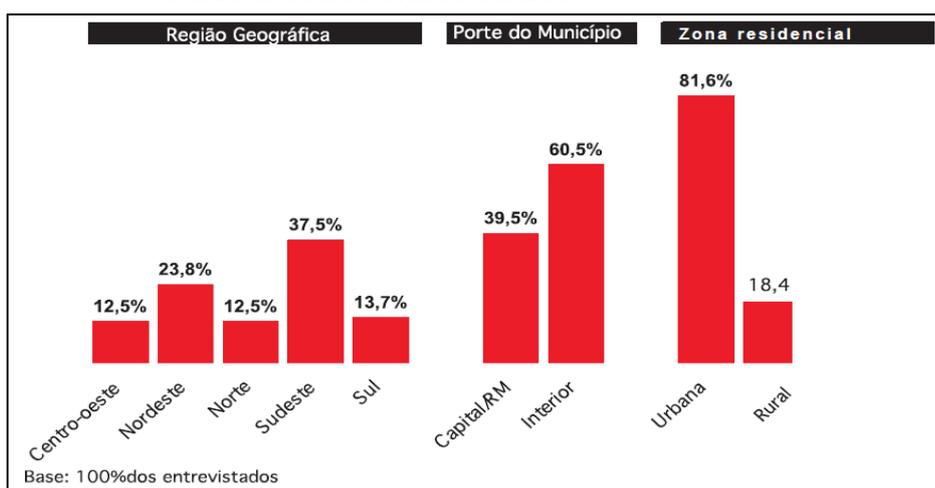
Ainda no sentido não tão positivo do sistema, Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012) empreenderam uma avaliação local do SUS – em Natal, Rio Grande do Norte – através da perspectivas de gestores de cinco distritos sanitários. Após a avaliação, os autores observaram que os gestores reconheciam os esforços do SUS na busca da universalização dos serviços de saúde, mas que, efetivamente, existiam barreiras na atenção básica e no sistema de referência, o que gerava dificuldades de acesso. Segundo eles, fatores como alianças políticas, má administração e ausência da

comunidade nos conselhos municipais de saúde constituiriam entraves para a melhoria do sistema.

Por fim, dentre os trabalhos observados, vale destacar o estudo realizado pelo CONAS (Brasil, 2003), o qual buscava observar a saúde na opinião dos brasileiros através de um estudo prospectivo. Para tanto, empreendeu-se pesquisa com 243 questões, junto a 3.200 cidadãos, com idade mínima de 16 anos, ao longo de todo o país, sendo a distribuição dos entrevistados disposta como apresentado no gráfico 1.

A distribuição indica que houve entrevista em todas as regiões do país, com destaque majoritário à região Sudeste e minoritário à região Centro-Oeste. Da mesma forma, indica que a pesquisa não se limitou à zona urbana e/ou capitais, buscando observar a percepção dos usuários do sistema na zona rural/interiores.

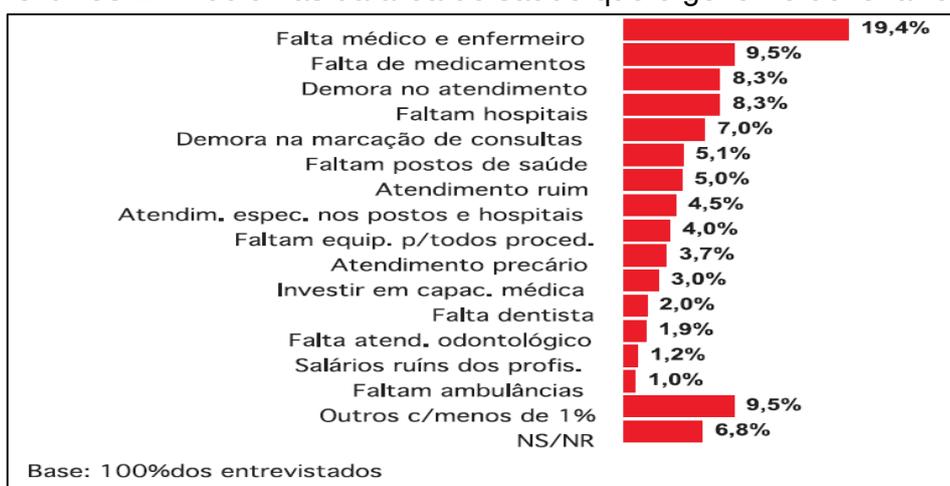
Gráfico 1- Distribuição geográfica, por porte dos municípios e zona residencial dos entrevistados



