

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

**CAMILA STEFFENS**

**O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL E NA ESPANHA:  
UM ESTUDO COMPARATIVO**

**Porto Alegre**

**2015**

**CAMILA STEFFENS**

**O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL E NA ESPANHA:  
UM ESTUDO COMPARATIVO**

Trabalho de Conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Milan.

**Porto Alegre**

**2015**

CIP - Catalogação na Publicação

STEFFENS, CAMILA

O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL E NA  
ESPANHA: UM ESTUDO COMPARATIVO / CAMILA STEFFENS. --  
2015.

111 f.

Orientador: MARCELO MILAN.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Ciências Econômicas, Curso de Ciências Econômicas,  
Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Estado de Bem-Estar Social. 2. Assistência  
Social. 3. Previdência Social. 4. Saúde Pública. 5.  
Seguridade Social. I. MILAN, MARCELO, orient. II.  
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**CAMILA STEFFENS**

**O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL E NA ESPANHA:  
UM ESTUDO COMPARATIVO**

Trabalho de Conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovada em: Porto Alegre, 02 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Marcelo Milan – Orientador  
UFRGS

---

Prof. Dr. Ronaldo Herrlein Júnior  
UFRGS

---

Prof. Dr. Cassio da Silva Calvete  
UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio dado durante toda a minha trajetória na Graduação em Ciências Econômicas. Esse apoio foi imprescindível na superação de todas as barreiras que surgiram nessa trajetória. Agradeço também aos meus padrinhos e à minha avó por terem sido meus segundos pais em todos os momentos da minha vida. Agradeço aos meus amigos pela compreensão em todos os momentos nos quais me excluí do círculo social para me dedicar aos estudos e pela manutenção da amizade apesar disso.

Agradeço ao professor Francisco Javier Salinas Jiménez, professor da disciplina de Economía de la Protección Social, da Universidad Autónoma de Madrid, pelos ensinamentos na disciplina (inspiração do presente trabalho) e pela indicação de leituras.

Aos professores da UFRGS, obrigada pelos ensinamentos.

Agradeço em especial ao Professor Dr. Flavio Tosi Feijó pela amizade, pela parceria na pesquisa e pela confiança na minha capacidade desde o meu ingresso no curso de Economia. Você é minha motivação para não desistir dos meus sonhos. Ao Professor Dr. Sérgio Marley Modesto Monteiro, agradeço pelos ensinamentos, pelos conselhos e pelo ilustre exemplo de professor e de pessoa que terei em toda a minha vida. Agradeço, também, pela oportunidade na monitoria de Teoria Microeconômica II, que me fez gostar dessa área tão temida pelos alunos e me fez ter mais certeza com relação ao que quero para meu futuro. Agradeço ao Professor Dr. Marcelo Milan pelas orientações acadêmicas antes mesmo do meu ingresso em Ciências Econômicas e pelo apoio dado na orientação da presente monografia. Sua paciência e seus conselhos foram imprescindíveis para o atendimento dos meus objetivos.

Agradeço aos professores integrantes da banca examinadora, Prof. Dr. Ronaldo Herrlein Júnior e Prof. Dr. Cassio da Silva Calvete, bem como ao meu orientador, pelos comentários, pelas críticas e pelas sugestões de ajustes. Esclareço, no entanto, que os erros remanescentes são de minha inteira responsabilidade.

Agradeço até mesmo à prova da ANPEC que, apesar de ter me deixado muitas noites em claro e por ter me ocasionado enorme ansiedade, proporcionou a consolidação de conhecimentos vistos (ou não) ao longo da graduação e a certeza de que escolhi o curso certo.

Agradeço, por fim, à Economia por me proporcionar o sentimento não tão comum entre as pessoas de gostar do que estudo e de estar segura sobre ter optado pelo curso certo para me dedicar.

## RESUMO

Quando se menciona o Estado de Bem-Estar Social, geralmente remete-se à experiência social democrata dos países escandinavos. Entretanto, a análise das políticas sociais brasileiras e espanholas permite a constatação de que houve, também nesses países, a configuração de um Estado de Bem-Estar Social, cuja evolução seguiu tendências similares. Assim, a presente monografia objetiva, de forma histórico-descritiva comparativa, verificar no que as experiências do Brasil e da Espanha se assemelham e no que se diferenciam na evolução do Estado de Bem-Estar Social, nas suas configurações gerais e nas características das três áreas selecionadas: Saúde Pública, Previdência Social e Assistência Social. Como resultado, observa-se que o desenvolvimento histórico das políticas e suas características atuais mais se assemelham do que se diferenciam entre os dois países. Ambos reestruturaram, após a transição democrática, um Estado de Bem-Estar Social que se direciona ao universalismo, mas com a manutenção de características conservadoras e residuais.

**Palavras-chave:** Estado de Bem-Estar Social; Assistência Social; Previdência Social; Saúde Pública; Seguridade Social.

## RESUMEN

Cuando se menciona el Estado del Bienestar, por lo general se refiere a la experiencia socialdemócrata de los países escandinavos. Sin embargo, el análisis de las políticas sociales brasileñas y españolas permite la realización de que estos países también desarrollaron un Estado del Bienestar, cuya evolución ha seguido tendencias similares. Por lo tanto, este estudio tiene el objetivo de buscar, de manera histórico descriptiva y comparativa, en qué las experiencias de Brasil y España son similares y en qué se diferencian en la evolución del Estado de Bienestar, en su configuración general y en las características de los tres áreas seleccionadas: Salud Pública, Pensiones y Asistencia Social. El resultado demuestra que el desarrollo histórico de las políticas y sus características actuales se asemejan más que se diferencian en los dos países. Los dos reestructuraron, después de la transición democrática, un Estado del Bienestar que se dirige al universalismo, pero con el mantenimiento de características conservadoras y residuales.

**Palabras clave:** Estado del Bienestar; Asistencia Social; Pensiones; Salud Pública; Seguridad Social.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice de Gini decomposto (Brasil, 2003 - 2012) .....	51
Gráfico 2: Participação pública e privada do gasto em saúde (2013, %) .....	90
Gráfico 3: Gasto per capita em saúde (Unidades de Poder de Compra, 2013) .....	91

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de elegibilidade dos benefícios do Regime Geral da Previdência Social no Brasil.....	46
Quadro 2: Programas da Assistência Social .....	54
Quadro 3: Critérios de elegibilidade dos benefícios do Regime Geral da Previdência Social na Espanha.....	76
Quadro 4: Benefícios de Proteção à Família (Espanha) .....	82
Quadro 5: Comparação dos sistemas públicos de saúde .....	88
Quadro 6: Comparação da Previdência Social .....	93
Quadro 7: Comparação da Assistência Social.....	100



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	7
2	ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: ORIGENS, CONCEITUAÇÃO E TIPOLOGIA .....	11
2.1	ORIGEM E EVOLUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL.....	11
2.2	ARCABOUÇO CONCEITUAL DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL .....	15
2.3	TIPOLOGIAS DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL .....	18
3	O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL DO BRASIL.....	23
3.1	ORIGEM E EVOLUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL: DO CORPORATIVISMO AO UNIVERSALISMO BÁSICO .....	24
3.2	O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988: REESTRUTURAÇÃO NO SENTIDO DO UNIVERSALISMO ESTENDIDO .....	30
3.3	ANÁLISE DAS POLÍTICAS SELECIONADAS .....	36
3.3.1	Saúde Pública .....	38
3.3.2	Previdência Social .....	44
3.3.3	Assistência Social.....	51
3.3.4	Comentários finais sobre as configurações do Estado de Bem-Estar Social brasileiro ..	55
4	O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL DA ESPANHA .....	57
4.1	ORIGEM E EVOLUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NA ESPANHA	57
4.2	O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL APÓS A TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA ..	64
4.3	ANÁLISE DAS POLÍTICAS SELECIONADAS .....	69
4.3.1	Saúde Pública .....	71
4.3.2	Previdência Social .....	75
4.3.3	Assistência Social.....	81
5	ANÁLISE COMPARADA DOS ESTADOS DE BEM-ESTAR SOCIAL DO BRASIL E DA ESPANHA .....	86
5.1	SAÚDE .....	87
5.2	PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	92
5.3	ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	99
5.4	CONCLUSÃO .....	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	103
	REFERÊNCIAS .....	106

## 1 INTRODUÇÃO

Quando se menciona e se estuda sobre o Estado de Bem-Estar Social (EBES), geralmente remete-se à realidade europeia e, especialmente, à experiência social democrata dos países escandinavos. Entretanto, analisando as políticas sociais brasileiras, observa-se que há, também no Brasil<sup>1</sup>, a institucionalização de um EBES, que ficou mais caracterizado como tal a partir da Constituição de 1988. Na Espanha, o EBES igualmente se configurou de forma mais intensa a partir da transição democrática, marcada pela Constituição de 1978. Cabe lembrar que esses modelos tardios de bem-estar social se fortaleceram em meio ao início da discussão sobre a redução da intervenção do governo na Economia de forma global, a partir da década de 1970.

Draibe (2006) afirma que apenas recentemente é que os estudos sobre o EBES deixaram de considerar somente as experiências dos países desenvolvidos e dos modelos mais universais, para analisar a constituição de modelos de EBES nos países que os implementaram de forma tardia. Devido ao fato de o EBES não possuir um conceito único, mas uma amplitude conceitual pela diversidade histórica e de experiências, podemos analisá-lo dentro de um intervalo de “condições máximas e mínimas” de existência (KERSTENETZKY, 2012). E, ao não o delimitar de forma estrita, permite-se a consideração da existência de EBES no Brasil e na Espanha, a partir do cumprimento de certas condições, apesar das limitações com relação ao modelo universal nórdico europeu.

Portanto, tanto Brasil como Espanha institucionalizaram suas políticas de proteção social de forma tardia, e passaram por um processo histórico similar de configuração do EBES, inclusive marcado por regimes ditatoriais. Por isso, possuem características que os diferenciam da classificação tradicional de Esping-Andersen (1990) entre modelos liberais, corporativistas e social democratas. Viana (2007) afirma que Brasil e Espanha possuem tendências similares na institucionalização dos EBES, classificando ambos os regimes no modelo mediterrâneo (ou modelo latino) de Moreno (1999). Dessa forma, esta monografia se

---

<sup>1</sup> No estudo sobre o EBES brasileiro, é necessário ter em mente os aspectos estruturais do nosso mercado de trabalho (marcado por informalidade e precariedade nas relações trabalhistas) e da organização social (pautada por elevada desigualdade social), além da condição de país emergente em que o Brasil se encontra. Os países em desenvolvimento, além das dificuldades também verificadas na conformação do EBES nos países desenvolvidos, enfrentam problemas relacionados à estrutura econômica e ao nível relativamente reduzido de desenvolvimento. Por questões de escopo, a presente monografia não se aprofundará nos aspectos estruturais e nas dificuldades a eles atreladas no estudo do EBES brasileiro. Mas se deve considerar que esta comparação analisa países com diferentes níveis de desenvolvimento, com problemas sociais distintos (especialmente em magnitude) e, também, com expressiva diferença na extensão territorial. Mesmo assim, o estudo comparado das políticas sociais pode permitir a averiguação de insuficiências e de possíveis adaptações no EBES brasileiro.

orienta pelas seguintes perguntas: o modelo de EBES brasileiro é semelhante ao modelo espanhol? Em que medida? Se não, em que diferem?

O objetivo geral da monografia consiste em comparar, de forma histórico-descritiva, o EBES na Espanha e no Brasil. Dessa forma, pretende-se verificar no que as duas experiências se assemelham e no que se diferenciam. A hipótese do trabalho é: Espanha e Brasil desenvolveram modelos tardios de EBES e, institucionalmente, o modelo brasileiro se aproxima mais do que se distancia do modelo espanhol de EBES por essa razão.

O estudo tem como objetivos específicos: (i) descrever a origem e a evolução do EBES nos dois países e suas configurações gerais (visando explicar o surgimento; como foi a evolução; quais as bases conceituais – ou seja, o que significa bem-estar social nos dois países estudados –; e qual a correlação de forças sociais e políticas que levou à evolução do EBES). Além disso, (ii) identificar as configurações atuais do EBES em ambos os países nas políticas de saúde pública, previdência social e assistência social, para verificar no que se assemelham e no que se diferenciam. Comparar todas as políticas que se incluem no EBES é indesejável, pois dificultaria a elaboração de um trabalho com maior aprofundamento (devido à amplitude conceitual do EBES). Assim, o trabalho se delimita pelas políticas que compreendem a Seguridade Social no Brasil.

Do ponto de vista acadêmico, o estudo desenvolvido é importante por consistir em um tema não muito pesquisado no Brasil, pois poucos estudiosos se dedicaram à comparação do EBES brasileiro com o modelo de outro país. Fiori (1997, p. 141) já alertava para a falta de estudos comparativos sobre as características “do nosso *welfare* periférico” de forma aprofundada. O trabalho de Viana (2007) compara os países que compõem o modelo latino (Sul da Europa e Brasil), com ênfase na Assistência Social. Dessa forma, o presente estudo consiste em uma contribuição à literatura do EBES no Brasil ao ampliar a comparação atualizada das políticas que abrangem a Seguridade Social.

Além disso, comparar o modelo brasileiro com um modelo não tão distinto ao nosso, como é o espanhol (diferente do que seria comparar Brasil e Suécia, por exemplo), pode permitir a verificação de insuficiências no EBES brasileiro e ajudar na elaboração/reestruturação de políticas públicas. Kerstenetzky (2012) chama a atenção para a necessidade de estudos que comparem o Brasil não com experiências caracterizadas por um alto nível de desigualdade. A comparação com experiências muito próximas em termos de distribuição de renda não teria grande aplicação pelos resultados serem semelhantes e, portanto, por não indicar mudanças necessárias nas políticas aplicadas. Entretanto, a comparação com modelos mais próximos às “condições de máximo” de EBES seria

igualmente pouco efetiva, visto que as políticas indicadas teriam, possivelmente, pouca possibilidade de aplicação à realidade brasileira (devido às diferentes estruturas produtivas, tributárias e sociais).

Para alcançar os objetivos propostos, utiliza-se a metodologia histórico-descritiva comparativa. De forma a embasar a comparação, primeiro é realizada uma definição teórica do que consiste o EBES, com base em revisão de literatura. Como a literatura pertinente ao EBES assume que há uma diversidade de conceitos, de configurações institucionais e de considerações sobre a origem desse Estado, ele é analisado, no âmbito do presente trabalho, na forma da Proteção Social. Como afirma Fiori (1997), no estudo comparativo das instituições, faz-se necessária a delimitação de conceitos, sem os quais a comparação seria superficial. Portanto, a análise das configurações do EBES espanhol e brasileiro está concentrada na Proteção Social, a qual consiste em uma importante função desse Estado. As características comparadas em cada política consistem em uma associação dos parâmetros definidos pelas tipologias apresentadas no capítulo 2 com as instituições definidas por Draibe para a análise das políticas sociais (2003, p. 63)<sup>2</sup>: forma de financiamento (impostos, contribuições dos trabalhadores e das empresas ou misto), grau de *desmercadorização* (ou *desmercantilização*), critérios de elegibilidade (“regras de inclusão e exclusão”), orientações e princípios. Além disso, destacam-se as correlações de forças sociais e políticas que determinaram a evolução do EBES em cada país e que continuam influenciando suas configurações atuais. A correlação de forças é analisada tanto como as interações sociais e de grupos políticos na configuração do EBES (ex-ante), quanto como a atuação dos distintos grupos sociais frente às políticas estabelecidas (análise ex-post da conformação ou não de um pacto social em cada área do EBES).

Quanto à importância de se estudar o EBES do ponto de vista das suas instituições e configurações, Esping-Andersen (1990) afirma que a análise da estrutura do modelo revela mais sobre suas características do que a mera ênfase nos gastos (o que não implica assumir que os gastos não são importantes, como se discute a seguir). Para tanto, o trabalho tem como base a literatura pertinente; a Constituição Federal do Brasil de 1988 e a Constituição espanhola de 1978; e as informações dos sítios eletrônicos do Ministério do Emprego e da Seguridade Social (ESPAÑA, 2015a) e do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade da Espanha (ESPAÑA, 2015d); e, no Brasil, do Ministério da Previdência Social (BRASIL,

---

<sup>2</sup> Draibe (2003, p. 63) apresenta “orientações, princípios, regras de inclusão e exclusão” como instituições da política social.

2015d), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015f) e do Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome no Brasil (BRASIL, 2015g).

A presente monografia possui seis capítulos, incluindo esta introdução. O segundo capítulo consiste na revisão de literatura sobre o marco conceitual, tipológico e evolutivo do EBES. No terceiro capítulo, apresenta-se o EBES no Brasil, primeiro com relação ao seu surgimento e à sua evolução e, depois, à análise das suas configurações atuais nas três áreas mencionadas. O quarto capítulo se refere ao EBES na Espanha. A comparação é realizada no quinto capítulo. Por fim, no sexto capítulo constam as considerações finais.

## **2 ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: ORIGENS, CONCEITUAÇÃO E TIPOLOGIA**

Este capítulo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o EBES. Na seção 2.1, são apresentados os antecedentes e a evolução do EBES. A seção 2.2 aborda os conceitos e as delimitações do EBES, buscando um arcabouço conceitual que possa ser utilizado na comparação das experiências brasileira e espanhola. A seção 2.3 apresenta algumas tipologias criadas para classificar as diversas experiências de bem-estar social.

### **2.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL**

Di Giovanni (1998) afirma que todas as sociedades humanas desenvolveram sistemas de proteção social. Entretanto, pensá-los de maneira sistemática não impede sua análise histórica, pois esta permite a captação de cada sistema de proteção social na sua complexidade e historicidade, revelando diferenças específicas e particularidades (DI GIOVANNI, 1998). A presente seção realiza uma revisão dos antecedentes do EBES até a sua institucionalização após a Segunda Guerra Mundial.

Segundo Lavinias e Cobo (2009), Di Giovanni (1998), Jiménez e Portillo (2013), Kerstenetzky (2012) e Viana (2007), a origem de fato do EBES pode ser atribuída ao Plano Beveridge, de 1942, que auxiliou na institucionalização, em 1946, da Seguridade Social na Inglaterra. As experiências alemã e inglesa do século XIX consistem nos antecedentes desse modelo institucionalizado de EBES e, por isso, são temas de relevância na evolução desse tipo de Estado. Além dos antecedentes do século XIX, alguns autores consideram como experiências mais remotas do EBES as experiências inglesas de combate da pobreza que se desenvolveram desde o século XIV (LAVINAS; COBO, 2009).

Quanto à continuidade ou não dos EBES atuais com relação às formas de proteção que os precederam (séculos XIV ao XIX), as quais foram aproveitadas de alguma forma pelas organizações de bem-estar que surgiram após a Segunda Guerra Mundial, Fiori (1997) cita três posições. A primeira privilegia a historicidade, com ênfase na proteção social de forma isolada, e por isso considera que houve mais uma evolução do que descontinuidade desde a Lei dos Pobres (século XVI) até o Plano Beveridge. A segunda posição se baseia no conceito de políticas sociais (de forma indiferenciada ao conceito de bem-estar) e considera que houve evolução e continuidade nas políticas, “pelo menos a partir da legislação securitária alemã” do século XIX. A terceira posição é a de Esping-Andersen (1990), que defende a “ruptura

qualitativa entre as políticas sociais anteriores à Segunda Guerra Mundial e o que veio a ser, a partir do Plano Beveridge, o *welfare state* contemporâneo” (FIORI, 1997, p. 132).

Devido à rápida expansão da pobreza no século XIV, a partir da privatização (cercamento) das áreas rurais, já em 1388 a Inglaterra criou “a primeira regulamentação voltada para os pobres” para cuidar do problema da pobreza e da mendicância em expansão e que não poderia ficar a cargo apenas da Igreja. Essa regulamentação instituiu que os adultos com condições de trabalhar só poderiam receber assistência da Igreja com a troca de trabalho. Em 1576, o governo passou a fornecer matéria-prima para incentivar o trabalho dos mendigos (LAVINAS; COBO, 2009, p. 8).

A Lei dos Pobres, considerada por diversos autores como o principal antecedente da proteção social, surgiu em 1601, e classificou a pobreza em três categorias: “os impotentes (velhos e doentes); os com capacidade de trabalho, mas sem lar; [...] os avessos ao trabalho (fabril)”. Dessa forma, para as duas primeiras categorias de pobres não havia sanções; e, para a última, estava prevista uma punição, a qual consistia na permanência em casas de correção (LAVINAS; COBO, 2009, p. 8).

Com relação à relevância da Lei dos Pobres como antecedente do EBES, Jiménez e Portillo (2013) afirmam que é excessivo considerar essa relação, haja vista a ênfase que essa Lei colocava no controle da mendicância, sem possuir objetivos redistributivos. Do contrário, afirmam os autores, a Lei dos Pobres preservava a ordem social e meramente punia os pobres.

Em 1834, foi criado o *Poor Law Report* (uma revisão da Lei dos Pobres anterior), sob a justificativa de que a assistência provida incentivava a mendicância. Dessa forma, a Revisão da Lei dos Pobres relacionou a pobreza ao mercado de trabalho, restringindo os critérios de elegibilidade e aumentando o controle dos beneficiários, de forma a tornar desconfortável a procura à assistência (LAVINAS; COBO, 2009, p. 8).

Ao discorrer sobre esse padrão de intervenção inglês, Kerstenetzky (2012) afirma que foi apenas no século XVI que a pobreza recebeu o reconhecimento de questão social, quando na Inglaterra foram criados “fundos locais para a provisão de assistência aos incapacitados” (POLANYI<sup>3</sup>, 1980; HAMMOND; HAMMOND<sup>4</sup>, 1912 apud KERSTENETZKY, 2012, p. 7). Entretanto, essa assistência consistia na repressão e na coerção dos pobres fisicamente capazes ao trabalho, sendo a pobreza destes vista como um problema do indivíduo. A reforma da Lei dos Pobres na Inglaterra, no século XIX, aumentou a coerção dos pobres capacitados,

<sup>3</sup> POLANYI, K. **A grande transformação**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

<sup>4</sup> HAMMOND, J. L.; HAMMOND, B. **The Village Labourer, 1760-1832**. London: Longmans Green and Co., 1912.

confinando-os em asilos nos quais deveriam trabalhar, recebendo auxílios menores que os níveis salariais mais baixos vigentes (para não desestimular a busca por emprego) (KERSTENETZKY, 2012).

Apenas no final do século XIX é que a pobreza passou a ser vista como um problema de causa social, principalmente a partir do *Relatório da Minoria sobre as Leis dos Pobres*, da Comissão Real Britânica, de 1905. Esse apresentou a pobreza como um problema estrutural, relacionada às flutuações da demanda por trabalho e ao desemprego duradouro, aos baixos salários e à insuficiência nutritiva e educacional. E houve a verificação de que a pobreza era, inclusive, agravada pelas políticas vigentes, as quais causavam estigmatização e exclusão social dos pobres (KATWALA<sup>5</sup>, 2009 apud KERSTENETZKY, p. 8).

Lavinas e Cobo (2009) afirmam, por fim, que foi na Alemanha onde ocorreu uma importante inovação com relação à dissociação do trabalho e da pobreza, a partir da criação do seguro social por Otto Von Bismarck no final do século XIX. Jiménez e Portillo (2013) ressaltam da mesma forma que a legislação com vistas às melhorias sociais surgiu no século XIX, com a institucionalização dos seguros sociais obrigatórios e de caráter contributivo na Alemanha. O seguro visava garantir a paz social e assegurar o desenvolvimento capitalista e industrial, apaziguando os conflitos entre trabalhadores e proprietários (conflito capital-trabalho) e aproximando a classe operária do Estado:

Assim, surgem os primeiros benefícios previdenciários, que se generalizam rapidamente pela Europa. O auxílio doença surge na Alemanha em 1883, em 1884 é criado o benefício em caso de acidente de trabalho e finalmente o direito a uma aposentadoria é instituído em 1889 (LAVINAS; COBO, 2009, p. 8-9).

Além disso, ganhou importância a defesa da garantia de rendas mínimas, sendo instituída na Suécia, em 1913, uma experiência inovadora de benefícios sem contribuição prévia com o sistema universal de aposentadorias. A proteção à velhice tem como objetivos a redução da pobreza entre os idosos, a manutenção do consumo e a liberação da força de trabalho adulta, sendo expandida a institucionalização da aposentadoria na Inglaterra e em outros países nórdicos na sequência da experiência sueca (LAVINAS; COBO, 2009).

O seguro social alemão, portanto, rompeu com a lógica assistencialista contra a pobreza e instituiu a proteção ao trabalhador em situação de contingência social, por meio da contribuição tripartite (Estado, trabalhador e empresa). Entretanto, a inovação com vistas à

---

<sup>5</sup> KATWALA, S. Introduction. In: WALLIS, E. D. (ed.). **From the workhouse to the welfare state** – What Beatrice Webb’s 1909 Minority Report can teach us today. London: The Fabian Society, 2009.



universalização da proteção só ocorreu a partir da década de 1940 na Inglaterra (KERSTENETZKY, 2012; LAVINAS; COBO, 2009; JIMÉNEZ; PORTILLO, 2013; VIANA, 2007).

O Relatório Beveridge foi publicado na Inglaterra nos anos 1940, sendo o primeiro a superar a dicotomia entre assistência e seguro social, promovendo a compreensão “de que a proteção social deve ser um mecanismo preventivo, inclusivo e generoso o suficiente para afastar a pobreza e erradicar a indigência” (LAVINAS; COBO, 2009, p. 9). A proposta de Beveridge consistiu na criação de um sistema de seguridade com caráter contributivo, para proteger os cidadãos contra possíveis interrupções no poder aquisitivo (BROWN, 1990).

Brown (1990) afirma que Beveridge propôs o pagamento ilimitado do benefício em situações de doença, de invalidez e de desemprego. Além disso, defendeu que os benefícios deveriam ser pagos ao nível de subsistência e compensados, para os que não possuíam níveis mínimos de renda, por meio da Assistência Social. O governo inglês aprovou a ideia central do Relatório de Beveridge, acatando, entretanto, benefícios limitados em caso de desemprego, para não desestimular a busca por emprego; e benefícios de acordo com a contribuição. A Assistência Social faria a compensação de rendas àqueles que não tivessem um nível de renda mínimo, na forma assistencial. Com isso, em 1946, a assistência social e o seguro social foram integrados em uma mesma institucionalidade na Inglaterra: a Seguridade Social (BROWN, 1990).

Portanto, a origem do EBES moderno é atribuída à institucionalização da Seguridade Social, na Inglaterra, em 1946, e que logo se expandiu para os demais países europeus, embora com diferentes configurações. Kerstenetzky (2012) cita os primeiros programas criados com base no EBES: seguros contra acidentes de trabalho, doença, invalidez e velhice; na sequência, aposentadorias por tempo de serviço, pensões e seguro desemprego; por fim, transferências de rendas familiares. Com o passar do tempo, houve ampliação dos programas, além de expansão da cobertura e dos benefícios. Entretanto, em muitos países, ampliaram-se também os critérios de elegibilidade e a ênfase nos benefícios contributivos (KERSTENETZKY, 2012).

Parte da literatura pertinente ao EBES analisada na presente monografia (POCHMANN, 2004; FIORI, 1997; JIMÉNEZ; PORTILLO, 2013) afirma que, a partir da década de 1970, houve uma retração nos sistemas de proteção social devido ao recrudescimento do neoliberalismo. Dessa forma, os países teriam se focado no ajustamento fiscal e na racionalização dos gastos sociais (do que se entende redução), enfraquecendo os EBES então vigentes. No entanto, Kerstenetzky (2012) considera que não houve essa

retração, o que seria reforçado com a reestruturação (e intensificação) dos regimes de bem-estar social nos países que o adotaram tardiamente. Essa visão vai ao encontro da proposição de Esping-Andersen (1990) de que não teria existido, até a década de 1970, nenhum EBES verdadeiro (sob o critério de dedicação da maior parte da rotina do Estado à proteção social).

Castro e Ribeiro (2009) afirmam que a história da construção do EBES oculta as diferenças e as especificidades de cada país na construção de sistemas de proteção social, devido às suas próprias necessidades, conformações e correlações de forças políticas e sociais. Brasil e Espanha reestruturaram seus modelos de bem-estar social justamente durante o embate em torno do enfraquecimento da proteção social, com a redemocratização política e a instauração de constituições mais cidadãs em relação aos regimes militares que vigoraram no período anterior (respectivamente 1988 e 1978). Dessa forma, os EBES institucionalizados (ou “reinstitutionalizados”) nesses momentos refletem o anseio pela maior presença do Estado na garantia de direitos sociais mínimos à população (e de forma universal) e o movimento de crítica às visões neoliberais. O que se objetiva nos capítulos subsequentes é apresentar, portanto, a evolução e as características dos EBES constituídos no Brasil e na Espanha. Mas antes é preciso discutir, de forma não exaustiva, alguns aspectos teóricos dos EBES.

## 2.2 ARCABOUÇO CONCEITUAL DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

A literatura pertinente ao EBES assume que há uma diversidade de conceitos, de configurações institucionais e de considerações sobre a origem desse Estado<sup>6</sup>. Kerstenetzky (2012, não paginado) afirma que a ausência de unicidade conceitual e organizativa dos EBES ocorre porque esses se apresentam de forma histórica e variada, “dentro de um espectro de configurações demarcadas por certas condições mínimas e máximas” de existência. Dessa forma, a autora utiliza um conjunto de condições mínimas para aplicar o conceito de EBES à intervenção estatal em países e períodos históricos distintos.

Viana (2007), na mesma linha de raciocínio de Kerstenetzky (2012), considera que as diversas configurações de proteção social implantadas nos países, com distintos padrões e explicações políticas, sociais e econômicas, geraram formas variadas de bem-estar, com características próprias. Portanto, analisar o Bem-Estar Social dessa forma histórica, relativa e com delimitação por condições mínimas permite, no âmbito da presente monografia,

---

<sup>6</sup> Ressalta-se que a abordagem conceitual apresentada na presente monografia não é exaustiva, mas se baseia no arcabouço apresentado pela literatura estudada.

considerar a existência de um EBES no Brasil e na Espanha, a partir do atendimento dos critérios mínimos, independente do afastamento com relação aos modelos mais universais existentes.

Entretanto, apesar da diversidade de conceitos e experiências históricas, Fiori (1997, p. 131) ressalta a necessidade da análise histórica e da definição conceitual no estudo referente ao EBES:

No campo das instituições, não há como recortar e definir ‘padrões’ sem recorrer à História. Mas, sem conceitos claros, a experiência histórica fica temporalmente indeterminada e acaba perdendo-se na multiplicidade infinita dos casos, impedindo a comparação entre seus processos e formas e inviabilizando, assim, a organização e a análise de suas tendências através da construção de tipos ou paradigmas.

Com relação ao conceito de EBES, Kerstenetzky (2012) afirma que o termo foi definido por Zimmern<sup>7</sup> nos anos 1930 para caracterizar a evolução do Estado britânico de um *power state* para um estado democrático. Depois da Segunda Guerra Mundial, esse termo passou a denominar a provisão de serviços pelo Estado “de uma maneira centralmente coordenada e centralizada” (KERSTENETZKY, 2012, não paginado).

Dessa forma, a autora apresenta a definição da *International Encyclopedia of the Social Sciences*, segundo a qual o Estado de Bem-Estar Social consistiria no “conjunto de programas governamentais voltados para assegurar o bem-estar dos cidadãos face às contingências da vida na sociedade moderna, individualizada e industrializada” (KERSTENETZKY, 2012, não paginado). Esping-Andersen (1990), por sua vez, também afirma que uma definição comum de EBES refere-se à responsabilidade estatal de garantia do bem-estar básico dos cidadãos. Mas o autor aponta a falha dessa definição, uma vez que não há delimitação sobre o que significaria o bem-estar básico.

Segundo Briggs<sup>8</sup>, o EBES consistiria no uso deliberado do poder por meio de políticas e da administração, com o fim de assegurar uma renda mínima aos cidadãos; de reduzir o grau de insegurança dos indivíduos e das famílias com relação às contingências como doença, velhice e desemprego; e de garantir a todos os cidadãos de forma indiscriminada o acesso ao melhor padrão de serviços sociais disponíveis (BRIGGS, 1969 apud LAVINAS; COBO, 2009). Na mesma linha de pensamento está o conceito de Jiménez e Portillo (2013, p. 14), de acordo com o qual o EBES consistiria na intervenção do governo na economia por meio de

<sup>7</sup> ZIMMERN, SIR A. E. *Quo Vadimus*. Oxford: Oxford University Press, 1934.