Fonte: BRASIL (2003, p.13).

Os entrevistados, como aludido, foram submetidos a uma série de questionamentos, dentre os quais deveriam indicar quais os principais problemas da área de saúde que o governo deveria resolver, bem como os principais problemas que os brasileiros enfrentam no SUS. Em relação a estes questionamentos, os gráficos 2 e 3 mostram a percepção dos entrevistados quanto a estas questões.

Gráfico 2- Problemas da área de saúde que o governo deveria resolver



Fonte: BRASIL (2003, p.15).

Gráfico 3- Principais problemas que os brasileiros enfrentam no SUS

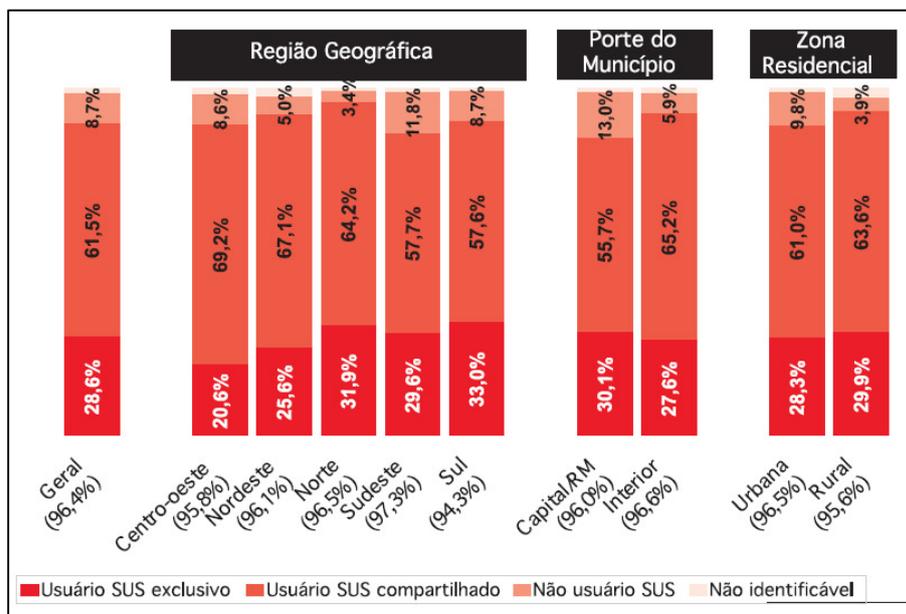


Fonte: BRASIL (2003, p.15).

Observando ambos os gráficos o que se vê é que, na percepção dos brasileiros, o SUS apresentava como problemas principais a falta de médicos, medicamentos e a demora no atendimento (com filas de espera para marcação de consultas e exames) como grande problema a ser superado. Estes quesitos indicam que, principalmente os apontados no gráfico 3, vão de encontro ao trabalho desenvolvido por Cordeiro *et al* (2012), no sentido de que os princípios da universalidade e equidade não são, efetivamente, cumpridos, haja vista que “demoras” aparece como o principal motivo de insatisfação, entre aqueles que se identificam como insatisfeitos com o atendimento prestado pelo SUS, atingindo um total de 67% (filas de espera), o que evidencia a importância deste fator na percepção dos entrevistados.