<sup>8</sup> BRIGGS, A (1969). The Welfare State in Historical Perspective. In: PIERSON, C.; CASTLES, F. (orgs.). *The Welfare State Reader*. Cambridge: Polity Press, 2006.

um conjunto de programas com vistas a garantir “um nível de vida suficiente e adequado aos cidadãos de um país”.

Apesar dessa definição comum de intervenção do setor público para garantir segurança e bem-estar mínimo aos cidadãos, Kerstenetzky (2012, não paginado) afirma que não há um conceito único de bem-estar social, o que gera uma grande variedade de denominações para defini-lo: “sistema de proteção social, seguridade social, políticas sociais, estado-providência, bem-estar social, bem-estar público, administração social, serviços sociais”. De acordo com Fiori (1997), o conceito de proteção social, que é comumente utilizado como sinônimo de EBES, consiste em uma simplificação da complexidade de instituições existentes. Nessa visão, o EBES seria uma versão mais complexa da proteção social.

Uma definição mais ampla de EBES foi desenvolvida por Mishra<sup>9</sup> (1995), que destacou três linhas básicas para caracterizar esse Estado, sendo a primeira a existência de serviços sociais universais; a segunda, a realização de políticas de manutenção do pleno emprego; e a terceira, a “democratização das relações sociais”, por meio de regulamentação e de medidas fiscais (MISHRA, 1995 apud VIANA, 2007, p. 78). Portanto, o conceito de Mishra difere em relação aos demais conceitos apresentados por ir além dos objetivos de seguridade e de bem-estar dos cidadãos, para os objetivos de organização do Estado democrático e de busca do pleno emprego.

A partir dos conceitos apresentados, é possível perceber a amplitude do significado de Estado Bem-Estar Social que, para além de um sinônimo de provisão da proteção social dos cidadãos, envolve objetivos mais amplos com relação à organização social e econômica dos países. Entretanto, considerar o EBES a partir de todo esse alargamento conceitual dificultaria a realização de análises e de comparações das experiências existentes. Por isso, os autores consultados geralmente analisam o EBES a partir da intervenção do governo com o objetivo de garantir a proteção social aos cidadãos e de prover o mínimo necessário para o bem-estar desses.

Com isso, o conceito de EBES se aproxima do conceito de Proteção Social, não considerando esta como um sinônimo daquele, mas sim assumindo a proteção social como uma função do EBES. Di Giovanni (1998) define sistemas de proteção social como “as formas, às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para

---

<sup>9</sup> MISHRA, R. **O Estado Providência na sociedade capitalista**. Oeiras: Celta, 1995.

proteger parte ou o conjunto de seus membros” e que decorrem de problemas da vida, “tais como a velhice, o infortúnio e as privações” (DI GIOVANNI, 1998, p. 10).

Kerstenetzky (2012), na análise da evolução do EBES, o considera sobre o ponto de vista da proteção social, com ênfase nos programas institucionalizados (seguros contra doenças, contra o desemprego e aposentadorias, por exemplo). Dessa forma, a proteção social pode ser utilizada como uma aproximação ao conceito de EBES, sem pretender negar a maior profundidade desse conceito. E assumindo a proteção social como uma *proxy* ao EBES, podemos realizar a comparação dos modelos adotados no Brasil e na Espanha, dada a possibilidade de observação empírica das instituições que a configuram.

A presente monografia enfatiza as instituições que compõem a base da Seguridade Social definida no Brasil pela Constituição de 1988 – Saúde Pública, Previdência Social e Assistência Social -, não sem ressaltar as características gerais dos regimes de EBES brasileiro e espanhol. Embora Draibe (2003) ressalte que o termo Proteção Social possui conotação similar ao EBES (em seu aspecto mais amplo) e distinto da terminologia de Seguridade Social (a qual seria mais restrita pela sua definição nas três políticas citadas), o presente trabalho foca na Seguridade Social como um estudo específico de áreas selecionadas do EBES. Na literatura pertinente ao tema, geralmente políticas de Educação Pública, de Habitação e de Seguro-desemprego são agregadas às análises de proteção social. No entanto, entende-se que incorporar essa diversificação de políticas sociais à análise institucional atual exigiria um trabalho mais aprofundado e de extensão mais elevada do que o proposto pela monografia.

### 2.3 TIPOLOGIAS DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

Após a definição conceitual do EBES, podemos apresentar as diferentes tipologias existentes<sup>10</sup>, que buscaram classificar as diversas experiências de bem-estar social em regimes com características similares. Segundo Esping-Andersen (1990), apesar do *continuum* de características verificado nas diversas experiências de bem-estar social, classificá-los em regimes com fatores comuns permite a comparação dessas experiências.

Di Giovanni (1998) afirma que um modelo pioneiro foi o de Titmuss<sup>11</sup>, existente já nos anos 60, e que previa três gêneros de EBES:

<sup>10</sup> Ressalta-se que as tipologias adotadas na presente monografia não são exaustivas.

<sup>11</sup> TITMUSS, R. **Essays on the Welfare State**. New Haven: Yale University Press, 1959.

- a) residual (com políticas seletivas, as quais seriam realizadas quando os canais tradicionais de satisfação das necessidades não resolvessem todas as carências);
- b) meritocrático redistributivo (com intervenção apenas para corrigir as falhas de mercado e focado nas capacidades individuais); e
- c) institucional redistributivo (modelo que garante as políticas de proteção social a todos os cidadãos).

Essa classificação de Titmuss se baseia em dois critérios: a relação do Estado com o mercado; e os grupos destinatários das políticas (AURELIANO; DRAIBE<sup>12</sup>, 1989 apud DI GIOVANNI, 1998). Fiori (1997) afirma que Ugo Ascoli<sup>13</sup>, em 1984, ampliou a análise do modelo de Titmuss, diferenciando dois subtipos para o EBES meritocrático redistributivo: o corporativo, com maior peso dos sindicatos e das corporações; e o clientelístico, com maior peso do sistema partidário e das influências eleitorais.

Esping-Andersen (1990) desenvolveu outra classificação de regimes de EBES, considerando dois critérios para a existência deste Estado, além de outros três para seu enquadramento nos regimes expostos. O primeiro critério para a existência seria a transformação histórica das atividades do Estado, sendo um EBES de fato aquele que dedica a maior parte da sua rotina para o bem-estar social. Com base nesse critério, Esping-Andersen (1990) afirma que não houve nenhum EBES verdadeiro até a década de 1970.

O segundo critério é a diferenciação entre Estados residuais e institucionais (conforme a conceituação realizada por Titmuss). Dessa forma, o foco da classificação deve estar no conteúdo dos EBES, e não meramente nos gastos. Os Estados residuais apenas subsidiam a ação do mercado ou da família quando estes são insuficientes, sendo os institucionalistas os modelos universais (compromisso institucionalizado com o bem-estar social de toda a população) (ESPING-ANDERSEN, 1990).

Em seguida, Esping-Andersen (1990) amplia esses dois critérios para promover a classificação das diversas experiências de EBES: garantia de direitos sociais, “desmercadorização” dos indivíduos em relação ao mercado e a relação do Estado com o mercado e a família na provisão social. A “desmercadorização” refere-se à aquisição de um status prático de direitos de propriedade dos direitos sociais, os quais se tornam invioláveis e

---

<sup>12</sup> AURELIANO, L., DRAIBE, S. A especificidade do welfare state brasileiro. In: **Economia e Desenvolvimento**, n. 3, Brasília, MPAS e CEPAL, 1989.

<sup>13</sup> ASCOLI, U. **O sistema italiano de Welfare**. Roma: Laterza, 1984.

desassociados dos desempenhos individuais, garantindo a independência do indivíduo em relação ao mercado (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 102 -104).

Após definir os critérios citados, Esping-Andersen (1990) criou a classificação de três regimes de EBES, afirmando que distintas experiências podem ser agrupadas nesses grupos de regimes, a partir de seguinte tipologia:

- a) EBES Liberal: nestes regimes “predominam a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social”. O bem-estar é garantido até a “propensão marginal à opção pelos benefícios sociais em lugar do trabalho”, com ênfase no mercado e benefícios modestos, que tão somente subsidiam a iniciativa privada. Esse modelo reduz a “desmercadorização” e incentiva a estratificação dos que recebem os benefícios. Exemplos deste regime são encontrados nos Estados Unidos, Canadá e Austrália. (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 108).
- b) EBES Conservador/Corporativista: garantia de direitos ligados às diferenças de classes e status, moldados pela Igreja e “comprometidos com a preservação da família tradicional”. Este regime possui baixo impacto de redistribuição e tem caráter subsidiário em relação à família. Os exemplos são encontrados na Áustria, França, Alemanha e Itália (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 108).
- c) EBES Social democrata: ênfase nos princípios de universalismo e de “desmercadorização” dos direitos sociais, garantidos a toda a população (estendidos, também, à classe média). A igualdade é objetivada a partir de um alto padrão, e não de níveis mínimos de necessidades. Nesse regime, os trabalhadores desfrutam dos mesmos direitos dos mais ricos (de mesma qualidade). “Esse modelo exclui o mercado e, em consequência, constrói uma solidariedade essencialmente universal em favor do *welfare state*”. Ao estar comprometido com a garantia do pleno emprego (dada a necessidade de elevados recursos para manter o alto nível de dispêndio do modelo), há incentivo ao trabalho feminino e à redução do desemprego. Os países que mais se aproximam a este regime são os países escandinavos (como a Suécia) (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 109-110).

Moreno (1999) e Jiménez e Portillo (2013) consideram uma tipologia com quatro regimes, conforme segue: Regime Anglo-Saxão (o Regime Liberal da classificação de Esping-Andersen); Regime Continental (ou corporativista); Regime Nórdico (ou

universalista); e Regime Mediterrâneo. Para Moreno (1999), a Espanha, a Grécia, a Itália e Portugal (países do Sul da Europa) possuem similaridades históricas, de valores e institucionais. Além disso, destaca-se o papel histórico da Igreja como provedora de proteção social, embora em declínio. O EBES mediterrâneo possui nível médio de "desmercadorização", "acesso a serviços e a benefícios de bem-estar por comprovação de meios (*means testing*)" e importante papel da família (o lar) como instituição provedora de "bem-estar para seus membros" (MORENO, 1999, p. 3 – 4, tradução nossa<sup>14</sup>). No EBES do sul da Europa prevalece a cultura assistencial residual (atuação do Estado *ex-post*), a cobertura à velhice e o gasto social reduzido, o que prejudica a eficiência da proteção social (VIANA, 2007, p. 153).

Tendo em vista o exposto, Moreno (1999, p. 2, tradução nossa<sup>15</sup>) caracteriza o EBES meridional/mediterrâneo como uma "via média" entre "os regimes 'bismarckianos, de manutenção de rendas ocupacionais e os 'beveridgeanos', de cobertura universal". O modelo mediterrâneo é também denominado modelo latino, de acordo com a classificação de Abrahamson<sup>16</sup> (1995 apud VIANA, 2007).

A classificação de Esping- Andersen de 2000<sup>17</sup> (apud VIANA, 2007) inclui o regime mediterrâneo no regime conservador, destacando-se o papel central da família e subsidiário do Estado, a orientação corporativista e o alto grau de "desmercadorização" para o chefe da família. Os serviços sociais são escassos (exceto a saúde, que foi uma área privilegiada) e há ênfase à manutenção de renda via transferências monetárias (ESPING-ANDERSEN, 2000 apud VIANA, 2007).

É importante ressaltar que Esping-Andersen (1990) reconhece que nenhum EBES possui características de um único regime, mas sim elementos de uma combinação deles. Entretanto, conforme já exposto, o autor defende a utilização de tipologias de regimes para possibilitar a comparação entre as diferentes experiências de EBES. Viana (2007) também ressalta a visão de Johnson (1990)<sup>18</sup> de que, embora as tipologias sejam criticadas por suas insuficiências, consistem em importante instrumento de análise do EBES, dada a necessidade de inclusão de outras variáveis que não só o gasto social. Entre essas variáveis, Viana (2007)

---

<sup>14</sup> Do original em espanhol.

<sup>15</sup> Do original em espanhol.

<sup>16</sup> ABRAHAMSON, P. **Welfare pluralismo** – pluralismo de bem-estar: para um novo consenso na política social europeia? Tradução livre de Potyara A. P. Pereira. Brasília: NEPPoS/CEAM/UNB, 1995.

<sup>17</sup> ESPING-ANDERSEN, G. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000.

<sup>18</sup> JOHNSON, N. **El Estado del Bienestar en transición: la teoría y la práctica del pluralismo de bienestar**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990.



destaca a verificação dos princípios que norteiam as políticas de proteção social. Os próximos capítulos, portanto, apresentam as características dos EBES brasileiro e espanhol sob uma perspectiva histórico-descritiva e comparativa.

### 3 O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL DO BRASIL

Apesar da afirmação de Pochmann (2004) de que o EBES foi desenvolvido em sua plenitude apenas nas economias desenvolvidas e centrais do capitalismo (e que na periferia seu desenvolvimento não foi consolidado), foi exposto no capítulo anterior que esse arcabouço institucional não se resume em uma definição única, mas sim em um *continuum* de experiências com distintos graus de abrangência e de institucionalização. Assim, podemos considerar a prática brasileira na proteção social como uma configuração dinâmica de um EBES, que se transformou de acordo com os regimes políticos e com as correlações de forças sociais que vigoraram desde a década de 1930 e que permanece se desenvolvendo. Draibe (1993<sup>19</sup> apud BENEVIDES, 2011) afirma que possuímos um padrão específico de atuação na elaboração do sistema de proteção social, mas não afastado das características mais gerais do EBES.

Dessa forma, o objetivo do presente capítulo é discorrer sobre esse padrão específico desenvolvido na experiência brasileira de bem-estar social. A primeira seção apresenta brevemente a origem do EBES no Brasil, atribuída pela literatura estudada à década de 1930 (Governo de Getúlio Vargas). Essa seção ainda trata da evolução da proteção social brasileira ao longo dos governos democráticos do século XX e, posteriormente, das mudanças que ocorreram com a instauração do governo militar em 1964. A seção posterior analisa a reestruturação do EBES brasileiro com a redemocratização em 1985 e, especificamente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e suas configurações até os dias atuais. A terceira seção, por fim, apresenta as características institucionais e sociais vigentes nas políticas integrantes da Seguridade Social brasileira, com ênfase à correlação de forças sociais e políticas, aos critérios de elegibilidade, às orientações e aos princípios e às formas de financiamento.

O capítulo tem como base a classificação temporal de Kerstenetzky (2012, p. 181), a qual destaca a ocorrência de “três ondas longas de inovação institucional e difusão de direitos sociais no Brasil”: a primeira vai de 1930 – 1964 (bem-estar corporativo); a segunda ocorre durante os governos militares (“universalismo básico”); e a terceira inicia em 1988 e compreende um bem-estar que tende a um universalismo estendido.

---

<sup>19</sup> DRAIBE, S. **O Welfare State no Brasil**. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, caderno de pesquisa n. 80, 1993.

### 3.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL: DO CORPORATIVISMO AO UNIVERSALISMO BÁSICO

A literatura especializada no EBES brasileiro e analisada na presente monografia relaciona a origem deste Estado à década de 1930, quando teve início a República Nova de Getúlio Vargas (KERSTENETZKY, 2012; BENEVIDES, 2011; WINCKLER; NETO, 1992; DRAIBE, 2003; POCHMANN, 2004; CASTRO; RIBEIRO, 2009). Kerstenetzky (2012) destaca o ineditismo do reconhecimento de direitos sociais no Brasil com o Governo Vargas<sup>20</sup>, inserido nas Constituições de 1934 e de 1937. Draibe (2003, p. 66) ressalta que esse momento demarca o “ponto de partida” do nosso sistema de proteção social, visto que apenas então houve a instauração de “princípios de justiça social e de solidariedade”.

De acordo com Kerstenetzky (2012), a constituição do nosso sistema de proteção social não se diferencia, em sua evolução, do que ocorreu nos países pioneiros em experiências corporativas. As políticas sociais consideraram (e perpetuaram) a estratificação social então vigente (ao serem baseadas nas categorias profissionais e ao privilegiarem os trabalhadores industriais e urbanos). A autora classifica, então, a configuração do EBES durante a República Nova no regime conservador/corporativista, em que o acesso à proteção ocorria por meio das ocupações (laborais), com o objetivo de cobrir, através de seguros sociais, os “riscos associados à participação no mercado de trabalho” (acidente, doença, idade, tempo trabalho, etc.) (KERSTENETZKY, 2012, p. 177). Castro e Ribeiro (2009) atentam para o fato de que o modelo conservador aqui instituído ocorreu em uma situação de condições instáveis no mercado de trabalho (com desemprego, informalidade, condições trabalhistas precárias), enquanto que nos países centrais vigorava o pleno emprego. Dessa forma, as políticas realizadas excluíram os trabalhadores rurais e a massa de trabalhadores urbanos não formalizados de sua abrangência (KERSTENETZKY, 2012).

Para Draibe (2003, p. 67), o modelo adotado nesse período possuía dimensão e complexidade organizacional expressivas e englobava “praticamente todos os programas próprios dos modernos sistemas de proteção social”. No entanto, ela também ressalta o caráter

---

<sup>20</sup> Durante a República Velha (1889- 1930), as relações trabalhistas eram pautadas em contratos privados, sem a participação do Estado. Uma inovação do período foi a criação, em 1923 (por meio da Lei Eloy Chaves), de seguros coletivos obrigatórios, fornecidos pelas empresas aos seus empregados, denominados de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) (KERSTENETZKY, 2012). No entanto, Kerstenetzky (2012) não considera que esses seguros devam ser interpretados como pioneiros da seguridade social brasileira, já que consistem em iniciativas privadas (e não públicas). Para mais informações sobre as características das relações e políticas sociais durante a República Velha, ver Kerstenetzky, 2012, p. 184 – 188; e Benevides, 2011, p. 61 – 62.

clientelista e a insuficiência no atendimento à população mais necessitada, caracterizando o regime como conservador.

Duas políticas sociais do período são destacadas, ademais dos direitos trabalhistas institucionalizados com a Consolidação das Leis do Trabalho de 1943<sup>21</sup>: a definição do salário mínimo e a criação dos primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). No âmbito da previdência, os IAPs nacionais são “organizados por categorias profissionais, com financiamento e governança tripartite”, entre “empregados, empregadores e o Estado”. A institucionalização dos IAPs marca a introdução do seguro social público, caracterizando “as primeiras formas de seguridade social no país” (KERSTENETZKY, 2012, p. 190- 191).

Como os benefícios eram alocados de acordo com a arrecadação de cada instituto, havia a manutenção das desigualdades salariais entre as distintas classes profissionais. A atenção médica era restrita às classes profissionais (associadas no sistema de previdência contributivo) (BENEVIDES, 2011; KERSTENETZKY, 2012). Aos trabalhadores sem emprego formal, restava a filantropia, os serviços públicos restritos e a provisão privada de saúde (PAIM et al., 2011). No âmbito da assistência, havia tão somente incentivo às iniciativas privadas de proteção às crianças e aos adolescentes e à maternidade (PASINATO, 2009<sup>22</sup> apud BENEVIDES, 2011).

Com relação às características do EBES introduzido nesse período, destaca-se seu caráter autoritário (com a centralização em uma elite política e burocrática e na burguesia hegemônica) e a participação das categorias de trabalhadores através dos sindicatos (os quais eram regulamentados pelo governo) (KERSTENETZKY, 2012; WINCKLER; NETO, 1992). O padrão comportamental foi denominado por Kerstenetzky (2012) de “cidadania sindical”, em que a participação política da população era reconhecida apenas através da atuação dos sindicatos. Winckler e Neto (1992, p. 112) destacam que o processo de reconhecimento da cidadania social de parcela da população é peculiar, ao anteceder a “aceitação da participação política”. Ou seja, a cidadania social foi atribuída de cima para baixo, partindo das

---

<sup>21</sup> Entre os diversos direitos trabalhistas consolidados no período, podemos citar a redução da jornada de trabalho para oito horas, a estabilidade no emprego, a regulamentação da sindicalização e o descanso remunerado. Um destaque do Governo Vargas é a sua atuação na concessão de direitos trabalhistas, com foco nos trabalhadores assalariados, significando um marco para a história do direito do trabalhador no Brasil (KERSTENETZKY, 2012). A presente monografia não se aprofunda na legislação trabalhista e nas políticas sociais voltadas ao emprego, dada a definição do escopo do estudo em Saúde Pública, Assistência Social e Previdência Social. No entanto, ressalta-se a importância das políticas de emprego (e de manutenção da renda do trabalhador) no âmbito do EBES, mas que, devido a sua complexidade e à amplitude de políticas correlatas, sugere-se seu tratamento em um estudo separado.

<sup>22</sup> PASINATO, M. T. **Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas**: novos desafios para os sistemas de Seguridade Social. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

autoridades políticas a uma seletividade de cidadãos, e não conquistada pela participação sócio-política, o que favoreceu a prática do clientelismo.

A promoção da proteção social corporativista foi apoiada pelas elites industriais crescentes no país, com o intuito de regularizar a relação trabalhista assalariada e permitir a consecução do projeto de desenvolvimento do país (ao garantir o mínimo aos trabalhadores, objetivava-se a aceitação do regime imposto). Pochmann (2004) chama atenção para a alteração da correlação de forças sociais ocorrida no início da década de 1930, quando houve um deslocamento do predomínio da elite agrário-exportadora para as classes urbanas e industriais. Essa modificação na estrutura social foi favorável à “consagração de um novo modelo econômico” (POCHMANN, 2004, p. 8), pautado na industrialização, e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do sistema de proteção social.

Os critérios de elegibilidade estavam relacionados à “obtenção da carteira profissional”, perpetuando (e intensificando) a estratificação social em que uma massa de trabalhadores rurais e urbanos sem “contratos formais de trabalho” ficava excluída do regime de proteção social (o que significava grande parte da população) (KERSTENETZKY, 2012, p. 193 - 194). Além disso, Draibe (2003) afirma que já houve, nos primórdios do nosso EBES, forte relação público-privado, com o setor privado atendendo os segmentos populacionais de rendimentos mais elevados e se relacionando com o setor público na provisão de serviços.

Quanto à cobertura, Kerstenetzky (2012) afirma que uma parcela muito pequena da população teve acesso ao sistema de proteção social (devido ao critério de elegibilidade e à realidade social brasileira vigente, com grande parte da população vivendo em áreas rurais, além de intenso trabalho informal vigorando nas cidades). Draibe (2003) é mais enfática ao afirmar que o regime de EBES instituído no Brasil não teve impactos notáveis na redistribuição, sendo tão somente sancionador da estrutura de distribuição de renda existente.

No período democrático, que abarca os anos de 1946 – 1964, houve “tentativas de universalização da previdência, incluindo a incorporação não contributiva dos trabalhadores rurais”, mas estas não foram implementadas. Na Assistência Social, foi criado um abono familiar de 5% do salário mínimo por criança de até 14 anos (KERSTENETZKY, 2012, p. 197 – 198).

Sem embargo, essa tentativa de evolução para um regime de EBES mais universalista e mais redistributivo não foi viabilizada, tanto por problemas macroeconômicos (aumento da inflação e redução do crescimento econômico) quanto por entraves entre o poder executivo e o “Congresso conservador”. Por fim, o projeto de expansão do sistema de proteção social

brasileiro foi suprimido pela instauração do regime militar em 1964 (KERSTENETZKY, 2012, p. 199).

Segundo a visão de Pochmann (2004, p. 8), o crescimento econômico não foi acompanhado, no Brasil, pela “construção de uma sociedade justa, democrática e socialmente menos desigual”. O objetivo nítido foi viabilizar o projeto desenvolvimentista de industrialização do Brasil e regularizar as relações trabalhistas assalariadas. A maior igualdade era vista como uma consequência de tal desenvolvimento, e não como um objetivo político que deveria ser promovido pelo Estado, permitindo a perpetuação dos problemas sociais brasileiros (POCHMANN, 2004). Draibe (2003) ainda destaca a ocorrência de desperdícios e de ineficiências na gestão do sistema de proteção social, o que inviabilizada ainda mais sua atuação efetiva.

O regime militar instaurado em 1964 marcou o início de uma nova fase na evolução do EBES brasileiro, a qual foi denominada por Kerstenetzky (2012) de “universalismo básico”: aprofundamento da universalização do sistema de proteção social, mas afastada do caráter redistributivo. Para Winckler e Neto (1992, p. 113), o período consolidou o sistema de proteção social institucionalmente, embora de forma conservadora.

Na Previdência Social, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o qual unificou e uniformizou a seguridade social sob uma “estrutura administrativa estatal centralizada” para os trabalhadores privados civis (os trabalhadores públicos e militares já possuíam regimes separados). A instituição do INPS marcou o início de uma gestão burocrática e despolitizada da previdência com a “exclusão de representantes dos empregados e empregadores” (KERSTENETZKY, 2012, p. 201).

Um aspecto positivo do novo regime de previdência é sua expansão aos trabalhadores rurais (através da criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL), com financiamento não contributivo (via imposto sobre consumo de bens agrícolas), o que significou expansão da cobertura e do caráter redistributivo do sistema de proteção social. Entretanto, o impacto redistributivo foi limitado devido à fixação do benefício ao trabalhador rural em meio salário mínimo. Além da incorporação dos trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos foram inseridos no regime de bem-estar social na década de 1970. No entanto, houve a permanência da exclusão dos trabalhadores informais (BENEVIDES, 2011).

Outra mudança significativa foi a alteração do regime de capitalização (quando cada pessoa possui sua carteira na previdência de forma individualizada e seu benefício depende da sua contribuição) para o regime de repartição (não há carteiras individualizadas e as

contribuições entram em um montante único - aqui reside a lógica da transferência intergeracional: as contribuições atuais financiando os benefícios vigentes). O regime de repartição amplia o caráter redistributivo e solidário do regime de previdência, pois há uma garantia de benefícios definidos aos indivíduos que contribuem, independente de sua cota na carteira previdenciária (KERSTENETZKY, 2012).

No âmbito da Assistência Social, destaca-se que esta era associada à Previdência Social e, portanto, parte de seu financiamento consistia em contribuição social dos beneficiários, o que limitava o objetivo redistributivo da assistência. Quanto às políticas criadas, houve a instituição da licença-maternidade (atrelada à previdência) e da “Renda Mensal Vitalícia de meio salário-mínimo para idosos de 70 anos ou mais e inválidos pobres” (KERSTENETZKY, 2012, p. 203).

A provisão de Saúde Pública também era atrelada à Previdência. Havia a atuação do setor público para o “atendimento emergencial da população não segurada”, de forma residual (restrita aos pobres), financiado com recursos do sistema contributivo. Com a expansão dos segurados pela previdência, houve ampliação da atuação do setor privado na saúde. A ideia era uma suplementação da provisão de saúde pública, que operava através do INPS, por uma rede privada que atuava principalmente via “convênios-empresas”. Dessa forma, as empresas garantiam aos seus empregados seguros privados de saúde em troca de benefícios fiscais (“*welfare* ocupacional”). Houve a introdução, ainda, da lógica do “*welfare* fiscal” (“deduções e isenções tributárias a pessoas físicas na educação e na saúde”). Esses benefícios intensificaram o caráter regressivo do gasto social e da tributação no Brasil e impactam nosso EBES até os dias atuais (KERSTENETZKY, 2012, p. 201-204). Paim et. al. (2011, p. 17) afirmam que houve, nesse período, a “proliferação de planos de saúde privados”.

Para Fagnani (1997), de 1964-1967 ocorreu a concepção do regime conservador do EBES no período militar, com sua institucionalização no período posterior, de 1968-1973. A partir de 1974, o EBES instaurado durante os governos militares começou a passar por uma crise, atrelada à redução do crescimento econômico e ao início da abertura política gradual. Após o Milagre Econômico, reforçou-se também o discurso de necessidade de ampliação dos efeitos redistributivos da proteção social. Entretanto, Fagnani (1997) ressalta o caráter contraditório do período entre a objetivação de melhoria da distribuição social acompanhada de uma racionalização dos gastos sociais. Houve uma busca de ampliação da cobertura do sistema de proteção social, especialmente com a instituição do Plano de Pronto Ação (PAA), que permitia o atendimento médico de emergência para qualquer pessoa, independente de estar associada ao sistema previdenciário (FAGNANI, 1997).

Por fim, o período de 1981-1984 marcou o esgotamento do modelo conservador de bem-estar social, em um momento de abertura política e de crise econômica (responsável pela redução das fontes de financiamento da proteção social). A tendência à abertura política e a “reorganização da sociedade civil” aumentaram a “pressão das camadas subalternas por medidas redistributivas”, justamente no momento em que houve redução dos benefícios previdenciários e de assistência médica (FAGNANI, 1997, p. 211 – 214).

Kerstenetzky (2012) destaca que no período militar houve evolução do sistema de proteção social no caminho da diversificação e da universalização, mas esta ocorreu pela margem na previdência social e, no caso da saúde, foi caracterizado pela privatização e redução da qualidade do serviço público. Embora houvesse redução da pobreza, o modelo de bem-estar social adotado gerou aumento da desigualdade social. A principal razão foi a perda de poder de compra do salário mínimo, causando impactos nos benefícios sociais (que a ele eram atrelados). No entanto, destaca-se o caráter regressivo do gasto social e da tributação, com grande parte da carga tributária brasileira baseada em impostos indiretos (que oneram mais as pessoas de baixa renda) e em contribuições sobre o trabalho, além dos benefícios de deduções fiscais para as pessoas físicas e para as empresas e dos gastos diretos do setor público com os segmentos privados na proteção social (KERSTENETZKY, 2012; FAGNANI, 1997).

Realizando uma análise institucional, os princípios se pautaram pela busca de auto sustentabilidade do financiamento do sistema de proteção social e pela centralização na gestão dos recursos e dos benefícios. Outra característica do EBES foi seu caráter autoritário (BENEVIDES, 2011). Com relação ao padrão comportamental, houve redução da participação social e uma tendência de busca, pela classe média, dos serviços de bem-estar na iniciativa privada (dada a precarização dos serviços) (VIANNA<sup>23</sup>, 1998 apud BENEVIDES, 2011).

O sistema de proteção social desenvolvido no regime militar foi eficiente para estimular o crescimento econômico, mas não teve eficácia na inclusão (já que os programas universais eram restritos e ineficientes) e tampouco na seleção (pois não houve focalização nos segmentos mais necessitados da população) (DRAIBE, 2003). Com o aumento das críticas ao regime militar, ampliou-se “o consenso em torno da tese da descentralização”, principalmente com a piora da “questão social” gerada pelos ajustes econômicos (FAGNANI, 1997, p. 215).

---

<sup>23</sup> VIANNA, M. L. W. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.



Dessa forma, o regime democrático retornou à agenda política brasileira com o reconhecimento de uma “dívida social”<sup>24</sup> com a população, de forma a superar a lógica anterior de desenvolvimento social submisso à busca de crescimento econômico. Demandou-se a revisão do EBES configurado no período militar via promoção da “descentralização político-administrativa”, ampliação da participação social, universalização da proteção social e aumento dos seus impactos redistributivos, e redefinição do “padrão regressivo de financiamento” (FAGNANI, 1997, p. 215).

Sob essas demandas sociais e sob as expectativas de reestruturação das políticas sociais em direção a um sistema universalista-redistributivo de bem-estar social, teve início o processo de redemocratização da política brasileira em 1985. Nas seções subsequentes, são ressaltadas as especificidades do modelo vigente de Proteção Social no Brasil, reestruturado com a Constituição de 1988, mas com resquícios (significativos) dos modelos anteriores. A seção 3.2 apresenta as características gerais do EBES (re)estruturado a partir da Constituição de 1988, enquanto que a seção 3.3 analisa as políticas de Saúde Pública, de Previdência Social e de Assistência Social.

### 3.2 O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988: REESTRUTURAÇÃO NO SENTIDO DO UNIVERSALISMO ESTENDIDO

O ano de 1985 é um marco da nova democracia brasileira, representando o fim do regime militar que perdurava desde 1964. Para além da redemocratização, a principal conquista da sociedade brasileira na construção do EBES foi a promulgação, em 1988, da Constituição da República Federativa do Brasil (ou simplesmente Constituição Federal de 1988 – CF/1988). Isso porque foram estabelecidos, a nível constitucional, o bem-estar, a igualdade e o exercício dos direitos sociais como objetivos do Estado Democrático. Pela primeira vez, o Estado estaria direcionado à proteção social de seus cidadãos como um fim (BENEVIDES, 2011), marcando, talvez, o início do EBES de fato no Brasil de acordo com o critério de dedicação da maior parte da rotina do Estado à proteção social de Esping-Andersen (1990).

Kerstenetzky (2012) afirma que a redemocratização ocasionou uma ruptura significativa do padrão anterior em que a proteção social era atrelada ao projeto de

---

<sup>24</sup> (FAGNANI, 1987 apud FAGNANI 1997). FAGNANI, E. A política social da Nova República: impasse na viabilização das reformas estruturais. In: CARNEIRO, R., org. **A política econômica do Cruzado**. São Paulo: Bional, 1987.

industrialização e, conseqüentemente, submetida ao ciclo do crescimento econômico. Após a CF/1988, os direitos sociais adquirem o status de direitos do cidadão (desvinculado à condição de trabalhador) e o crescimento econômico passa a ser visto como fruto também das políticas sociais. É ressaltada, então, a significância de tal ruptura, tanto no modelo econômico, quanto no regime político e na “governança das políticas sociais” (KERSTENETZKY, 2012, p. 182).

A visão de Castro e Ribeiro (2009) vai ao encontro de Kerstenetzky (2012), ao afirmarem que a promulgação da CF/1988 definiu uma “ruptura histórica de notáveis conseqüências”, fruto de “um longo processo de luta pela redemocratização do país”. Isso porque foram estabelecidos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais ou que não eram reconhecidos, ou que, se já reconhecidos, foram garantidos de forma constitucional (CASTRO; RIBEIRO, 2009, p. 17 - 18). Da mesma forma, Winckler e Neto (1992, p. 114) ressaltam que houve um rompimento do regime conservador e um avanço para um regime “institucional redistributivista”.

A intensificação da reivindicação social por um EBES mais amplo e pela redemocratização ocorreu no final da década de 1970, com o fortalecimento do sindicalismo (POCHMANN, 2004). No entanto, nesse processo de redemocratização, houve duas forças combatentes: os representantes do regime militar, que defendiam a abertura política de forma gradual; e o partido de oposição, representado pelo Movimento Democrático do Brasil (MDB) e aliado a movimentos sociais, que defendia a redemocratização do país (SAMPAIO, 2009<sup>26</sup> apud CASTRO; RIBEIRO, 2009). Durante a constituinte, uma reação conservadora se organizou com o objetivo de conter (e retroceder) as conquistas que tendiam a um sistema de proteção social mais progressista (FAGNANI, 1997, p. 220).

Houve, portanto, um confronto de forças políticas com relação à reformulação do EBES e à transição democrática. De um lado, as forças políticas pró-direitos sociais defendiam “um amplo projeto de reorganização institucional e econômica”. No entanto, essa estratégia foi contida por movimentos conservadores que se organizaram a partir de 1987 (FAGNANI, 1987, p. 214 – 215).

Fagnani (2005<sup>27</sup> apud CASTRO; RIBEIRO, 2009) resalta que os movimentos sociais foram importantes para a inclusão da agenda de expansão do sistema de proteção social em direção ao universalismo no processo de restabelecimento da democracia. No entanto, “a

<sup>26</sup> SAMPAIO, P. A. Para além da ambigüidade: uma reflexão histórica sobre a CF/88. In: CARDOSO JR., J. C. **A Constituição Brasileira de 1988 revisitada**. Brasília: Ipea, 2009. v. 1.

<sup>27</sup> FAGNANI, E. **Política social no Brasil** (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. Tese (Doutorado) – Universidade de Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

transição democrática no Brasil sela um pacto conservador interelites e expressa seu caráter ‘negociado’ e ‘pelo alto’” (FAGNANI, 1997, p. 219). O conteúdo do EBES incluído na CF/1988 esteve altamente atrelado à correlação de forças sociais e políticas então existente, conforme afirmam Castro e Ribeiro (2009, P. 18-19):

Assim, quando da convocação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), a configuração de forças presente permitiu que, além da restauração do estado democrático de direito, fosse conquistada a elaboração de um **novo sistema de políticas sociais que avançava bastante em relação ao que estava em vigor** – e isto, em um momento em que o pensamento liberal e conservador se tornara hegemônico em escala mundial, difundindo a busca pelo *Estado mínimo* em vários países subdesenvolvidos (grifo nosso).

Entretanto, a correlação de “forças heterogêneas e ideologicamente diversas e antagônicas” fez com que a CF/1988 fosse menos progressista em direção a um EBES universalista-redistributivo do que o visado pelos movimentos sociais. Mesmo assim, demarcou uma mudança do modelo de proteção social conservador em direção a um modelo redistributivista (CASTRO; RIBEIRO, 2009, p.19). O sufrágio universal do novo regime democrático foi outro fator que favoreceu o ímpeto de expansão do sistema de proteção social (POCHMANN, 2004). Essas mudanças tiveram início com a redemocratização, em 1985, quando foram formados grupos de trabalho para discutir os destinos da política social brasileira, formados por lideranças políticas, empresariais e intelectuais, além de representantes da classe trabalhadora (FAGNANI, 1997).

Para Kerstenetzky (2012), a reestruturação de 1988 “representou mudança qualitativa em relação aos regimes de bem-estar precedentes”. Os direitos sociais previstos na Constituição de 1988, se garantidos, aproximariam o modelo de EBES brasileiro àquele do “regime socialdemocrata”, pela universalização das políticas, “seja por ampliação da cobertura ou uniformização de benefícios e serviços” (KERSTENETZKY, 2012, p. 212 – 213). Quanto à demarcação temporal, o período de 1988 – 1990 foi marcado pelas “determinações constitucionais”; em 1991-1992, prevaleceu o ajuste fiscal e houve “contração do gasto social”; em 1993-1998, houve avanços nos direitos sociais; em 1999 – 2003, houve redução do gasto social e nova ênfase no ajuste fiscal; por fim, no período de 2004 – 2009 houve retorno à “agenda constitucional” (KERSTENETZKY, 2012, p. 214 – 215).

Fagnani (1997) alerta para a ocorrência de um movimento “contra reformista” mesmo antes da promulgação da Constituição Cidadã<sup>28</sup>, que inicia com o governo de José Sarney e com a ocupação de cargos políticos pelas frentes mais conservadoras do PMDB. Os impactos

<sup>28</sup> A Constituição Federal de 1988 é, com frequência, denominada de Constituição Cidadã, pelos avanços que representou na expansão dos direitos sociais dos cidadãos brasileiros. Ver Rangel et al. (2009, p. 45).

foram no sentido de ampliar o assistencialismo e o clientelismo. Além disso, houve contenção do “processo de regulamentação da legislação constitucional complementar” e a utilização de recursos da seguridade social para fins da União, como o pagamento previdenciário de seus servidores e a “retenção dos repasses das contribuições sociais”, caracterizando descumprimento constitucional (FAGNANI, 1997, p. 222 - 223).

A gestão Collor, a partir de 1990, fortaleceu o processo de contenção dos avanços sociais promovidos pela CF/1988 sob a ótica neoliberal, causando o “desaparelhamento” e a “fragmentação burocrática da política social”. Os mecanismos utilizados nesse processo foram “o descumprimento das regras constitucionais”, o veto a “projetos de Lei aprovados pelo Congresso”, “a desconsideração dos prazos constitucionalmente estabelecidos para o encaminhamento dos projetos de legislação complementar”, interpretação errônea dos dispositivos legais, além da formulação de “uma nova agenda de reformas constitucionais”. Essas reformas se afastaram do objetivo universalista e caminharam em direção a um EBES assistencialista (FAGNANI, 1997, p. 225; CASTRO; RIBEIRO, 2009).

Para Winckler e Neto (1992), o período inicial após a instauração da CF/1988 foi marcado pela fragilização financeira do setor público, devido ao elevado endividamento levado a cabo nas décadas de 1970 e 1980, o que gerou a redução da capacidade de atuação do Estado. Até mesmo no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), de 1995 a 1998, houve uma busca de conciliação dos objetivos de estabilização econômica com as reformas sociais. A atuação de FHC, no seu primeiro governo, focou-se na melhoria da eficiência das políticas sociais. Houve, portanto, o entendimento de que o endividamento do Estado era em parte ocasionado por excesso de gastos sociais (CASTRO; RIBEIRO, 2009, p. 34).

A visão de Draibe (2003) se diferencia em parte das visões apresentadas até então quanto à reestruturação do EBES, já que ela enfatiza duas etapas de reformas: a primeira seria, de fato, com a CF/1988; já a segunda consiste nos governos de FHC (principalmente ao longo da década de 1990). Ademais, ela argumenta que as reformas da década de 1980 não significaram a alteração da natureza e das formas de operação do sistema de proteção social instaurado desde a década de 1930. Portanto, para Draibe (2003), as reformas decorrentes dos governos de FHC tiveram impactos maiores na configuração do nosso EBES atual.

De acordo com a concepção de Draibe (2003), a reforma instituída sob o marco da CF/1988 teve impacto no plano das ideias e dos princípios<sup>29</sup> e no plano institucional. Ou seja,

---

<sup>29</sup> Essa foi a interpretação da autora desta monografia quanto ao exposto por Draibe (2003).

as demandas sociais de igualdade, de expansão da democracia e de “melhora da eficácia das políticas” foram consideradas na elaboração no instrumento constitucional. No plano institucional, foram incluídas a descentralização, a maior transparência e o aumento da participação social (DRAIBE, 2003, p. 69).

No entanto, ela não foi eficaz em atingir os objetivos de universalismo e de caráter redistributivo do sistema de proteção social instituído. Para tanto, teria sido necessário “trocar efetivamente o rumo do nosso sistema de proteção social”, o que não ocorreu por não ter sido acompanhada de uma revisão conceitual e, sobretudo, cultural sobre os objetivos do EBES. Dessa forma, foram perpetuadas a natureza e grande parte da forma de operação do sistema de proteção social iniciado no Brasil em 1930, mesmo que fortalecido pelas “novas definições constitucionais” (DRAIBE, 2003, p. 70).

A segunda etapa de reformas do sistema de proteção social brasileiro ocorreu durante o governo de FHC, com o estabelecimento de objetivos ambiciosos para as “políticas de bem-estar e de promoção social”. O núcleo consistiu em três eixos: “serviços sociais básicos de vocação universal e de responsabilidade pública” (como saúde, previdência e assistência social); “programas básicos” (programas prioritários); e “programa de enfrentamento da pobreza”. Essas políticas visavam à “efetiva universalização dos serviços sociais públicos”, ao aumento da eficácia das políticas e da qualidade dos serviços; ao maior impacto redistributivo; à maior participação social; e à descentralização (DRAIBE, 2003, p. 72 – 73)<sup>30</sup>.

Houve aumento da descentralização das políticas sociais, do uso de práticas de avaliação dos serviços, da “democratização da informação”, da participação social, do “reforço dos mecanismos de ação regulatória do Estado” na atuação do setor privado e da introdução de critérios bem definidos para a alocação dos recursos. Além disso, houve a institucionalização de conselhos nacionais e a implementação, de forma inovadora, dos “programas de transferência direta de renda para famílias pobres” a partir da integração de outros programas (DRAIBE, 2003, p. 75 – 77).

Draibe (2003) ressalta que as diretrizes apontadas no programa presidencial de FHC para as áreas sociais foram observadas de forma homogênea, persistente e sistemática, o que não havia ocorrido de forma tão enfática até então. Segundo a autora, o período foi marcado pela atuação ampla na proteção social, com destaque aos programas de redução da pobreza, sem abdicar os “programas sociais universais”. Isso caracterizou uma combinação de políticas universais e focalizadas, com o objetivo de aumentar o impacto redistributivo dos programas

---

<sup>30</sup> O exposto por Draibe (2003) sobre os eixos de atuação de FHC na política social foi embasado no documento presidencial de 1996 *Uma estratégia de desenvolvimento social*.

universais (como a saúde) e de melhorar o enfrentamento da pobreza via focalização, principalmente com a intensificação da transferência direta de renda (DRAIBE, 2003, p. 90 – 92).

De forma distinta, Kerstenetzky (2012, p. 215) ressalta o caráter conservador da coalizão formada no governo de FHC, voltado a “reformas principalmente fiscalistas na previdência” e tendo a política social apenas de forma compensatória aos problemas gerados no curso do crescimento econômico. Entretanto, a autora assume que a gestão de FHC foi eficaz nos programas de redução à pobreza e avançou na saúde pública (universal) e na assistência social.

Para Kerstenetzky (2012), apenas após 2004, já no governo Lula, é que o crescimento econômico passou a ser considerado de forma endógena com relação às políticas sociais e a redistributividade ganhou maior ênfase. A ênfase do Governo Lula foi ao combate à pobreza (principalmente através do Programa Bolsa Família), com o domínio da atuação da Assistência Social sobre as demais áreas do EBES.

No entanto, permaneceu a prioridade dada às políticas sociais de transferência em detrimento aos serviços sociais, o que enfraquece, de certa forma, a atuação mais plena do nosso sistema de proteção social. Mesmo assim, houve avanços significativos na redução da pobreza e da desigualdade social, através do programa de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, e da valorização real do salário mínimo (KERSTENETZKY, 2012).

Apesar desses avanços, mantêm-se insuficiências no EBES brasileiro, o qual “nem desmercantiliza nem neutraliza a estratificação resultante das relações mercantis de modo significativo”. Isso porque o nível de universalização atingido não é adequado às exigências sociais, mesmo com a expansão da inclusão social dos últimos anos. A evolução do EBES no Brasil não foi acompanhada por um amplo pacto social (que unisse estratos mais baixos e mais altos da sociedade por um objetivo comum). Forma-se, assim, um consenso de que o sistema de proteção social é “voltado para os pobres”, o que dificulta o rompimento da “seletividade nos serviços” e da segmentação do sistema (KERSTENETZKY, 2012, p. 241 – 245).

Nas subseções subsequentes constam as características desse sistema fragmentado em cada área da Seguridade Social, seguidas por conclusões com relação à configuração atual do EBES brasileiro.

### 3.3 ANÁLISE DAS POLÍTICAS SELECIONADAS

De acordo com Castro e Ribeiro (2009, p.28), “entre os principais avanços proporcionados pela CF/88 vale destacar a introdução do conceito de *Seguridade Social*”. Fagnani (1997, p.218) também afirma que essa introdução consiste em “uma das maiores conquistas do direito social brasileiro”. A Seguridade Social está contida no Título VIII – Da Ordem Social, designação que tem como base, segundo o artigo 193 da CF/88, “o primado do trabalho” e tem “como objetivo o bem-estar e a justiça sociais” (OLIVEIRA, 2004, p. 132). O bem-estar social é, portanto, constitucionalizado como um objetivo do Estado.

A razão da ênfase dada à Seguridade Social na CF/1988 e da reunião nesta das áreas da saúde, da previdência e da assistência é que suas comissões formularam propostas com maior êxito durante a constituinte (FAGNANI, 1997), respaldando a importância da correlação de forças na configuração do EBES brasileiro<sup>31</sup>. Os padrões de comportamento determinaram a evolução do EBES e continuam influenciando seus traços atuais.

No artigo 194, a Seguridade Social é definida com 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” (OLIVEIRA, 2004, p. 132). Desse modo, são estabelecidos os objetivos abaixo transcritos:

- I. universalismo da cobertura e do atendimento;
- II. uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III. seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV. irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V. equidade na forma de participação no custeio;
- VI. diversidade da base de financiamento;
- VII. caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (OLIVEIRA, 2004, p. 132).

Quanto às orientações e aos princípios, destaca-se a ênfase atribuída ao objetivo de universalização do sistema de proteção social e de busca de uniformidade entre seus beneficiários, o que é inovador tendo em vista a diferenciação no montante do benefício feita entre trabalhadores urbanos e rurais no regime militar. Além disso, a CF/1988 não deixou de ressaltar que, apesar de universal, o sistema visaria à seletividade dos serviços e dos

---

<sup>31</sup> Com relação à reforma da Seguridade Social durante a redemocratização, Paim et al. (2011, p. 18) afirmam que as bases do Sistema Único de Saúde foram definidas em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Eles destacam a importância da participação do “movimento da reforma sanitária e seus aliados” durante a constituinte na aprovação da reforma do sistema de saúde brasileiro, o que reforça o papel da participação social na correlação de forças em torno da promulgação da Constituição Federal de 1988.

benefícios, com vistas ao aumento do poder redistributivo da Seguridade Social. Houve a preocupação, ainda, de enfatizar a gestão descentralizada e com participação social, depois de superado o autoritarismo e a centralização do regime anterior. Por fim, destaca-se a questão do financiamento, em que foram inseridos objetivos tanto de diversidade quanto de equidade, do que se pressupõe que tanto a regressividade do financiamento quanto sua limitação a fontes parafiscais seria superada.

O financiamento é tratado em um artigo específico (Art. 195), em que é definido que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, [...]”, tanto por recursos provenientes do Governo em suas três esferas (nacional, estadual e municipal) quanto por contribuições sociais dos empregados e dos empregadores. Observa-se, assim, a preocupação quanto à diversidade e à equidade do financiamento. Castro e Ribeiro (2009) ressaltam que os recursos arrecadados para o financiamento da Seguridade Social seriam centralizados em um orçamento próprio, de modo a evitar que fossem alocados para outros objetivos políticos.

No seio da contrarreforma conservadora, em 1991, foi estabelecido o uso de parte dos recursos da Seguridade Social (aqueles “provenientes da contribuição das empresas sobre o faturamento e o lucro”) para pagamentos previdenciários da União em até 10% a partir de 1995 e ao desintegrar as contribuições da União do orçamento da Seguridade Social. Assim, os recursos da Seguridade Social passaram a ser utilizados como receitas da União, e não o inverso (MARQUES, 1992<sup>32</sup> apud FAGNANI, 1997, p. 226-227). No entanto, ressalta-se que a Seguridade Social possui algum grau de salvaguarda jurídica, pelo estabelecimento de benefícios mínimos e de fontes de financiamentos por meio do instrumento constitucional, o que evita, de certa forma, que o gasto social seja reduzido de forma mais intensa nos períodos de retração fiscal (CASTRO; RIBEIRO, 2009).

Ainda, havia a previsão de centralização das políticas da saúde, da assistência e da previdência no Ministério da Seguridade Social, o qual não foi institucionalizado (CASTRO; RIBEIRO, 2009). Portanto, apesar de visar à unificação das áreas centrais da proteção em uma instituição única, estas permaneceram fragmentadas em distintos ministérios e disputam frequentemente pelos recursos da Seguridade Social. Isso porque a definição do orçamento da Seguridade Social não especifica “a repartição dos recursos entre as três áreas que a compõem” (KERSTENETZKY, 2012, p. 218).

---

<sup>32</sup> MARQUES, R.M. **Previdência social: a nova legislação e as propostas de reforma de governo.** São Paulo: FUNDAP, 1992. (Texto para Discussão, n. 4).



As características de cada área da Seguridade Social constam nas próximas subseções. Ao final, é realizada uma breve conclusão sobre o EBES brasileiro.

### 3.3.1 Saúde Pública

A Saúde Pública está constitucionalizada nos artigos 196 a 200 da CF/1988, sendo que o Artigo 196 já ressalta seu caráter universal e público: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. Além de prover serviços públicos de saúde, o artigo 197 ressalta que cabe ao setor público também a “regulamentação, fiscalização e controle” das ações na área da saúde (OLIVEIRA, 2004, p. 134). Embora institucionalizado posteriormente (pela Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde), o Sistema Único de Saúde (SUS) já foi previsto na CF/1988 com as seguintes diretrizes:

Art. 198 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.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (OLIVEIRA, 2004, p. 135).

Na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), a qual dispõe sobre condições gerais para a promoção da saúde, consta o dever do Estado na provisão de condições indispensáveis para o exercício da saúde, sem excluir o dever das “pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. Ou seja, desde a sua institucionalização legal, o SUS “nasceu” com o objetivo de integrar a atuação estatal com a atuação familiar e privada. No artigo quarto da referida Lei, consta a descentralização do SUS em “instituições públicas federais, estaduais e municipais”, com a participação da iniciativa privada de forma complementar. O atendimento integral na saúde é definido nos objetivos do SUS, através da integração das ações assistenciais e preventivas, com um amplo escopo de atuação, a citar como exemplos a execução de políticas de vigilância sanitária e epidemiológica; a participação nas ações de saneamento básico, de promoção da saúde do trabalhador e de “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”; a formulação da política de medicamentos; a fiscalização “de alimentos, água e bebidas para o consumo humano”; e a “orientação alimentar” (BRASIL, 1990).

Uma inovação notável na Saúde Pública foi a ampliação do critério de elegibilidade com a garantia de acesso igualitário a toda a população. Anteriormente, o atendimento à saúde ficava restrito a serviços públicos básicos atrelados à previdência (com caráter contributivista), a seguros de saúde oferecidos pelas empresas aos seus empregados e à provisão privada. Uma parcela significativa da população ficava excluída por não ter acesso ao emprego formal, por viver no meio rural ou então simplesmente por não possuir meios financeiros para adquirir serviços privados (CASTRO; RIBEIRO, 2009). Segundo Paim et al. (2011, p. 11), a implementação do SUS ampliou o acesso aos serviços de saúde a grande parte da população, especialmente na atenção básica e na emergência, atingindo “uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal”.

Os princípios consistem na integralidade da assistência à saúde, no tratamento igualitário, na garantia do direito à informação sobre a saúde das pessoas atendidas, na participação social, na “descentralização político-administrativa” e na conjugação de recursos de todos os entes federativos. O modelo de gestão descentralizada adotado é na forma de “pactuação intergestores” (BRASIL, 2006, p. 8). A União é responsável pela formulação de políticas de implementação das ações do SUS, pelo estabelecimento de normas e de mecanismos de controle e de padrões técnicos a nível nacional, por “acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde”, e por normatizar a relação do SUS com o segmento privado na saúde. Os Estados devem atuar na coordenação dos serviços e ações de forma complementar, na avaliação e na divulgação de indicadores de saúde (como mortalidade infantil), na formulação de normas e padrões de forma suplementar, na coordenação e no planejamento da saúde a âmbito estadual. Aos municípios foi atribuída a função principal de gestão e de execução dos serviços públicos de saúde, além da participação no planejamento em seu entorno regional e junto com a direção estadual (BRASIL, 1990).

Quanto ao funcionamento do atendimento no SUS, segundo cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a estratégia consiste em que o cidadão ingresse primeiramente na atenção básica (como as unidades básicas de saúde), para posteriormente ser encaminhado para unidades de maior complexidade, como os hospitais. Embora haja a ênfase de atuação dos municípios na gestão e execução dos serviços, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) reconhece que nem todos conseguem ofertar a diversidade de serviços de saúde. Dessa forma, há incentivo de coordenação regional, via atuação do Estado, para que os municípios atuem de forma referenciada em determinados serviços e encaminhem os cidadãos para localidades próximas em caso de serviços que não ofertem (BRASIL, 2006).

No que tange à regionalização do SUS, embora o discurso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) seja no sentido de uma atuação complementar dos municípios em serviços referenciais, através da coordenação dos estados, a gestão cooperativa das regiões em âmbito federal tem sido um desafio. Em 2011, foi regulamentado o regionalismo do SUS, com a definição de região como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados” (Decreto nº 7.508/2011, Capítulo I, Artigo 2 apud PAIVA et al., 2015, p. 153).

Paiva et al. (2015) afirmam que esse processo está em andamento no SUS, sendo que no final em 2013 havia 436 regiões no Brasil. O objetivo da regionalização é possibilitar a oferta integral de assistência à saúde aos cidadãos através de redes de atenção, o que seria inviabilizado no âmbito municipal. No entanto, a viabilização desse sistema regionalizado de saúde ainda é um desafio (PAIVA et al., 2015), visto a dificuldade de troca de informações entre os municípios e entre as próprias regiões, o que cria uma resistência ao atendimento de um usuário que não habite a localidade da unidade de saúde procurada. Consta no Portal da Saúde (BRASIL, 2015f) um mecanismo que poderia atenuar essa ineficácia do SUS: consiste no Cartão Nacional da Saúde do SUS, de forma magnética, que permitiria a troca de informação dos usuários atendidos em cada localidade, a vinculação do profissional que atendeu e a transferência dos recursos. Na prática, ainda se verifica a utilização do tradicional cartão do SUS (em folha de papel simples) e com referência ao município de residência do usuário. Paiva et al. (2015) constatam a não disponibilização do Cartão Nacional de Saúde para a totalidade da população, devido às dificuldades de emissão (centralizada) e de formulação da base de dados dos usuários. Mesmo assim, há atuação no sentido de organizar a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde e de obrigar “que as informações de pacientes internados no SUS sejam [...] checadas junto à base de dados do Cartão Nacional de Saúde” (PAIVA et al., 2015, p. 156 – 157).

A configuração da regionalização do SUS e a possibilidade de troca de informações entre as distintas regiões em âmbito nacional podem melhorar a eficiência (via complementaridade de serviços entre os municípios e a cooperação das regiões, o que permite a focalização de recursos em unidades referenciais) e a eficácia (maior agilidade no atendimento com a disponibilidade da ficha médica dos pacientes) do sistema de saúde e garantir um sistema integrado nacionalmente (PAIVA et al., 2015). Por outro lado, faz-se necessário ressaltar que a exigência de apresentação de um documento no atendimento à saúde vai de encontro à universalidade do sistema e ao princípio apresentado pelo próprio

Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) de que não pode ser negado o atendimento emergencial e de urgência a nenhum indivíduo.

Com relação à atuação privada, a CF/1988 prevê a atuação complementar das instituições privadas, mas de acordo com as diretrizes estabelecidas no SUS e “mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Quanto ao financiamento à iniciativa privada, o § 2º do art. 199 é enfático ao vedar a “destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (OLIVEIRA, 2004, art. 199, p. 135). A Lei nº 8.080/1990 prevê que quando as disponibilidades do Sistema Único de Saúde forem insuficientes para garantir “a cobertura assistencial à população em uma determinada área”, o SUS “poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”, por meio da formalização legal (BRASIL, 1990, Art. 24-25). A entidade reguladora da relação complementar entre o setor público e a iniciativa privada na saúde é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à qual compete tanto a formulação dos convênios, de critérios e de normas na saúde complementar, quanto o controle dos preços dos planos de saúde e o registro destes (BRASIL, 2000).

A cobertura privada da saúde aumentou nos últimos anos, passando de 18,1% da população em 2004, para 25,9% em setembro de 2015, sendo mais de 65% através de convênios empresariais. Entretanto, o crescimento dos usuários da provisão privada de saúde “não foi acompanhado por uma ampliação compatível da rede de atendimento, resultando em filas e na introdução de empecilhos para dificultar o acesso do beneficiário ao atendimento”. Dessa forma, parte dos usuários passou a usar com mais frequência o SUS ou consultas privadas. Com o intuito de possibilitar a expansão das redes próprias de serviços de saúde dos planos privados, “a ANS negociou com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) a criação de linha de financiamento para empresas de planos de saúde” (PAIVA et al., 2015, p. 146 – 148).

Portanto, destaca-se que a relação público-privada na saúde brasileira está pautada em transferência de recursos públicos para a iniciativa privada, via isenções tributárias, linhas de crédito baratas, “perdão de uma dívida bilionária pelo não pagamento do Programa de Integração Social (PIS)/ Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)” e ausência de reembolso ao “sistema público de saúde pelos gastos correspondentes ao atendimento prestado” aos beneficiários de planos privados (PAIVA et al., 2015). Kerstenetzky (2012) ressalta ainda a concessão de deduções fiscais no Imposto de Renda das pessoas físicas com os gastos em saúde privada. Paim et al. (2011, p. 19) afirmam que o sistema de saúde brasileiro é pautado por uma “combinação público-privada”, sendo seus

componentes interconectados. Dessa forma, segundo os autores, cada indivíduo pode escolher se fará uso do sistema público, do privado ou de ambos, “dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento” (PAIM et al., 2011, P. 19).

O incentivo à iniciativa privada prejudica o financiamento do sistema público ao acarretar abdicação de recursos tributários pelo Estado. Como resultado, a população com acesso a planos privados pode usufruir de atendimentos com especialistas de forma ágil, ao mesmo tempo em que a população carente que depende exclusivamente do SUS “enfrenta dificuldades e demoras” na obtenção de atendimentos. (PIOLA et al., 2009, P. 159). Embora as pessoas que possuem planos privados considerem que tais planos garantem melhor acesso aos serviços de saúde, Paim et al. (2011) atentam que essas mesmas pessoas fazem uso do SUS tanto através das vacinas, quanto por meio de serviços mais complexos (e, portanto, de alto custos).

Com relação ao financiamento, recorda-se que o SUS permaneceu por muito tempo em segundo plano na agenda política. No Governo Collor, houve veto a diversos dispositivos que tratavam sobre o financiamento do SUS na Lei Orgânica da Saúde (LOS). Durante o governo de Itamar Franco, houve uma utilização praticamente exclusiva dos recursos da Seguridade Social para a Previdência Social, em detrimento das demais áreas (FAGNANI, 1997; CASTRO; RIBEIRO, 2009; KERSTENETZKY, 2012).

Foi a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso que o SUS recebeu mais atenção, principalmente com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, a qual estabeleceu “patamares mínimos de aplicação de recursos da União, dos estados e dos municípios” na saúde pública (CASTRO; RIBEIRO, 2009, p. 34). A regulamentação dos mecanismos de financiamento e de rateio ocorreu com a Lei Complementar nº 114/2012. A União deve investir o mesmo montante de recursos do ano anterior, acrescido, no mínimo, pela variação nominal do PIB. Os Estados devem investir 12% das suas receitas no financiamento da saúde, inclusive as transferências da União e exclusive as transferências realizadas aos Municípios. Aos Municípios, consta a obrigatoriedade de aplicação de 15% dos seus recursos na saúde. Os recursos são repassados aos Fundos de Saúde e a fiscalização da sua aplicação deve ser realizada pelos Conselhos de Saúde, os quais contam com participação da sociedade usuária do SUS, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a). Ressalta-se que a LC nº 114/2012 prevê que os recursos estabelecidos sejam destinados “às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito” (BRASIL, 2012a, Art. 2º, item I).

Paiva et al. (2015) observam que o gasto total em saúde como porcentagem do PIB não é dos mais baixos, mas menos de 50% desse gasto é realizado por financiamento público (uma das menores participações públicas no mundo). Embora a definição de participações mínimas entre os três entes federativos tenha aumentado o investimento público na saúde, os autores ressaltam que a União (detentora de mais de 53% das receitas) aplica o nível mínimo de recursos definido em lei. Além disso, os critérios de transferências dos recursos da União para estados e municípios não estão bem definidos, vigorando, muitas vezes, interesses políticos (PAIVA et al., 2015).

A maior parte dos gastos em saúde é destinada à assistência médica e ambulatorial, principalmente de média e alta complexidade (mais de 40%). A Assistência Básica (AB) recebeu 16,7% dos recursos do Ministério da Saúde em 2013. Isso reflete outro desafio do SUS: ampliar o foco na AB como possível solução para a eficiência do SUS e para a redução das internações hospitalares. Houve um esforço em ampliar a atenção básica nos últimos anos, principalmente através da estratégia Saúde da Família (estabelecimento de uma equipe para cada 2.000 habitantes), com a ampliação do investimento para construção e melhoria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com o repasse de recursos aos municípios por critérios de desempenho das equipes de saúde da família (PAIVA et al, 2015). Segundo dados organizados por Paim et al. (2011), em 2010, a cobertura da população atendida por equipes de saúde da família atingiu 49,5%, com aumento expressivo na década de 2000.

No entanto, mantém-se a precariedade na infraestrutura de diversas UBS, a dificuldade de expansão para as áreas mais remotas e para as periferias (inclusive com a escassez de médicos para essas regiões, o que vem sendo reestruturado com o Programa Mais Médicos), e o desafio de ampliar a cobertura nas cidades com mais de 100.000 habitantes. A estratégia Saúde da Família (principal modelo de AB) “não cobre a totalidade da população, não está suficientemente integrado aos outros níveis de assistência e tem, apesar dos esforços que vem sendo realizados, qualidade bastante irregular” (PAIVA et al, 2015, p. 163).

Até mesmo a atenção especializada e de média e alta complexidade, que recebem parte considerável dos recursos do SUS, possuem precariedades, sendo o maior problema a falta de leitos nos hospitais. Além do déficit de leitos, há fortes disparidades regionais em que o Sul e o Sudeste possuem maior índice de leitos, enquanto o Norte possui menos da metade de leitos disponíveis para cada 10 mil habitantes (PAIVA et al, 2015). Quanto à prestação de serviços especializados, Paim et al. (2011) afirmam que consiste em uma área problemática do SUS, com ampla dependência da oferta do setor privado e consequente priorização no atendimento aos portadores de planos privados de saúde. Com relação à infraestrutura, a grande maioria

das “unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatorios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados” (PAIM et al., 2011, p. 25).