A despeito dessas demoras e longas filas, dada a realidade socioeconômica no país, a maior parcela da sociedade está condicionada à dinâmica dos serviços do SUS. Isto porque, não dispondo de um nível de renda compatível com aquisição de serviços de saúde na rede privada, ficam condicionados ao serviço público, mas, notadamente, isto não significa que não haja utilização alguma da rede privada entre os usuários do SUS. Pode havê-la, e, em geral, dadas as filas de espera, principalmente para realização de exames, estes são feitos na rede privada – o que se traduz em utilização compartilhada dos serviços de saúde (rede pública e privada), evidenciando as limitações do SUS no cumprimento do atendimento amplo e digno à sociedade. Este uso compartilhado pode ser observado no gráfico 4, que apresenta os usuários exclusivos, não exclusivos e não usuários do SUS.

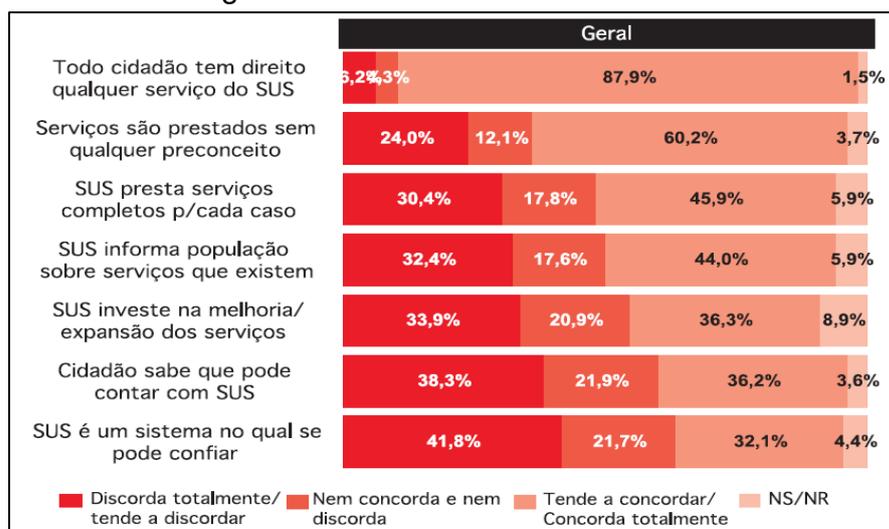
Gráfico 4- Usuários exclusivos, não exclusivos e não usuários do SUS



Fonte: BRASIL (2003, p.19).

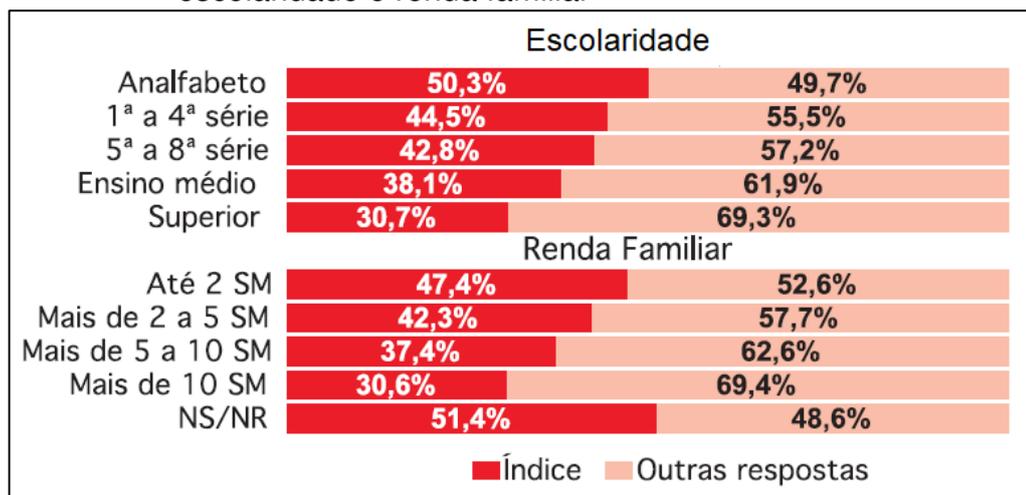
Como se vê, apenas uma minoria (8,7%) constituía “não usuários” do SUS. No geral, os demais entrevistados são todos usuários do SUS, seja de forma exclusiva ou compartilhada com o sistema de saúde privado. Assim, pode-se afirmar que mais de 90% da população brasileira, à época da pesquisa, de algum modo, se enquadrava como usuária ativa do SUS. No entanto, vale dizer que a despeito da utilização em larga escala, isto não se traduz em conhecimento do que de fato constitui o sistema, haja vista que apenas 35% dos entrevistados souberam citar o que significa “SUS”. Isto não é de todo incomum, dada a imagem percebida do sistema pela população.