Como conclusão, a “preponderância do investimento privado na saúde”, gera um padrão comportamental em que os estratos sociais inferiores ficam dependentes da saúde pública, enquanto as classes de maior renda buscam esses serviços na provisão privada. Embora o SUS tenha ampliado o universalismo na saúde, “a precariedade dos serviços prestados” gerou o afastamento da classe média do sistema público de saúde (BENEVIDES, 2011, p. 74 - 76). A falta de apoio das classes média e alta explica, em parte, porque há resistência na ampliação do Sistema Único de Saúde e restrição no seu financiamento. O Estado, ao não garantir qualidade na diversidade de serviços públicos (devido ao subfinanciamento), dificulta a geração de um amplo pacto social na provisão de um sistema público de saúde de fato universal e com qualidade. A universalização do SUS é restrita, então, à dependência dos pobres de serviços muitas vezes precários e à participação das classes mais elevadas quando lhes convém (KERSTENETZKY, 2012; CASTRO; RIBEIRO, 2009; PAIVA et al., 2015; PAIM et al., 2011).

Esse modelo traz efeitos perversos: i) parcela da população tem uma “dupla” cobertura subsidiada com recursos públicos; ii) retira do SUS justamente a parcela da população com maior poder de pressão e de maior exigência em relação à qualidade dos serviços; iii) reforça a mercantilização de ações cuja natureza é incompatível com a lógica do mercado (PAIVA et al, 2015, p. 171).

### 3.3.2 Previdência Social

O instrumento constitucional prevê a organização da Previdência Social<sup>33</sup> na “forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória”. Ainda, é prevista a adoção do salário mínimo como piso dos benefícios e o tratamento igualitário de todos os aposentados pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) (exceto em casos de atividades que envolvam insalubridade) (OLIVEIRA, 2004, p. 136). O regime de previdência privada complementar é disposto como facultativo e autônomo em relação à previdência social. Os servidores públicos estão vinculados no Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), com

---

<sup>33</sup> Embora o Artigo 201 da CF/1988 inclua a “proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário” no âmbito do Regime Geral da Previdência Social, o seguro-desemprego possui um tratamento distinto e separado ao da Previdência Social no que tange à forma de financiamento e ao ministério ao qual está atrelado (Ministério do Trabalho e Emprego). Entende-se que o seguro-desemprego consiste em uma importante política do EBES, mas que, por razões de escopo, não é tratada na presente monografia.

normatização distinta do RGPS, custeado por contribuições dos servidores e por recursos governamentais (RANGEL et al., 2009).

A inovação da previdência social também é sua maior universalização e a equiparação dos benefícios entre trabalhadores rurais e urbanos, vinculados ao salário mínimo (CASTRO; RIBEIRO, 2009). A incorporação dos trabalhadores rurais “sem contrapartida contributiva direta” foi um avanço na redução do “vínculo contributivo e em direção à universalização” (KERSTENETZKY, 2012, p. 218). Portanto, sob a análise das orientações, podemos concluir que a Previdência Social está pautada em um universalismo limitado ao caráter contributivo (trabalhadores urbanos) ou à comprovação de tempo de serviço (trabalhadores rurais). Quanto aos princípios, prevalece o caráter contributivo, a filiação compulsória, o sistema de repartição e uniformidade também limitada, já que os trabalhadores privados estão enquadrados em um regime distinto ao dos servidores públicos. No entanto, ressalta-se a “igualdade de tratamento entre as clientelas urbana e rural” em relação à superação de benefícios inferiores que vigorava no período anterior (RANGEL et al., 2009, p. 48).

Quanto aos critérios de elegibilidade para participação do RGPS, são assegurados de forma obrigatória todos os trabalhadores formais, empregados domésticos, contribuinte individual (inclusive os Microempreendedores Individuais) e segurado especial. Além disso, há a filiação facultativa mediante contribuição às pessoas não empregadas. Os segurados especiais consistem no produtor rural ou pescador artesanal que “exerçam a atividade rural individualmente ou em regime de economia familiar”. É considerada economia familiar quando a produção ocorre para a subsistência do grupo familiar ou quando é essencial ao desenvolvimento socioeconômico, “sem a utilização de empregados permanentes”, independente do valor comercializado (BRASIL, 2015a, Art. 39). A filiação facultativa é permitida aos “maiores de dezesseis anos, mediante contribuição, desde que não estejam exercendo atividade remunerada que os enquadre como filiados obrigatórios do RGPS”. Como exemplos de permissões à filiação facultativa, temos as donas de casa, os estudantes, os estagiários, os bolsistas de pesquisa ou pós-doutorado, entre outros (BRASIL, 2015a, Art. 55).

Com relação ao recebimento dos benefícios atendidos pela Previdência Social, os critérios de elegibilidade compreendem tempo de carência desde a filiação ao RGPS e tempo de contribuição, à exceção dos segurados especiais. Os tempos de carência de contribuição para o recebimento de provimento em cada benefício da Previdência Social estão elencados no Quadro 1. Com relação aos segurados especiais, estes não precisam comprovar tempo de contribuição, mas tão somente tempo de serviço na atividade rural, sendo o tempo de carência o mesmo montante do disposto no Quadro 1 (BRASIL, 2015a).



**Quadro 1** - Critérios de elegibilidade dos benefícios do Regime Geral da Previdência Social no Brasil

<b>Benefício</b>	<b>Tempo de carência</b>	<b>Critérios Adicionais</b>
Auxílio doença	12 meses*	-Incapacidade de trabalho por mais de 15 dias consecutivos (até 15 dias: empresa paga o salário integral ao trabalhador); - Comprovação: perícia médica.
Aposentadoria por invalidez	12 meses*	-Incapacidade para exercício de atividade de subsistência; -Não há possibilidade de reabilitação; -Comprovação: exame de perícia médica
Auxílio-acidente	Isento	-Redução da capacidade de realização (ou impossibilidade) da atividade que realizava; -Permanência de sequelas após a consolidação das lesões;  - Acidente de qualquer natureza.
Salário Maternidade	10 meses (contribuintes individual, facultativo e especial)*.	- parto, inclusive do natimorto; - aborto não criminoso; - adoção ou a guarda judicial para fins de adoção.
	ISENTO (empregados, empregados domésticos e trabalhadores avulsos).	
Auxílio-reclusão	Isento	- Dependentes de contribuinte (ou que ficou sem contribuir por no máximo um ano) em regime fechado ou semiaberto (desde que não receba outra renda).
Salário família	Isento	- Segurado que receba até uma renda máxima mensal estipulada pela Previdência Social; - Valor por filho, enteados e tutelados, de até 14 anos, ou inválidos de qualquer idade.
Pensão por morte	Para cônjuge: 18 contribuições mensais  Acidente ou doença de trabalho: Isento  Para filho: Isento	- Dependentes de segurado falecido. - Para cônjuge: tempo mínimo de 2 anos de casamento ou União Estável; o benefício pode durar de 3 anos a benefício vitalício, dependendo da idade do cônjuge (vitalício quando há expectativa de sobrevivência de até 35 anos). Não havendo o tempo mínimo: pensão de 4 meses. - Para filho: até 21 anos ou que seja inválido ou deficiente. - 50% do benefício integral é fixo + 10% por dependente.
Aposentadoria	180 contribuições mensais	- Atividade exercida em condições especiais

<b>Benefício</b>	<b>Tempo de carência</b>	<b>Crítérios Adicionais</b>
especial		que prejudiquem a saúde ou a integridade física, por 15, 20 ou 25 anos (dependendo da atividade).
Aposentadoria por tempo de contribuição (ATC)	180 contribuições mensais*	- 35 anos de contribuição para homens e 30 anos de contribuição para mulheres;  - Aplicação do Fator Previdenciário: reduz o benefício de acordo com a expectativa de sobrevida do beneficiário.
Aposentadoria por idade (AI)	180 contribuições mensais* (urbanos) 180 meses de serviço rural*	- Idade mínima de 65 anos para homens e 60 anos para mulheres; - Redução de cinco anos na idade para trabalhadores rurais em regime de economia familiar (para ambos os sexos); - Redução de cinco anos para professor dos ensinos infantil, fundamental e médio (ambos os sexos).
Aposentadoria pela regra da progressividade	180 contribuições mensais*	- Soma do tempo de contribuição com idade: 85 anos (mulher) e 95 anos (homem) **.
Seguro-defeso	- Recolhimento previdenciário nas vendas realizadas nos últimos 12 meses.	- Pescador artesanal com a pesca como única fonte de renda: registro profissional há pelo menos um ano; - 1 salário mínimo mensal durante o período de defeso.

Fonte: elaboração própria com base em BRASIL (2015a); BRASIL (2012b); OLIVEIRA (2004, Art. 201); BRASIL (2015b); BRASIL (2015c); BRASIL (2015d); e BRASIL (2015e).

\*Refere-se ao tempo total de carência. Caso haja interrupção da qualidade de assegurado, exige-se o correspondente a 1/3 corrido (antes do fato gerador do benefício), de forma que a soma com os períodos anteriores totalize a carência total.

\*\*Até dezembro de 2016, com a adição de 1 ponto na soma a cada ano, até alcançar a relação 90/100 de 2022 em diante.

As normas da Previdência Social estão definidas na CF/1988, embora com adaptações via emendas constitucionais ao longo dos anos e com tratamentos de temas não abordados pela CF/1988 através de leis específicas. Uma modificação importante com relação às regras estabelecidas na Constituição foi a “desconstitucionalização da fórmula de cálculo dos benefícios” pela Emenda Constitucional 20/1998, permitindo a criação de novas regras e a adaptação dessas de acordo com os desequilíbrios da Previdência Social. Com essa modificação, foi introduzido o Fator Previdenciário em 1999 (RANGEL et al, 2009, p. 51-52). O Fator Previdenciário consiste em um índice aplicado ao valor integral do benefício, que depende diretamente da idade do contribuinte e do tempo de contribuição, e inversamente do

tempo de sobrevivência do filiado quando da solicitação do benefício. (RANGEL; CAETANO, 2015).

Rangel e Caetano (2015) atentam para o fato de que os critérios de elegibilidade para a Aposentadoria por Tempo de Contribuição (ATC) não estabeleciam uma idade mínima para o recebimento do benefício integral, mas tão somente tempo de contribuição mínimo (ou de serviço, para os trabalhadores agrícolas). Dessa forma, a idade média de aposentadoria da população era baixa, em um cenário de aumento da expectativa de vida. Além disso, os autores ressaltam que o benefício Aposentadoria por Idade (AI) consiste em um salário mínimo, o que acarretava pagamentos mais elevados da ATC sem o fator. Por isso, o Fator Previdenciário passou a ser aplicado de forma obrigatória à ATC<sup>34</sup>, ocasionando aumento da idade média e do tempo de contribuição médio para a aposentadoria. No entanto, desde sua implementação, o Fator tem recebido muitas críticas dos contribuintes e dos sindicatos, dada a redução do valor recebido por aqueles que se aposentam de forma antecipada (RANGEL; CAETANO, 2015).

Devido às críticas, uma alternativa ao Fator Previdenciário foi introduzida pela Medida Provisória 676/2015, denominada Regra 85/95 Progressiva, a qual determina o pagamento do valor integral da aposentadoria quando da acumulação de 95 pontos para homens e de 85 pontos para mulheres, sendo os pontos a soma do tempo de contribuição e da idade. Abaixo dessa soma, prevalece o Fator Previdenciário (BRASIL, 2015d). Rangel e Caetano (2015) ressaltam a necessidade de manutenção desse mecanismo de desconto como forma de manter a sustentabilidade do sistema previdenciário no cenário de envelhecimento populacional e de redução do número de trabalhadores ativos em relação aos aposentados

Outra atualização importante nas normas da Previdência Social (introduzida com a Medida Provisória nº 664/2014 e regularizada pela Lei nº 13.135/2015) consiste no estabelecimento de critérios específicos de elegibilidade para a pensão por morte, a qual consistia em um benefício muito benevolente nas normas anteriores, conforme Rangel e Caetano (2015). As novas regras da pensão por morte constam no Quadro 1. Para os autores, essa alteração amplia a racionalidade do Regime Geral de Previdência Social e “o incentivo ao trabalho entre seus segurados”<sup>35</sup> (RANGEL; CAETANO, 2015, p. 23; BRASIL, 2015c; BRASIL, 2015e).

---

<sup>34</sup> E de forma facultativa à AI, apenas aos casos em que favoreça o beneficiário (RANGEL; CAETANO, 2015).

<sup>35</sup> Rangel e Caetano (2015) destacam o peso da pensão por morte no montante dos benefícios pagos: representou 22% da despesa total dos benefícios concedidos em julho de 2014.

Acerca da correlação de forças, pode-se destacar duas características da Previdência Social brasileira: i) separação dos regimes dos trabalhadores privados (RGPS) e dos servidores públicos (RPPS), com vantagens para o segundo segmento; e ii) ampliação da previdência complementar. Até a introdução da Emenda Constitucional nº 41/2013, os servidores públicos não tinham um teto para o benefício previdenciário. Com as novas regras introduzidas em 2013, foi estabelecido “um teto para valores de benefícios de aposentadorias e pensões condicionado à criação de entidade de previdência complementar para servidores públicos”. A mudança tem como objetivo aproximar os regimes da Previdência Social e reduzir o gasto público no longo prazo. Dessa forma, há a institucionalização de entidades de previdência complementar na qual, geralmente, os trabalhadores e os empregadores contribuem em igual montante (RANGEL; CAETANO, 2014, p. 24). No entanto, essa medida só será válida para os novos ingressantes no RPPS. Além disso, permanecem vantagens com relação aos critérios de elegibilidade diferenciados e à ausência do fator previdenciário (MOSTAFA et. al., 2011). Ainda, Rangel e Caetano (2015) atentam para o fato de que os militares da União mantêm os privilégios de benefícios integrais e a idade inferior de aposentadoria.

Em relação ao segundo item destacado, há atuação do segmento privado na previdência complementar com aderência crescente, principalmente pelas classes média e alta, com vistas a garantir um poder de compra mais elevado quando da aposentadoria (RANGEL et al, 2009).

A Previdência Social foi, desde a promulgação da CF/1988, a área privilegiada dentro da Seguridade Social, recebendo, até os dias atuais, a maior parcela dos recursos (RANGEL et. al., 2009). Em 2013, as receitas contributivas representaram 6,3% do PIB, enquanto as despesas compreenderam 7,2% do PIB. Dessa forma, a necessidade de financiamento através de recursos orçamentários compreendeu 0,9% do PIB em 2013, o que tem estado estável em torno de 1% do PIB nos últimos anos (RANGEL; CAETANO<sup>36</sup>, 2015). No entanto, Rangel e Caetano (2015) ressaltam que esse repasse de recursos não poderia ser considerado como desequilíbrio da Previdência Social, já que esta área abrange diversos benefícios que não exigem carência de contribuição (ou períodos pequenos) e tendo em vista que não há o cumprimento do Orçamento da Seguridade Social (previsto pela CF/1988).

Mostafa et. al. (2011, p. 27) ressaltam que a CF/1988 incorporou o viés redistributivo na Previdência Social, apesar da diferença que ainda vigora entre os RGPS e RPPS, pois:

---

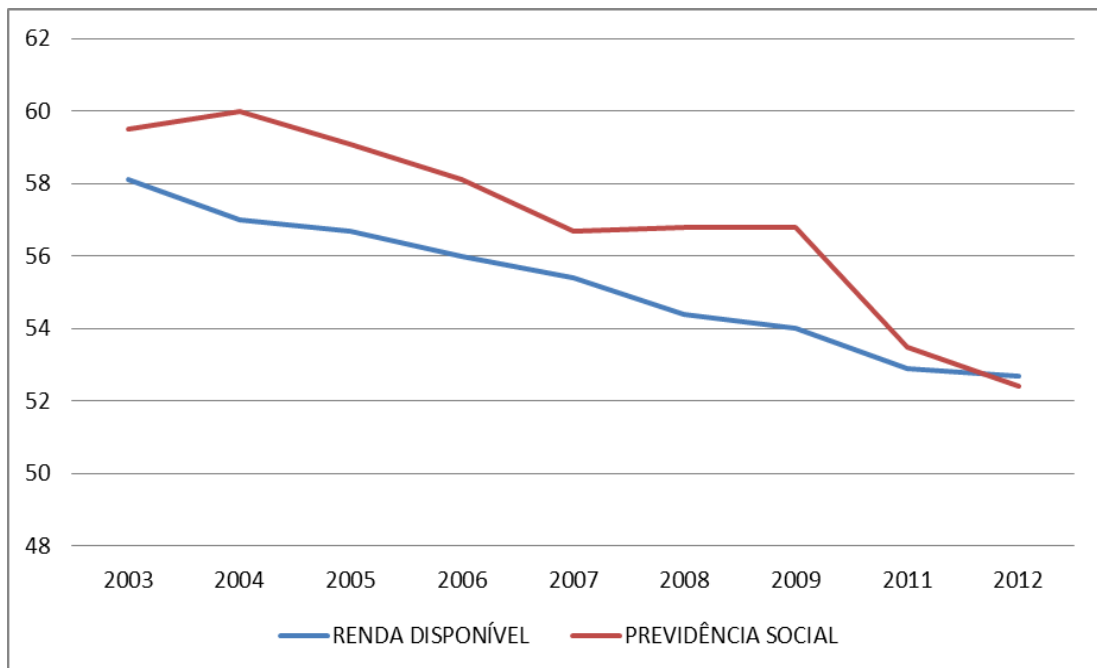
<sup>36</sup> Com base no Boletim Estatístico da Previdência Social e no IBGE. Referências não informadas pelos autores.

i) foram unificadas as regras e os benefícios dos trabalhadores dos setores privado, urbano e rural – incluindo os trabalhadores rurais em regime de economia familiar que passaram a ser cobertos pelo RGPS; e ii) todos os benefícios mínimos passaram a ter valor igual ao do salário mínimo.

Conforme observação do Gráfico 1 e a análise de Rangel e Caetano (2015), a Previdência Social possuía, até 2012, caráter regressivo (visto que o coeficiente de Gini da Previdência era superior ao Coeficiente de Gini da Renda Disponível). Entretanto, o caráter regressivo reduziu ao longo do tempo, passando a Previdência Social a ser progressiva em 2012. Entre as limitações da redistributividade da Previdência Social, Mostafa et. al. (2011) destacam as dificuldades de ampliação da cobertura devido às características do mercado de trabalho (com altas taxas de informalidade); as diferenças entre os RGPS e RPPS, o que limita o caráter distributivo da Previdência; e as dificuldades de inserção da população rural. Em relação aos trabalhadores agrícolas, a Previdência Social evoluiu na inserção destes. No entanto, devido à informalidade das relações trabalhistas, dificulta-se a comprovação da prestação do serviço e limitam-se os trabalhadores ao recebimento do piso previdenciário (MOSTAFA et al., 2011).

Apesar disso, a cobertura da Previdência Social foi ampliada nos últimos anos, passando de 52% da População Economicamente Ativa (PEA) em 2003 para 63,9% da PEA em 2012. A principal razão é a ampliação da formalização do trabalho, devido ao crescimento econômico e às medidas de simplificação da folha de pagamento e de regularização dos trabalhadores autônomos através do programa Microempreendedor Individual (MEI). No entanto, 29,7% da PEA não coberta pela Previdência Social consistem em trabalhadores ocupados, os quais permanecem à margem dos direitos trabalhistas e previdenciários (RANGEL; CAETANO, 2015). É possível concluir, portanto, com base em Rangel et al. (2009) que prevalece, em grande parte, o caráter contributivista da Previdência Social (apesar dos significativos avanços) e que o avanço do universalismo está condicionado à reestruturação do mercado de trabalho brasileiro.

Gráfico 1: Índice de Gini decomposto (Brasil, 2003 - 2012)



Fonte: elaborada pela autora, com base nos dados da PNAD/IBGE (apud RANGEL; CAETANO, 2015).

### 3.3.3 Assistência Social

O artigo 203 da Constituição Federal de 1988 dispõe sobre os objetivos da Assistência Social, enquanto que suas diretrizes estão relacionadas no artigo 204. Diferentemente da Saúde Pública e da Previdência Social, a Assistência Social foi estipulada de forma focalizada (“a quem dela necessitar”). Além disso, os benefícios assistenciais não possuem caráter contributivo. Os objetivos da Assistência Social são: proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; amparo às crianças e aos adolescentes carentes; promoção da integração ao mercado de trabalho; habilitação e reabilitação dos portadores de deficiência e promoção de sua integração à comunidade; garantia de benefício de um salário mínimo aos portadores de deficiência e aos idosos que não dispuserem de meios próprios de sobrevivência ou por meio de suas famílias. Quanto aos princípios, a Assistência Social está embasada em descentralização político-administrativa (com normatização federal e execução dos programas a nível estadual ou municipal); e participação social na formulação dos programas (OLIVEIRA, 2004, p. 138).

A Assistência Social é regulamentada pela lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993, aprovada apenas no governo de Itamar Franco. Durante o governo Collor, a atuação

na área da assistência social foi pautada pelo clientelismo, envolto em uma diversidade de programas fragmentados, por meio do Ministério de Ação Social (CASTRO; RIBEIRO, 2009). Para Draibe (2003), a regulamentação da LOAS representou o êxito da reforma da Assistência Social após a CF/1988.

Segundo o sítio do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2015g), a Assistência Social está organizada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o qual atua de forma a integrar os três entes federais para executar e financiar a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e conta com participação social. O financiamento do SUAS é realizado por meio de recursos do orçamento público, e as transferências para os Estados e para os Municípios são realizadas Fundo a Fundo (BRASIL, 2015g).

A atuação do SUAS está pautada por quatro áreas gerais:

- a) Proteção Social Básica: “oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social” (BRASIL, 2015g).
- b) Proteção Social Especial: “destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros” (BRASIL, 2015g).
- c) Benefícios Assistenciais: “prestados a públicos específicos de forma integrada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade” (BRASIL, 2015g).
- d) Controle e certificação de entidades beneficentes.

O SUAS abrange elevado leque de programas e de serviços sociais. Entre os serviços prestados, destacam-se as unidades públicas de atendimento, coordenadas pelos municípios e que “prestam atendimento, por exemplo, a idosos, crianças e adolescentes e pessoas em situação de rua, dentre outros públicos”, no que se incluem as Unidades de Acolhimento (como os albergues e as casas de passagem). Além disso, há Benefícios Eventuais, com auxílio monetário em situações adversas (nascimento de bebê, morte da mãe, gastos relacionados à morte de membro familiar, calamidade pública e vulnerabilidade temporária). A regulamentação, a gestão e o financiamento dos Benefícios Eventuais são atribuições dos municípios, sendo os Estados responsáveis pelo cofinanciamento. No entanto, Mesquita et. al. (2015) ressaltam que há dificuldades na coordenação desses serviços e no cofinanciamento, o que limita seus impactos e a homogeneidade em âmbito nacional (BRASIL, 2015g).

A característica predominante da Assistência Social no Brasil está em sua orientação para políticas focalizadas, a qual se evidencia na análise dos dois benefícios preponderantes: Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF) (VIANA, 2007). O Quadro 2 apresenta as principais características do PBF e do BPC.

O Programa Bolsa Família (PBF) consiste na prioridade do Governo. De acordo com Viana (2007, p. 259) e com informações do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (BRASIL, 2015g), O PBF surgiu em 2003, através da unificação dos demais programas de transferência de renda que existiam, de forma a “evitar a fragmentação das políticas sociais e de construir uma política de transferência de renda com participação direta” dos três entes federativos. Dessa forma, o objetivo do PBF é a realização de transferência de renda às famílias diretamente pelo Governo Federal. O pagamento é realizado pela Caixa Econômica Federal, através da utilização do Cartão Bolsa Família pelos beneficiários. Como vigora o princípio da “descentralização político-administrativa”, há atribuições para a União, para os Estados e para os Municípios. Os municípios são responsáveis, por exemplo, pelo cadastramento de seus cidadãos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e pela execução dos serviços complementares ao PBF (VIANA, 2007; BRASIL, 2015g).

Outro princípio do PBF é a intersetorialidade (integração do PBF com outras ações sociais). Essa integração ocorre através das condicionalidades impostas no PBF: na educação, há a exigência de matrícula dos filhos e de frequência mínima escolar (85% para crianças de 6 a 15 anos e 75% para jovens de 16 e 17 anos); na saúde, há a exigência de acompanhamento médico das crianças e das gestantes. Embora o discurso do MDS seja de que as condicionalidades ampliam a eficiência dos serviços na superação da vulnerabilidade social dos seus beneficiários, Viana (2007, p. 261) afirma que elas vão de encontro à “concepção de bens e serviços sociais como bens públicos, que deveriam estar à disposição de todos”. Portanto, Viana (2007) avalia o PBF como focalizado, residual e seletivo (VIANA, 2007; BRASIL, 2015g).



Quadro 2: Programas da Assistência Social

<b>Programa</b>	<b>Crítérios de Acesso</b>	<b>Valor do Benefício</b>
Programa Bolsa Família	- Benefício Básico: família extremamente pobre (renda per capita mensal de até R\$ 77,00);	R\$ 77,00
	- Benefícios Variáveis: renda per capita mensal de até R\$ 154,00. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança ou adolescente de 0 a 15 anos;</li> <li>• Gestante;</li> <li>• Nutriz: crianças entre 0 e 6 meses.</li> </ul>	R\$ 35,00 por cada atendimento de critério (máximo cinco por família). Gestante: durante 9 meses; Nutriz: durante 6 meses.
	- Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (entre 16 e 17 anos): renda per capita mensal de até R\$ 154,00.	R\$ 42,00 (até dois por família).
	- Benefício para Superação da Extrema Pobreza: famílias com renda mensal per capita inferior a R\$ 77,00, mesmo após recebimento dos outros benefícios.	Complementação da renda mensal até que alcance R\$ 77,00 per capita.
Benefício de Prestação Continuada	- Idoso (65 anos ou mais); - Deficientes (qualquer idade; avaliação médica e social); - Ausência de recursos para subsistência; - Renda per capita familiar inferior a ¼ do salário mínimo; - Incompatível com benefícios previdenciários.	Um salário mínimo ao mês (vitalício e intransferível).  - Não há condicionalidades.

Fonte: elaborado pela autora (2015), com base em informações do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2015g) e inspirado em Viana (2007).

Apesar dos resultados positivos da Assistência Social, principalmente em relação à redução da desigualdade social no Brasil a partir da ênfase no PBF, Viana (2007) afirma que a focalização desse programa causa estigmatização da população beneficiária, gerando uma percepção de que esta consiste em uma parcela de cidadãos voltados ao ócio e responsabilizando-os pela condição de pobreza. Para Viana (2007), a superação do residualismo e da focalização da Assistência Social e, portanto, a garantia da cidadania social de fato, seria possível com a universalização dos programas e dos benefícios.

Mesquita et. al. (2015) atentam para o fato de que os limites de renda que caracterizam linhas de extrema pobreza e de pobreza estão defasados (deveriam ser de, respectivamente, R\$ 92,60 e R\$ 185,18 se atualizados pelo IPCA). Dessa forma, os autores afirmam que a desatualização desse limite auxilia no atingimento de metas de programa, mas não significa efetividade de fato na superação da pobreza no Brasil. Embora o Governo tenha dado ênfase,

nos últimos anos, à superação da miséria, Mesquita et. al. (2015, com base em dados da PNAD) reforçam que houve redução dessa situação de indigência entre 2004 e 2012, mas com retração em 2013 (com 4,03% da população permanecendo na extrema pobreza).

Por fim, os autores ressaltam que houve de fato avanços na redução da miséria no Brasil através do PBF, mas que os impactos positivos na redução da pobreza e da desigualdade deveram-se, também, ao crescimento econômico e aos efeitos positivos do mercado de trabalho. Dessa forma, Mesquita et. al (2015) demonstram preocupação com a manutenção da agenda de combate à miséria e os impactos nas demais áreas da Seguridade Social em meio à crise econômica atual e as consequentes medidas de austeridade fiscal. A evolução do EBES brasileiro vai depender, então, das medidas que serão adotadas com relação ao seu financiamento e à prioridade dada a cada área.

### **3.3.4 Comentários finais sobre as configurações do Estado de Bem-Estar Social brasileiro**

Observamos na discussão anterior que a evolução do EBES brasileiro passou por etapas marcantes desde 1930, com avanços que permaneciam atrelados aos objetivos de crescimento econômico e de modernização industrial. Benevides (2011) assume que apenas com a CF/1988 é que se configurou, no Brasil, um regime de proteção social que garantisse o exercício dos direitos sociais pelos seus cidadãos. Portanto, pela concepção de Esping-Andersen (1990), apenas então se pode considerar que passou a existir, de fato, um EBES no Brasil.

Quanto às características do EBES no Brasil, houve fortalecimento da descentralização (com atuação das três esferas governamentais e da sociedade civil); a diversificação do financiamento (embora ainda muito regressivo); a busca de uniformidade na concessão de benefícios e na realização de serviços; a universalização dos programas (principalmente no âmbito da saúde e da previdência), mesmo que restrita em relação ao regime social democrata; e a focalização nas políticas que visam a combater a pobreza e reduzir a desigualdade de renda (com ênfase em transferências diretas de renda). Dessa forma, podemos afirmar que o modelo de EBES brasileiro tende ao regime universalista, mas com características marcantes dos outros regimes (como a participação da iniciativa privada de forma complementar – regime residual – e a prevalência de parte da população em trabalho

informal e, com isso, sem acesso a determinados serviços de proteção social – regime conservador) (KERSTENETZKY, 2010<sup>37</sup> apud BENEVIDES, 2011).

Para Viana (2007, p. 184), outra característica histórica do EBES brasileiro é o papel da família como principal célula da sociedade (cuidado dos seus membros, educação, formação da identidade pessoal). A autora destaca que a proteção social brasileira está atrelada ao assistencialismo e ao clientelismo, “com forte componente cultural e ideológico, que trata o Estado como espaço de favores, benesses e instância de quem se espera a garantia de uma renda mínima de sobrevivência”. Vigora ainda a ideia do papel da família como promotora do bem-estar dos seus membros, com grande importância à atuação da mulher, embora essa estrutura esteja sendo modificada com a inserção feminina no mercado de trabalho e com as novas formas de organização familiar (como famílias monoparentais). Devido a essas características, Viana (2007) compara o modelo brasileiro de EBES com o modelo latino definido no capítulo 2, com ênfase à Assistência Social.

Entende-se que a ênfase dada por Viana (2007) ao “familiarismo” no EBES brasileiro deve-se ao enfoque dessa autora na Assistência Social, já que a presente monografia não vislumbrou, com base na literatura estudada, essa ênfase para as demais áreas da Seguridade Social. Dessa forma, o modelo brasileiro, à luz do exposto por Kerstenetzky (2010), poderia ser classificado no regime latino quando este é compreendido como uma via média entre os regimes corporativista e social democrata, de acordo com a definição de Moreno (1999).

Antes de proceder à comparação dos regimes brasileiro e espanhol de EBES, faz-se necessário expor a evolução e as características atuais do modelo espanhol. Portanto, o capítulo 4 apresenta as origens do sistema de proteção social espanhol e suas configurações a partir da transição democrática da década de 1970, para então apresentar as características atuais do sistema de Seguridade Social da Espanha.

---

<sup>37</sup>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.

## 4 O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL DA ESPANHA

Assim como no Brasil, a evolução do EBES na Espanha possui contornos específicos, embora inserida na tendência mundial mais geral. Apesar da localização geográfica da Espanha na Europa e por consistir em um país mais desenvolvido em relação ao Brasil, o sistema de proteção social lá estruturado possui peculiaridades que se devem, sobretudo, a sua especificidade histórica (a conformação do sistema em meio a uma ditadura que perdurou aproximadamente quarenta anos) (CABRERO, 1989).

Dessa forma, faz-se necessária a exposição da configuração específica da Espanha em matéria de evolução e de configurações do sistema de proteção social. O presente capítulo apresenta o desenvolvimento histórico com base na demarcação temporal de Moreno e Sarasa (1993): origens (fim do século XIX – 1930); tentativas de reformas da Segunda República (1931 – 1936); o modelo corporativista despótico de Franco (1936 – 1977); e as configurações do EBES a partir da transição democrática até os dias atuais.