Gráfico 5- Imagem do SUS



Fonte: BRASIL (2003, p.21).

Gráfico 6- Percepção de que o SUS funciona “bem/muito bem”, por escolaridade e renda familiar



Fonte: BRASIL (2003, p.21).

Vê-se que a imagem do sistema não é tida como a mais confiável. As insatisfações são observadas em relação à confiabilidade na prestação de serviços, na prestação de informações, nos investimentos e melhorias feitas e na própria confiabilidade do sistema. Esta avaliação dos entrevistados é melhor observada quando distribuído por níveis de renda e escolaridade, divisão esta que possibilita identificar que as melhores avaliações do sistema estão entre os que possuem menor nível de escolaridade e de renda familiar. Uma das razões para isto pode estar atrelada à própria fonte de comparação. Isto é, por não disporem de nível de instrução elevado e nem tampouco de renda, pode não disporem também de acesso a outra

rede de saúde, sendo usuário exclusivo do SUS e, nessas condições, não dispõem de uma base comparativa para avaliar o funcionamento do sistema.

No geral o que se tem é uma percepção parcialmente dual do SUS: de um lado, trabalhos que mostram que o sistema tem conseguido atingir um número expressivo de cidadãos e, do outro, trabalhos que mostram que, apesar desse atendimento maciço, a percepção é de que o sistema não se efetiva enquanto um instrumento universalizante de acesso à saúde. Um ponto comum é a existência de fragilidades enfrentadas pelo sistema, seja no desconhecimento da população em relação a ele, seja em relação às dificuldades de financiamentos e estruturas insuficientes.

4.3 Os avanços e desafios para o SUS

Como salientado, o SUS foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, buscando proporcionar condições de acesso à saúde sem uma prévia contraprestação. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, sob a fundamentação do Estado de Bem-Estar, responsável pelas políticas sociais, bem como pela saúde. Nessas condições, a tarefa do Estado, enquanto ente promotor do sistema, consiste em garantir, pelo menos, um mínimo aos que não podem pagar pelos serviços de saúde, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

O mercado privado, no entanto, pelo que se viu nos trabalhos apresentados, tem cumprido muito mais que a função de elemento complementar na prestação de serviços de saúde, haja vista os elementos apresentados no que se refere às limitações do sistema. Todavia, vale dizer que o sistema brasileiro, após 30 anos de sua implantação, vive momentos de avanço, mas ainda apresenta muitos desafios a serem superados.

Por ter apenas 30 anos, o SUS, enquanto política pública social, é relativamente jovem, e, como outros programas, apresenta avanços e desafios. Entre os principais avanços alcançados pelo sistema encontram-se: o processo de descentralização, com aparato normatizador em estágio de desenvolvimento bastante consolidado; mecanismos de participação popular em todas as esferas de governo; aumento no acesso à saúde, apesar da sua não universalização efetivamente

cumprida; além da criação de ferramentas de monitoramento e avaliação do sistema e do aumento na oferta de medicamento gratuito à população (OLIVEIRA, 2014).