A primeira seção deste capítulo abrange a origem e a evolução do sistema de proteção social espanhol desde o século XIX até o final da ditadura de Franco. A seção posterior aborda a sua configuração a partir da transição democrática. A terceira seção analisa as características institucionais atuais do EBES espanhol com foco nas três áreas selecionadas nesta monografia: Saúde Pública, Previdência Social e Assistência Social.

### 4.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NA ESPANHA

Segundo Moreno e Sarasa (1993), desde a Constituição de Cádiz de 1812, já havia lideranças liberais que visavam à introdução de um sistema público de proteção social, principalmente para a saúde e para a educação. No entanto, nesse período, a atuação ficou a cargo quase exclusivo da Igreja Católica, “instituição provedora de serviços de educação, beneficência e assistência a idosos, pobres e doentes” e que possuía grande poder de atuação na sociedade espanhola (MORENO, SARASA, 1993, p. 30, tradução nossa<sup>38</sup>).

---

<sup>38</sup> Do original em espanhol.

A construção do sistema de seguros sociais na Espanha teve início com a criação da Comissão de Reformas Sociais em 1883, durante a Restauração<sup>39</sup> (1876 – 1923). O objetivo da Comissão consistia na “obtenção de informação sobre a situação da classe trabalhadora” e “na formulação de propostas de lei no âmbito da política social”. Ela foi substituída pelo Instituto de Reformas Sociais em 1903<sup>40</sup>, com o objetivo de “preparar a legislação trabalhista” e acompanhar sua execução, além de promover a participação social do estado na promoção do “bem-estar das classes trabalhadoras”. (GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990, p. 2 - 3, tradução nossa<sup>41</sup>).

De acordo com Guillén Rodríguez (1990), esses avanços iniciais representaram uma baixa cobertura de riscos relacionados ao mercado de trabalho (como acidentes trabalhistas, idade elevada, desemprego, além de maternidade) e voltados aos trabalhadores industriais que recebiam salários menores. Embora esses seguros estivessem centralizados no Instituto Nacional de Previsão (INP), a gestão foi delegada às distintas associações profissionais, resultando na fragmentação do sistema de seguros sociais desenvolvido nesse período (LIBRO BLANCO<sup>42</sup>, 1977 apud GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990).

Os seguros tinham filiação voluntária e eram financiados de forma subsidiária pelo governo, em que o contribuinte pagava uma cota mensal, complementada pelo governo em igual montante (com a determinação de piso para a contribuição individual e de teto para o subsídio do governo) (LIBRO BLANCO, 1977 apud GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990). Em 1919, houve a criação de um seguro obrigatório de aposentadoria para todos os trabalhadores da indústria que tinham entre 16 e 65 anos e que recebiam um salário máximo estabelecido. O financiamento era tripartite (empresas, trabalhadores e subsídios do Estado) (GONZÁLEZ CATALÁ; VICENTE MERINO<sup>43</sup>, 1985 apud GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990).

No âmbito da saúde, até 1907 havia a atuação somente das organizações de caridade e da provisão privada. Posteriormente, através do INP, foi estabelecido o seguro doença voluntário, o qual se tornou obrigatório apenas em 1942 para os operários (DE MIGUEL<sup>44</sup>, 1979 apud GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990).

<sup>39</sup> Restauração da Dinastia Bourbon, com o retorno do regime monárquico depois de um curto período republicano (Primeira República) A Dinastia Bourbon perdeu o controle da monarquia espanhola depois da deposição da Rainha Isabel II, com a Revolução Gloriosa de 1868 (GALÁN, 2013).

<sup>40</sup> Substituído pelo Ministério do Trabalho em 1920.

<sup>41</sup> Do original em espanhol.

<sup>42</sup> LIBRO BLANCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1977.

<sup>43</sup> GONZÁLEZ CÁTALA, V. T.; VICENTE MERINO, A. **Análisis económico- financiero del sistema español de seguridad social**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1985.

<sup>44</sup> DE MIGUEL, J. **La sociedad enferma**. Madrid: Akal, 1979.

Quanto à correlação de forças sociais e políticas desse período, a classe operária não tinha poder na pressão por melhorias sociais<sup>45</sup>, de forma a manter a separação entre a classe política e a sociedade civil durante a Restauração. Portanto, não houve participação ativa dos operários (e de seus representantes) na formulação dos seguros sociais que antecederam o EBES espanhol moderno (MORENO; SARASA, 1993). Por isso, Guillén Rodríguez (1990) argumenta que os avanços sociais ocorridos deveram-se à ideologia reformista existente entre as elites intelectuais e políticas da sociedade espanhola da época<sup>46</sup>, e não à atuação dos segmentos beneficiados por tais reformas, caracterizando um sistema de proteção social estabelecido de cima para baixo. A ênfase em seguros voluntários e não obrigatórios (os quais foram introduzidos tardiamente), deve-se à percepção dessa elite de que o Estado deveria ter uma intervenção limitada, de forma apenas a incentivar a filiação dos indivíduos ao regime de seguros sociais desenvolvido, sem imposição (GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990). A Igreja Católica resistiu na abdicação do seu papel de provedora da proteção social dos espanhóis, com a manutenção das “suas próprias organizações de caridade até o início do século vinte” (GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990, p.17, tradução nossa<sup>47</sup>).

Durante a ditadura de Primo de Rivera, a partir de 1923, não houve muitas mudanças no âmbito social. A Segunda República teve início em 1931, inaugurando o reconhecimento constitucional do direito ao bem-estar mínimo a todos os cidadãos. Para tanto, houve a tentativa de aprovação de um “seguro obrigatório unificado” para “doença, invalidez, maternidade, morte e acidentes de trabalho”, suprimida com o desencadeamento da Guerra Civil em 1936. Apenas o “seguro obrigatório para acidentes de trabalho” foi estabelecido nesse período (GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990, p. 5, tradução nossa<sup>48</sup>). Moreno e Sarasa (1993) ressaltam a não inclusão do seguro desemprego no projeto encaminhado na Segunda República e a manutenção da importância de atuação da caridade (inclusive como mecanismo de controle social).

---

<sup>45</sup> Com a Restauração da monarquia constitucional, houve o estabelecimento do sufrágio universal masculino, mas não ocorreram grandes mudanças na configuração de forças sociais devido à corrupção e à falsificação de eleições. Além disso, o movimento operário possuía poucos integrantes, poucos recursos e não tinha capacidade de organização nacional de suas atividades. (GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990). Para Moreno e Sarasa (1993), contudo, com a instauração do sufrágio universal, a pressão dos sindicatos e dos partidos operários foi mais efetiva.

<sup>46</sup> Essas ideologias consistem no krausismo liberal (foco na educação secular e na provisão da seguridade social afastada da caridade), no catolicismo social (parte minoritário do catolicismo, que preconizava uma maior justiça social) e no regeneracionismo, as quais se contrapunham em determinados pontos e convergiam em outros. O tratamento profundo dessas ideologias excede o escopo da presente monografia. Para tanto, indica-se a leitura de Guillén Rodríguez (1990) e de Moreno e Sarasa (1993).

<sup>47</sup> Do original em espanhol.

<sup>48</sup> Do original em espanhol.

Quanto ao modelo de EBES que estava se desenvolvendo na Espanha, houve orientação para o regime corporativista e ausência de um pacto social entre as classes trabalhadoras urbanas e rurais. Dessa forma, o seguro unificado nem mesmo teve apoio homogêneo entre os trabalhadores. Além dessa ausência de consenso, ressalta-se o poder político superior detido pela “oligarquia conservadora” e pela Igreja Católica com relação às “novas classes médias liberais, formadas por pequenos e médios industriais e empregados qualificados”. Tal como os trabalhadores, a classe média não teve ação homogênea com relação às políticas sociais, sendo que apenas “a pequena e a média burguesias das áreas mais industrializadas” apoiavam as reformas sociais (desde que não tivessem que arcar com os custos destas) (MORENO; SARASA, 1993, p. 35 – 36, tradução nossa<sup>49</sup>).

Portanto, a cisão dos trabalhadores e a debilidade da classe média configurou uma aliança frágil de oposição à elite conservadora. A falta de hegemonia social (Nacionalistas vs. Republicanos, Igreja vs. Defensores do Estado secular), inclusive entre aqueles que se beneficiariam de reformas mais profundas, levou à Guerra Civil, que perdurou de 1936 até 1939 (MORENO; SARASA, 1993).

Dessa forma, quando do início do regime ditatorial de Franco (ao final da Guerra Civil), a proteção social espanhola consistia praticamente no mesmo sistema de seguros sociais desenvolvido na Restauração, com poucas modificações nos períodos posteriores. Embora as políticas iniciais tenham sido desenvolvidas em períodos similares aos países europeu pioneiros do EBES, o caráter tardio no desenvolvimento do EBES espanhol se deve ao estancamento relativo a partir de 1923 (GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990).

A coalizão conservadora formada a partir do franquismo consistia justamente na oligarquia que esteve no poder em praticamente todo o período analisado até então, que se sobrepunha à burguesia industrial e que era legitimada pela Igreja Católica e pelo Exército. A Guerra Civil garantiu a exclusão, da participação política, das forças contraditórias aos interesses dessa elite política (as quais tinham se fortalecido na Segunda República). Com a ditadura, o regime franquista deteve forte “autonomia com relação à sociedade civil” (MORENO; SARASA, 1993, p. 37 – 38, tradução nossa<sup>50</sup>), sendo seus principais perdedores:

[...] as classes subordinadas, os trabalhadores, os grupos republicanos e liberais da classe média e as formações políticas e culturais das nacionalidades periféricas. O regime franquista era representativo de um despotismo reacionário cuja estratégia

---

<sup>49</sup> Do original em espanhol.

<sup>50</sup> Do original em espanhol.

principal era garantir um rápido – e frequentemente violento – processo de acumulação capitalista.

Moreno e Sarasa (1993) dividem o regime ditatorial de Franco em três subperíodos com relação à evolução do EBES espanhol. O primeiro período (1940 – 1958) consistiu na tentativa de gestão totalitária autárquica do Estado, com ênfase na repressão e na reconstrução da Espanha. Dessa forma, houve escassa aplicação de recursos nas políticas sociais e o predomínio de ações de caridade. Embora houvesse a tentativa de configurar um regime corporativista nacionalista homogeneizador, Moreno e Sarasa (1993) alertam que o intervencionismo ocorreu de forma subsidiária à participação privada, e não de forma absolutista, sendo que o papel do segmento privado foi reforçado pela busca de crescimento industrial. Um exemplo é a saúde, em que houve tanto provisão pública (de caráter assistencialista) quanto privada.

Um princípio do EBES desenvolvido nesse período foi o “paternalismo católico conservador”, caracterizando um regime orientado pelo corporativismo tradicional e pelo corporativismo fascista<sup>51</sup>. A Igreja Católica ganhou nova força no Estado, inclusive com o fim da lógica de Estado laico que perdurou na Segunda República (MORENO; SARASA, p. 39, tradução nossa<sup>52</sup>).

O critério de elegibilidade consistiu na contribuição para o sistema de seguros, sendo que somente os trabalhadores formais tinham acesso. Atrelado ao princípio de que a mulher deveria cumprir seus deveres no lar (e não compor a força de trabalho), configurou-se uma desproteção da mulher “fora do seu âmbito familiar”. Inclusive as rendas para menores de idade estavam atreladas ao caráter contributivo do provedor da família. Enfatizava-se, portanto, a família tradicional e o caráter contributivo na proteção social. O Seguro Obrigatório de Velhice e Invalidez (SOVI), constituído em 1939, incorporou, portanto, um grupo pequeno de trabalhadores (MORENO; SARASA, 1993, p. 39 – 40, tradução nossa<sup>53</sup>).

Quanto à correlação de forças, destaca-se a atuação conjunta de militares, falangistas (do partido de cunho fascista Falange Espanhola) e de católicos, com a divisão de ministérios e de áreas de controle para cada grupo político de forma a manter o equilíbrio de forças (JEREZ<sup>54</sup>, 1982, VIVER<sup>55</sup>, 1978 apud MORENO; SARASA, 1993).

---

<sup>51</sup> O corporativismo tradicional era defendido pela Igreja Católica e pelo movimento carlista, enquanto que o corporativismo fascista era representado pelo partido *Falange Espanhola* (MORENO, SARASA, 1993).

<sup>52</sup> Do original em espanhol.

<sup>53</sup> Do original em espanhol.

<sup>54</sup> JEREZ, M. **Élites políticas y centros de extracción en España: 1938 – 1957**. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1982.

<sup>55</sup> VIVER, C. **El personal político de Franco: 1936 – 1945**. Barcelona: Vicens-Vives, 1978.



A atitude autárquica do governo prejudicou a economia espanhola, com uma tentativa de recuperação no período subsequente de “desenvolvimentismo”<sup>56</sup> (1959 – 1967). Os destaques do período são a elaboração de um Plano de Estabilização Econômica, acompanhado da introdução do seguro desemprego obrigatório em 1961 para proteção dos trabalhadores em caso de uma possível recessão de curto prazo. Como resultado do Plano, a economia espanhola cresceu a uma taxa média de 7% entre 1960 e 1974 (MORENO; SARASA, 1993, p. 42).

A Seguridade Social avançou nesse período, mas sem modificar totalmente sua orientação corporativista. A necessidade de “adequação das estruturas produtivas espanholas às europeias” incorporou pretensões universalistas ao sistema de proteção social (com ampliação da cobertura, inclusive devido à introdução do salário mínimo). A concessão de seguros de doença e de acidentes de trabalho passou a ser competência do Estado e das organizações trabalhistas (e não mais do setor privado). Houve, portanto, o reconhecimento de que a responsabilidade do financiamento da Seguridade Social era pública (MORENO; SARASA, 1993, p. 43 - 44). A Lei de Bases da Seguridade Social, aplicada a partir de 1967, ampliou a universalização do sistema de proteção social, instituiu o regime de repartição simples para a cobertura dos seguros sociais e unificou parte do sistema, que antes era fragmentado (CABRERO, 1989).

De acordo com Moreno e Sarasa (1993), os anos franquistas de 1959 – 1967 consistiram em um período de modernização econômica e de configuração dos precedentes institucionais do EBES em vigor na Espanha. Apesar dessa modernização, Moreno e Sarasa (1993) atentam para o fato de que o regime não alterou seu caráter despótico e continuou pautado pelo paternalismo e pela repressão contra os seus opositores. A modernização ocorreu, portanto, de forma autoritária e imposta a partir do centro político à sociedade. Com essas características é que teve início a terceira fase (1968 – 1977) do EBES dentro da ditadura de Franco, marcada pela crise econômica, pelas conseqüentes contestações políticas e pelo início da transição democrática (MORENO; SARASA, 1993).

Portanto, o EBES desenvolvido ao longo do regime franquista possuía orientação corporativista despótica, pautado nos princípios do paternalismo, do clientelismo, do autoritarismo e de centralização da gestão do sistema de seguridade social. O critério de elegibilidade consistia na contribuição ao sistema, possibilitada pela ocupação de emprego

---

<sup>56</sup> Desenvolvimentismo consiste na denominação dada ao regime franquista no período de 1959 – 1967, e não significa, necessariamente, que esse período se pautou no desenvolvimentismo econômico na forma que conhecemos. Para averiguação, seria necessário um estudo mais aprofundado sobre as políticas econômicas do período à luz da teoria desenvolvimentista.

formal. A ausência de universalismo efetivo fez com que muitos cidadãos ficassem desprotegidos, sem a garantia de renda mínima, e dependessem de caridade. A prática de clientelismo se expressou na concessão de subsídios do governo a certos grupos dentro do regime de seguros sociais (como médicos, proprietários agrícolas e sacerdotes da Igreja), inclusive com transferência de recursos contributivos dos trabalhadores industriais para os segmentos privilegiados (MORENO; SARASA, 1993).

O gasto social orçamentário era insuficiente, sendo que o principal montante de financiamento do sistema de seguridade social era feito pelas contribuições sociais. Os serviços sociais também eram escassos e restritos ao financiamento contributivo. Na saúde, houve fortalecimento do setor privado e da atuação da Igreja Católica. A Assistência Social ficou sob responsabilidade praticamente exclusiva da Igreja. Portanto, predominou a atuação subsidiária da provisão privada e o papel da família (família tradicional como centro da sociedade espanhola da época) (MORENO; SARASA, 1993).

Cabrero (1989) possui uma visão distinta sobre a evolução do EBES no regime franquista, em especial a partir de meados da década de 1960. Além da mudança de tendência em direção a uma maior cobertura e maior universalismo, para Cabrero (1989), foi nesse período que o gasto social se consolidou como a principal função do Estado, apesar de permanecer insignificante do ponto de vista do montante. Embora o gasto em serviços sociais fosse pífio, a focalização deste para a saúde e a educação rompeu a tendência regressiva. Mesmo assim, ele aponta como problemas desse sistema a subordinação da política social ao crescimento econômico, a forma contributiva de financiamento da seguridade social, a regressividade e insuficiência redistributiva do sistema fiscal, e a baixa cobertura (CABRERO, 1989).

Argumenta-se também que o objetivo do sistema de proteção social formulado no regime franquista não foi a criação de uma ampla rede de proteção dos cidadãos espanhóis, mas a adaptação da economia espanhola à modernização industrial e tecnológica, à abertura comercial e à inserção em organismos internacionais. A atuação do Estado ocorria apenas no sistema de previdência social (e ainda sem participação significativa no financiamento) e de forma marginal na saúde. De resto, vigorou o assistencialismo benevolente (da Igreja Católica) e a provisão privada (e também católica) na saúde. Apesar disso, houve alteração na tendência do EBES espanhol através da institucionalização de grande parte de suas configurações atuais (CABRERO, 1989; MORENO; SARASA, 1993).

Partindo desse regime de proteção social e tendo em vista a instauração de crises econômica<sup>57</sup> e política, na década de 1970 houve ampliação dos gastos sociais e a realização de reformas com o objetivo de desenvolver a transição democrática de forma pactuada. Com isso, no dia 25 de outubro de 1977 foi celebrado o Pacto de la Moncloa<sup>58</sup>, o qual visava à acomodação social para a consolidação democrática (MORENO, SARASA, 1993). A próxima seção discorre sobre a configuração do EBES Espanhol desde a transição democrática até a atualidade.

#### 4.2 O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL APÓS A TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA

Para Cabrero (1989), as configurações institucionais do EBES espanhol foram desenvolvidas no período de 1964 – 1975. Durante a transição democrática, a partir de 1977, essas configurações não foram muito modificadas, ocorrendo basicamente um “processo de universalização”, acompanhado de precarização do sistema. Portanto, ele defende a tese de que o sistema começou a modificar sua tendência residual para um sistema mais institucionalizado e democrático no final dos anos 1960, com consolidação no início dos anos 1970, e não apenas com a Constituição de 1978. A área central do EBES espanhol passou a ser, então, a Seguridade Social (CABRERO, 1989, p. 80, tradução nossa<sup>59</sup>).

Com a ampliação da pressão da sociedade civil e com a crise econômica do final da década de 1960 e início da década de 1970, houve reestruturação do gasto social, acarretando principalmente em aumento do montante investido. Assim, Cabrero (1989) afirma que essa reestruturação serviu como base para uma transição democrática negociada, que partiu das autoridades estatais e que possibilitou a manutenção, de certa forma, do *status quo* (em relação aos poderes dominantes). Assim, no final da década de 1970, ocorreu, de forma tardia,

---

<sup>57</sup> A crise econômica ocorreu, em grande parte, devido à ascensão dos Tigres Asiáticos, que competiam industrialmente com baixos custos trabalhistas. Dessa forma, a Espanha compreendeu a necessidade de ampliar sua capacidade tecnológica e o desenvolvimento técnico dos seus trabalhadores. Os gastos sociais aumentaram tanto em serviços, quanto em transferências de renda, de forma a desenvolver uma sociedade industrial mais moderna. Essa mudança foi consequência tanto da crise econômica quanto da maior pressão social, expressão do enfraquecimento do regime franquista (principalmente após a morte de Franco, em 1975) (CABRERO, 1989).

<sup>58</sup> Esse Pacto foi celebrado a partir das negociações entre as classes políticas espanholas, com o objetivo de realizar a transição do regime militar para a democracia e possibilitar a saída da crise econômica. Além do estabelecimento de diversos objetivos econômicos, para a Seguridade Social consta a busca de redução das contribuições das empresas (com vistas a reduzir os custos trabalhistas) e uma maior participação social. Entre os princípios visados na gestão do sistema, constam a racionalização, a eficácia social e a descentralização. No financiamento, constam ainda o aumento da progressividade contributiva e a maior participação do orçamento do Estado. Houve o reconhecimento de que a saída das crises econômica e política só seria possível com o estabelecimento de um regime democrático (ESPAÑA, 1977).

<sup>59</sup> Do original em espanhol.

a “democratização social” da Espanha, possibilitando a consolidação do EBES nesse país. (CABRERO, 1989, p. 82, tradução nossa<sup>60</sup>).

No decorrer da transição democrática, houve maior universalização do sistema de proteção social e ampliação de seu caráter redistributivo. Em meados da década de 1970, os gastos em serviços sociais foram desenvolvidos (principalmente saúde e educação), com estagnação relativa na década de 1980, quando as transferências de renda assumiram a prevalência dos gastos sociais. A cobertura da proteção social foi ampliada, devido à flexibilização dos critérios de elegibilidade. No entanto, esse acréscimo causou redução do caráter contributivo da Seguridade Social, acarretando em assistencialização do sistema. Na saúde, a ampliação da cobertura foi acompanhada de precarização do serviço público e de maior participação da provisão privada (CABRERO, 1989).

Entretanto, a partir do início da década de 1980, Cabrero (1989) afirma que processos de ajustes econômicos e fiscais começaram a prevalecer na política econômica<sup>61</sup>, ocasionando redução dos esforços de intensificação do EBES espanhol. Em meio a essa reestruturação, em 1982, teve início o governo do PSOE (Partido Socialista Operário Espanhol).

Durante a década de 1980, mesmo sob o governo socialista do PSOE, a política social foi submetida aos objetivos de crescimento e de modernização econômica, com vistas a possibilitar ganhos de competitividade da indústria espanhola e sua inserção no processo de globalização. Manteve-se a orientação universalista do EBES, mas o sistema de proteção social se tornou mais precário. Como consequência, fortaleceu-se a provisão privada de previdência complementar e de seguros de saúde, por exemplo, para os estratos populacionais de renda mais elevada. O resultado foi a fragmentação da sociedade espanhola, com as classes média e alta buscando na iniciativa privada a complementação da renda na aposentaria e maior conforto nos serviços de saúde, enquanto as classes mais pobres ficavam dependentes do sistema público insuficiente em termos de renda e com qualidade reduzida nos serviços. Além disso, ampliou-se a participação de entidades sociais voluntárias, tanto relacionadas à Igreja Católica quanto organizações não governamentais (CABRERO, 1989; MORENO; SARASA, 1993).

Com relação à Assistência Social, Cabrero (1989) critica o baixo montante dos benefícios e a ênfase dada ao papel da mulher na proteção social. Houve redução do princípio contributivo das transferências de renda, não acompanhado de aprofundamento das

---

<sup>60</sup> Do original em espanhol.

<sup>61</sup> Para Cabrero (1989), na década de 1980, houve fortalecimento das políticas econômicas conservadoras, com foco nos ajustes fiscais, industriais e sociais. No entanto, ele afirma que não houve redução do gasto social, mas reestruturação dos modelos de EBES com base nos preceitos neoliberais.

transferências não contributivas (assistenciais) para as pessoas de baixa renda (CABRERO, 1989). Na saúde, a duplicação do orçamento público possibilitou a universalização da cobertura médica no final dos anos 1980 (MORENO; SARASA, 1993).

Apesar de ter ocorrido expressivo crescimento econômico, houve perda de renda por parte dos trabalhadores, vigorando a lógica de primeiro fazer o bolo crescer, para depois reparti-lo<sup>62</sup>. Portanto, as mudanças ocorridas no EBES da Espanha durante a transição democrática e ao longo da década de 1980 foram com o objetivo de maior universalização, sem realizar uma reestruturação radical do sistema de proteção social desenvolvido no período franquista (MORENO; SARASA, 1993).

Navarro (2003), em uma análise da evolução do gasto social espanhol, constata que a Espanha possuía, ainda em 2003, considerável déficit social com relação à UE-15<sup>63</sup>. Para o autor, esse déficit é resultado do período franquista, já que houve aumento considerável do gasto social nos anos 1980 e no começo dos anos 1990. No entanto, a partir de 1993, o gasto social passa a crescer de forma mais lenta, ampliando a diferença em relação à média europeia (principalmente com o fim dos governos do PSOE e início dos governos conservadores do Partido Popular em 1996). A razão disso foi a aplicação de políticas de austeridade fiscal com vistas a reduzir déficits fiscais (NAVARRO, 2003). No estudo de Jiménez e Portillo (2013), constata-se o aumento do gasto social espanhol em relação ao PIB na década de 2000, o que reduziu o déficit com relação à União Europeia. Em 2010, o gasto social médio da UE-15 era de 29% do PIB, enquanto que a média espanhola era de 25,2% do PIB, ainda um dos menores do bloco. Com relação às áreas que recebem maior quantidade de recursos, observa-se uma prioridade à previdência (aposentadoria) e, posteriormente, à assistência médica. Ressalta-se a baixa atenção dada à proteção à família e à transferência de rendas por filhos, o que gera reduzida efetividade do sistema de proteção social espanhol no combate à pobreza infantil (JIMÉNEZ; PORTILLO, 2013).

Com relação ao financiamento e aos benefícios monetários, Cantó (2013) afirma que o EBES espanhol possui reduzido impacto redistributivo. Isso porque tanto os benefícios universais quanto os focalizados nas classes de baixa renda são ineficazes ou insuficientes para melhorar a distribuição de renda na Espanha. Grande parte do caráter redistributivo está relacionada aos benefícios contributivos e, no âmbito da tributação, ao imposto de renda. A

---

<sup>62</sup> No Brasil, essa ideia vigorou no período do Milagre Econômico, sob a exposição famosa do então Ministro da Fazenda, Delfim Netto, de que primeiro teríamos que fazer o bolo crescer, para depois distribuí-lo. Ou seja, a preocupação pioneira seria com o crescimento econômico. A distribuição de renda seria consequência deste ou uma preocupação posterior.

<sup>63</sup> Bloco dos quinze membros pioneiros da União Europeia.

desigualdade de renda na Espanha caiu durante os anos 1980 até meados dos anos 1990, estabilizando-se posteriormente (com exceção do pequeno aumento da desigualdade no período de 1992 a 1994), o que aproximou a Espanha aos níveis de alguns países da União Europeia (CANTÓ, 2013).

No período de 2005 a 2008, a Espanha passou por uma fase de crescimento econômico, na qual o aumento da arrecadação contributiva e tributária possibilitou a ampliação da cobertura de determinados benefícios sociais (como a renda por filho dependente) e queda da desigualdade social. Entretanto, a partir da crise econômica de 2008, a desigualdade de renda passou a aumentar de forma significativa, principalmente devido às políticas de ajuste fiscal adotadas a partir do final de 2009 (CANTÓ, 2013).

Apesar disso, o impacto redistributivo dos benefícios sociais não contributivos aumentou a partir de 2008, sobretudo pelos auxílios aos desempregados com baixas rendas. Além disso, o imposto de renda de pessoas físicas passou a ser mais progressivo, em virtude de aumentos da tributação da renda do capital. Dessa forma, o caráter mais redistributivo dos benefícios sociais e do imposto de renda fez com que o aumento da desigualdade da renda disponível ocorresse em ritmo relativamente mais lento (CANTÓ, 2013).

Quanto à correlação de forças, embora haja maior participação social no EBES em relação ao período franquista, é preciso destacar a baixa capacidade de organização dos sindicatos, cuja afiliação não é obrigatória na Espanha, reduzindo o poder dos trabalhadores em pressionar pela ampliação da proteção social (MORENO; SARASA, 1993).

Entre os princípios do regime, destaca-se a descentralização territorial, com forte participação das Comunidades Autônomas<sup>64</sup> a partir da abertura política e com crescimento da participação dos municípios na gestão do EBES espanhol. León e Subirats (2013, p. 146, tradução nossa<sup>65</sup>) destacam que a descentralização foi uma “reivindicação histórica pelo reconhecimento da diversidade territorial na Espanha” e que o próprio debate em torno da democratização se pautou na “distribuição territorial do poder”. De forma a ajustar os interesses divergentes, “a Constituição reconheceu a diversidade e a assimetria do modelo autonômico”, mas buscou a homogeneidade entre os regimes adotados em cada Comunidade

---

<sup>64</sup> Durante o período franquista, as Comunidades Autônomas tinham sua participação social e política reprimida, devido ao caráter centro-nacionalista do governo militar.

<sup>65</sup> Do original em espanhol.

Autônoma (GALLEGO; SUBIRATS, 2011<sup>66</sup> apud LEÓN; SUBIRATS, 2013, p. 147, tradução nossa<sup>67</sup>).

No EBES, as Comunidades têm competência nas políticas de saúde, de educação e de serviços sociais. Entretanto, a gestão descentralizada do sistema de proteção social espanhol é envolta em conflitos entre o Estado (em suas tentativas de manter o controle sobre distintas políticas) e as Comunidades Autônomas (que buscam maior autonomia na proteção social). Além disso, os entes autônomos receberam atribuições que não foram acompanhadas com o repasse de recursos, acarretando elevada carga de financiamento aos entes subnacionais. Essas questões dificultam a cooperação entre as comunidades espanholas e ocasionam desigualdades territoriais. Destaca-se que, partir da crise econômica de 2008, houve uma tentativa de recentralização de políticas sociais e de maior controle do gasto das comunidades pelo governo central, com resistência das Comunidades Autônomas (LEÓN; SUBIRATS, 2013). Dessa forma, a descentralização do EBES espanhol ainda não está consolidada, dadas as dificuldades que envolvem a relação entre as dezessete Comunidades Autônomas e o Estado e entre as próprias comunidades. As divergências ultrapassam o âmbito de gestão e de financiamento do EBES, e compreendem os distintos traços cultural e linguístico que caracterizam cada ente territorial.

Viana (2007) destaca a característica “familiarista” do EBES espanhol, sustentada no “trabalho não reconhecido, não remunerado e não retribuído da mulher como cuidadora social no espaço familiar”. Vigora também o princípio de “solidariedade intergeracional”, em que os riscos das gerações passadas são atendidos pelas gerações presentes, as quais esperam ter o apoio das gerações futuras. Os serviços sociais assistenciais são efetuados pela família (como cuidados de crianças, idosos, dependentes), visto a escassez de serviços sociais públicos (exceto a saúde) (VIANA, 2007, p. 157). Observa-se que as estruturas familiares espanholas vêm se modificando, com redução das “famílias tradicionais” e aumento de famílias em que só a mulher vive com os filhos e/ou que a mulher assume o papel de chefe familiar. No entanto, prevalece ainda a estrutura patriarcal, a ênfase familiar nos serviços sociais de cuidado e o duplo papel da mulher no bem-estar parental e na inserção no mercado de trabalho. Dessa forma, para Viana (2007) o EBES espanhol consiste em um modelo de proteção social misto e descentralizado, ainda afastado do universalismo público dos regimes social democratas tradicionais (VIANA, 2007).

---

<sup>66</sup> GALLEGU, R.; SUBIRATS, J. Regional Welfare Regimes and Multi-level Governance. In GUILLÉN RODRIGUÉZ, A.M.; LEÓN, M. 2011, p. 97 – 118. Referência incompleta no artigo pesquisado.

<sup>67</sup> Do original em espanhol.

O regime é orientado, portanto, para um corporativismo que avança na universalização e, ao mesmo tempo, no residualismo. Por todo o exposto, o modelo mediterrâneo de EBES (no qual a Espanha está incluída) consiste em uma via média entre os modelos conservadores e os modelos socialdemocratas (MORENO, 1999; MORENO; SARASA, 1993; CABRERO, 1989).

#### 4.3 ANÁLISE DAS POLÍTICAS SELECIONADAS

A Seguridade Social está estabelecida, na Constituição espanhola de 1978, no capítulo que trata “Dos princípios orientadores da política social e econômica”, sendo que no Artigo 39 há a disposição da responsabilidade pública pela proteção social. O Artigo 40 dispõe sobre o dever dos poderes públicos em promover uma “distribuição de renda regional e pessoal mais equitativa” e em buscar o pleno emprego (ESPAÑA, 1978, tradução nossa<sup>68</sup>). O Artigo 41 trata diretamente sobre a Seguridade Social:

Os poderes públicos manterão um regime público de Seguridade Social para todos os cidadãos, que garanta a assistência e benefícios sociais suficientes ante situações de necessidade, especialmente em caso de desemprego. A assistência e os benefícios complementares serão livres (ESPAÑA, 1978, tradução nossa<sup>69</sup>).

No mesmo capítulo estão relacionadas as áreas de atuação do setor público: proteção à família, saúde pública, esporte, cultura, ciência, meio ambiente, habitação, aposentadoria, proteção às situações de incapacidade, entre outros. Observa-se a manifestação do princípio de universalização da Seguridade Social ao afirmar que este regime deverá ser garantido “para todos os cidadãos” (ESPAÑA, 1978; FERNÁNDEZ, 2003).

Fernández (2003, p. 82, tradução nossa<sup>70</sup>) ressalta a importância da Seguridade Social no EBES, por cobrir as principais “contingências sociais” que possam afetar aos cidadãos (como doença, maior idade, desemprego e maternidade) e por abranger “praticamente o conjunto dos cidadãos”. Dessa forma, o autor analisa a evolução da Seguridade Social em dois períodos: 1978 (Constituição sancionada) – 1995 (Pacto de Toledo); e a partir do Pacto de Toledo.

Com relação ao financiamento, depois de sancionada a Constituição espanhola de 1978, foi estabelecida a centralização dos recursos através da Tesouraria Geral da Seguridade

---

<sup>68</sup> Do original em espanhol.

<sup>69</sup> Do original em espanhol.

<sup>70</sup> Do original em espanhol.



Social, de acordo com o princípio da solidariedade financeira. Dessa forma, os recursos do sistema foram unificados nessa tesouraria. Além disso, houve medidas de racionalização do sistema de Seguridade Social, de forma a estabelecer um teto para os benefícios públicos e melhorar o piso, aproximação das contribuições e da base de filiação com o salário real, e “fortalecimento do caráter contributivo”, estabelecendo o período mínimo de contribuição de 15 anos. Os objetivos foram o reforço da solidariedade do sistema, a melhora da estabilidade deste e do seu caráter redistributivo (FERNÁNDEZ, 2003, p. 85 – 86, tradução nossa<sup>71</sup>).

Em 1989 foi instituída a Lei de Orçamentos, com o objetivo de separar os recursos de distintas fontes de financiamento de acordo com o destino destes. Dessa forma, as contribuições ficaram atreladas apenas aos benefícios contributivos da previdência, enquanto que os recursos fiscais do Estado passaram a ser utilizados para benefícios não contributivos, para complementação de rendas mínimas e para as necessidades orçamentárias do sistema de saúde. Com essa forma, houve ampliação da cobertura e melhoria no sistema de proteção social, reduzindo a pressão nos benefícios contributivos, cujos recursos eram anteriormente usados em parte para outros fins. Em 1990, os benefícios não contributivos foram incluídos na rede de proteção da Seguridade Social, de forma a compensar a carência de rendas a idosos, a inválidos e a famílias (FERNÁNDEZ, 2003).

Em 1995, foi estabelecido o Pacto de Toledo com o objetivo de dar continuidade às modificações no financiamento e a inserir reformas no sistema de Seguridade Social. Dessa forma, a separação das fontes de financiamento foi consolidada, atribuindo apenas recursos do Estado aos benefícios não contributivos. Além disso, foram introduzidas medidas de racionalização do sistema, dentre as quais se destaca o fortalecimento do sistema complementar de previdência (FERNÁNDEZ, 2003).

Fernández (2003) afirma que o sistema de Seguridade Social definido a partir da Constituição espanhola de 1978 superou o modelo corporativista anterior ao ampliar seu caráter universal e definir três bases: benefícios contributivos (Previdência Social e Seguro Desemprego), benefícios não contributivos (Assistência Social) e Assistência Médica e serviços sociais. De acordo com o sítio do Ministério de Emprego e da Seguridade Social da Espanha, a ação protetora da Seguridade Social compreende os seguintes benefícios/políticas: Saúde, benefícios de incapacidade temporal (acidente de trabalho), auxílio por risco durante a gravidez e amamentação, auxílio maternidade, auxílio paternidade, pensão por incapacidade permanente (invalidez), pensão por lesões permanentes que não causam invalidez,

---

<sup>71</sup> Do original em espanhol.

aposentadoria, pensão por morte, benefícios familiares, seguro desemprego, benefícios do seguro escolar e benefícios do extinto Seguro Obrigatório de Velhice e Invalidez (SOVI) (ESPAÑA, 2015a).

Jiménez e Portillo (2013, p. 17, tradução nossa<sup>72</sup>) ressaltam que as funções que englobam a Proteção Social são: velhice (aposentadoria e serviços sociais); sobrevivência (benefícios para órfãos ou pessoas debilitadas); doença e assistência de saúde; incapacidade (benefícios, serviços sociais e reabilitação); família e filhos (benefícios de maternidade e de cuidado dos filhos, serviços sociais); desemprego; habitação e exclusão social. Dessa forma, eles ressaltam que a educação não está incluída na proteção de acordo com a metodologia adotada<sup>73</sup>.

Na Espanha, a principal área da Seguridade Social em termos de aplicação de recursos é a Previdência (aposentadoria), seguida pela Saúde Pública (JIMÉNEZ; PORTILLO, 2013). Agregando as funções de proteção a famílias e a filhos, proteção aos inválidos e de sobrevivência, observa-se que a Assistência Social seria a terceira principal área do sistema espanhol de proteção social. No entanto, a Assistência Social não está agregada em uma área como no Brasil, mas em uma diversidade de políticas elencadas na Seguridade Social. Portanto, justifica-se também para a Espanha a adoção dessas três áreas para aprofundamento na presente monografia.

#### **4.3.1 Saúde Pública**

O direito à proteção da saúde está estabelecido no Artigo 43 da Constituição espanhola de 1978. Além disso, o artigo dispõe que a saúde pública é competência dos poderes públicos e que os direitos e deveres deverão ser tratados em lei. A primeira lei que estabeleceu as regras para atuação do Estado na saúde após a Constituição foi a Lei Geral da Saúde, em 1986. Os princípios do Sistema Nacional de Saúde da Espanha (SNS) consistem em gratuidade dos serviços, descentralização, integralidade, elevados níveis de qualidade, integração dos diversos serviços e estruturas relacionados com a saúde no SNS e a definição de direitos e de deveres tanto para os cidadãos quanto para os poderes públicos. O SNS possui uma orientação universal. (ESPAÑA, 2012b; ESPAÑA, 1978).

Com relação à descentralização, ressalta-se que o Sistema Nacional de Saúde integra todos os serviços de saúde da Administração do Estado e das Comunidades Autônomas. O

---

<sup>72</sup> Do original em espanhol.

<sup>73</sup> Metodologia do Sistema Europeu de Estatísticas Integradas em Proteção Social (SEEPROS).

Artigo 148 da Constituição espanhola de 1978 atribui às Comunidades Autônomas a competência na saúde pública, enquanto que o Artigo 149 atribui como competência do Estado (governo central) as relações exteriores na saúde pública (inclusive a realização de acordos internacionais), a formulação das bases e a coordenação do SNS e a “legislação sobre produtos farmacêuticos” (ESPAÑA, 1978, Art. 148 – 149, tradução nossa<sup>74</sup>; ESPAÑA, 2012b). A definição das bases e a coordenação do SNS consistem na realização de normatizações com o objetivo de homogeneizar o sistema no território nacional (através do estabelecimento de critérios mínimos) e de visar à ação conjunta dos entes subnacionais, inclusive possibilitando a troca de informações (ESPAÑA, 2012b).

As atribuições específicas das Comunidades Autônomas consistem na planificação do sistema de saúde, na atuação e na gestão da saúde pública. Para tanto, cada Comunidade Autônoma possui um Serviço de Saúde, uma estrutura que integra todos os organismos e estabelecimentos que atuam na saúde pública. A descentralização foi adotada com o objetivo de aproximar a gestão do sistema de saúde aos cidadãos espanhóis, pautada pelos seguintes princípios: equidade (busca de igualdade e de livre circulação em todo o território nacional); qualidade; e participação social. Por fim, as entidades locais (como os municípios) atuam de forma a colaborar na gestão dos serviços públicos de saúde. Ressalta-se que a atribuição das competências às dezessete Comunidades Autônomas foi concedida desde o início da década de 1980 (em 1981, para a Comunidade da Catalunha) até 2001 (ano em que dez Comunidades receberam a competência para atuar na saúde em seu território) (ESPAÑA, 2012b; ESPAÑA, 2015c).

Quanto aos critérios de elegibilidade, é necessário destacar que o Sistema Nacional de Saúde foi estabelecido pela Constituição de 1978 e pela Lei Geral da Saúde de 1986 como um sistema universal. Entretanto, em 2012, foi realizada uma reforma com o objetivo de garantir a sustentabilidade e a qualidade do sistema público de saúde, dada a situação de endividamento deste, reforçada pela recente crise econômica. Foi introduzida a Carteira de Saúde Individual, a ser emitida por cada Serviço de Saúde, com aceitação em todo o território nacional. O reconhecimento por leitor digital permite a utilização do Sistema Nacional de Saúde pelos cidadãos em qualquer Comunidade Autônoma sem burocracias que antes existiam. De acordo com a página eletrônica do Ministério de Saúde, Serviços Sociais e Igualdade (MSSI) da Espanha, todos os “espanhóis e os estrangeiros com residência legal” têm direito à carteira de saúde e, portanto, à assistência médica gratuita. Um dos objetivos da

---

<sup>74</sup> Do original em espanhol.

reforma foi a redução do “turismo de saúde” e do uso do Sistema Nacional de Saúde de forma fraudulenta. Dessa forma, alguns serviços passaram a ser cobrados e os medicamentos passaram a ter porcentagem de contribuição de acordo com a gravidade da doença e com a renda e a idade dos indivíduos (ESPAÑA, 2012b; tradução nossa<sup>75</sup>).

De acordo com a reforma, o direito à proteção à saúde é garantido aos assegurados, que consistem em trabalhadores por conta própria ou os empregados, os beneficiários do Sistema de Seguridade Social (tanto de aposentadoria, quanto outros benefícios do sistema), e os desempregados (depois de finalizado o benefício de seguro desemprego). Além disso, são considerados assegurados os espanhóis ou os nacionais de estados membros da União Europeia ou da Suíça que residem na Espanha ou os estrangeiros com residência espanhola, desde que não recebam uma renda superior ao limite estabelecido em regulamentos. Os beneficiários dos assegurados possuem os mesmos direitos, entre os quais se incluem os filhos de até vinte e seis anos. As pessoas que não forem asseguradas poderão ter acesso à proteção de saúde através do pagamento de convênio. Os espanhóis que pertencem ao Regime Especial da Seguridade Social podem optar pelo Sistema Nacional de Saúde ou por seguros privados (servidores públicos, judiciários e militares das Forças Armadas). Para os estrangeiros não residentes, há o estabelecimento de direito à assistência médica em caso de doença grave ou acidente, de gravidez (acompanhamento, parto e pós-parto) e da mesma assistência médica garantida aos espanhóis para os menores de dezoito anos. Além disso, todas as pessoas têm direito à assistência básica de saúde (ESPAÑA, 2012b).

Portanto, verificamos que o acesso à assistência médica continua universal para os cidadãos espanhóis, sendo apenas restringido aos estrangeiros. Mesmo assim, a assistência básica continua universal. As mudanças mais profundas ocorreram nos serviços de saúde mais complexos e na política de medicamentos. É necessário ressaltar que, entre os princípios estabelecidos, consta o financiamento público e a gratuidade dos serviços. Entretanto, os serviços efetivamente gratuitos são aqueles atrelados à Pasta Comum Básica de Serviços, os quais consistem em serviços “assistenciais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação” nos centros de saúde, além do transporte urgente. Para os demais serviços (como aqueles atrelados à Pasta Comum Suplementar do SNS: “benefícios farmacêuticos, benefícios ortoprotéticos”, utilização de produtos dietéticos, e transporte não urgente), há o estabelecimento de parcelas de pagamento de acordo com as condições de cada indivíduo. Ressalta-se que a reforma do SNS visou aos princípios de equidade na pasta comum básica,

---

<sup>75</sup> Do original em espanhol.

de sustentabilidade, de eficiência e de eficácia (ESPAÑA, 2012b, p. 13, tradução nossa<sup>76</sup>; ESPAÑA, 2015b).

Com relação aos benefícios farmacêuticos, há financiamento público dos medicamentos e de outros produtos do sistema de saúde que estão atrelados à Seguridade Social. Para os indivíduos hospitalizados, não há cobrança de participação no pagamento dos medicamentos utilizados no hospital. Já para os medicamentos prescritos, há coparticipação no pagamento de acordo com a gravidade da doença e com a renda e a idade do beneficiário. A isenção de copagamento ocorre para os desempregados que não recebem seguro desemprego, para os receptores de benefícios não contributivos e para os beneficiários de “rendas mínimas de inserção”. Para o caso de doenças graves, há coparticipação de pagamento de 10% dos medicamentos. Pessoas com rendas anuais de até 18 mil euros possuem uma coparticipação de 40%, reduzida a 10% no caso de beneficiário da Seguridade Social (contributivos); para rendas entre 18 mil euros e 100 mil euros, a participação é de 50% e de 10% respectivamente; para rendas acima de 100 mil euros, a participação é de 60% para ambos, sendo que os beneficiários possuem contribuição limitada a 60 euros por mês (ESPAÑA, 2012b).

O Sistema Nacional de Saúde é organizado em dois eixos principais: Assistência Primária e Atenção Especializada. A Assistência Primária é a porta de entrada do SNS e está organizada nos Centros de Saúde, composto principalmente por médicos de família e pediatras, além de enfermeiros e gestores administrativos. O acesso é espontâneo (ou seja, qualquer indivíduo pode ingressar em um Centro de Saúde sem autorização prévia) e acessível (visto a proximidade dos centros ou de consultórios para praticamente todos os cidadãos). Além disso, há atendimento domiciliar quando necessário. O objetivo da assistência primária é a “promoção da saúde e a prevenção da doença” e o tratamento de problemas mais corriqueiros. Já a atenção especializada está centralizada nos hospitais ou nos centros de especialidades e não possui ingresso espontâneo, mas apenas por indicação da assistência primária. O atendimento ocorre tanto de forma ambulatorial quanto por internamento e possui maior “complexidade técnica”. A atenção especializada atua nos diagnósticos, nos serviços terapêuticos e nos demais serviços de maior complexidade e especialidade (ESPAÑA, 2012b).

O Sistema Nacional de Saúde espanhol possui elevada cobertura populacional, e em 2012 representou 74,2% do gasto total em saúde na Espanha. Entretanto, conforme afirma

---

<sup>76</sup> Do original em espanhol.

Navarro (2003), o gasto público em saúde como proporção do PIB da Espanha é um dos mais baixos da União Europeia, sendo que 19,4% deste gasto foi aplicado em prestações farmacêuticas em 2010, o que é considerado pelo autor como um problema relacionado ao “enorme poder da indústria farmacêutica na Espanha” (NAVARRO, 2003, p. 7, tradução nossa<sup>77</sup>; ESPAÑA, 2012b).

Navarro (2003) argumenta que essas características do gasto social em saúde ocasiona baixo nível de conforto no Sistema Nacional de Saúde espanhol. Dessa forma, forma-se um dualismo na provisão da saúde, em que as pessoas que possuem mais recursos financeiros aderem ao setor privado na saúde (via seguros de saúde), de forma a garantir melhor atendimento e conforto. No entanto, Navarro (2003) afirma que o setor público possui melhor capacidade tecnológica e científica. Ele ressalta que essa polarização social no sistema de saúde é fruto da ausência de um pacto social na Espanha para a provisão de um sistema público de saúde que receba mais recursos e possua maior qualidade, restringido a universalidade do sistema. Dessa forma, para o autor, o SNS espanhol se assemelharia mais aos sistemas dos países da América Latina do que aos modelos europeus que são de fato universais.

#### **4.3.2 Previdência Social**

Na Espanha, na Seguridade Social não há divisão entre Previdência Social e Assistência Social. Nos trabalhos empíricos, a separação é realizada entre benefícios de caráter contributivo e não contributivo e entre as funções da Proteção Social apresentadas na introdução deste capítulo. Dessa forma, o presente trabalho classificou os benefícios que exigem filiação ao Sistema de Seguridade Social, conforme critérios dispostos a seguir, na Previdência Social (em sua maioria contributivos), enquanto os benefícios de caráter não contributivo e não relacionados ao mercado de trabalho são tratados na Assistência Social. Os benefícios considerados na presente seção são aqueles apresentados no Quadro 3 abaixo.

A aposentadoria aos idosos é garantida pelo Artigo 50 da Constituição espanhola como dever dos poderes públicos, objetivando a suficiência econômica dos idosos. A normatização e o regime econômico da Seguridade Social estão centralizados no Estado, sendo que os serviços podem ser realizados pelas Comunidades Autônomas (ESPAÑA, 1978). O sistema previdenciário da Espanha está dividido entre Regime Geral e Regime

---

<sup>77</sup> Do original em espanhol.

Especial. No Regime Geral, estão incluídas as pessoas que cumpram critérios de idade, de período mínimo de contribuição e do fato gerador do benefício recebido, conforme exposto no Quadro 3. Os filiados à Seguridade Social são os empregados; os desempregados (tanto os que recebem seguro desemprego quando aqueles que, esgotado o benefício, estejam inscritos na oficina de emprego); e os artistas e profissionais de touradas. Além disso, o tempo de férias, de cuidado de familiar, “os períodos de inatividade entre os trabalhos de temporada”, o tempo de prisão, o período de incapacidade trabalhista, de maternidade e de paternidade são considerados como filiação ao sistema. Mesmo as pessoas que não estejam filiadas no momento de ocorrência do fato gerador poderão ter acesso ao benefício, desde que cumpram os requisitos de idade e de carência contributiva (ESPAÑA, 2015a).

Quadro 3: Critérios de elegibilidade dos benefícios do Regime Geral da Previdência Social na Espanha

<b>Benefício</b>	<b>Critérios</b>	<b>Tempo de carência</b>
Aposentadoria integral <sup>78 79</sup>	2015: - idade mínima de 65 anos (se contribuiu pelo menos 35 anos e 9 meses); ou - idade mínima de 65 anos e 3 meses (se contribuiu menos de 35 anos e 9 meses). - Ampliações até 2027.	15 anos de contribuição, com pelo menos 2 anos consecutivos antes da aposentadoria.
	2027: - idade mínima de 67 anos (com menos de 38 anos e 6 meses de contribuição). ou - idade mínima de 65 anos (período de contribuição superior ou igual a 38 anos e 6 meses).	
Aposentadoria antecipada por grupos especiais (trabalhos perigosos, tóxicos ou insalubres; trabalhadores com	- Trabalhadores da mineração, ferroviários e do setor aeroviário: aplicação de coeficientes redutores da idade no tempo efetivamente trabalhados nas atividades de risco. Idade mínima de 52 anos	15 anos de contribuição, com pelo menos 2 anos consecutivos antes da aposentadoria.

<sup>78</sup> Para os filiados do Extinto Regime de Seguro Obrigatório de Velhice e Invalidez (SOVI), o critério de elegibilidade é com base na idade mínima de 65 anos (ou de 60 anos para o caso de acidente de trabalho que gere incapacidade) (ESPAÑA, 2015a).

<sup>79</sup> Há a possibilidade de receber aposentadoria com jornada de trabalho flexível (com redução de 25% a 50% da jornada). Dessa forma, a aposentadoria é recebida apenas em parte enquanto perdurar a jornada de trabalho. Além disso, é possível receber aposentadoria parcial após 33 anos de contribuição (com o mesmo tempo de carência da aposentadoria integral e com redução de tempo de contribuição para casos especiais) e com idade mínima de 60 anos. O valor recebido é reduzido de acordo com o tempo de contribuição e a idade faltantes e com a redução da jornada de trabalho (ESPAÑA, 2015a).

incapacidade).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artistas (cantores, bailarinos e trapezistas): 60 anos (desde que a especialidade tenha sido exercida por pelo menos 8 anos);</li> <li>- Demais artistas: 60 anos, com redução de 8% para cada ano de antecipação (com relação à aposentadoria normal).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais de tourada: 55 ou 60 anos, dependendo da função.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bombeiros: aplicação de coeficientes redutores da idade no tempo efetivamente trabalhados nas atividades de risco. Idade mínima de 60 anos (ou 59 se houve pelo menos 30 anos de contribuição).</li> </ul>	
Aposentadoria antecipada por demissão	<p>Em caso de reestruturação empresarial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- redução de 4 anos em relação ao tempo de aposentadoria integral.</li> <li>- Há redução percentual por trimestre faltante ao tempo integral (que vai de 1,5% por trimestre a 1,875%, de acordo com o tempo de contribuição).</li> </ul> <p>Demissão sem justa causa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a partir de 61 anos (ou de 55 anos para aqueles trabalhadores que não possuem acesso ao Seguro Desemprego).</li> <li>- Há redução percentual por ano antecipado em relação ao tempo integral (que vai de 6% por ano a 7,5%, de acordo com o tempo de contribuição).</li> </ul>	33 anos (2 anos consecutivos dentro dos 15 anos anteriores à aposentadoria).
Aposentadoria antecipada voluntária	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução de 2 anos em relação à aposentadoria integral;</li> <li>- Há redução percentual por trimestre antecipado em relação ao tempo integral (que vai de 1,625% a 2% por trimestre, de acordo com o tempo de contribuição).</li> </ul>	35 anos (2 anos consecutivos dentro dos 15 anos anteriores à aposentadoria).



Auxílio doença por incapacidade temporal de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- início no 4º dia de afastamento em consequência de doença comum ou acidente não laboral;</li> <li>- início no dia posterior à baixa por doença ou acidente de trabalho.</li> <li>- Comprovação: baixa médica;</li> <li>- Máximo 365 dias: pode ser prorrogado (180 dias), dada a alta ou declarada a incapacidade permanente.</li> </ul>	<p>Doença não decorrente de trabalho: 180 dias de contribuição nos 5 anos anteriores.</p> <p>Isento (doenças de trabalho e acidentes em geral)</p>
Aposentadoria por incapacidade permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade parcial (exceto devido à doença de trabalho ou acidente em geral): capacidade reduzida de realizar as tarefas do trabalho.</li> </ul>	1.800 dias de contribuição (10 anos anteriores)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade total: inabilitado para a profissão que exercia, mas pode exercer outras atividades.</li> </ul>	<p>Doença ou acidentes trabalhistas: isento</p> <p>Doença comum: Menores 31 anos: contribuição de 1/3 do tempo de idade a partir dos 16 anos.</p> <p>Maiores de 31 anos: ¼ do tempo entre 20 anos e o fato gerador.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade absoluta: inabilitado para qualquer atividade laboral.</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invalidez: quando necessita a ajuda de outras pessoas para as atividades essenciais.</li> </ul>	<p>Doença ou acidentes trabalhistas: isento</p> <p>Doença comum: Menores 31 anos: contribuição de 1/3 do tempo de idade a partir dos 16 anos.</p> <p>Maiores de 31 anos: ¼ do tempo entre 20 anos e o fato gerador*</p>
Indenização por ações limitantes (que não causam incapacitação)	-Lesões, mutilações e deformidades de carácter definitivo e que não incapacitem.	Isento
Salário Maternidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parto, inclusive do natimorto;</li> <li>- acolhimento familiar temporário ou permanente;</li> <li>- adoção ou a guarda judicial para fins de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuinte menor 21 anos: isento;</li> <li>- 21 anos a 26 anos: 90 dias (nos 7 anos anteriores) ou</li> </ul>

	<p>adoção.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Duração: período legal de licença maternidade.</li> </ul>	<p>180 dias (em toda a vida laboral);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir de 26 anos: 180 dias (últimos 7 anos) ou 360 dias (em toda a vida laboral).**</li> </ul>
Subsídio Paternidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parto, inclusive do natimorto;</li> <li>- acolhimento familiar temporário ou permanente;</li> <li>- adoção ou a guarda judicial para fins de adoção.</li> <li>- Duração: período legal de licença maternidade (de 13 a 20 dias).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 180 dias (últimos 7 anos) ou 360 dias (em toda a vida laboral).</li> </ul>
Pensão por morte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para viúvo (a) com filhos ou casado (a) pelo menos por 1 ano (do contrário, é temporária: 2 anos). É permitido para divorciados atendendo a condições estabelecidas em lei;</li> <li>- Para órfão (até 21 anos ou até 25 anos, caso receba menos de um salário mínimo ou esteja estudando);</li> <li>- Também pode ser paga a outros familiares dependentes;</li> <li>- Há auxílio para os gastos funerários (sem carência).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por doença comum: 500 dias;</li> <li>- Por doença de trabalho ou qualquer acidente: isento*</li> </ul>
Subsídio por risco durante a gravidez ou amamentação	Quando há suspensão do contrato de trabalho ou liberação da atividade devido aos riscos que podem ser ocasionados na gravidez ou na amamentação.	Isento.
Benefício para trabalhadores com filho com câncer ou outra doença grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando há redução da jornada de trabalho de pelo menos 50%;</li> <li>- Filhos menores de 18 anos, que tenham câncer ou outra doença grave com internação hospitalar e que exija cuidado direto dos pais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuinte menor de 21 anos: isento;</li> <li>- 21 anos a 26 anos: 90 dias (nos 7 anos anteriores) ou 180 dias (em toda a vida laboral);</li> <li>- A partir de 26 anos: 180 dias (últimos 7 anos) ou 360 dias (em toda a vida laboral).</li> </ul>

Fonte: elaborada pela autora, com base nas informações do Ministerio de Empleo y Seguridad Social (ESPAÑA, 2015a).

\* Para não afiliados da Seguridade Social no momento do fato gerador: 15 anos.

\*\* Não havendo o período de contribuição exigido, há auxílio maternidade não contributivo de 42 dias (que pode ser ampliado em 14 dias).

Além do Regime Geral, há Regimes Especiais para trabalhadores agrários, para empregados domésticos, para trabalhadores por conta própria ou autônomos, para os

mineradores de carvão e para os trabalhadores do mar. Os empregados domésticos e os trabalhadores agrários foram incluídos ao Regime Geral (com particularidades pontuais), submetidos às mesmas regras de acesso à aposentadoria, inclusive vigorando o caráter contributivo.

A Lei nº. 27/2011 ressalta a busca de sustentabilidade do sistema previdenciário com a separação das fontes de financiamento, atribuindo ao Orçamento do Estado o pagamento dos benefícios não contributivos. Além disso, a lei reforça a necessidade de o Estado financiar os complementos dos benefícios de acordo com uma renda mínima, o que não vinha sendo cumprido pelas Administrações Públicas, conforme alertado por Fernández (2003). Os complementos de mínimo consistem em uma renda mensal para os beneficiários que não recebam mais que o limite estabelecido em lei. Ressalta-se o caráter não contributivo desse benefício o qual deve ser, portanto, financiado pelo Orçamento do Estado (FERNÁNDEZ, 2003).

Com a mesma lei, foi introduzido o Fator de Sustentabilidade do Sistema de Seguridade Social, cujo objetivo é manter a proporção entre as contribuições do sistema e os benefícios esperados (AYUSO et al., 2013). Dessa forma, a partir de 2027, os parâmetros do sistema serão revisados a cada 5 anos, de acordo com o diferencial da expectativa de vida em comparação com o ano base (2027), esperando-se uma redução do valor dos benefícios de acordo com o aumento da expectativa de vida da população que se incorpora à Seguridade Social.

Os funcionários públicos estão incluídos no Regime de Classes Passivas, normatizado pelo Ministério da Fazenda e Administrações Públicas. Houve uma tentativa de incorporar os funcionários públicos ingressantes ao Regime Geral com o Decreto Lei 13/2010, sendo a disposição revogada no presente ano. Os critérios para aposentadoria dos servidores enquadrados na Classe Passiva consistem no cumprimento de 60 anos de idade e de 30 anos de serviço ao Estado ou, de forma compulsória, aos 65 anos. No entanto, exige-se o tempo mínimo de 15 anos de serviço ao Estado para o recebimento de benefícios previdenciários do Regime de Classes Passivas. Para o ano de 2015, o teto da aposentadoria dos servidores públicos foi de 2.560,88 euros ao mês (F.E CCOO, 2015).

Quanto ao impacto do sistema previdenciário espanhol, Jiménez e Portillo (2013) verificaram que houve uma redução de 63% da taxa de risco de pobreza entre as pessoas com idade superior a 65 anos de 2004 a 2012<sup>80</sup>. Por fim, ressalta-se que o impacto do sistema de

---

<sup>80</sup> Com base em dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

benefícios aos aposentados está relacionado à ênfase dada à função “velhice” no sistema de Proteção Social espanhol, a qual representou 34,9% dos gastos sociais em 2011, de acordo com dados da EUROSTAT<sup>81</sup> (ESPAÑA, 2012a).

### 4.3.3 Assistência Social

Conforme exposto na introdução do presente capítulo, não há a delimitação de Assistência Social e de Previdência Social na Seguridade Social espanhola, de forma que a presente monografia classifica os benefícios de proteção familiar como programas de Assistência, pelo fato de não estarem atrelados a critérios de filiação. Os complementos por mínimos e os benefícios que não possuem carência contributiva foram analisados no âmbito da Previdência Social, dado que envolvem relações trabalhistas em suas concessões.

Como vimos na seção anterior, a Seguridade Social está centralizada no Estado (Art 149). Por outro lado, o instrumento constitucional atribuiu às Comunidades Autônomas a responsabilidade pela Assistência Social (Art. 148). Dessa forma, em paralelo aos benefícios sociais da Seguridade Social, existem os programas de Renda Mínima de Inserção (RMI) e os serviços sociais, desenvolvidos de forma específica por cada uma das 17 Comunidades Autônomas da Espanha (VIANA, 2007).

Com relação à atuação da Administração Central na Assistência Social, faz-se necessário ressaltar, conforme exposto por Moreno Mínguez (2013, p. 224, tradução nossa<sup>82</sup>), que a função de proteção familiar é “muito ampla e abarca uma grande pluralidade de políticas”, sendo que a “proteção familiar derivada da Seguridade Social não é senão uma parte da política familiar”. Isso porque, de acordo com a autora, essa função está relacionada com diversos benefícios já analisados da Previdência Social, com a Saúde Pública e, inclusive, com os serviços sociais (como cuidado de crianças, de idosos e de doentes). Feita a ressalva, os critérios de elegibilidade, os condicionantes e as características dos benefícios familiares da Seguridade Social estão expostos no Quadro 4.

---

<sup>81</sup> Base de estatísticas europeias.

<sup>82</sup> Do original em espanhol.

Quadro 4: Benefícios de Proteção à Família (Espanha)

Benefício	Critérios de Elegibilidade	Condicionantes	Características
Benefício econômico por filho ou menor acolhido a cargo dos pais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filho ou menor acolhido que viva e dependa do beneficiário;</li> <li>-Residência espanhola;</li> <li>- Filho ou menor: até 18 anos ou incapazes.</li> <li>- Podem ser recebidos pelos órfãos ou abandonada, no caso de não terem representantes legais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renda anual máxima de 11.547,96 euros (acrescida de 15% por cada filho, a partir do segundo);</li> <li>- Para famílias numerosas: renda anual máxima de 17.380,39 euros, acrescida de 2.815,14 euros por cada filho a partir do quarto.</li> <li>- Os limites não se aplicam para dependentes incapazes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependentes menores de 18 anos não incapazes: 291,00 euros anuais por dependente;</li> <li>- Dependentes menores de 18 anos com incapacidade <math>\geq</math> 33%: 1.000,00 euros anuais por dependente;</li> <li>- Dependentes maiores de 18 anos com incapacidade <math>\geq</math> 65%: 4.402,80 euros anuais por dependente;</li> <li>- Dependentes maiores de 18 anos com incapacidade <math>\geq</math> 75% e que necessitam de auxílio para as atividades básicas: 6.604,80 euros anuais por dependente;</li> </ul>
Auxílio por nascimento ou adoção	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Famílias numerosas ou monoparentais, ou que em que a mãe tenha incapacidade <math>\geq</math> 65%;</li> <li>-Residência espanhola;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os mesmos limites estabelecidos no benefício anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parcela única de 1.000,00 euros.</li> </ul>
Auxílio por parto ou adoção de dois ou mais filhos de forma simultânea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Residência espanhola;</li> <li>- Nascimento ou adoção de 2 ou mais filhos;</li> <li>- Filho com incapacidade computa como 2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para 2 filhos: 4 salários mínimos;</li> <li>- Para 3 filhos: 8 salários mínimos;</li> <li>- Para 4 ou mais filhos: 12 salários mínimos.</li> </ul>

Fonte: elaborado pela autora, com base nas informações do Ministério de Emprego e de Seguridad Social (ESPAÑA, 2015a).