De acordo com Silva (2016), é possível descrever como avanços questões relativas à oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados exitosos para a população brasileira, como, por exemplo, o sistema de vacinação nacional e o tratamento e desenvolvimento da oncologia no Brasil, ambos referência mundial pela OMS. Além disso, por maiores que sejam os desafios interpostos, a criação do SUS foi o maior movimento de inclusão social, no âmbito de política de saúde, já visto no Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007).

Dentre os entraves e desafios interposto à melhor qualidade do sistema, pode-se elencar, a título de exemplificação, a falta de recursos para atender com qualidade a demanda de saúde da população. A disponibilidade de recursos não cresce na mesma medida em que cresce a população e com o aumento desta, a demanda pelos serviços de saúde também aumenta. Outro entrave refere-se a pontos burocráticos e falta de entendimento dos processos. Isto porque, questões como pagamentos, que poderiam ser autorizados em curto espaço de tempo, demoram meses para serem liberados, seja por falta de documentação, como notas fiscais, seja por falta de autorizações, atestados e toda a parte da solicitação de pagamento. Destarte, o SUS constitui uma complexidade percebida e constituída por si só, o que é intensificado pelo fato de que no Brasil a saúde pública é entendida como um mecanismo de combate, ao contrário do que ocorre nos países, onde é tratada como educação/prevenção e depois com doença/tratamento. Saúde pública de qualidade não depende somente recursos humanos e financeiros, mas também de educação e consciência (SILVA, 2016).

Destacam-se ainda como dificuldades a serem superadas para completa consolidação do SUS enquanto política de saúde no país a garantia do acesso amplo, equitativo, universal em todas as regiões do país; modelo de atenção voltado para a resolução de problemas de saúde agudos (o modelo ideal deveria ser calcado na atenção primária, prevenção e promoção de saúde); aprimoramento dos meios de participação social; financiamento da saúde, que, mesmo com sucessivos aumentos

de repasses, ainda não alcançou o patamar ideal e necessita de fontes estáveis e efetividade e eficiência na alocação dos recursos existentes (OLIVEIRA, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo tecer alguns comentários avaliativos sobre a atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro no contexto do Estado de Bem-Estar Social, procurando observar, entre outros aspectos, se o mesmo tem sido percebido como um instrumento de política de saúde eficaz na promoção da universalização de seus serviços à população. Para tanto, fez-se uso de revisão bibliográfica de trabalhos que buscaram avaliar o desempenho e a evolução do SUS no país. Sem se propor a exaurir o assunto, acredita-se que o trabalho fez importantes contribuições sobre o tema proposto.

Ao longo do trabalho foi possível perceber que o Estado de Bem-Estar Social surge após um longo período de supremacia dos ideais liberais, segundo os quais, grosso modo, a atuação do Estado deveria ser mínima, haja vista que o mercado, por si só, seria eficaz para prover a melhor situação a cada indivíduo. A não aceitação de que esta premissa era, necessariamente, verdadeira, aliado às condições recessivas da economia mundial durante a crise de 1929, fez com que se percebesse a necessidade de certo intervencionismo para propiciar um maior nível de bem-estar à sociedade – emergindo o Estado de Bem-Estar Social. A despeito da percepção de necessidade deste, não existe uma definição única e consensual para mesmo, mas, grosso modo, pode ser entendido como uma situação na qual o Estado busca assegurar a proteção aos padrões mínimos de renda, nutrição, saúde, habitação e educação, assegurados para todos os cidadãos como direito político e não como caridade.

Viu-se ainda que, no Brasil, a seguridade social teve seu processo de desenvolvimento bastante lento, sendo garantido a amplitude do acesso a esta somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Até então, as ações de seguridade, seja no âmbito da saúde, da previdência ou da assistência social se firmavam, em grande parte, em uma contrapartida do “segurado”, por meio das contribuições trabalhistas. Nessas condições, atendiam basicamente aqueles inseridos no mercado de trabalho formal.

No que se refere à avaliação do SUS propriamente dita, pôde-se observar através da revisão dos trabalhos apresentados que não existe uniformidade nas formas de avaliações, nem tampouco nos conceitos atribuídos nestas, como destacado por Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011). No entanto, apesar desta

despadronização, existe certa consensualidade, entre aqueles que observam os fatores positivos, em relação aos avanços do sistema de saúde ao longo destes 30 anos de existência, como por exemplo, o avanço da descentralização, uma maior participação popular, aumento no acesso à saúde e aumento na oferta de medicamento gratuito.

Outro aspecto de destaque é que o SUS é observado como um instrumento que funciona bem ou muito bem por parcela significativa de seus usuários. No entanto, vale fazer a ressalva, isto se mostrou mais nítido entre aqueles que possuem menor nível de renda e escolaridade, os quais **podem** não dispor de uma outra forma de acesso aos serviços de saúde e, portanto, não possuem base de comparação. Isto é reforçado pelo fato de que o SUS é, para a maioria dos usuários, utilizado de forma compartilhada com a rede privada de saúde, mostrando que o sistema possui gargalos a serem sanados.

Dentre os gargalos destacados, tem-se as longas filas de espera, seja para marcação de consultas, seja para realização de exames. Fator este que é intensificado pela percepção de médicos e enfermeiros em quantidade insuficiente para atender a demanda. Além disso, as discrepâncias regionais nas políticas de saúde, a estrutura inadequada e um volume de recursos que não cresce na mesma proporção do aumento da demanda, fazem com que o sistema seja menos eficaz. Aspectos nocivos como estes levaram Cordeiro *et al* (2012) a concluir que o SUS é considerado utopia, alienação social, com relação aos princípios e diretrizes como universalização, equidade, integralidade, descentralização, além do controle social, das normas operacionais, da relação público/privado, da promoção da saúde e do conceito de saúde.

De forma geral, pelo apresentado, vê-se que existe consensualidade em relação aos avanços do SUS, mas também, existe consensualidade em relação aos diversos entraves a serem superados – sendo esta última consensualidade mais forte que a primeira. Isto porque, é notória a necessidade de expansão da atuação do sistema, em quantidade e qualidade; bem como é notória a necessidade de padronização das políticas de saúde nos entes federativos do país. Os longos períodos de espera para os mais variados atendimentos ressaltam a necessidade de melhoria e a limitação do sistema em cumprir o objetivo de universalidade no acesso à saúde, assim como evidenciam a capacidade de atendimento da demanda – seja