Há ainda a manutenção da contribuição para a Seguridade Social para os trabalhadores que se afastem do emprego por até 3 anos (em caso de nascimento de filho ou de adoção) ou por até 2 anos (em caso de cuidado de familiar em situação de dependência) (ESPAÑA, 2015a)

Moreno Mínguez (2013) destaca o déficit social da Espanha nas políticas de proteção à família e à infância em relação à média europeia, não só pelo reduzido gasto nessa área, como também pela limitação da cobertura e pelo pequeno valor que compreendem. Com relação à tipologia do EBES apresentada no capítulo 2, para essa autora, a divisão entre modelos social democrata, residual, conservador e mediterrâneo (Europa do Sul) ainda se aplica no caso das políticas assistencialistas. Dessa forma, os países nórdicos gastam mais com serviços sociais, enquanto gastos expressivos com transferências de renda são realizados pelos países com modelos residuais. Os países com modelos conservadores gastam relativamente menos, mas de forma mais estável entre serviços, transferências de rendas e incentivos fiscais. Os países do sul da Europa, por sua vez, aplicam um reduzido percentual de gastos públicos em proteção à família (MORENO MÍNGUEZ, 2013).

Portanto, Moreno Mínguez (2013) afirma que as prestações familiares espanholas são escassas (quantias meramente simbólicas), rígidas no estabelecimento de idade máxima de 18 anos (sem flexibilização para o caso de filhos que estejam estudando), de caráter assistencialista, familiaristas, paternalistas e não universais (devido aos seus condicionantes - Quadro 4). O financiamento dos benefícios de proteção à família é realizado através do aporte de recursos do Estado à Seguridade Social, de acordo com o critério de separação das fontes dos benefícios contributivos e não contributivos (FERNÁNDEZ, 2003).

Com relação ao impacto dessas políticas, Moreno Mínguez (2013) e Jiménez e Portillo (2013) atentam para o fato de que a assimetria entre os recursos destinados à população idosa (ênfase dos EBES mediterrâneos) e à população infantil limita o impacto da proteção social na redução da pobreza das crianças. Além disso, perpetua o modelo familiarista espanhol, o qual dificulta a inserção laboral feminina (ao atribuir às mulheres a responsabilidade dos cuidados dos membros familiares) e reduz a taxa de fecundidade. No entanto, Moreno Mínguez (2013) destaca que o modelo de EBES pautado na família tradicional (herança do regime franquista) vem modificando nos últimos anos, embora em ritmo lento.

As demais áreas da Assistência Social, como exposto, tiveram a gestão e o financiamento descentralizados em cada Comunidade Autônoma. Uma análise mais aprofundada sobre os modelos de Assistência Social em perspectiva comparada entre os países do Sul da Europa e o Brasil é realizada por Viana (2007), de forma que nesta

monografia a presente área é tratada mais brevemente. As políticas realizadas pelas Comunidades Autônomas compreendem, de modo geral, a prestação de serviços sociais e o pagamento de Rendas Mínimas de Inserção (RMI) (VIANA, 2007).

Com relação aos critérios de elegibilidade e os valores das RMI, Viana (2007, p. 195 e 210) destaca que estes variam de acordo com cada Comunidade, ocasionando a fragmentação nacional nessas políticas. Não há, portanto, um único padrão de garantia de renda mínima na Espanha. De forma comum, todas as Comunidades aplicam o princípio de subsidiariedade - pelo qual o benefício deve ser subsidiário aos demais recursos recebidos e seu valor deve ser mínimo “para não competir com o pior salário” – e grande parte explicita o princípio da incompatibilidade – pelo qual o recebimento da RMI é incompatível com os outros benefícios sociais (VIANA, 2007). Outro critério geral é a comprovação de que os “recursos totais da unidade familiar” não ultrapassem uma renda mínima estabelecida. Dessa forma, a necessidade de recebimento de assistência deve ser comprovada pelas famílias através da apresentação de documentos, com regras restritas devido ao caráter transitório e temporal da RMI (no momento em que a renda familiar ultrapassa o limite definido, o benefício é suspenso). Ainda, é comum a exigência de um período mínimo de residência na Comunidade Autônoma à qual o cidadão demanda o benefício (VIANA, 2007, p. 229 – 230).

A RMI se baseia na garantia de recursos materiais mínimos aos pobres e aos excluídos do sistema, de modo a combater a exclusão social, a partir do atendimento de certas condicionalidades (principalmente voltadas à inserção no mercado de trabalho). Dessa forma, a autora destaca a orientação residual (o Estado intervém apenas quando não há o cumprimento do papel social da família) e o princípio de focalização dessa política nas pessoas que realmente necessitam (aquelas excluídas do mercado de trabalho). (VIANA, 2007). Conforme González de Durana e Ayala Cañón (2013), a ampliação dessas condicionalidades (controles mais rígidos na concessão de benefícios e pressão à busca de inserção laboral) e a redução do nível e do período de recebimento das rendas reforçam o princípio estigmatizador das políticas de rendas mínimas e enfraquecem seu impacto na proteção contra a pobreza.

O financiamento da Assistência Social é realizado através do orçamento das Administrações Públicas, principalmente dos entes subnacionais, os quais possuem “autoridade constitucional para exigir o pagamento de tributos” (VIANA, 2007, p. 224). No entanto, há transferência de recursos do governo central, em montante escasso, no que Viana (2007, p. 225) destaca:

As comunidades autônomas, apesar de ostentarem o título jurídico (Leis Autônomas de Serviços Sociais) de competência exclusiva sobre o financiamento da assistência e dos serviços sociais, têm argumentado que o Estado deve colocar à sua disposição os recursos de ação social de que dispõe, para que promovam a gestão direta desses recursos na área da assistência.

De acordo com González de Durana e Ayala Cañón (2013), os benefícios sociais têm crescido nos últimos anos (principalmente devido ao aumento das necessidades decorrente da crise econômica que iniciou em 2008). No entanto, os autores também destacam a fragmentação, a descoordenação (com falta de cooperação entre as Comunidades Autônomas e o governo central) e a “ausência de critérios distributivos homogêneos” no sistema de Assistência Social, características que geraram enormes “disparidades na proteção recebida” e perpetuaram altas taxas de pobreza na Espanha com relação à União Europeia (as quais aumentaram após a crise) (GONZÁLEZ DE DURANA; AYALA CAÑÓN, 2013, p. 261, tradução nossa<sup>83</sup>).

De forma conclusiva, destaca-se a convergência do exposto por Moreno Mínguez (2013) e por Viana (2007) de que os serviços sociais voltados à Assistência são escassos na Espanha, mantendo a característica familiarista e patriarcal do sistema de Proteção Social. Dessa forma, conforme as autoras, a mulher continua tendo elevada importância na promoção do bem-estar de seus membros (responsabilidade no cuidado dos filhos, dos idosos, dos doentes, etc.), o que vai de encontro à inserção feminina no mercado de trabalho e impacta na baixa taxa de fecundidade da sociedade espanhola. Portanto, Moreno Mínguez (2013) reforça o papel dos serviços sociais assistenciais e das políticas de promoção à família na própria sustentabilidade do EBES espanhol (o envelhecimento populacional torna necessária, por exemplo, a ampliação da taxa de atividade – principalmente feminina – e da taxa de fecundidade), demandando mais atenção a essa área que tem sido mantida em segundo plano.

---

<sup>83</sup> Do original em espanhol.



## **5 ANÁLISE COMPARADA DOS ESTADOS DE BEM-ESTAR SOCIAL DO BRASIL E DA ESPANHA**

A partir da análise histórica da evolução do EBES no Brasil e na Espanha, podem-se observar diversas tendências semelhantes, com diferenças pontuais em cada etapa evolutiva. Uma distinção marcante é que as políticas pioneiras da proteção social espanhola (durante a Restauração) acompanham a tendência europeia de configuração dos seguros sociais no final do século XIX. Já no Brasil, os seguros sociais públicos foram desenvolvidos apenas a partir de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas. Portanto, os movimentos de configuração do EBES brasileiro ocorreram de forma tardia com relação à experiência europeia, inclusive em comparação com a Espanha. O caráter tardio da Espanha se deve à relativa estagnação das reformas sociais a partir de 1923 até o início da ditadura franquista (e o conservadorismo desse período) (GUILLÉN RODRIGUÉZ, 1990).

Em ambos os países, a política pioneira da proteção social foi a institucionalização de seguros aos trabalhadores formais (industriais, no caso da Espanha), de caráter contributivo e de gestão fragmentada nas distintas classes profissionais (IAPs no caso brasileiro), com o objetivo de proteger contra os riscos do trabalho. A atuação na saúde e na assistência ficou a cargo da iniciativa privada, com forte ênfase à caridade e à atuação da Igreja Católica na experiência espanhola.

Além disso, é comum a ausência de participação social na fase inicial do EBES, sendo as políticas estabelecidas de cima para baixo. No Brasil, a motivação da introdução dos seguros sociais foi o interesse da burguesia industrial em promover as bases do desenvolvimento capitalista, promovendo a relação trabalhista assalariada (KERSTENETZKY, 2012; POCHMANN, 2004). Na Espanha, destaca-se a atuação da oligarquia conservadora e da Igreja Católica em manterem seus papéis na sociedade espanhola, com força reduzida das burguesias industriais médias, não havendo, portanto, uma alteração da correlação de forças como ocorreu no Brasil. Ambos as experiências se orientaram a um regime corporativista e de baixa cobertura. Além disso, houve tentativa de universalização dos regimes em um pequeno período democrático no Brasil e na Espanha (Segunda República), suprimida pela instauração de regimes militares nos dois países.

O desenvolvimento do EBES brasileiro e espanhol durante o período militar também é muito similar, inclusive com a passagem de uma etapa intermediária de institucionalização da proteção social e de uma etapa final de crise e esgotamento do regime. O objetivo primordial

do Estado nos dois países era o desenvolvimento industrial, ficando a atuação social em segundo plano e submetida ao crescimento econômico. Dessa forma, os serviços foram desenvolvidos com maior precariedade e residualismo, perpetuando um comportamento em que a classe baixa fica dependente do serviço público, enquanto as classes de rendas mais elevadas buscam na provisão privada serviços de maior qualidade.

A transição democrática espanhola e brasileira também se assemelha, já que nos dois casos ela ocorreu em meio a uma crise econômica e ao esgotamento do regime militar anterior. No Brasil, destaca-se a maior participação social durante a constituinte (embora houvesse um confronto de forças políticas em relação ao nível de progressividade do nosso EBES), enquanto na Espanha a democratização foi realizada na forma de um pacto, com vistas a manter o *status quo* (CABRERO, 1989). Essa pode ser uma possível explicação do porquê diversos aspectos institucionais do EBES brasileiros estão definidos no instrumento constitucional, enquanto na Espanha a Constituição apenas determina atribuições e estabelece o dever dos poderes públicos, sem maiores explanações. Por isso, no Brasil, a reestruturação do EBES está fortemente relacionada com a promulgação da Constituição de 1988, enquanto na Espanha é mais comum apenas a menção à transição democrática.

Com a transição democrática, a Seguridade Social foi priorizada em ambos os países e considerada como a base dos EBES brasileiro e espanhol, e houve uma tendência de ampliação do gasto social e do universalismo. Com relação à Seguridade Social, no Brasil ela está bem definida na CF/1988, abrangendo as áreas da Saúde Pública, da Previdência Social e da Assistência Social. Na Espanha, essas políticas também estão incluídas na Seguridade Social, mas sem a definição clara de o que corresponde a Assistência e o que corresponde a Previdência. Portanto, justifica-se a análise nas áreas selecionadas, por comporem a base do EBES de ambos os países. Nas próximas seções, é realizada a comparação das políticas de Saúde Pública, da Previdência Social e da Assistência Social.

## 5.1 SAÚDE

Na análise da evolução dos EBES do Brasil e da Espanha, observamos que ambos os países institucionalizaram um sistema público de saúde e universal após a promulgação das constituições de, respectivamente, 1988 e 1978. Antes da transição democrática, prevaleciam os seguros de saúde atrelados ao caráter contributivo, o que excluía a população que não possuía trabalho formal. A literatura espanhola destaca a atuação das entidades de caridade (especialmente ligadas à Igreja Católica) na provisão de saúde assistencialista para a

população não assistida pelos seguros sociais. Em ambas as experiências, destaca-se a provisão privada de forma complementar à então escassa provisão pública. Dessa forma, tanto Brasil quanto Espanha incluíram nas suas Constituições o dever do setor público na provisão de um sistema de saúde de acesso igualitário a todos os cidadãos. As características do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e do Sistema Nacional de Saúde (SNS) espanhol estão expostas no Quadro 5.

Quadro 5: Comparação dos sistemas públicos de saúde

<b>Características</b>	<b>BRASIL (SUS)</b>	<b>ESPANHA (SNS)</b>
<b>Correlação de forças</b>	Antagonismo: Iniciativa privada (classes média e alta) x Iniciativa pública (classe baixa)	Antagonismo reduzido Apoio Social
<b>Financiamento</b>	Orçamento Público; Recursos públicos para setor privado	Orçamento Público; <i>Copagamento</i>
<b>Crítérios de Elegibilidade</b>	Todos os cidadãos	Cidadãos espanhóis e estrangeiros com residência legal  Diferenciação por carteiras
<b>Orientações e Princípios</b>	Universalização  Descentralização: União, Estados, Municípios (execução); Rede Regionalizada Atendimento integral; Sistema Público	Universalização  Descentralização: Estado e Comunidades Autônomas (execução); Atendimento integral; Sistema público gratuito
<b>Grau de desmercantilização</b>	Moderado	Elevado

Fonte: elaborado pela autora (2015).

A orientação de ambos os regimes com relação à saúde é universal, sem a necessidade de comprovação de renda (regime residual) e não atrelada ao mercado de trabalho (regime conservador). Quanto à correlação de forças, destaca-se que ambos possuem dualidade, em que classes de renda mais elevada procuram na iniciativa privada a provisão de saúde. No entanto, na Espanha, essa dualidade é reduzida com relação ao Brasil, sendo que grande parte

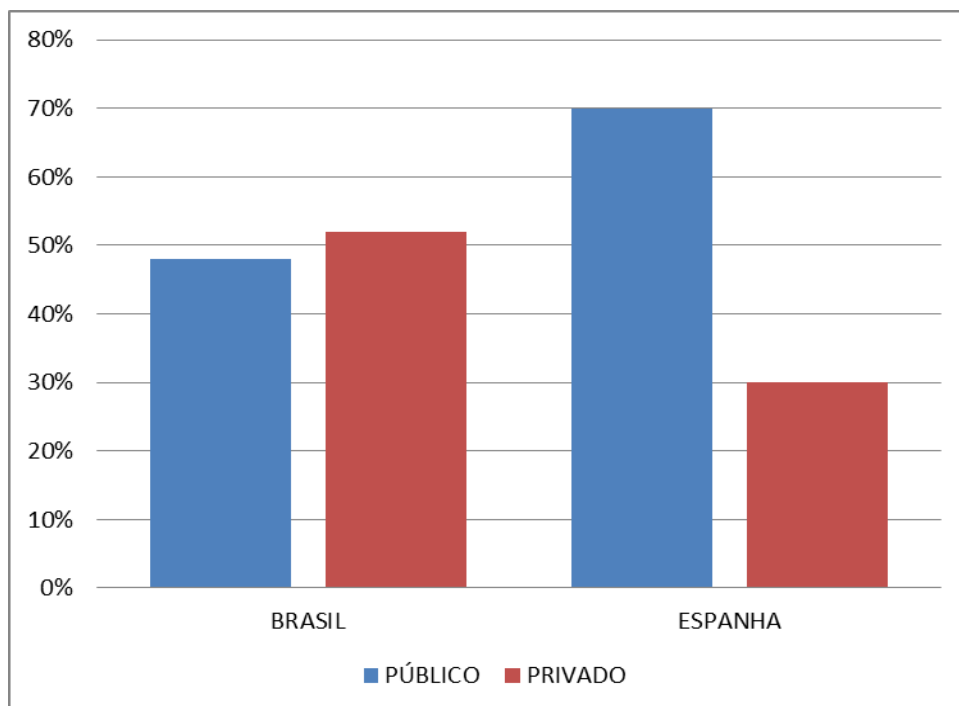
da população expressa apoio ao Sistema Nacional de Saúde (CALZADA; DEL PINO, 2013) e o avalia de forma positiva (73,1% em 2011, segundo ESPANÃ, 2012b). A provisão privada está relacionada a um maior conforto (NAVARRO, 2003). No Brasil, a ausência de pacto social é mais expressiva, caracterizando aumento da população que busca nos planos de saúde um atendimento mais eficiente (mais de um quarto da população) (PAIVA et al., 2015). Paiva et al. (2015) destacam que o SUS tem recebido menor apoio inclusive das classes mais baixas, ocasionando oferta de planos de saúde mais baratos para atendimento desse segmento. Conforme Paim et al. (2011), as classes com rendas mais elevadas fazem uso dos planos privados para ter melhor acesso aos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, utilizam o SUS na obtenção de vacinas e de serviços mais complexos e de alto custo. No entanto, os autores afirmam que a diferença na possibilidade de conseguir um serviço de saúde quando necessário tem reduzido entre os portadores e não portadores de planos privados de saúde, refletindo a ampliação do acesso à saúde proporcionada pelo SUS nos últimos anos.

Entretanto, a não existência de um pacto entre as classes sociais brasileiras acarreta também insuficiência de financiamento, característica marcante do SUS. Tanto o SNS quanto o SUS são financiados com recursos públicos. No Brasil, há o estabelecimento de patamares mínimos de aplicação por cada ente estatal. Na Espanha, as Comunidades Autônomas assumiram a maior parte do financiamento do SNS. Uma característica do Brasil é o desvio de recursos públicos para o setor privado de saúde, tanto pela abdicação de receitas (isenção do imposto de renda, benefícios fiscais, crédito subsidiado pelo BNDES) quanto pela inadimplência dos planos em repassar ao SUS os serviços utilizados pelos seus beneficiários (PAIVA et al., 2015; PIOLA et al., 2009; KERSTENETZKY, 2012). Na Espanha, não há a possibilidade de isenção de imposto de renda por serviços de saúde e houve a inserção de participação no pagamento para assistência farmacêutica e serviços específicos (como o transporte não urgente) (ESPAÑA, 2012b). Na assistência farmacêutica, o Brasil também possui uma relação de medicamentos gratuitos (para determinadas doenças) ou com elevados descontos. Mas não há a diferenciação por idade ou por renda no acesso a esses medicamentos (PAIVA et al., 2015).

Tanto a ausência de pacto social quanto a insuficiência de recursos aplicados no Brasil acarretam em um grau moderado de *desmercantilização* do SUS. A maior parte do gasto em saúde ainda é privada no Brasil (Gráfico 2), o que parece de difícil reversão, dada a tendência de aumento da cobertura dos planos privados, a dificuldade em aumentar a aplicação de recursos públicos e os desafios do SUS (déficit de leitos, demoras no atendimento especializado, desigualdade regional, déficit de médicos, etc.). Por outro lado, a Espanha

possui um grau mais elevado de *desmercantilização*, com grande atuação do financiamento público no gasto em saúde (Gráfico 2) e com maior satisfação da população com relação aos serviços ofertados. Embora a cobertura da atenção básica e da emergência tenha ampliado nos últimos anos, prevalece a atuação privada em diversas áreas do sistema de saúde brasileiro e a segmentação das classes sociais no acesso aos serviços. Dessa forma, o SUS ainda precisa evoluir muito para ser de fato um sistema universal de saúde (o que pressupõe acesso a todos os cidadãos) (PAIM et al., 2011). Entende-se que, embora as classes de renda mais baixa dependam do SUS de forma mais determinante, um sistema universal deve levar em conta a totalidade da população (do contrário, caracterizaria um sistema focalizado nos segmentos populacionais mais necessitados). Por tudo isso, o grau de *desmercantilização* do sistema público de saúde do Brasil foi considerado moderado.

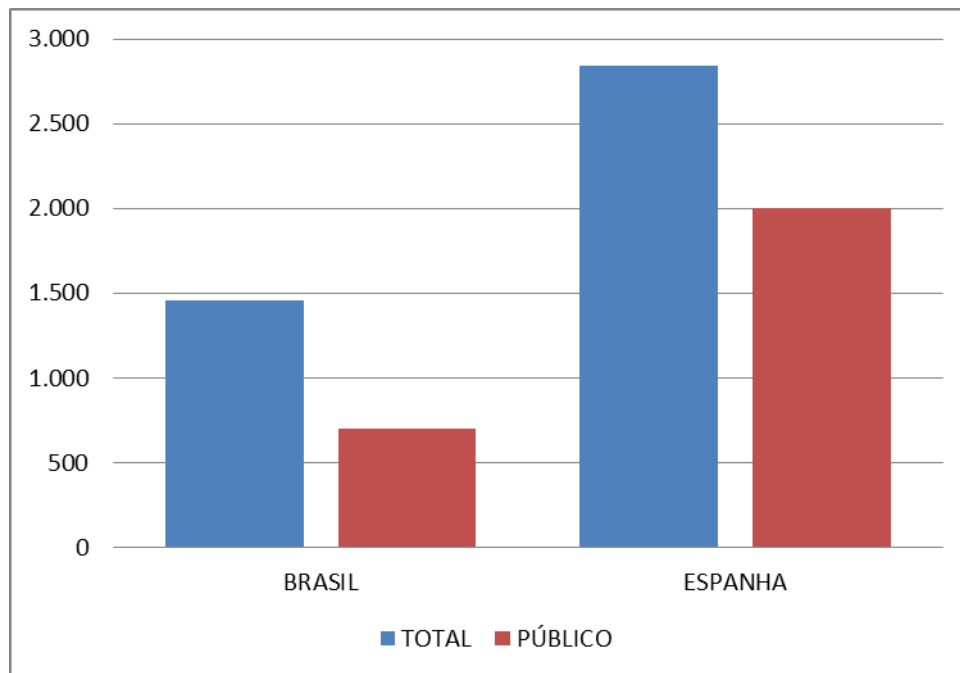
Gráfico 2: Participação pública e privada do gasto em saúde (2013, %)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Organização Mundial da Saúde (WHO), 2013.

O gasto em saúde como proporção do PIB é de 10% no Brasil e de 9% na Espanha (WHO, 2013). Nesse sentido, a Espanha investe menos em relação à média europeia. Mas enquanto a participação da saúde nos gastos do governo é de 7% no Brasil, na Espanha essa participação é de 14% (WHO, 2013). Além disso, o gasto per capita em saúde (por unidades de poder de compra) é quase o dobro na Espanha em relação ao Brasil, sendo que o gasto per capita público espanhol é quase três vezes maior que o brasileiro (Gráfico 3).

Gráfico 3: Gasto per capita em saúde (Unidades de Poder de Compra, 2013)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Organização Mundial da Saúde (WHO), 2013.

Ambos os países descentralizaram o sistema público de saúde, sendo a entidade gestora e executora espanhola as Comunidades Autônomas. No Brasil, a responsabilidade de execução ficou com os municípios. Por um lado, a municipalização da saúde aproxima o ente promotor dos usuários, o que poderia gerar maior eficiência. Por outro lado, as dificuldades com relação à cooperação regional promovem ineficiências da integração do sistema em âmbito federal (PAIVA et al., 2015). Na Espanha, o papel central das Comunidades Autônomas também dificulta a utilização dos serviços de forma integrada e homogênea. No entanto, lá já foi inserida a carteira de saúde aceita em todo o território nacional. Espera-se que a introdução da Carteira Nacional da Saúde e a informatização do SUS viabilize a adoção de um sistema unificado nacional.

Ainda, tanto o SNS quanto o SUS visam à atenção integral da saúde, com separação entre assistência básica (porta de entrada ao sistema de saúde) e atendimento especializado/hospitalar (de caráter mais complexo). Na Espanha, apenas a assistência básica possui acesso espontâneo. No Brasil, o atendimento básico ainda é escasso, mas com tentativa de expansão via aumento dos investimentos (Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde). Dessa forma, na prática, o atendimento especializado ainda serve como porta de entrada em muitos casos (PAIM et al., 2011).

Com relação aos critérios de elegibilidade, não há a definição de regras claras. Em tese, o caráter universal garantiria o atendimento a todos os cidadãos, o que é ressaltado pela

manifestação do Ministério da Saúde (2009) de que o SUS “acolhe todos os cidadãos, independentemente de sua nacionalidade e sem exigir qualquer documento” (BRASIL, 2009, não paginado). No entanto, na prática, é exigida a apresentação de carteira da saúde, o que pressupõe cadastro prévio. Dessa forma, a questão dos critérios de elegibilidade do SUS não está consolidada, ficando a realização de atendimento à mercê da vontade dos profissionais atuantes na saúde. Na Espanha, por outro lado, esse impasse foi resolvido em 2012, com a assistência básica e emergencial garantida a qualquer pessoa (de forma de fato universal), mas a assistência médica especializada e mais complexa para cidadãos espanhóis ou residentes legais (exceto em situações determinadas na legislação) (ESPAÑA, 2012b).

Portanto, verificamos que o Sistema Nacional de Saúde espanhol e o Sistema Único de Saúde brasileiro se assemelham na orientação e nos princípios (exceto no ente executor dos serviços de saúde), mas se diferenciam no financiamento e no grau de *desmercantilização*. Na Espanha, o setor público realmente assumiu sua atuação na provisão de saúde, a qual permaneceu para o setor privado de forma mais marginal. No Brasil, não há o cumprimento do disposto na Constituição de 1988 de que a saúde é dever do Estado, já que há elevada participação privada, inclusive com incentivos governamentais. Dessa forma, há maior impacto da ausência de pacto social pela expansão do SUS, o que perpetua seu subfinanciamento e sua precariedade. Por outro lado, na Espanha há apoio populacional ao SNS e a percepção de que este deve ser financiado com recursos públicos (inclusive com defesa de sua ampliação) (CALZADA; DEL PINO, 2013; ESPAÑA, 2012b). Portanto, a afirmação de Navarro (2003) de que o Sistema Nacional de Saúde espanhol se assemelharia mais aos sistemas latino-americanos não parece se confirmar, pelo menos na comparação com o Brasil. Como sugestão de aprimoramento do SUS com base na comparação com a experiência espanhola, pode-se destacar a consolidação das redes de regionalização e a integração nacional, o estabelecimento de critérios claros de elegibilidade e maior participação pública no gasto em saúde (excluindo os incentivos tributários e ampliando o gasto social). Paim et al. (2011) destacam a necessidade de redefinição da relação público-privada no sistema de saúde brasileiro e da estrutura de financiamento do SUS para garantir a sua sustentabilidade e a universalidade de fato.

## 5.2 PREVIDÊNCIA SOCIAL

Brasil e Espanha constitucionalizaram sistemas previdenciários com o intuito de proteger a população, no que tange à manutenção da renda, em meio às contingências da vida

laboral, como idade avançada, doença, acidente e incapacidade. Além disso, institucionalizou-se o salário maternidade como forma de manutenção da renda da mulher durante o seu afastamento do trabalho para os cuidados com os filhos. Na Espanha ainda foi garantido o auxílio para a redução da jornada de trabalho dos pais que tenham filhos com doença grave (e que necessitem de acompanhamento no seu tratamento), enquanto no Brasil houve a garantia de auxílio reclusão para a família dos presos e o seguro-defeso dos pescadores artesanais (de acordo com o cumprimento dos critérios estabelecidos e apresentados no Quadro 1). As características dos dois sistemas previdenciários estão expostas de forma resumida no Quadro 6 abaixo.

Quadro 6: Comparação da Previdência Social

<b>Características</b>	<b>BRASIL</b>	<b>ESPANHA</b>
<b>Correlação de forças</b>	Previdência complementar (privada)  Diferenciação servidores públicos e privados	Previdência complementar (privada)  Diferenciação servidores públicos e privados
<b>Financiamento</b>	Misto	Misto Orçamento da Seguridade Social
<b>Crítérios de Elegibilidade</b>  <b>Regime Geral</b>	Filiação Contribuição/ Tempo de serviço (setor agrícola)  Idade/Tempo de Contribuição/Combinação	Filiação Contribuição  Regra única: idade + tempo de contribuição
<b>Orientações e Princípios</b>	Universalismo conservador (estrutura mercado de trabalho)  Regime Geral Uniformidade (limitada) Filiação obrigatória Sistema de repartição	Universalismo conservador  Sistema de repartição Suficiência
<b>Grau de desmercantilização</b>	Limitado	Moderado

Fonte: elaborado pela autora (2015).

Observa-se que a Constituição Federal do Brasil é mais específica em relação à definição das regras e dos princípios da Previdência Social do que a Constituição espanhola. Dessa forma, constitucionalizam-se os princípios de organização na forma de regime geral, do



caráter contributivo e da obrigatoriedade de filiação. Além disso, enfatiza-se a uniformidade do tratamento aos assegurados pelo regime geral, exceto para os casos de regimes especiais (trabalhadores submetidos a atividades de risco e que envolvem periculosidade; trabalhadores agrícolas e pescadores artesanais). Na Espanha, também vigora esse princípio de uniformidade limitada, já que trabalhadores por conta própria ou autônomos, mineradores de carvão e trabalhadores do mar possuem regimes especiais com critérios de elegibilidade distinto, além da possibilidade de aposentadoria antecipada aos setores que envolvem riscos (inclusive aos artistas e trabalhadores de touradas). Além disso, é necessário ressaltar que o estabelecimento do salário mínimo como piso dos benefícios previdenciários deu-se por mecanismos constitucionais no Brasil, enquanto na Espanha a Constituição apenas garante o pagamento de benefícios suficientes. Dessa forma, o governo realiza a complementação das aposentadorias de forma a garantir uma renda mínima, mas através de benefícios não contributivos (o que caracteriza seu caráter parcialmente assistencial). Ambos os sistemas previdenciários adotam o regime de repartição, em que prevalece a solidariedade intergeracional.

Com relação à orientação da Previdência Social, ressalta-se que essa autora a classificou como universalismo conservador de acordo com a literatura consultada. Não se pode considerar que os regimes previdenciários são universais, visto que a parcela da população não atrelada ao mercado formal de trabalho (ou às situações especiais incorporadas) fica excluída da proteção de renda desse sistema. No caso do Brasil, observamos que aproximadamente 30% da população ocupada não estão cobertos pela Previdência Social. Além disso, aproximadamente 81% dos idosos estavam cobertos pela Previdência em 2012 (RANGEL; CAETANO, 2015). Na Espanha, 85,9% dos idosos recebiam aposentadoria em 2013<sup>84</sup>. A cobertura dos idosos é elevada, em direção a uma universalização. No entanto, o conservadorismo se refere ao caráter contributivo da Previdência e à vinculação das contribuições ao mercado de trabalho. Além disso, há a diferenciação de regimes e de critérios para distintas classes profissionais/trabalhistas (o que é marcante no Brasil no caso da aposentadoria por tempo de serviço aos trabalhadores da agricultura familiar, em detrimento à contribuição). No entanto, ressalta-se que um sistema previdenciário universal afastado do caráter contributivo exigiria esforços tributários (no

---

<sup>84</sup> Na metodologia brasileira foram considerados idosos nesta pesquisa os indivíduos a partir de 60 anos de idade, exceto os que estavam trabalhando e, portanto, cobertos pela Previdência Social, de acordo com dados da PNAD/IBGE (apud RANGEL; CAETANO, 2015). Na metodologia da Espanha, essa autora considerou como idosos os indivíduos acima de 65 anos, visto consistir na idade mínima para acesso à aposentadoria (exceto em casos especiais). O dado espanhol foi obtido por meio da Pesquisa de Condições de Vida no Instituto Nacional de Estatística (INE) (apud ESPAÑA, 2012a).

sentido de ampliar a arrecadação, principalmente através de impostos progressivos) e redução significativa da desigualdade (já que um regime igualitário em uma sociedade com elevadas disparidades de renda provavelmente sofreria resistência de importante parcela da população). Dessa forma, a presente monografia não vislumbra o caráter contributivo da Previdência Social como uma insuficiência do sistema, mas tão somente a exclusão de considerável parcela da população que não possui acesso ao emprego formal. Portanto, à luz do exposto por Rangel et al. (2009), a ampliação da cobertura do sistema previdenciário brasileiro depende da resolução de questões estruturais do nosso mercado de trabalho.