pelo aumento significativo da população, seja pela insuficiência de profissionais e estruturas adequadas para que os serviços de saúde sejam prestados. O resultado último disto é o crescimento do mercado privado de serviços de saúde e o funcionamento do SUS como um mecanismo de combate e tratamento, ao invés de um mecanismo de prevenção e promoção de saúde. Nessas condições, tem-se que o sistema, mesmo diante dos avanços do Estado de Bem-Estar Social, tem profundas limitações na promoção do bem-estar à sociedade, impelindo à esta necessidade de recorrer reiteradamente ao setor privado na busca por atendimentos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.; HAHN, G, V. **Percepção de profissionais da saúde sobre a utilização dos princípios autonomia, justiça e equidade no processo de trabalho.** Revista Destaques Acadêmicos, Lajeado, v. 2, n. 3, p. 1-15, 2010.
- AMARAL, Maria Fernanda Brito do. **Benefício de prestação continuada e o direito à assistência social:** legitimidade dos condicionantes de concessão do BPC ao idoso e ao deficiente em Teresina (PI). Teresina, 2014.
- ANDRADE, L. O. M. et al. **Carta SUS:** gestão participativa, transparência, avaliação e satisfação cidadã. In: CONGRESSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 5., 2012, Brasília. Anais... Brasília: CONSAD, 2012. 1 CD ROM.
- ARRETCHE, M. **Emergência e desenvolvimento do welfare state:** teorias explicativas. MB: Raista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, Rio de Janeiro, n 39, p. 3-40, 1995.
- BALERA, Wagner. **O Direito dos Pobres.** São Paulo: Edições Paulinas, 1982.
- BENEVIDES, Claudia do Valle. **Um estado de bem-estar social no Brasil?** Dissertação. Rio de Janeiro, 2011.
- BENTO, Leonardo Valles. **Governança e governabilidade na reforma do estado:** entre eficiência e democratização. Florianópolis, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2005.
- _____. **Índice de desempenho do SUS (IDSUS).** Brasília, 2011.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.
- _____. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília:- CONASS, 2003.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: 2007. (Coleção Pro gestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).
- COHN, Amélia. **A saúde na previdência social e na seguridade social:** antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1998, pp. 11-55.
- _____. [et al]. **A saúde como direito e como serviço.** 3. ed São Paulo: Cortez, 2002. COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.
- CORDEIRO, T. M. S. C. [et al]. **Sistema único de saúde:** utopia ou realidade? Revista da Universidade Metodista, Piracicaba, v. 22, n. 2, p. 37-43, jul. dez. 2012.
- COOREA, Roberto Ribeiro; COSTA, Rafael Willian Araújo da. **Welfare state:** trajetória e crise. XV ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DO NORTE E NORDESTE e PRÉ-ALAS BRASIL. 04 a 07 de setembro de 2012, UFPI, Teresina-PI.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Seguridade social**: redefinindo o alcance da cidadania. Brasília:- IPEA, 2010.

DELGADO, Maurício Godinho; PORTO, Lorena Vasconcelos. **O estado de bem-estar social no capitalismo contemporâneo**. In: O Estado de Bem-Estar Social no Século XXI. Organizadores, Maurício Godinho Delgado e Lorena Vasconcelos Porto. São Paulo: LTR, 2007.

DEVINEY, S. **Sector models of the welfare state**: a cross-national analysis. *Mid-American Review of Sociology*, v. 12, n. 2, p. 3–19, 1987.

DUCCA, Maria F. L. F. Del. **A análise do sistema de garantias sociais a partir da perspectiva do estado de bem-estar social**: estudo comparado entre as políticas do Brasil e da Dinamarca. Monografia. Brasília, 2016.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. 1. ed. Princeton: Princeton University Press, 1990.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil**. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1998, pp. 57-117.

FARIAS, Luciana Moraes de. **Auxílio-acidente**. Dissertação. São Paulo, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil** In: Programa de capacitação em serviço social e política social - Módulo 3. Brasília: CEAD- UnB, CFESS/ABEPSS, 2000, v.3, p. 41-56.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. **Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011.

FERREIRA, P. A. [et al]. **Revisitando o modelo processual de análise de políticas públicas a partir das relações entre estado e sociedade**. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL, 6., 2012, São Paulo. Anais... São Paulo: RGS, 2012. 1 CD ROM.

FIORI, José Luís. **Estado de Bem Estar Social: padrões e crises**. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 17, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 1995.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. [S.l.] Editora Fiocruz, 1994.

FREITAS, Luana Monteiro de. **A formação do estado do bem-estar social nórdico**: uma abordagem da teoria da firma. Monografia. Rio de Janeiro, 2014.

FRIEDMAN, Milton. **Capitalismo e liberdade**. Trad, de Luciana Carli. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

GOES, Tatyane Karen da Silva. **A ideia de crise na previdência social brasileira**. Dissertação. Goiânia, 2010.

GOMES, F. G. **Conflito social e welfare state**: estado e desenvolvimento social no Brasil. *Revista de Administração Pública* Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-36, mar/abr. 2006.

HAMMOUD, Ricardo Hussein Naha. **Impactos da União Européia no Welfare State**: O caso das instituições suecas. Dissertação. Porto Alegre, 2008.