No que tange à correlação de forças, ressalta-se a prevalência de regimes separados de previdência para os setores públicos, com vantagens para seus beneficiários com relação aos regimes gerais. No entanto, ambos os países vêm realizando esforços para reduzir essa diferença, destacando-se a instituição de um teto para a aposentadoria dos servidores públicos igual ao teto do RGPS no Brasil e a tentativa espanhola (não efetivada) de incorporar o Regime das Classes Passivas ao Regime Geral. No Brasil, a diferença da aposentadoria média recebida pelos servidores públicos é responsável por parte da explicação da não progressividade da Previdência Social até 2012 (Gráfico 1 no capítulo 3). Com relação à previdência complementar, ambos os países proporcionam deduções do imposto de renda como incentivo à complementação previdenciária. Ayuso et al. (2013) defendem o desenvolvimento de sistemas complementares de aposentadoria de forma a reduzir o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema público e garantir a manutenção da renda aos idosos. Dessa forma, para eles, o fato de apenas 15% da população ativa espanhola ter acesso à previdência complementar em suas empresas é problemático. Na literatura brasileira, destaca-se o crescimento da previdência complementar entre os servidores públicos (como condição para o estabelecimento do teto previdenciário) e entre os setores de classe média (RANGEL; CAETANO, 2015; RANGEL et al., 2009). Sabe-se que os setores beneficiados pelas isenções da previdência complementar são aqueles de classes de renda mais elevada (que declaram Imposto de Renda) e, principalmente, relacionados a empresas de maior porte ou ao setor público, cujos patrocinadores auxiliam na contribuição complementar.

Quanto ao financiamento, destaca-se que a Seguridade Social brasileira deveria, conforme a CF/88, possuir um Orçamento próprio, tal como ocorre na Espanha. Entretanto, esse orçamento ainda não é cumprido, permanecendo fontes separadas de recursos para as três áreas da Seguridade Social. Dessa forma, a Previdência Social brasileira é financiada predominantemente através da contribuição dos trabalhadores e das empresas, com complementação pelo Estado (na média de 1% do PIB nos últimos anos) (RANGEL;

CAETANO, 2015). O financiamento da Seguridade Social da Espanha, por outro lado, foi centralizado em um orçamento próprio, embora com fontes separadas após o Pacto de Toledo. Assim, os benefícios contributivos devem ser financiados com as contribuições, enquanto que o Estado aporta recursos para o financiamento dos benefícios e dos serviços não contributivos, o que foi alcançado de forma plena em 2013. Observa-se que, em 2014, o governo aportou a totalidade da verba para pagamento dos benefícios não contributivos e das complementações de mínimos (o que não vinha acontecendo) (FERNÁNDEZ, 2003; ESPAÑA, 2014). Na Espanha predomina, então, a lógica do financiamento misto com separação de fontes, enquanto no Brasil o Estado financia o diferencial entre as despesas e as receitas da Previdência, sem haver a definição de um orçamento regulamentado para a Seguridade Social.

Os critérios de elegibilidade dos dois sistemas previdenciários foram apresentados no Quadro 1 (Capítulo 3) e no Quadro 3 (Capítulo 4), de forma que se destacam nesta comparação as seguintes diferenças:

- a) No Brasil, a aposentadoria para os trabalhadores da agricultura familiar é garantia através da comprovação de tempo de serviço, sendo isenta a contribuição, distinto da Espanha (em que prevalece a contribuição). A presente monografia não pretende criticar a aposentadoria por tempo de serviço a essa parcela da população, visto que há a exposição a empregos precários sem vínculos formais. Portanto, uma possível solução para a sustentabilidade do sistema seria a separação do regime especial dos trabalhadores agrícolas (não contributivo) do regime geral, sendo aquele financiado com recursos tributários. Outra questão essencial é o incentivo à regulamentação do trabalho agrícola, a qual é de difícil implementação devido ao enraizamento da relação informal e temporária na estrutura trabalhista desse setor.
- b) No Brasil, o auxílio doença é custeado pela Previdência Social após o 15º dia de afastamento do empregado, enquanto na Espanha é a partir do 4º dia (ou no dia posterior, em caso de doença laboral) ao afastamento. A Medida Provisória nº 664/2014 tentou ampliar a manutenção do pagamento salarial da empresa ao trabalhador até o 30º dia de afastamento (RANGEL; CAETANO, 2009), o que foi vetado pela Lei nº 13.135/2015 (BRASIL, 2015c).

- c) Na Espanha, a possibilidade de compatibilizar emprego com o recebimento de aposentadoria é restrita à aposentadoria parcial (com a manutenção de jornada a tempo parcial entre 50% e 75% da jornada integral e com a redução da aposentadoria de acordo com a proporção da jornada mantida); ao trabalho por conta própria cuja remuneração não exceda o salário mínimo; ou ao trabalho durante qualquer jornada (para os trabalhadores que se aposentam de forma integral), o que acarreta em recebimento de apenas 50% da aposentadoria durante a manutenção do emprego. No Brasil, por outro lado, não há restrição da aposentadoria recebida com a manutenção do emprego, fazendo com que 29% dos aposentados permanecessem trabalhando em 2009 (MOSTAFA et al., 2011). Mostafa et al. (2011) apresentam como possíveis explicações para tal prática o fato de a maioria das aposentadorias do RGPS pagarem o piso beneficiário, o que dificulta a substituição da renda do trabalho pela renda previdenciária (e distorce o objetivo do sistema de substituir a renda do trabalho pela renda da aposentadoria na velhice, sendo que esse benefício passa a ser considerado mais como uma complementação de renda). Os autores apontam a prática realizada por muitas empresas de declaração de apenas um salário mínimo na folha de pagamento dos trabalhadores de forma a reduzir os custos trabalhistas e a perda de valor da aposentadoria com o fator previdenciário como possíveis causas dos baixos valores dos benefícios.
- d) O Brasil alterou os critérios de elegibilidade da pensão por morte, a qual agora só se torna vitalícia para o cônjuge que possui menos de 35 anos de expectativa de sobrevivência quando da ocorrência do fato gerador. Acima dessa expectativa, a pensão é temporária e de forma crescente com a idade do viúvo. Na Espanha, a pensão por morte é garantida de forma vitalícia ao viúvo com filhos comuns ou com 1 ano de casamento, independente da idade. Ayuso et al. (2013) ressaltam para a necessidade de reestruturação dos critérios de acesso à pensão por morte na Espanha, visto que essa rubrica corresponde a aproximadamente 17% dos benefícios da Seguridad Social. Observa-se então que o sistema previdenciário brasileiro evoluiu ao restringir os critérios de elegibilidade, o tempo de pagamento e o percentual do benefício da pensão por morte, a qual perpetuava, sobretudo, a característica patriarcal da nossa sociedade.

- e) Por fim, destaca-se a divergência nos critérios de elegibilidade da aposentadoria. No Brasil, atualmente vigoram três critérios, além do Fator Previdenciário: a Aposentadoria por Idade (AI), a Aposentadoria por Tempo de Contribuição (ATC) e, a partir do presente ano, a Regra Progressiva 85/95. O Fator Previdenciário foi introduzido de forma a incentivar a aposentadoria com idade mais elevada (e limitar a ATC) (RANGEL; CAETANO, 2015). Foi incorporada a Regra Progressiva 85/95 com o objetivo de amenizar as críticas às reduções do valor do benefício causadas pelo Fator. Com essa regra, as mulheres que somarem 85 pontos (anos de contribuição + idade) e os homens que somarem 95 pontos poderão se aposentar de forma integral. Abaixo dessa soma, vigoram os demais critérios (BRASIL, 2015d). Na Espanha, o acesso à aposentadoria integral está condicionado tanto à idade mínima quanto ao tempo de contribuição. Rangel e Caetano (2015), antes da vigência da nova regra 85/95, ressaltavam que, embora passível de críticas, o Fator Previdenciário não deveria ser excluído sem a introdução de um novo mecanismo que incentivasse a aposentadoria mais tardia, fato essencial para a sustentabilidade do sistema previdenciário no cenário de envelhecimento da população. Dessa forma, os autores defenderam a introdução de um mecanismo similar ao verificado no caso espanhol, com a combinação de idade de referência e de possibilidade de aposentadoria antecipada com penalização sobre o valor recebido.

Com relação aos critérios de acesso à aposentadoria, tanto o Brasil quanto a Espanha possuem preocupação com as mudanças demográficas que nossas sociedades enfrentam (e enfrentarão de forma mais intensa): envelhecimento populacional e a redução da taxa da população ativa por aposentados. Segundo a estimativa da OECD (2014), a taxa da população de 20-64 anos em relação à população acima de 65 anos era de 3,6 para Espanha e de 8,2 para o Brasil em 2012. Em 2050, a OECD (2014) estima que a taxa espanhola seja de 1,4 e a brasileira, de 2,5. Essa averiguação justifica a preocupação dos sistemas previdenciários em retardar a idade média de aposentadoria em ambos os países, embora com distintos mecanismos.

Por fim, comenta-se sobre o grau de *desmercantilização* da Previdência Social brasileira e espanhola, ressaltando que este é de difícil mensuração e comparação. Na presente monografia, o grau de *desmercantilização* do sistema brasileiro foi considerado limitado pelos fatos já apresentados de que maior parte dos benefícios do RGPS consistirem no salário

mínimo, o que não garante suficiência financeira aos aposentados e incentiva a permanência destes no mercado de trabalho por um período mais longo. O crescimento da previdência complementar (inclusive com incentivos tributários) entre os setores públicos e as classes de renda mais elevada configura em outra manifestação de que a Previdência Social não tem possibilitado a independência do sistema público em relação ao mercado.

O grau de *desmercantilização* do sistema previdenciário espanhol foi considerado moderado de acordo com a interpretação do exposto por Ayuso et al. (2013), de que o grau de substituição dos benefícios é elevado e de que a aderência da população à previdência complementar ainda é baixa (15%), mesmo com os incentivos do governo. Além disso, a Espanha está abaixo da média da União Europeia na taxa de atividade das pessoas acima de 65 anos e no grau de privação desta parcela da população, mas converge no risco de pobreza (ESPAÑA, 2012a). Jiménez e Portillo (2013) destacam que o sistema previdenciário teve papel significativo na redução da taxa de risco de pobreza entre os idosos nos últimos anos. No entanto, faz-se necessário a elaboração de estudos mais aprofundados sobre o impacto de ambos os sistemas de Previdência Social na distribuição de renda e na *desmercantilização*, o que pode ser objeto de estudos posteriores.

### 5.3 ASSISTÊNCIA SOCIAL

A comparação da Assistência Social entre os países do Sul da Europa (entre os quais a Espanha está incluída) e o Brasil é realizada por Viana (2007). Em razão disso, a presente comparação será realizada na forma de síntese e de complementação. O Quadro 7 apresenta os aspectos comparativos da Assistência Social.

Quadro 7: Comparação da Assistência Social

<b>Características</b>	<b>BRASIL</b>	<b>ESPANHA</b>
<b>Correlação de forças</b>	Estigmatização	“Conflito intergeracional” Estigmatização
<b>Financiamento</b>	Orçamento público (impostos): transferências Fundo a Fundo	Orçamento público (impostos): Governo Central e Comunidades Autônomas
<b>Crítérios de Elegibilidade</b>	Renda máxima familiar; Filhos, grávidas, nutrizes; Idade; Situação de Vulnerabilidade.	Nacionalidade/residência; Renda máxima familiar; Dependentes.
<b>Orientações e Princípios</b>	Residual  Descentralização político-administrativa; Coordenação entre os entes federativos (SUAS); Focalização; Participação Social	Residual  Familiarização; Descentralização; Focalização; Subsidiariedade; Temporalidade.
<b>Grau de desmercantilização</b>	Baixo	Baixo

Fonte: elaborado pela autora (2015).

Ressalta-se, primeiramente, que no Brasil a Assistência Social está constitucionalizada no âmbito da Seguridade Social, enquanto na Espanha não há a delimitação, dentro da Seguridade, entre a Assistência e Previdência Social. Apesar disso, a Constituição espanhola atribuiu às Comunidades Autônomas a atuação no âmbito da Assistência. O resultado é a gestão de uma parte da Assistência de forma centralizada, através da Seguridade Social (as rendas familiares condicionadas a critério de renda e dependentes na

família) e a descentralização das Rendas Mínimas de Inserção e dos serviços sociais nas Comunidades. No Brasil, apesar de prevalecer o princípio da descentralização político-administrativa, as políticas são coordenadas no SUAS e possuem, de forma geral, normatização uniforme e têm as competências da União, dos Estados e dos municípios definidas (principalmente com relação à principal política: Programa Bolsa Família – PBF).

Por isso, podemos concluir que o PBF brasileiro é um misto entre a proteção familiar espanhola – por atrelar benefício ao critério de filhos e de renda – e as Rendas Mínimas de Inserção das Comunidades Autônomas da Espanha – por garantir uma renda mínima aos necessitados, com condicionalidades definidas. Entretanto, destaca-se que os necessitados no Brasil (em relação à renda independente de filhos, de grávidas ou de nutrizes) consistem nos idosos e deficientes (sem recursos mínimos para a subsistência) e nas famílias em pobreza extrema. Na literatura espanhola, não se fala em pobreza extrema, já que, em países mais desenvolvidos, a pobreza geralmente é considerada no seu âmbito relativo. Isso não significa que não haja pessoas em situação de miséria (o que necessitaria averiguação), mas tão somente que a pobreza extrema não é um fator comum na Espanha.

Viana (2007) destaca que ambas as experiências em políticas de transferência de renda mínima são residuais e focalizadas nos cidadãos realmente necessitados, com condicionalidades e exigência de comprovação de meios, caracterizando um caráter estigmatizador. Dessa forma, gera-se uma percepção de que a população receptora dos programas assistenciais possui aversão ao trabalho, ocasionando falta de apoio da sociedade civil a essa área da Seguridade Social.

Tanto o Brasil quanto a Espanha possuem um sistema de serviços sociais assistenciais não coordenado, a cargo, no Brasil, dos municípios e, na Espanha, das Comunidades Autônomas. A falta de desenvolvimento desses serviços se deve à restrição de recursos (pelas dificuldades de cofinanciamento) e à heterogeneidade entre os distintos entes regionais. Essa escassez de serviços sociais está relacionada ao “familismo” em ambos os países (embora com maior força na Espanha), com elevada responsabilização da família (e em especial à mulher) no cuidado dos seus membros, e à participação da Igreja e da caridade (VIANA, 2007).

No que tange à *desmercantilização*, considera-se que o grau é baixo, por três razões: há condicionalidades em relação à manutenção dos benefícios; há ampliação da tendência de exigência de atividades de inserção laboral; e, por fim, as rendas recebidas não garantem a independência de seus beneficiários. O último aspecto é verificado na tendência de aumento da pobreza nos últimos anos na Espanha e na manutenção da miséria no Brasil (além do fato



que o próprio limite de miséria é questionável) (VIANA, 2007; MESQUITA et. al., 2015; BRASIL, 2015g; GONZALÉZ DE DURANA; AYALA CAÑÓN, 2013).

Por fim, Viana (2007) ressalta a necessidade de materialização da Seguridade Social e do tratamento igualitário das três áreas, tendo em vista a menor importância dada à Assistência Social tanto na Espanha, quanto no Brasil, principalmente no que tange à escassez de serviços sociais (para além da saúde). Por outro lado, Mesquita et al. (2015) demonstra preocupação com relação à crescente importância dada aos programas assistenciais no Brasil e a um possível prejuízo que esse fato pode causar às demais áreas no cenário atual de ajuste fiscal.

#### 5.4 CONCLUSÃO

A partir da comparação das políticas selecionadas, observa-se que as características do EBES do Brasil e da Espanha se aproximam mais do que se distanciam em sua orientação, em seus princípios, nas formas de financiamento, nos critérios de elegibilidade, no grau de desmercantilização e nas correlações de força. Além disso, ambos os países priorizam a Previdência Social e a Saúde Pública, em detrimento da Assistência Social, embora isso esteja modificado no Brasil nos últimos anos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado na introdução a esta monografia, o Brasil e a Espanha desenvolveram, de forma tardia, Estados de Bem-Estar Social com características próprias com relação à tipologia tradicional de modelos residual, social democrata e corporativista. Os dois países compartilham tendências similares na evolução do sistema de proteção social: a introdução do seguro social de forma a regularizar a relação trabalhista, a expansão posterior de políticas de caráter conservador nos regimes militares e a reestruturação do EBES após a transição democrática em direção a um maior universalismo.

Viana (2007) classifica o EBES dos dois países na tipologia de regime mediterrâneo/latino, com fortes traços de “familiarismo”, de voluntarismo e de informalidade na proteção social. No entanto, recorda-se que seu estudo se concentrou na Assistência Social. A ampliação da análise comparativa para a Saúde Pública e para a Previdência Social sugere que esses EBES tendem a um regime universalista, com ampliação da cobertura da população na Saúde e na Previdência, mas associado a características do regime residual (expressiva participação privada e políticas de renda focalizadas na população que realmente precisa) e do regime corporativista (benefícios atrelados ao mercado de trabalho formal, como na Previdência Social), à luz do apresentado por Kerstenetzky (2010 apud BENEVIDES, 2011) sobre o EBES brasileiro. Considerando o caráter simplificador das tipologias e o fato de que não necessariamente o modelo desenvolvido em cada país se enquadra em uma única tipologia, poder-se-ia aduzir – com base nas experiências brasileira e espanhola apresentadas – que o Brasil e a Espanha compõem o modelo latino quando o consideramos na forma da via média definida por Moreno (1999). Assim, o regime latino seria justamente esse misto de características dos demais regimes. Entretanto, não se vislumbrou, para o Brasil, a ênfase ao “familiarismo” no EBES como um todo tal como apresentado na experiência espanhola.

De forma geral, observamos, do ponto de vista das instituições, que o Brasil evoluiu no desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social, principalmente com a constitucionalização deste como direito dos cidadãos. No entanto, embora as questões estruturais da organização econômica e social brasileira não tenham sido aprofundadas na presente monografia, frisa-se que os diversos desafios enfrentados pelo sistema de proteção social brasileiro estão, em grande parte, relacionados com as características do nosso mercado de trabalho, com a persistente desigualdade social e regional e, também, com a extensão territorial e populacional do país. Apesar disso, o estudo comparado das políticas sociais pode permitir a averiguação de insuficiências e de possíveis adaptações em suas configurações.

Com relação à análise comparada das áreas da Seguridade Social entre o Brasil e a Espanha, observamos que a Saúde Pública possui orientação, princípios e formas de financiamento similares. Mas como inspiração da experiência espanhola, destaca-se a redução dos incentivos dados à iniciativa privada, com a participação maior do Estado no financiamento dos serviços de saúde. Além disso, o desenvolvimento das redes de integração se faz necessário para que o sistema seja de fato único em todo o território nacional e para permitir a sua utilização por qualquer cidadão em qualquer localidade. A expansão da Atenção Básica e a redução da lógica de acesso espontâneo aos hospitais podem ser medidas que possibilitem a melhoria da eficiência do SUS, ao priorizar o atendimento preventivo e ao reduzir a sobrecarga dos hospitais.

Com relação à Previdência, a separação das fontes de financiamento para os benefícios contributivos e não contributivos, com o estabelecimento de um Orçamento da Seguridade Social, pode auxiliar na sustentabilidade do sistema previdenciário no longo prazo. Nesse sentido, Ayuso et. al. (2013) salientam que uma das preocupações dos gestores das políticas previdenciárias deve ser a equidade intergeracional, de forma a garantir que as gerações futuras também tenham acesso aos benefícios que as gerações atuais recebem. Além disso, uma maior restrição da prática de continuidade no mercado de trabalho após a aposentadoria esbarra nas características do nosso mercado de trabalho (informal e precário), as quais ocasionam a obtenção de benefícios mínimos aos trabalhadores na velhice, o que não permite a sua independência com uma vida digna. Portanto, a eficiência da Previdência Social brasileira está condicionada, em parte, à reestruturação do mercado de trabalho.

Por fim, com relação à Assistência Social, observou-se que a política de transferência de renda brasileira possui maior coordenação e homogeneidade no território nacional em comparação às políticas de rendas mínimas descentralizadas da Espanha. No entanto, de acordo com Viana (2007) ambos os países necessitam superar o “familiarismo” e a baixa ênfase nos serviços sociais para garantir resultados mais eficientes no combate à pobreza. Entretanto, ao contrário da argumentação de Viana (2007) em favor do universalismo das transferências de renda, ressalta-se que as políticas da Assistência Social têm como objetivo a focalização justamente para agirem nos estratos mais necessitados da população. Dessa forma, vislumbrar um universalismo nas transferências de renda mínima não parece uma solução viável para um país que possui um ainda considerável nível de pobreza absoluta e elevada desigualdade social.

A presente monografia apresentou, portanto, as similaridades e as diferenças na evolução e nas características do EBES brasileiro e espanhol, com ênfase nas políticas da

Seguridade Social definida nos termos da Constituição Federal de 1988, todavia sem esgotar as possibilidades de estudos nessa área. Aponta-se como sugestão para pesquisas posteriores a análise comparada das demais áreas que geralmente estão atreladas ao EBES: seguro desemprego, educação e políticas de habitação. Estudos comparados com as experiências de outros países também podem auxiliar na constatação de padrões do EBES brasileiro.

Além disso, faz-se necessária uma comparação mais aprofundada em termos dos recursos investidos em cada área e dos impactos das políticas desenvolvidas. Embora Esping-Andersen (1990) considere que a análise das estruturas demonstra mais sobre um EBES do que a mera avaliação dos gastos, a investigação dos gastos sociais também é necessária, principalmente tendo em conta que as intenções muitas vezes esbarram na escassez de recursos.

## REFERÊNCIAS

AYUSO, M. et al. Sostenibilidad del sistema de pensiones en España desde la perspectiva de la equidad y la eficiencia. In: AYALA CAÑÓN, L. A.; JIMÉNEZ, J. S (Org.). **Los nuevos retos de la protección social**. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013. p. 193 – 204.

BENEVIDES, C. V. O Estado de Bem-Estar Social no Brasil. In: BENEVIDES, C. V. **Um Estado de Bem-Estar Social no Brasil?** Capítulo 3. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2011. p. 61 – 87.

BRASIL. **Instrução Normativa INSS/PRES nº 77, de 21 de janeiro de 2015**. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Brasília, 2015a. Disponível em <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp>>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRASIL. **Lei Complementar nº 114, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm)>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.134, de 16 de junho de 2015**. Altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego e o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº10.779, de 25 de novembro de 2003, que dispõe sobre o seguro-desemprego para o pescador artesanal, e nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social; revoga dispositivos da Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, e as Leis nº 7.859, de 25 de outubro de 1989, e nº 8.900, de 30 de junho de 1994; e dá outras providências. Brasília, 2015b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13134.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13134.htm)>. Acesso em: 07 nov. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015**. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. Brasília, 2015c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm)>. Acesso em: 07 nov. 2015.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Aposentadoria: Novas regras por tempo de contribuição já estão em vigor.** Brasília, 2015d. Disponível em < <http://www.previdencia.gov.br/2015/06/servico-novas-regras-para-aposentadoria-por-tempo-de-contribuicao-ja-estao-em-vigor/>>. Acesso em 26 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Catálogo de Benefícios da Previdência Social.** Brasília, 2012b. Disponível em <[http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1\\_121017-104915-020.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_121017-104915-020.pdf)>. Acesso em 26 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Resumo das regras nas medidas provisórias nº 664 e nº 665.** Brasília, 2015e. Disponível em: < <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/Cartilha-regras-MP-664.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.** Brasília, 2011. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/17/AF-Carta-Usuarios-Saude-site.pdf>>. Acesso em 26 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartão Nacional de Saúde.** Brasília, 2015f. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/cartao-nacional-de-saude>>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS.** Brasília, 2006. Disponível em < <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em 26 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS. Um sistema de saúde único no mundo.** Conheça mais sobre o SUS. Mais que uma conquista, um patrimônio do povo brasileiro. Brasília, 2009. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_politica\\_inclusao\\_social.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf)>. Acesso em 25 out. 2015.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** Brasília, 2015g. Disponível em: < <http://mds.gov.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BROWN, JC. The Beveridge Report and the postwar reforms. In: BROWN, JC. **Victims or Villains?** Social Security Benefits in Unemployment. Capítulo 2. London: Policy Studies Institute, 1990. p. 21-36. Disponível em: <[http://www.psi.org.uk/site/publication\\_detail/741](http://www.psi.org.uk/site/publication_detail/741)>. Acesso em: 26 out. 2014

CABRERO, G. R. Orígenes y evolución del Estado de Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general. **Política y Sociedad**, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, v. 2, p. 79 – 87, 1989. Disponível em: <<http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO8989130079A/30671>> . Acesso em: 27 out. 2015.

CALZADA, I.; DEL PINO, E. Algo cambia, algo permanece: los españoles ante el gasto público, el gasto social y los impuestos durante la crisis (2008 – 2012). In: AYALA CAÑÓN, L. A.; JIMÉNEZ, J. S (Org.). **Los nuevos retos de la protección social**. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013. p. 171 – 192.

CANTÓ, O. El efecto redistributivo del impuesto sobre la renta y las prestaciones monetarias ante el incremento de la desigualdad de rentas. In: AYALA CAÑÓN, L. A.; JIMÉNEZ, J. S (Org.). **Los nuevos retos de la protección social**. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013. p. 153 – 170.

CASTRO, J.A., RIBEIRO, J. A. C. As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise** (Vinte Anos da Constituição Federal), IPEA, Brasília, n.17, 2009. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5797&Itemid=9](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5797&Itemid=9)>. Acesso em: 05 out. 2015.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas: Unicamp (IE), 1998. p. 9-29.

DRAIBE, S. M. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, GT19 – Políticas Públicas, Caxambu, 30., 2006. **Anais...** Caxambu: ANPOCS, 2006. Disponível em: <[http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=3416&Itemid=232](http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3416&Itemid=232)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

DRAIBE, S.M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63 -102, nov. 2003.

ESPAÑA. **Constitución española**. Madrid, 1978. Disponível em: <<http://www.congreso.es/consti/>>. Acesso em 19 out. 2015.

ESPAÑA. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. **Presupuesto de la Seguridad Social**. Madrid, 2014.

ESPAÑA. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. **Trabajadores**. Madrid, 2015a. Disponível em <[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Trabajadores/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/index.htm)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ESPAÑA. Ministerio de la Presidencia. **Los Pactos de la Moncloa**. Texto completo del acuerdo económico y del acuerdo político. Servicio Central de Publicaciones/Secretaría General Técnica, Presidencia del Gobierno: Madrid, 1977. Disponível em: <<http://www.mpr.gob.es/servicios2/publicaciones/vol117/>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Informe 2012: Las personas mayores en España**. Madrid: Imsero, 2012a.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **La Reforma de la Sanidad**. Madrid, 2015b. Disponível em:

<<http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/reformaSanidad/home.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Reales Decretos**. Madrid, 2015c. Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/ccaa/decretos.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Reforma Sanitaria: una reforma de futuro**. Madrid, 2012b. Disponível em <<http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/reformaSanidad/docs/cuadripticoReformaSanitaria.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Sanidad**. Madrid, 2015d. Disponível em <<<http://www.msssi.gob.es>>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ESPING-ANDERSEN, G. The Three Political Economies of the Welfare State. In: ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Capítulo 1. Princeton: Princeton University Press, 1990. p. 85-116.

FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**, Campinas, p. 183 – 238, jun. 1997.

FEDERACIÓN DE ENSEÑANZA DE COMISIONES OBRERAS (F.E CCOO). **Pensiones de jubilación 2015**. Disponível em: <[http://www.fe.ccoo.es/comunes/recursos/1/pub143223\\_Especial\\_pensiones\\_de\\_jubilacion\\_2015.\\_Enero\\_2015.pdf](http://www.fe.ccoo.es/comunes/recursos/1/pub143223_Especial_pensiones_de_jubilacion_2015._Enero_2015.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015. Madrid, 2015, ISSN 1131-9615.

FERNÁNDEZ, A. J. Evolución de la Seguridad Social. Un desarrollo constitucional. In: NAVARRO, V. **El Estado del Bienestar en España**. Disponível em: <[http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Navarro\\_Vicen%C3%A7-El\\_Estado\\_de\\_Bienestar\\_en\\_Espa%C3%B1a.pdf](http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Navarro_Vicen%C3%A7-El_Estado_de_Bienestar_en_Espa%C3%B1a.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015. España, 2003, p. 82 – 100.

FIORI, J. L. Estado de Bem-Estar Social: padrões e crises. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 129-147, 1997.

GALÁN, J. E. **História de España contada para escépticos**. Barcelona: Planeta, 2013.

GONZÁLEZ DE DURANA, A. A; AYALA CAÑÓN, L. El sistema de garantía de ingresos: tendencias y factores de cambio. In: AYALA CAÑÓN, L.; JIMÉNEZ, J. S (Org.). **Los nuevos retos de la protección social**. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013. p. 259 – 276.

GUILLÉN RODRÍGUEZ, A. M. **El origen del Estado de Bienestar en España (1876 – 1923): el papel de las ideas en la elaboración de políticas públicas**. Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, 1990. (Working Paper).

JIMÉNEZ, J. S.; PORTILLO, P. T. El gasto en protección social como instrumento del Estado de Bienestar. In: AYALA CAÑÓN, L. A.; JIMÉNEZ, J. S (Org.). **Los nuevos retos**



**de la protección social.** Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013. p. 13 – 28.

KERSTENETZKY, C. L. **O Estado de Bem-estar Social na Idade da Razão: a reinvenção do Estado Social no mundo contemporâneo.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LAVINAS, L.; COBO, B. O Direito à Proteção Social: perspectivas comparadas. **Análises e Propostas**, Fundação Friedrich Ebert Stiftung, São Paulo, n. 37, nov. 2009. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/07114.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2014.

LEÓN, M.; SUBIRATS, J. Descentralización del sector público y protección social. In: AYALA CAÑÓN, L. A.; JIMÉNEZ, J. S (Org.). **Los nuevos retos de la protección social.** Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013. p. 143 – 152.

MESQUITA, A. C. S. et al. Assistência Social. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise.** IPEA, Brasília, n. 23, 2015, p. 53 - 116.

MORENO, L. **La “via media” española del régimen de bienestar mediterráneo.** Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos, CSIC, 1999. Disponível em: <<http://www.ipp.csic.es/node/283729>>. Acesso em: 27 out. 2015.

MORENO, L.; SARASA, S. Génesis y desarrollo del Estado del Bienestar en España. **Revista Internacional de Sociología**, [Madrid], p. 27 – 69, n. 6, 1993.

MORENO MÍNGUEZ, A. La protección familiar en España: un reto aplazado. In: AYALA CAÑÓN, L. A.; JIMÉNEZ, J. S (Org.). **Los nuevos retos de la protección social.** Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013. p. 223 – 240.

MOSTAFA, J. et al. Previdência Social. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise.** IPEA, Brasília, n. 19, 2011, p. 13 – 47.

NAVARRO, V. El Estado del Bienestar en España. In: NAVARRO, V. **El Estado del Bienestar en España.** Disponível em: <[http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Navarro\\_Vicen%C3%A7-El\\_Estado\\_de\\_Bienestar\\_en\\_Espa%C3%B1a.pdf](http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Navarro_Vicen%C3%A7-El_Estado_de_Bienestar_en_Espa%C3%B1a.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015. España, 2003, p 1 – 28.

OLIVEIRA, C.B. (Org.). **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** 4 ed. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2004.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators.** OECD Publishing: Paris, 2014. Disponível em: <[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2014\\_soc\\_glance-2014-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2014_soc_glance-2014-en)>. Acesso em 05 nov. 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Health in Brazil. The Lancet**, Londres, 2011, p. 11 - 28. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em 11 dez. 2015.

PAIVA, A.B. et al. Saúde. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise.** IPEA, Brasília, n. 23, 2015, p. 117 – 179.

PIOLA, S.F et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? **Políticas Sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal**. IPEA, Brasília, v. 1, 2009, p. 97 – 172.

POCHMANN, M. Proteção Social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 3 – 16, 2004.

RANGEL, L. A. et al. Conquistas desafios e perspectivas da Previdência Social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise: Vinte Anos da Constituição Federal**. IPEA, Brasília, 2009, n. 17, v. 1. p. 41 – 94.

RANGEL, L. A; CAETANO, M. A.R. Previdência Social. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise**. IPEA, Brasília, n. 23, 2015, p. 19 – 51.

VIANA, M. J. F. **Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar**: prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública. 2007. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global Health Expenditure Database**. Cidade, 2013. Disponível em: < <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>> Acesso em: 09 nov. 2015.

WINCKLER, C. R.; NETO, B. T. M. Welfare State à brasileira. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 108 - 131, 1992.