HOBOLD, Félix. **Neoliberalismo e trabalho**: a flexibilização dos direitos trabalhistas. Dissertação. Florianópolis, 2002.

KERSTENETZKY, C.L. **Políticas sociais sob a perspectiva do estado do bem-estar social**: desafios e oportunidades para o “*catching up*” social brasileiro. Rio de Janeiro: BNDES, 2010.

_____. **Políticas sociais sob a perspectiva do estado do bem-estar social**: desafios e oportunidades para o “*catching up*” social brasileiro. Rio de Janeiro: BNDES, 2011.

LEAL, Suely Maria Ribeiro. **A outra face da crise do Estado de bem-estar social**: neo-liberalismo e os novos movimentos da sociedade do trabalho. Universidade Estadual de Campinas IATICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas — NEPP. Caderno de Pesquisa n. 13, 1990

LEITE, Celso Barroso. **A proteção social no Brasil**. 2a ed. São Paulo: LTr, 1978.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MEDEIROS, M_. **A trajetória do welfare state no Brasil**: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Texto para Discussão, n. 852, IPEA, Brasília, dez 2001.

MELO, C. F.; ALCHIERI, J. C.; ARAÚJO NETO, J. L. **Sistema Único de Saúde**: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 17, n. 1, p. 63-72, jan./abr. 2012.

MENICUCCI, T. M. G. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos**: balanço e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25. n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

OLIVEIRA, Cecília Rafaela de Souza. **O papel do estado na economia**: uma análise do estado de bem-estar social e da economia institucional. Curitiba, 2014.

POLANYI, K. **A grande transformação**. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PEREIRA, Potyara A P. **A saúde nos sistema de seguridade social brasileiro**. Revista Ser Social, Brasília, n. 10, p. 33-55, Jan/jun. 2002.

PEREIRA FILHO, Luiz Clemente. **Princípios constitucionais da seguridade social**. Dissertação. São Paulo, 2006.

RAMOS, Mana José Rodriguez, HERNANDEZ, Juan Goreili, PORRAS, Maximiliano Vilchez. **Sistema de Seguridade Social**. 10ª ed. Madrid: Tecnos, 2008.

REIS, Paulo R. da Costa. **Política pública de previdência social e o nível de bem-estar**: impacto sobre as famílias e municípios de Minas Gerais. Dissertação. Viçosa, 2012.

REOLON, Marcos Eduarte. **Desvinculação e desvio das receitas das contribuições sociais**: limites em face do finalismo. Tese. Florianópolis, 2011.

SADER, Debora. **A contrarreforma do estado e o financiamento da seguridade social**: 1995 a 2002. Dissertação. Vitória, 2006.

SANTANA, Andressa Aparecida. **Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS)**: um estudo fundamentado na percepção de diferentes atores em um município do sul de Minas Gerais. Dissertação. Lavras, 2013.

SILVA, Gabriel Valim **Gestão da saúde pública**: impasses, perspectivas e desafios no sistema único de saúde no município de Porto Alegre - RS. Dissertação. Taquara, 2016.

SOARES, Laura Tavares R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SOUZA, R. R. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS**: um processo de construção da assistência social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005

TITMUSS, R. **Social policy**: an Introduction. London: Allen & Unwin, 1974.

VICENTE, Maximiliano Martin. **A crise do estado de bem-estar social e a globalização**: um balanço. *História e comunicação na ordem internacional* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 214 p.

VIEIRA, Evaldo A. **Estado e miséria social no Brasil**: de Getúlio a Geisel. 3. ed São Paulo: Cortez, 1985.

WILENSKY, H. L. **The welfare state and equality**: structural and ideological roots of public expenditures. Berkeley: University of California Press, 1974.

WOLF, Guilherme Eidelwein. **Custeio da seguridade social no Brasil**: a previdência social é deficitária ou superavitária? Lajeado, 2017.